

Joana Catarina de Sousa Monteiro nº 15439

Conhecimento das Mães que Amamentam acerca da Influência do Uso da Chupeta na
Amamentação

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde/Escola Superior de Saúde

Porto, 2009

Joana Catarina de Sousa Monteiro nº 15439

Conhecimento das Mães que Amamentam acerca da Influência do Uso da Chupeta na
Amamentação

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde/Escola Superior de Saúde

Porto, 2009

Joana Catarina de Sousa Monteiro nº 15439

Conhecimento das Mães que Amamentam acerca da Influência do Uso da Chupeta na
Amamentação

(Joana Catarina de Sousa Monteiro)

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

ABREVIATURAS

a.c. – Antes de Cristo

Art. - Artigo

Ed. - Edição

nº – Número

pp. – Páginas

SIGLAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas e Técnicas

AM – Aleitamento Materno

ANVISA – Agencia Nacional de Vigilância Sanitária

LT – Leite Materno

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

RN – Recém-nascido

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

UFP – Universidade Fernando Pessoa

UNICEF – United Nations International Children's Fund

SUMÁRIO

O presente trabalho insere-se no âmbito do plano curricular do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, e o tema abordado é “Conhecimento das Mães que Amamentam acerca da Influência do Uso da Chupeta na Amamentação”.

A chupeta é muito utilizada em muitos países, constituindo um importante hábito cultural. Contudo, é um assunto ainda não muito explorado, o uso da chupeta e a sua influência na amamentação, emerge este estudo do interesse pessoal acerca do conhecimento das mães que amamentam acerca do uso da chupeta na amamentação. Deste modo, surgem como questões de investigação: Qual a incidência do uso da chupeta, em bebés amamentados? Quais os conhecimentos das mães que amamentam, acerca do uso da chupeta? Qual a situação da díade na amamentação? Quais as razões que levam as mães que amamentam, a introduzirem a chupeta ao bebé?

E assim, delinearam-se os seguintes objectivos: Determinar a incidência do uso da chupeta em bebés amamentados; Identificar o conhecimento das mães que amamentam, acerca do uso da chupeta; Conhecer as razões que levam as mães que amamentam, ao uso da chupeta; Conhecer alguns aspectos da situação da díade na amamentação;

A metodologia utilizada tem um carácter descritivo simples, inserido numa abordagem quantitativo e transversal, a uma amostra de 23 mães que amamentam da área residencial de Eiriz, à qual foi aplicado como instrumento de recolha de dados um questionário de resposta fechada. O tratamento de dados foi realizado com recurso ao SPSS versão 17,0.

Neste estudo salientam-se os seguintes resultados: grande maioria das mães apresentava conhecimentos acerca do uso da chupeta na amamentação: efeitos da chupeta, cuidados a ter com a chupeta, idade a retirar. Tendo recebido grande parte, nas consultas de vigilância pré-natal.

Em relação à situação da díade na amamentação, a maioria iniciaram a amamentação na primeira hora de vida, não tendo dificuldades em iniciar. As que tiveram dificuldades deve-se a fissuras mamilares, os tipos de mamilos, mastite, pouco leite, recusa do bebê a mamar e porque o bebê chorava muito.

Este estudo apresentou uma grande incidência do uso da chupeta.

As razões que levam as mães a introduzirem a chupeta ao seu bebê foram por necessidade do bebê: choro, acalmar, saciar os hábitos de sucção, agitado.

E estas acreditam que o uso da chupeta não contribui para o desmame precoce.

ABSTRACT

This work falls under the syllabus of the 4th year of the Bachelor of Nursing, University Fernando Pessoa, and the subject is "Knowledge of breastfeeding mothers about the influence of pacifier use on breastfeeding"

The pacifier is widely used in many countries as an important cultural habit. However, it is a subject not much explored yet, the pacifier use and its influence on breastfeeding, this study emerges from self-interest on the knowledge of nursing mothers on the use of pacifiers on breastfeeding. Thus emerge as research questions: What effect does the use of pacifiers in breastfed babies? What knowledge of nursing mothers, about the use of pacifier? How important that mothers who breast-feed, attach to the use of pacifier? What are the reasons why breastfeeding mothers, to introduce the pacifier to the baby?

And so, outlined the following objectives: To determine the incidence of pacifier use in infants breastfed; describe the knowledge of nursing mothers, about the use of pacifiers; understand the importance of breastfeeding mothers, attach to the use of pacifiers; Meet the reasons why breastfeeding mothers, the use of pacifiers.

The methodology used is descriptive in nature simple, inserted a qualitative approach, cross-cutting a sample of 23 breastfeeding mothers of residential Eiriz, which was used as an instrument of data collection a questionnaire response closed. Data processing was performed using the SPSS version 17.0.

In this study highlight the following results: the vast majority of mothers had knowledge about the use of pacifiers on breastfeeding: effects of pacifier, care of the pacifier, age to withdraw. Having received much, in clinical prenatal monitoring.

Regarding the situation of the dyad in breastfeeding, most initiated breastfeeding in the first hours of life, not having trouble starting. Those who had difficulties were because they had cracked nipple, types of nipples, mastitis, insufficient milk, baby refusing to nurse and because the baby cried a lot.

This study showed a high incidence of pacifier use.

The reasons that led mothers to introduce the pacifier to your baby was in need of baby crying, soothe, satisfy the sucking habits, agitated.

And they believe that pacifier use does not contribute to early weaning.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus amigos e à minha família.

AGRADECIMENTOS

Um trabalho de investigação é sempre fruto de um trabalho de equipa, não podendo ser nunca individual.

Nesse sentido, não seria justo e muito menos correcto deixar passar esta oportunidade de agradecer ao meu orientador deste trabalho, Professor José Manuel dos Santos, pelo apoio, sugestões e disponibilidade que foram fundamentais para a realização da monografia, o meu muito obrigado;

À Enfermeira Lucília, por todo o trabalho e sugestões;

Aos meus pais que estiveram sempre do meu lado e pela força de incentivo;

Aos meus amigos, pela ajuda e pura amizade que criamos nestes quatro anos.

ÍNDICE

I. Introdução	14
II. Fase Conceptual	16
1. Revisão Bibliográfica.....	16
i. Aleitamento Materno.....	16
ii. Vantagens do Aleitamento Materno.....	17
iii. Vantagens para o Bebê	17
iv. Vantagens para Mãe	19
v. Vantagens para a Família, Sociedade e Ambiente.....	20
vi. Anatomia da Mama	20
vii. Tipos de Mamilos	22
viii. Fisiologia	23
ix. O sucesso do Aleitamento Materno.....	25
x. Razões de abandono do Aleitamento Materno	28
xi. Complicações do Aleitamento Materno	30
xii. Fissuras Mamilares	30
xiii. Ingurgitamento Mamário.....	31
xiv. Mastite.....	32
xv. Bloqueio dos Ductos	33
xvi. Recusa do Bebê a Mamar	33
xvii. Pouco leite	34
xviii. Choro do bebê.....	35
xix. Chupeta.....	35
xx. Efeitos do Uso da Chupeta	36
xxi. Breve Abordagem ao Desenvolvimento Sensório Motor Oral.....	37
xxii. Hábitos de Sucção do Bebê:	38
xxiii. Processo de Sucção na Amamentação	40
xxiv. A Chupeta na Amamentação	42
xxv. Cuidados com a Chupeta	43
III. Fase Metodológica	46
1. Princípios éticos.....	46

2. Tipo de estudo	48
3. Meio	48
4. Definição da população.....	48
5. Definição da Amostra	49
6. Método de Amostragem.....	49
7. Definição de variáveis.....	50
8. Instrumento de Colheita de Dados.....	50
9. Tratamento e análise de Dados.....	51
10. Pré-teste.....	51
IV. Apresentação e análise dos dados	53
V. Discussão de Resultados.....	67
VI. Conclusão	72
VII. Referências Bibliográficas	74

ANEXOS

Anexo I: Instrumento de Colheita de Dados: Questionário

Anexo II: Tabelas com as características ideais de uma chupeta

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Estado Civil da Mãe	54
Gráfico 2: Local de Residência	54
Gráfico 3: Habilitações Literárias	55
Gráfico 4: Situação de Emprego.....	55
Gráfico 5: Número de Filhos	56
Gráfico 6: Género do Bebê.....	56
Gráfico 7: Prematuridade do Bebê.....	56
Gráfico 8: Estado de Saúde do Bebê.....	57
Gráfico 9: Tipo de Alimentação do Bebê.....	58
Gráfico 10: Início da Amamentação	58
Gráfico 11: Dificuldades ao Iniciar a Amamentação.....	59
Gráfico 12: Dificuldades na Amamentação	59
Gráfico 13: Uso da Chupeta nos Bebés.....	60
Gráfico 14: Introdução da Chupeta no Bebê	60
Gráfico 15: Razões da Introdução da Chupeta ao Bebê.....	61
Gráfico 16: Necessidades do Bebê para Introduzir a Chupeta	61
Gráfico 17: Diferenças sentidas no processo de amamentar com o uso da chupeta.....	62
Gráfico 18: Onde obteve as informações das vantagens/desvantagens de amamentar ..	63
Gráfico 19: Mães informadas acerca dos efeitos do uso precoce da chupeta	63
Gráfico 20: Onde Obteve as Informações acerca do uso precoce da chupeta na amamentação	64
Gráfico 21: Efeitos do Uso da Chupeta.....	64

Gráfico 22: Alguns Cuidados a ter com a Chupeta	65
Gráfico 23: Idade para Retirar a Chupeta do Bebê	65
Gráfico 24: Influência o uso da chupeta na amamentação	66

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra relativamente à idade.	53
Tabela 2: Idade do bebé	57
Tabela 3: Influência da doença do bebé na amamentação	57
Tabela 4: Informações acerca das vantagens/desvantagens de amamentar	62

I. INTRODUÇÃO

Com a elaboração deste documento, pretende-se realizar um Projecto de Graduação para conclusão da Licenciatura em Enfermagem com a seguinte temática: “Conhecimento das Mães que Amamentam acerca da Influência do Uso da Chupeta na Amamentação”.

O tema deve ser adequado à área das ciências de enfermagem, actual, exequível e de grande importância para a influência da prática de enfermagem. O AM tornou-se um tema de interesse a ser aprofundado, visto ser uma das preocupações da OMS e da UNICEF, sendo um problema de saúde pública em Portugal. Por outro lado, uma vez que o uso da chupeta não é um tema muito abordado, e que não reúne consenso dos efeitos desta, na amamentação, é interessante e importante saber tanto a opinião como os conhecimentos das mães acerca do mesmo.

“A promoção, a protecção e o apoio às práticas do AM são da responsabilidade de todos nós.” (OMS, 2008) 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.

Assim, é importante sensibilizar as mães, bem como os profissionais de saúde, nomeadamente, os enfermeiros, no encaminhamento e na educação para a saúde, no sentido da promoção do AM e determinar os conhecimentos, vivências das mães que amamentam acerca do uso da chupeta.

Como ponto de partida, estipularam-se as seguintes questões de investigação:

- Qual a incidência do uso da chupeta, em bebés amamentados?
- Quais os conhecimentos das mães que amamentam, acerca do uso da chupeta?
- Qual a situação da díade na amamentação?

- Quais as razões que levam as mães que amamentam, a introduzirem a chupeta ao bebé?

No sentido de dar resposta a esta problemática, que constituirá o fio condutor do estudo de investigação definiram-se objectivos, nomeadamente:

- Determinar a incidência do uso da chupeta em bebés amamentados;
- Identificar o conhecimento das mães que amamentam, acerca do uso da chupeta;
- Conhecer alguns aspectos da situação da díade na amamentação;
- Conhecer as razões que levam as mães que amamentam, ao uso da chupeta;

O desenvolvimento deste trabalho divide-se em duas fases: uma fase conceptual e uma metodológica. Terá também uma conclusão, bibliografia e termina com dois anexos.

Realizou-se um estudo descritivo simples, de carácter quantitativo e transversal, cujo método de amostragem não aleatória por conveniência. O instrumento de colheita de dados foi um questionário de respostas fechadas.

Optou-se por realizar este trabalho na área residencial (comunidade) de Eiriz uma vez que a investigadora habita nessa localidade, bem como maior facilidade na recolha dos dados.

Com este trabalho foi possível ter uma visão muito mais clara dos conhecimentos das mães que amamentam acerca do uso da chupeta na amamentação, da situação das díades na amamentação, bem como, as razões que levam as mães a introduzirem a chupeta ao seu bebé.

II. FASE CONCEPTUAL

1. Revisão Bibliográfica

A revisão bibliográfica é um processo no qual o investigador elabora uma consulta crítica e reflexiva, de todo um conjunto de publicações pertinentes sobre um mesmo tema, em que o resumo desses documentos fornecem material essencial à conceptualização da investigação. (Fortin, 2003)

[Outro aspecto que torna a fundamentação teórica fundamental para o investigador é o facto desta se impor] “ (...) em todo o processo de investigação, pois que (...) deve também recorrer a ela aquando da interpretação dos resultados”, como refere Fortin, 2003.

i. Aleitamento Materno

A amamentação é o acto ou efeito de amamentar; criação ao peito; aleitação. Amamentar é dar de mamar; aleitar; criar ao peito (...). O termo aleitamento refere-se a amamentação, ou seja é sempre referente a materno, o leite é materno. (Pereira, M.A. 2006 *cit in* Grande Dicionário da Língua Portuguesa 1999; Dicionário de Sinónimos 2003)

Para Pereira (2006), a amamentação implica uma aceitação mútua entre mãe e filho, bem como uma aprendizagem, adaptação, coordenação, carinho, amor, compreensão, entre a díade mãe-filho. Implica disponibilidade e entrega por parte da mãe, pois de outra forma, o fenómeno de secreção láctea que é um processo muito robusto e complexo não iria funcionar.

Tedim et al. (2002), argumenta que a amamentação é o “complemento lógico de gestação e do parto, capaz de satisfazer convenientemente todas as necessidades do novo Ser e de o proteger das agressões do seu novo ambiente”.

[Existem várias categorias de AM que a OMS (*cit in* Pereira 2006) definiu]:

- AM exclusivo: significa dar ao bebé somente LM, directamente da mama da sua mãe ou leite extraído da mãe, sem outros líquidos ou sólidos, inclusive água com excepção de medicamentos, gotas de vitaminas ou suplementos minerais;

- *Aleitamento misto*: significa amamentar parcialmente à mama em algumas mamadas e dar também alimentação artificial, seja esta de outro leite, cereais, ou outro alimento;
- *AM*: a criança recebe LM, pode ser directamente da mama ou extraído da mãe.

Foi considerada recentemente, que o AM é o primeiro estilo de vida saudável a introduzir na vida da criança e aquele que mais benefícios lhe trarão a curto e a longo prazo.

A amamentação deve ser iniciada na primeira hora de vida, ainda na sala de parto, se a mãe e o recém-nascido estiverem em boas condições de saúde, favorecendo o contacto pele a pele de ambos. O contacto precoce entre mãe e filho está associado à maior duração do aleitamento materno exclusivo (Pillegi, et al. 2008).

A OMS (2001) recomenda alimentar o filho com AM exclusivo até aos 6 meses de idade sem água, chá, nem leite em pó, e após a introdução de novos alimentos, continuar a amamentar até pelo menos aos dois anos de idade.

Mamar porém é diferente: trata-se da primeira forma de prazer que o RN alcança para si próprio. Mais do que uma forma de “matar” a fome e a sede, mamar para o RN é a “inauguração” da sua capacidade de se relacionar com o mundo. É o primeiro vínculo de carinho com a mãe; é uma ligação que vai perpetuar-se como uma das mais importantes que se tem na vida (Cohen, 1997).

ii. Vantagens do Aleitamento Materno

As vantagens do AM são múltiplas e já bastante reconhecidas, quer a curto prazo, quer a longo prazo, existindo um consenso mundial de que a sua prática exclusiva é a melhor maneira de alimentar as crianças até aos 6 meses de vida (Levy, L. e Bértolo, H. 2008).

iii. Vantagens para o Bebê

O LM satisfaz todas as necessidades do bebê proporcionando um óptimo crescimento e desenvolvimento, repercutindo-se na infância e na adolescência em saúde plena em saúde do futuro indivíduo, tendo como principal consideração as doenças do foro metabólico e nutricional (Pereira, 2002).

Segundo Carvalho e Tamez (2005), descrevem que no AM exclusivo é muito difícil ganhar peso excessivo, sendo também raros os casos de desnutrição e as crianças têm menos frequência de doenças agudas, crónicas e hospitalizações.

O AM tem uma capacidade significativa para diminuir a taxa de mortalidade infantil, reduzindo o risco de diarreias agudas e persistentes, bem como, de septicemia neonatal (Carbonare, 2001).

Devido à actividade antimicrobiana e anti-inflamatória presente no LM, as crianças amamentadas têm menos infecções e menos graves. Esta protecção que o LM confere ao bebé, é impossível de ser alcançada por outro tipo de alimento (Galvão, 2006).

Favorece o desenvolvimento psicomotor e social adequado, melhor QI, porque o LM é rico em Ómega 3 favorecendo o desenvolvimento cerebral (Pereira, 2006).

Tem sido encontrado no AM, factores de crescimento biologicamente activos, como o factor de crescimento epidérmico (EGF), que estimula o crescimento do tracto intestinal, independentemente do peso do bebé ao nascer, poder-se-á especular que o factor de crescimento epidérmico poderá ter um importante papel, no crescimento do intestino delgado das crianças pré-termo, estando actualmente em estudo o uso terapêutico do ECF em casos de doença ou cirurgia intestinal (Levy, 1999).

A amamentação com pega correcta, e pelas características em si, fortalece a musculatura da face, língua e boca, prevenindo problemas futuros de fala e de oclusão de dentes (Ferferbaum e Falcão, 2003, Pereira, 2004).

Tedim et al. (2002) [menciona outras vantagens do AM para o RN]:

“Está adaptado à insuficiência digestiva e renal do bebé; previne infecções gastrointestinais, respiratórias e urinárias; estabelece uma relação privilegiada entre a mãe e filho. O contacto com a pele, calor e cheiro da mãe tranquilizam o bebé; Faz com que o bebé tenha uma melhor adaptação a outros alimentos;”

[A longo prazo, podemos referir a importância] na prevenção da diabetes, esclerose múltipla, artrite reumatóide, doença celíaca, colite ulcerosa, doenças cardiovasculares, doença de Crohn e de linfomas; (Levy, L. e Bértolo, H. 2008; Carbonare, 2001).

Um outro aspecto para Galvão, 2006; Levy e Bértolo, 2002, o facto da *embalagem* do LM serem as mamas, a criança tem a vantagem de ser alimentado por um leite que não sofre manipulação nem qualquer tipo de transformação, preservando os seus componentes, nomeadamente as vitaminas e diminuindo o risco de contaminação.

iv. Vantagens para Mãe

[No que diz respeito às vantagens para a mãe, tal como referenciado atrás], o AM favorece a criação de um momento único e mágico de proximidade entre a mãe e filho, transmitindo sensações de conforto, amor e segurança ao RN, proporcionando o prazer único de satisfazer as necessidades nutricionais do seu filho (Pereira, 2002).

O AM (...) proporciona a ambos uma sensação gratificante, desencadeando na mãe um sentimento de sucesso, auto-estima e autoconfiança, associando-se isto ao sucesso desta prática (Levy e Bértolo, 2002).

A mulher que amamenta tem menor probabilidade de ter cancro da mama entre outros; com a remineralização durante a amamentação reduz o risco de desenvolvimento de esclerose múltipla, artrite reumatóide, doença inflamatória do intestino; com a produção da hormona ocitocina, esta estimula a contracção dos músculos do útero, levando a uma mais rápida involução uterina e a uma diminuição dos riscos pós parto, como hemorragias e conseqüentemente o risco de aparecimento de anemia (Pernoud, 1995; Oliveira e Valente, 1999; Alden, 2002; Levy e Bértolo, 2006;).

A amamentação permite à mãe que recupere o peso pré-gestacional mais rapidamente, pois a produção de leite implica uma maior necessidade calórica e hídrica, que será recompensada por uma maior eficiência na absorção de edemas inerentes à gravidez (Santos e Sapage, 2005).

O acto de amamentar, na maioria dos casos protege a mãe de uma nova gravidez, se for adoptado em conjunto certas medidas como: praticar AM exclusivo em regime livre, sem intervalos nocturnos e se a mulher não tiver ovulações (Galvão, 2006).

Barros e Ferrari (2003) acrescentam ainda que a mãe que amamenta, pode fazê-lo numa emergência, em qualquer momento e ambiente, além de não comprometer o seu tempo com a preparação e higiene dos biberões, carregando consigo o ideal para o seu filho.

v. Vantagens para a Família, Sociedade e Ambiente

Pereira, (2002) refere que são imensas as vantagens quer para a mãe, quer para o bebé, pelo que se vão repercutir também na família. As crianças que são amamentadas geralmente choram menos, porque quando têm fome a mãe satisfaz as suas necessidades, levando a um ambiente familiar mais harmonioso e a mãe fica mais disponível para a família.

O AM proporciona protecção imunitária, o que traduz o menor número de consultas ao médico, menor gasto em medicamentos, e menos absentismo laboral dos pais. E tem ainda a vantagem de ser gratuito, enquanto os leites adaptados costumam ter um preço relativamente elevado, assim constitui o método mais barato e seguro de alimentar os bebés (Bobak et al. 2002).

As vantagens para a sociedade são incalculáveis, englobam uma melhor qualidade de vida, em virtude dos benefícios psicológicos para as mães e para os recém-nascidos, melhores comportamentos maternos e mais tempo livre para a interacção com a família e os amigos; os governos e as instituições de saúde economizam mais (Bobak et al. 2002; Pereira, 2006).

Para Candeias, 2005; Pedro, 2002; Pereira, 2006, a alimentação artificial aumenta a destruição das florestas e a produção de lixo, levando ao aumento da poluição ambiental, no sentido de não haver necessidade de produção de materiais não bio degradáveis como biberões, as tetinas e as latas de leite artificial.

“O LM não é necessária energia extra, não é feita poluição e não existe desperdício de embalagem (Muller, 2003) ”.

vi. Anatomia da Mama

Na mulher as mamas estão simetricamente localizadas uma de cada lado no tórax e estendem-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 2006).

“As secreções destas glândulas protegem o mamilo e a aréola da irritação causada pela sucção durante a amamentação (Seeley, R., Stephens, T. e Tate, P. 2005)”.

O mesmo autor diz que nas crianças pré-púberes de ambos os sexos a estrutura geral das mamas é similar, ou seja, são constituídas por um sistema glandular rudimentar composto, principalmente, por canais e escassos alvéolos dispersos. Nas raparigas, as mamas começam a desenvolver-se durante a puberdade, principalmente por acção dos estrogénios e da progesterona. Este aumento de volume é muitas vezes acompanhado pelo aumento da sensibilidade ou por dor mamária. Muitas vezes, no início da puberdade, os rapazes experimentam estas mesmas sensações e pode mesmo ocorrer algum grau de aumento de uma ou ambas as mamas; contudo, em geral, estes sintomas desaparecem bastante rapidamente.

Na mulher adulta, cada glândula mamária é, habitualmente, constituída por 15 a 20 lobos cobertos por uma quantidade de tecido adiposo. Fundamentalmente, é esta gordura que confere à mama a sua forma característica. Os lobos de cada glândula mamária formam uma massa cónica, com o mamilo situado no vértice. Cada lobo possui um único canal galactóforo, que termina, de forma independente dos outros canais galactóforos, à superfície do mamilo. A pouca profundidade da superfície areolar, o canal galactóforo dilata-se e toma a forma de fuso, para formar o seio galactóforo ou ampola galactófora, onde se acumula o leite produzido. O canal, que se segue o seio galactóforo e que drena o seu lobo, subdivide-se para formar canais mais pequenos, cada um dos quais drena um lóbulo. No interior do lóbulo, os canais ramificam-se e tornam-se ainda mais pequenos. Na mama em fase de secreção, as terminações destes canalículos dilatam-se em sacos secretores, designados por alvéolos que, no seu conjunto têm a forma de ácinos (Seeley, R., Stephens, T. e Tate, P. 2005).

As mamas são suportadas e mantidas na sua posição por um grupo de ligamentos suspensos da mama ou ligamentos suspensos de Cooper. Estes ligamentos estendem-se da fascia superficial do músculo grande peitoral até à pele que cobre as glândulas mamárias, impedindo a pose mamária excessiva. Contudo, nas mulheres mais idosas estes ligamentos enfraquecem e alongam-se, o que torna as suas mamas mais descaídas do que as das jovens (Seeley, R., Stephens, T. e Tate, P. 2005).

As mulheres podem amamentar com sucesso um filho apenas com uma mama a funcionar, ou com parte de duas mamas a funcionar totalmente. (...) Por outro lado, para as mulheres que amamentam com sucesso mais do que um filho precisam de maior quantidade de tecido mamário a funcionar adequadamente (Pereira, M.A. 2006)

Para Pereira, M.A. (2006) quanto mais protractil for o mamilo e o tecido da sua base, mais facilmente o bebé fará uma pega correcta.

vii. Tipos de Mamilos

Existem vários tipos de mamilos, conforme a sua estrutura física e a sua capacidade de contractilidade. Estas duas características são facilitadoras ou dificultadoras do sucesso da amamentação (Pereira, 2006).

Classificação do mamilo segundo Santos, 1989:

- Mamilo Normal: extremamente elástico, de fácil apreensão, apresenta-se saliente e em plano diferente da região areolar, formando um ângulo de 90.º entre o mamilo e a aréola. O grau de saliência ou protusão é determinado pelo seu comprimento, podendo ser protuso ou semiprotuso;
- Mamilo Plano: situa-se ao mesmo nível que a aréola, inexistindo a presença de um ângulo entre os dois. O tecido é pouco elástico, devido à grande quantidade de aderências de tecido conjuntivo que existe na zona envolvente;
- Mamilo Invertido: caracteriza-se pela inversão total do tecido epitelial, podendo ocasionar o desaparecimento completo do mamilo. Frequentemente não é de tecido elástico e é de difícil apreensão e correcção;
- Mamilo Pseudo-invertido: aparentemente com as mesmas características do mamilo invertido, estes após manobras de exteriorização corrige com alguma facilidade;
- Atelia: Ausência de mamilo, uni ou bilateral.

Classificação do mamilo segundo Vinha, 2002:

- Protuso ou Normal: Quando estimulado fica saliente e bem posicionado; 92% das mulheres apresenta esse tipo de mamilo, bastando a região areolar estar flexível para que o mamilo se adapte perfeitamente à boca do bebé;

- *Semiprotuso ou subdesenvolvido*: Apresenta-se um pouco saliente como se estivesse incorporado na região areolar; 7% das mulheres possuem este tipo de mamilo. É um mamilo sujeito a traumas, porém permite a amamentação com sucesso;
- *Pseudo-invertido ou malformado*: apresenta-se virado no sentido oposto ao mamilo normal; 0,5% das mulheres têm mamilos assim e dificilmente conseguem amamentar, pois a criança, recusa esse tipo de bico por não ter condições de ser adentado;
- *Invertido ou Umbilicado*: também considerado malformado, nunca fica saliente e exige exercícios de exteriorização durante a gestação. A frequência é de cerca de 0,5% das mulheres.

viii. Fisiologia

Dentro da mama estão os alvéolos que são pequeninos sacos feitos de células secretoras de leite. Uma hormona chamada prolactina faz com que estas células produzam leite. Em torno dos alvéolos há células musculares, as células mioepiteliais, que se contraem e expulsam o leite para fora dos alvéolos. Uma hormona chamada ocitocina provoca a contracção dessas células musculares. Pequenos tubos, ou ductos, levam o leite dos alvéolos para o exterior. Sob a aréola, os ductos tornam-se mais largos permitindo que ao sugar o bebé recolha o leite. Os ductos tornam-se outra vez mais estreitos à medida que passam através do mamilo (Levy, L. e Bértolo, H. 2008).

Quando um bebé mama, impulsos sensoriais vão do mamilo para o cérebro. Em resposta, a parte anterior da hipófise na base do cérebro segrega prolactina. A prolactina vai através do sangue para a mama, fazendo com que as células secretoras produzam leite.

O Mesmo autor acima referenciado, diz que a maior parte da prolactina está no sangue cerca de 30 minutos após a mamada – o que faz com que a mama produza leite para a mamada seguinte. Para esta mamada, o bebé toma o leite que já está na mama. [Ou seja, quanto mais o bebé suga, mais leite é produzido].

- Mais prolactina é produzida à noite; portanto, amamentar durante a noite é especialmente importante para manter a produção de leite.
- A prolactina faz com que a mãe se sinta relaxada e algumas vezes sonolenta; logo, geralmente a mãe descansa bem, mesmo amamentando durante a noite.
- A prolactina suprime a ovulação; assim, a amamentação pode ajudar a adiar uma nova gestação, sobretudo se a amamentação for praticada também durante a noite.

Quando um bebé suga, impulsos sensoriais vão do mamilo para o cérebro. Em resposta, a parte posterior da hipófise na base do cérebro segrega uma hormona chamada ocitocina (Levy, L. e Bértolo, H. 2008).

A ocitocina vai através do sangue para a mama e produz a contracção das células musculares, ou células mioepiteliais, em torno dos alvéolos. Isto faz com que o leite colectado nos alvéolos flua através dos ductos até ao mamilo. Chama-se a isto reflexo da ocitocina ou reflexo de ejeção (Levy, L. e Bértolo, H. 2008)..

Segundo Levy, L. e Bértolo, H. (2008) a ocitocina é produzida mais rapidamente que a prolactina. Esta faz com que o leite que já está na mama flua para esta mamada e pode começar a actuar antes que o bebé sugue, quando a mãe está preparada para amamentar. Se o reflexo da ocitocina não funciona bem, o bebé pode ter dificuldade em receber leite. Pode ter-se a impressão que as mamas deixaram de produzir leite. De facto as mamas continuam a produzir leite, mas este não flui. A ocitocina provoca a contracção do útero no pós-parto, o que ajuda a reduzir as perdas de sangue, para além de acelerar a involução uterina. Por vezes, nos primeiros dias aparecem dores uterinas, que podem ser bastante fortes, e também pequenas perdas de sangue.

Como ajudar o reflexo da ocitocina: Sentimentos agradáveis como sentir-se contente com o seu bebé, ter prazer com o bebé, tocá-lo, olhar ou mesmo ouvir o bebé chorar podem ajudar o reflexo da ocitocina. A confiança na sua capacidade de amamentar e a convicção de que o seu leite é o melhor para o bebé também são importantes para ajudar o leite a fluir (Levy, L. e Bértolo, H. 2008).

O que pode dificultar ou bloquear o reflexo da ocitocina: Sentimentos desagradáveis como dor, preocupação, dúvidas se a mãe tem leite suficiente e, de um modo geral, o *stress* podem bloquear o reflexo e parar o fluxo de leite (Levy, L. e Bértolo, H. 2008).

Para Levy, L. e Bértolo, H. (2008) a produção do leite materno é também controlada dentro da própria mama. Existe uma substância no leite materno que pode diminuir ou inibir a produção de leite. Se muito leite é deixado na mama, o factor inibidor faz com que as células deixem de produzir leite. Isto ajuda a proteger a mama dos efeitos desagradáveis de uma produção de leite exagerada. A inibição da produção de leite é, obviamente, necessária se o bebé morrer ou pára de mamar por alguma razão. Se o leite materno é removido, o factor inibidor também é removido. Então a mama produz mais leite.

ix. O sucesso do Aleitamento Materno

O sucesso do AM pode ser definido por uma amamentação mais prolongada. (...) a duração ideal do AM exclusivo, ou seja, sem que seja oferecido ao bebé mais nenhum alimento, é de 6 meses. Isto não basta, no entanto, é ainda preciso que o bebé tenha um bom estado nutricional, ou seja, aumente de peso de maneira adequada e tenha um bom desenvolvimento psicomotor (Levy, L. e Bértolo, H. 2008).

O sucesso do AM pode ser ainda definido pela qualidade da interacção entre mãe e bebé, durante a mamada, pois este proporciona a oportunidade de contacto físico e visual e a vivencia da cooperação mútua entre a mãe e o bebé (Levy, L. e Bértolo, H. 2008).

[Para que a amamentação tenha sucesso, devem conjugar-se três factores]:

- A decisão de amamentar: Citando a OMS, considera pelo menos 98% das mulheres são fisiologicamente capazes de amamentar e que a decisão de amamentar na maioria das mulheres é anterior ao parto (Pereira, M.A 2006).

A decisão de amamentar é uma decisão pessoal, sujeita a muitas influências, resultantes da socialização de cada mulher. Muitas mulheres nem sabem bem por que decidiram (...) provavelmente estas mulheres cresceram naquilo que alguns autores chamam *meio aleitante*, ou seja, um ambiente em que o aleitamento materno era praticado de maneira natural, sem ser posta a questão de como alimentar os bebés (Levy, L. e Bértolo, H. 2008).

“Outras mães decidem amamentar porque valorizam positivamente as consequências do aleitamento materno, quando comparado com outro tipo de alimentação, podendo ser ou não influenciadas pelo seu companheiro, amigas, mãe ou profissionais de saúde, sendo especialmente importante a percepção do seu próprio controlo sobre a prática do aleitamento materno, traduzindo-se por uma maior confiança nas suas capacidades de amamentar o seu filho. Não podemos nem devemos culpabilizar uma mãe que não quer ou não pode amamentar, providenciando nestes casos os conselhos adequados à prática de uma alimentação com leites artificiais.” (Levy, L. e Bértolo, H. 2008).

Temos, no entanto, a obrigação de informar e aconselhar todas as futuras mães quanto à prática do aleitamento materno, nomeadamente as mães indecisas. Para além de veicular informações quanto às vantagens do aleitamento materno, nomeadamente sobre o prazer que uma mãe esclarecida e apoiada pode encontrar no aleitamento materno, pondo assim a tónica não no *dever*, mas no *direito* e no *prazer* de amamentar. (Levy, L. e Bértolo, H. 2008).

O 3.º trimestre da gestação tem sido apontado como o primeiro ponto de viragem em termos de sucesso do aleitamento materno, constituindo uma oportunidade privilegiada para uma primeira entrevista entre a futura mãe e o pediatra do bebé, a fim de discutir o regime alimentar do bebé (Levy, L. e Bértolo, H. 2008).

Uma gestação planeada ou desejada parece ser um pré-requisito importante para o sucesso do aleitamento materno, sugerindo a importância das consultas de planeamento familiar (Levy, L. e Bértolo, H. 2008).

Existe uma grande associação entre a maior escolaridade materna, o papel dos “média”, sensibilização, conhecimentos, atitudes, crenças e confiança nas habilidades da mulher para amamentar, apoio familiar, rendimentos, a sua etnia, disponibilidade, o emprego, a idade, estado civil, experiências anteriores positivas, boa vitalidade do RN, peso > 2500 gr, ausência de problemas graves, o papel dos profissionais de saúde e a duração do aleitamento materno. (Pereira, M.A. 2006 *cit in* Alves et al. (1999); Leitão (2001); Cabral e Tirrel (1995); Sayers et al. (1995)).

- O estabelecimento da lactação: Em todos os povos é possível encontrar crenças e práticas ligadas à procriação, à gestação e ao parto, constituindo este uma “entrada na vida” ou um ritual de passagem.

Sendo o parto uma ocasião de especial sensibilidade ao ambiente, não admira que acontecimentos, interações e intervenções ocorridos durante este período possam ter consequências duradouras em termos emocionais e comportamentais. Acontecimentos ligados às práticas hospitalares durante o parto, no período do pós-parto imediato e durante a estadia da mãe e do bebé no hospital podem influenciar positiva ou negativamente o estabelecimento da lactação e a duração do aleitamento materno.

A OMS/UNICEF (Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés) contempla 10 medidas importantes para o sucesso do aleitamento materno que deveriam ser implementadas nos serviços de saúde vocacionados para a assistência a grávidas e recém-nascidos, definindo objectivos e estratégias que, a serem cumpridos, confeririam a esses mesmos serviços de saúde a categoria de “Hospital Amigo dos Bebés”.

Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (OMS/UNICEF)

1. *Ter uma política de promoção do aleitamento materno, afixada, a transmitir regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde.*
2. *Dar formação à equipa de cuidados de saúde para que implemente esta política.*

3. *Informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno.*
 4. *Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.*
 5. *Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente.*
 6. *Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica.*
 7. *Praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e os bebés permaneçam juntos 24 horas por dia.*
 8. *Dar de mamar sempre que o bebé queira.*
 9. *Não dar tetinas ou chupetas às crianças amamentadas ao peito.*
 10. *Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade.*
- O suporte da amamentação: Os primeiros quinze dias de vida do bebé, até que a lactação esteja bem estabelecida, são especialmente importantes. Durante este período de tempo, a mãe deverá ser ajudada por alguém que a substitua nas tarefas domésticas, a fim de poder dedicar-se plenamente ao seu bebé e ter o apoio de profissionais de saúde competentes e disponíveis no centro de saúde, através de consulta telefónica ou mesmo visita domiciliária, se necessário. Um ambiente calmo e harmonioso, uma alimentação simples e cuidada e algumas regras elementares sobre a prática do aleitamento materno serão uma ajuda preciosa para o seu sucesso.

É importante que o Enfermeiro estabeleça uma “parceria de confiança” com a mãe, ou seja que ajude a aumentar a estima própria da puérpera e a sua confiança no acto de amamentar. Assim sendo, levará a puérpera a tornar-se independente no cuidado ao seu bebé. O Enfermeiro deve promover sempre um clima de aprendizagem, e deste modo, envolver activamente a puérpera no cuidado ao RN, ensinando-lhe como resolver as dificuldades sentidas com a amamentação e como tornar as decisões correctas (Carvalho e Tamez, 2002).

Para Rezende (2002), os profissionais de saúde devem possuir certas características que lhes permitam uma maior facilidade de para conversar com a futura mãe: autenticidade, aceitação incondicional e compreensão empática.

[Relativamente à prestação de cuidados de Enfermagem, Chalifour (1989), privilegia a existência de algumas atitudes no enfermeiro]:

- Compreensão;
- Respeito caloroso;

- Autenticidade;
- Especificidade;
- Imediaticidade.

“A visitação domiciliária após a alta clínica é uma componente muito referenciada nos estudos como factor de sucesso no aleitamento” (Pereira, 2006).

As visitas ao domicílio das enfermeiras obstetras associaram-se de forma positiva ao decréscimo das complicações neonatais num grupo de mães adolescentes, porém não houve efeito no aumento da duração do AM (Sciacca et al. *Cit in* Pereira 2006).

x. Razões de abandono do Aleitamento Materno

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

Giugliani (2005), refere que para existir sucesso no AM é necessário criar uma cultura do aleitamento, educar a população em geral sobre as vantagens do AM e a importância deste acto, melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, integrando intervenções de acordo com conhecimentos científicos recentes, apoiar a mãe durante a amamentação, criar condições nos locais de trabalho, fazer cumprir a legislação vigente em matéria de aleitamento materno, tornando-se imperativo restringir a publicidade inadequada dos substitutos de LM, assim como o uso de biberões, tetinas e chupeta.

Para que a amamentação seja bem sucedida, devem ser eliminados, os factores que diminuem a duração, eficiência e frequência da sucção pelo bebé. Estes factores incluem a limitação do tempo da mamada, horários fixos, posicionamento incorrecto e fornecimento de soluções açucaradas. Por sua vez, o insucesso da amamentação pode estar ligado à falta de apoio e orientação à mãe, tanto por parte dos profissionais de saúde como de familiares. Os problemas mais comuns que surgem durante a lactação, como mamas ingurgitadas, mamilos sensíveis entre outros, podem ser prevenidos através de orientações adequadas desde o período pré-natal, evitando o abandono precoce do AM (Lamounier et al., 2001).

Cordeiro e Carvalho (1990) organizam os factores de declínio do AM e cinco ordens de grandeza:

- a) Sociais (Urbanização, menos apoio familiar, trabalho profissional das mulheres fora de casa, instabilidade laboral e não cumprimento da legislação);
- b) Culturais (conceitos equívocos sobre a repercussão na estética, poder de amamentar em publico emancipação feminina);
- c) Atitude dos profissionais de saúde (supremacia da medicina individualizada, lacunas na formação dos profissionais por desinteresse ou não reconhecimento da importância, indiferença e por vezes oposição ao AM, pouco investimento nos cuidados primários);
- d) Organização dos serviços de saúde (rotinas rígidas, manutenção do RN em berçários, primeira mamada tardia e horários rígidos, recurso fácil e exagerado aos suplementos de leites comerciais);
- e) Atitude dos produtores e comerciantes (práticas comerciais, influencia da publicidade).

A OMS/UNICEF *cit in* Pereira (2004) referem outros motivos alegados pelas mães para não amamentarem ou para interromperem a amamentação precocemente. Estes, indicam que existe uma falta de informação generalizada do conhecimento da fisiologia da lactação e que a maioria das mães desconhece que pode amamentar e produzir leite suficiente para alimentar o seu filho. Esta falta de informação produz na mãe insegurança, medo de não ter leite suficiente, levando-a a interromper de imediato a amamentação quando surge um pequeno problema.

Carvalho (1999) menciona que os motivos habitualmente referidos pelas mães para o abandono precoce da amamentação são: regresso precoce ao trabalho, insegurança e medos para enfrentar dores e dificuldades que podem surgir no início da amamentação, preocupações estéticas, mito, medo que o seu leite seja insuficiente e que o bebé tenha fome, e por ultimo a intervenção negativa do marido e familiares.

O abandono precoce ao AM prende-se com o regresso ao emprego, cuidados do bebé assegurados por outra pessoa, depressão pós-parto, mães jovens, pobre suporte social, a raça caucasiana e baixos graus de educação.

[No estudo de Sandes et al. (2005) as causas para o abandono do AM foram] a falta de leite, a má pega e o regresso ao trabalho (...) experiências negativas anteriores, nível educacional, tabagismo, não praticar exercício físico e falta de informação acerca do AM.

xi. Complicações do Aleitamento Materno

Nas primeiras semanas de amamentação podem surgir algumas dificuldades, principalmente para as mães que estão a amamentar pela primeira vez.

xii. Fissuras Mamilares

“As fissuras mamilares são uns dos problemas mais comuns na amamentação e define-se como uma erosão alongada à volta do mamilo (Freitas et al., 2002)”.

Pereira (2006), argumenta que acontece na maioria das vezes devido a uma má adaptação do bebé à mama da mãe (pega incorrecta).

A amamentação é dolorosa, podendo levar a mãe a amamentar durante menos tempo /ou com menor frequência. A criança que suga só o mamilo não consegue retirar leite suficiente, ficando frustrada. O leite não é retirado com eficácia, o que poderá levar a diminuição da produção de leite (Levy e Bértolo, 2008)

Segundo Levy e Bértolo (2008) na maior parte das vezes, a dor desaparece logo que a pega do bebé é corrigida.

- Pode iniciar a amamentação pelo mamilo não doloroso;
- Deve aplicar uma gota de leite no mamilo e aréola, após o banho e após cada mamada;
- 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.

Para prevenir dor/fissuras nos mamilos segundo Levy e Bértolo, 2008:

- Coloque a criança numa posição correcta (cabeça em linha recta com o corpo, face de frente para o mamilo);
- Verifique sinais de boa pega do bebé;
- Não deve lavar os mamilos com sabão, devem ser lavados unicamente uma vez ao dia;
- Não deve 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.

xiii. Ingurgitamento Mamário

Para Pereira (2006), o ingurgitamento mamário é o súbito e doloroso aumento do volume das mamas, devido a uma elevada quantidade de sangue e fluidos nos tecidos que suportam a mama (congestão vascular) e por certa quantidade de leite que fica retido na glândula mamária. A mãe pode ter um ligeiro aumento da temperatura corporal que não ultrapassa, em regra, o 38° C, durante 24 horas (Levy e Bértolo, 2008).

Alden (2002) diz que a aréola se torna mais resistente dificultando a pega. E se o leite não for removido das mamas, a produção diminuirá e o leite poderá ficar escasso.

O Ingurgitamento Mamário é mais frequente em cesarianas. A orientação para o início da amamentação precoce tem tornado mais raro o ingurgitamento nas maternidades.

Também ocorre mais em primíparas jovens e é devido ao aporte linfático e sanguíneo para as mamas. Em conclusão, quanto mais precoce for o início da amamentação e mais frequentes forem as mamadas, mais raro será o ingurgitamento (Freitas et al., 2001).

Para tratar o ingurgitamento segundo (Levy e Bértolo, 2008):

- Retirar o leite da mama, colocando o bebé a mamar, se possível, ou com expressão manual ou bomba (lavar as mãos cuidadosamente antes de tocar nas mamas).

- Quando conseguir retirar um pouco de leite, a mama fica mais macia e o bebé poderá sugar mais eficazmente.
- Se o bebé não consegue mamar, a mãe deve retirar o leite para um copo (manualmente ou com bomba) e dá-lo ao bebé.
- Deve continuar a retirar com a frequência necessária para que as mamas fiquem mais confortáveis e até que o ingurgitamento desapareça.

Para prevenir o ingurgitamento:

- As mães devem dar de mamar em horário livre (sempre que o bebé quiser).
- Colocar a criança a mamar em posição correcta e verificar os sinais de boa pega.

xiv. Mastite

Se o ducto (canal) 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 (inchada) e dolorosa. A mulher tem febre, normalmente elevada, e sente grande mal-estar – estamos em presença de mastite, pelo que deve consultar o seu médico (Levy e Bértolo, 2008).

[O mesmo autor cita que para tratar a mastite, para além dos medicamentos prescritos pelo médico, é fundamental que]:

- A mãe repouse;
- Retire o leite manualmente, ou com bomba;
- Aplicar gelo ou calor local (Estimulo do reflexo de ejeção);
- Possa continuar a amamentar do lado não afectado.

A situação melhora, habitualmente em um ou dois dias.

xv. Bloqueio dos Ductos

No mamilo abrem-se cerca de 10 a 20 canais que drenam o leite. Pode acontecer que alguns destes canais fiquem obstruídos, possivelmente por leite espesso. A mulher que amamenta pode sentir um nódulo (inchaço) doloroso numa parte da mama, e o local ficar avermelhado. A mulher 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 (Levy e Bértolo, 2008).

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.

xvi. Recusa do Bebé a Mamar

Segundo Pereira (2006), há diferentes tipos de recusa e, segundo Giugliani (2000), as razões para a recusa podem ser agrupadas em cinco modalidades:

- Bebés que resistem às tentativas de serem amamentados. Muitas vezes não se descobre as causas dessa resistência, mas pode estar associada a isso, bicos artificiais e/ou dor ao ser segurado para mamar. Nestes casos, o que se deve fazer é acalmar a mãe e o bebé, suspender o uso de bicos artificiais e insistir nas mamadas por poucos minutos de cada vez.
- Bebés que não pegam adequadamente na aréola. Isto pode ser devido ao mau posicionamento do bebé; não abrir suficientemente a boca ou usar bicos artificiais. Pode ser ainda devido ao ingurgitamento mamário ou mamilos invertidos. Nestes casos, a resolução do problema consiste em detectar e corrigir o que leva o bebé a não pegar correctamente na aréola.
- Bebés que não conseguem manter a pega da aréola. Nestes casos, o bebé começa a mamar mas pouco tempo depois larga a mama, este comportamento deve-se, na maioria dos casos, a um mal posicionamento do bebé, o bebé não consegue respirar, está a ser agarrado com firmeza ou o

fluxo de leite é muito forte. A solução para este problema é fazer a pega correcta, no caso de o fluxo ser muito forte a mãe pode retirar um pouco de leite antes de iniciar a mamada.

- Bebés que não sugam. O bebé pode não ter fome, estar sonolento ou doente, não ter força para sugar, ou ainda, não estar maturo para sugar (o que também pode acontecer em bebés de termo com bom peso). Nestes casos, a mãe deve estar orientada para estimular o bebé a sugar, introduzindo-lhe o dedo mínimo na boca e com a ponta tocar na junção do palato duro com o palato mole.
- Bebés que recusam uma das mamas. Existem a possibilidade do bebé ter dificuldade em mamar uma das mamas (nos mamilos ou no fluxo de leite), ou a mãe não consegue posicionar correctamente, ou o bebé sente dor em determinada posição. A solução, muitas vezes usada, é a posição *football player* – bebé apoiado no braço do mesmo lado da mama oferecida, a mãe apoia a cabeça do bebé e os seu corpo é mantido na lateral, abaixo da axila. Se mesmo assim o bebé continuar a recusar uma das mamas, é praticável o AM exclusivo só com uma das mamas.

xvii. Pouco leite

Segundo a OMS/UNICEF (*cit in* Pereira, 2006), é muito raro uma mãe não produzir o leite em quantidade suficiente.

Para (Levy e Bértolo, 2008), algumas mães pensam que o seu leite é insuficiente porque:

- O bebé chora mais do que o habitual;
- Quer sugar mais frequentemente;
- Demora muito a mamar;
- Adormece a mamar.

Os mesmos autores dizem que, muitas vezes, as mães têm bastante leite, mas falta confiança de que o seu leite é suficiente. Todas as mulheres possuem um número semelhante de células produtoras de leite, independentemente do tamanho das mamas.

Por vezes as mães tentam amamentar a criança em horário bem determinado (rígido); deixam a criança esperar muito tempo para mamar; trocam de mama, quando o bebé não esvaziou totalmente a primeira (a criança não ingere quantidade suficiente da gordura que está no final da mamada e fica insatisfeito) (Levy e Bértolo, 2008).

xviii. Choro do bebé

O comportamento dos recém-nascidos varia muito de bebé para bebé, isto porque dependem de inúmeros factores, tais como idade gestacional, a personalidade e sensibilidade do bebé, as experiências intra-uterinas, o parto, entre outras. Há bebés que choram mais do que outros, que têm mais dificuldades na passagem da vida intra-uterina para a vida extra-uterina, esse choro é muitas vezes mal interpretado pelas mães e família como sendo um sinal de fome. A melhor maneira de ajudar uma mãe que amamenta é esclarecendo-a de que existem muitas razões para o choro do bebé (Giugliani, 2000 e Pereira, 2006).

As razões porque choram habitualmente os bebés são (Pereira, 2006):

- Desconforto (se estiver sujo, com frio ou com calor);
- Cansaço (visitas em demasia);
- Doença ou dor (padrão do choro alterado);
- Fome (nos casos em que não recebe leite suficiente);
- Alimentação da mãe (qualquer alimento, às vezes o leite da mãe);
- Drogas consumidas pela mãe (caféina, tabaco, outras drogas);
- Cólicas;
- Hiperprodução de leite;
- Bebés com “grandes necessidades”.

xix. Chupeta

A chupeta não é propriamente um invento recente. Estão descritos vestígios arqueológicos de objectos semelhantes a chupetas desde pelo menos 1000 anos a.C.. Entretanto, elas apareceram pela primeira vez na literatura médica, na Alemanha, em 1473, descritas pela Metlinger. Desde então a chupeta tem sido alvo de longas discussões que originam atitudes que vão desde a utilização permissiva à proibição radical (Gomes, L. Monteiro, T. 2001).

“A chupeta faz parte do enxoval de uma ampla parcela dos recém-nascidos”. (Lima, C.B.V., et al., 2007).

Soares et al., 2003, afirmam que é muito utilizada mesmo em populações orientadas a evitar o uso como em crianças nascidas em Hospitais Amigo da Criança que desestimula o uso deste dispositivo, estimulando o aleitamento materno.

Segundo Cotrim, C.I., Venancia, I.S., Escuder, L.M.M. (2002) *cit in* Victora, C.G (1997) e Panhora, C.A. (1999), os factores que influenciam o uso de chupeta são questões culturais, a insegurança da mãe em amamentar, bem como as dificuldades e problemas na amamentação, a interferência da mídia, mães com maior desvantagem social (mais jovens, maiores dificuldades económicas, fumadoras) e a conduta de alguns profissionais sobre o uso da chupeta.

Para a ABNT (2003), a chupeta é composta das seguintes partes: bico, escudo, botão e argola e, a embalagem seria o meio de acondicionamento da chupeta para ser apresentada ao consumidor. [Ver anexo 2]

xx. Efeitos do Uso da Chupeta

“Os efeitos do uso da chupeta dependem do tempo de duração, frequência e intensidade” (Bianchini, E., 2002).

Para Lutaif, P.A *cit in* Coeli, Toledo (1994), Silva, S.J., (2000), Rola, M., Aguiar, P.A., Aroso, S. (2004), os efeitos do uso da chupeta são: acalmar o bebé; aliviar a dor; diminuir a ansiedade do bebé; confortar o bebé quando está cansado, triste ou frustrado; obter um padrão de comportamento de autocontrolo; satisfazer a necessidade de sucção do bebé; prevenir o hábito de sucção de polegar; ligeira hipercapnia, factor em si estimulante da função respiratória; aprender a respirar pela boca quando ocorre

obstrução nasal; factor preventivo no Síndrome De Morte Súbita do Lactente; prevenir o movimento de virar a cabeça para baixo, com a face virada para o colchão; transmitir infecções (Candidíase oral, otites, infecções gástricas, etc.); prejudicar a função motora oral; problemas ortodônticos; alteração da postura dos lábios e língua; problemas na fala; favorecer o descontrole da saliva; prejudicar a tonicidade dos músculos dos lábios, língua e face, deixando-os flácidos; prejudicar as arcadas dentárias; induzir movimentos incorrectos da língua na deglutição e provocar a respiração oral.

xxi. Breve Abordagem ao Desenvolvimento Sensório Motor Oral

O Sistema sensório motor oral, ou sistema estomatológico é definido como o conjunto de estruturas bucais que desenvolvem funções comuns sempre com participação da mandíbula. É ligado ao sistema nervoso, circulatório digestivo, respiratório, metabólico-endócrino, etc (Casanova, D. 1998 *cit in* Marchesan 1993).

Este, é constituído por:

- Estruturas estáticas ou passivas: arcos osteodentários, maxila e mandíbula articulados bilateralmente pelas articulações temporo-mandibulares além dos demais ossos cranianos e o osso hióide.
- Estruturas dinâmicas ou activas: unidades neuromusculares que movimentam a mandíbula e o hióide.

Segundo Xavier 1998 (*cit in* Marina, 2007, Arvedson 1993) a evolução do sistema sensório motor oral acontece desde o período embrionário, com a morfogênese das estruturas orofaciais tais como língua, mandíbula, maxila, lábios, bochechas e palato, culminando com o surgimento das primeiras habilidades de deglutição e sucção, observadas por volta da 11^a e 20^a semana de idade gestacional, respectivamente.

No entanto, a habilidade para ser alimentado, acontece entre a 32^a e 34^a semanas de idade gestacional, quando haverá maturidade para coordenar sucção, deglutição e respiração (Stevenson RD, Allaire JH, 1991).

Gisel, E.G., Birnbaum R., Schwartz S., 1998 *cit in* Marina (2007), quatro aspectos fundamentais para um bom desenvolvimento motor oral: interação entre estabilidades mobilidade, ritmicidade, eficiência oromotora e economia. Cada aspecto se inter-relaciona de forma que o todo deve funcionar harmonicamente. A interação da estabilidade e mobilidade das estruturas de cabeça e pescoço. A ritmicidade permite a boa frequência e pausas durante a sucção. A eficiência oromotora e a economia do sistema são caracterizadas pela habilidade e capacidade de consumir uma refeição em 20 minutos.

As habilidades orais são desenvolvidas a partir do tipo de alimentação recebida desde o início da vida (Delgado SE, Halpern R., 2005 *cit in* Marina (2007)).

xxii. Hábitos de Sucção do Bebê:

O hábito é um comportamento que, quando praticado muitas vezes, torna-se inconsciente e passa a ser incorporado à personalidade infantil (Vieira, 2002). Estes podem ser classificados como *não compulsivos*, quando são de fácil aquisição e abandono, acompanhando o processo de maturidade; ou *compulsivos*, quando estão fixados à personalidade infantil, sendo refugio quando a criança sente-se ameaçada (Finn, 1982 *cit in* Valle, M.)

Feud (Apud Moyers, 1991) *cit in* Valle, M. sugeriu que a oralidade na criança está relacionada com a organização pré-genital e que a actividade sexual ainda não está separada da alimentação. O desenvolvimento lógico dessa teoria se relaciona com a tentativa de eliminar o hábito de sucção, porque o ponto de vista Freudiano considera que a abrupta interferência de um mecanismo tão básico provavelmente conduzirá ao aparecimento de tendências anti-sociais, como a gagueira ou a masturbação precoce.

Medeiros (1992), [argumenta que os hábitos orais podem ser também classificados em:]

- *Intra-orais*: sucção língual, de polegar, de bochechas, labial e de objectos, onicofagia, bruxismo, morder a língua e respiração bucal;
- *Extra-orais*: sustentação do queixo, posições inadequadas de travesseiro, etc.

O ser humano, desde a vida intra-uterina, instintivamente realiza a sucção dos dedos, lábios e língua, de tal maneira que, no momento do nascimento, a função de sucção encontra-se plenamente desenvolvida (Valdighi et al., 2004).

Gouch (1991), alega que a sucção é um reflexo inato. É através dela que a criança tem os primeiros contactos com o mundo exterior, satisfazendo, além da nutrição, as necessidades afectivas.

O instinto de sucção é muito intenso nos três primeiros meses de vida e tende a diminuir gradualmente a partir do sexto mês (Costa et al., 2001 *cit in* Valle, M.).

O'Brien et al., (1999) *cit in* Valle, M, [refere que a capacidade de satisfazer necessidades, também podem ser classificadas] *em nutritivos*, que permitem a obtenção de nutrientes essenciais e são representados pela mamadeira e aleitamento materno, ou *não nutritivos*, que não tem finalidade alimentícia e transmitem sensação de segurança e conforto.

Para Mascarenhas (1996-1997), a sucção nutritiva pode ficar semelhante a não-nutritiva quando o bebé está sonolento ou está saciado e passa a “chupetar” o peito ou bico da mamadeira, então, a sucção nutritiva se dissolve em curtos episódios imitando o padrão de sucção não-nutritiva.

O uso da sucção não-nutritiva envolve todo um contexto social e cultural, no qual a decisão da mãe sobre que tipo de aleitamento a criança terá, natural ou artificial, é de grande importância e envolve factores como nível de urbanização das sociedades, idade e número de filhos na família, trabalho materno e tempo em que a criança permanece na escola (Kartz; Colares, 2002).

Rego (1996), menciona que crianças que receberam amamentação materna exclusiva têm menores probabilidades de adquirir hábitos de sucção não nutritivos, como sugar dedos ou chupeta, frequentemente observados nas crianças menores de vinte e quatro meses que não mamam no peito da mãe.

Toledo (1996) cita ainda como uma causa primária da sucção não-nutritiva a falta de atenção maternal que aliviasse as tensões do corpo e satisfizesse outras necessidades de estímulo.

Cabe ao profissional de saúde, orientar os pais, direccionando a educação no que diz respeito aos hábitos e alertá-los de que até aos dois anos de idade os hábitos de sucção podem fazer parte da vida da criança, pois elas estarão na fase oral de desenvolvimento. Após esta idade eles devem começar a interferir e tentar retirar o hábito (Valdrighi e tal., 2004).

xxiii. Processo de Sucção na Amamentação

As estruturas anatómicas importantes para o funcionamento oral do RN incluem cavidade oral, lábios, língua, bochechas, mandíbula, palato duro e mole, osso hióide, cartilagem tireóide, epiglote, musculaturas facial e perioral e músculos constritores da faringe, além de outros 40 músculos que envolvem a movimentação de todo o sistema oral. Os pares dos nervos cranianos responsáveis pela inervação dessa musculatura são: I - olfativo; V - trigêmeo; VII - facial; IX - glossofaríngeo; X - vago; e XII –hipoglosso (Sanches, C.T.M., 2004).

Segundo Douglas, C.R. (1994), [os reflexos orais do RN garantem sua alimentação nessa fase inicial do desenvolvimento e são os seguintes]:

- Busca ou procura (activado mediante toque na bochecha e, principalmente, nos quatro pontos cardeais dos lábios), cuja função consiste em localizar o peito;
- Sucção (desencadeado pelo toque na ponta da língua e papila palatina), sendo sua função a retirada do leite;
- Deglutição (obtido mediante estímulo do leite na região posterior da língua, palato mole, faringe e epiglote). Há, ainda, os seguintes reflexos de protecção da deglutição: mordida (obtido mediante o toque na região interna das gengivas), vômito (desencadeado pelo estímulo na ponta da língua quando há negação total da deglutição) e tosse. Após o quarto ou quinto mês, com o crescimento das estruturas orais, o amadurecimento do sistema nervoso e as possibilidades de experimentação oral adequada da criança, essa condição basicamente reflexa vai se modificando, sendo substituída por um padrão voluntário de movimentação oral.

Todos estes reflexos são instintivos, acontecem automaticamente sem que o bebé precise de os aprender. No entanto há coisas que a mãe e o bebé têm de aprender. A mãe tem que aprender como segura a mama no inicio da mamada e a posicionar o bebé e o bebé tem que aprender como pegar na mama com a sua boca para sugar efectivamente (Levy e Bértolo, 2001).

Na pega correcta, o bebé realiza uma abertura ampla da boca, abocanhando não apenas o mamilo, mas também parte da aréola, e formando um lacre perfeito entre as estruturas orais e a mama. Para a formação desse lacre, na parte anterior os lábios estão virados para fora, (sendo que o lábio superior e a língua são os principais responsáveis por um vedamento adequado), e a língua se apoia na gengiva inferior, curvando-se para cima (canolamento), em contacto com a mama. A finalidade do lacre consiste na formação do vácuo intra-oral (com a presença de pressão negativa), formado por movimentos da mandíbula associados a movimentos dos lábios, bochechas e coxins de gordura. Os coxins de gordura ou *sucking pads* são bolsões de gordura localizados entre a pele e a musculatura das bochechas, com a finalidade de auxiliar na sustentação das estruturas orais para o acoplamento perfeito ao peito. A mandíbula se apoia sobre os seios lactíferos (onde o leite fica armazenado), e o bebé abocanha o mamilo e aproximadamente 2 a 3 cm de aréola (Sanches, M.T.C., 2004).

Segundo Levy, L. e Bértolo, H. (2008), [os sinais de uma pega correcta são:]

- A boca do bebé tem de apanhar a maior parte da aréola e dos tecidos que estão sob ela;
- O bebé estica o tecido da mama para fora, para formar um longo bico;
- O bebé mama na aréola e não só no mamilo;
- O queixo tem de tocar na mama;
- A boca do bebé tem de estar bem aberta;
- O lábio inferior virado para fora;

Na amamentação, pela descrição de Andran *cit in* Douglas 1994, quando os lábios do bebé sentem o mamilo, contraem firmemente havendo o selamento hermético. O colo do mamilo é comprimido entre o rebordo gengival superior e a ponta da língua e sobre o rebordo gengival inferior com a elevação da mandíbula e língua, assim o leite é expelido criando-se uma pressão negativa. Quando o leite é acumulado deprime o dorso da língua. A mandíbula se movimenta por acção dos músculos da mastigação que são enervados pelo trigémeo. Quando a mandíbula desce, o mamilo é esticado exercendo a sucção pela diminuição da pressão intra-oral onde há colaboração dos músculos faciais havendo a contracção desses músculos. A língua modifica o seu comprimento

apresentando contracções peristálticas ondulatórias para trás. Quando se inicia a deglutição, logo após a sucção, a mandíbula estabiliza-se por contracção dos músculos supra-hióides, línguais e faciais. A deglutição pode ocorrer depois de uma, duas, ou três succões mas sempre em ritmo determinado pelo controlo central. Ela é controlada pela informação dos receptores dos lábios e língua já que na deglutição, a língua fica entre os rebordos gengivais em oposição aos lábios.

xxiv. A Chupeta na Amamentação

Vellini, 2002 *cit in* Valle, M., menciona que a mulher actual, devido ao seu novo contexto social de stress, longas jornadas de trabalho e muita competitividade, muitas vezes não reúne condições para a amamentação, apesar de esta ser de grande importância para o ciclo natural evolutivo da criança. Muitas não têm tempo para lidar com o choro da criança ou com a sua necessidade afectiva de contacto físico e de amamentação, preferindo que o bebé satisfaça as suas necessidades nutricionais e fisiológicas com instrumentos artificiais, favorecendo a criação de vínculos afectivos com estes, o que dificulta ainda mais a eliminação do hábito.

As crianças que são amamentadas no seio possuem menos probabilidade de adquirir hábitos orais nocivos (Henringer et al., Legovic, M. 1991, Casanova, D. 2000).

Assim, como as mães que se sentem confiantes em relação à amamentação parecem ser menos afectadas pelo uso da chupeta (Lamounier, J.A. 2003).

[Como já foi dito anteriormente], e segundo Medeiros, C.F.M. (1992), a chupeta é considerada um hábito de sucção não nutritivo, que surge como uma necessidade de sucção, quando esta não é satisfeita pela alimentação natural ou artificial, e, quando utilizada por um tempo prolongado pode acarretar alguns prejuízos.

Para Benis (2002), o uso da chupeta pode ser um sinalizador de dificuldades em amamentar ou mesmo da falta de motivação da mãe em amamentar seu filho, como oposição de causalidade ao desmame.

Diversos autores associam significativamente entre o uso da chupeta e menor duração do aleitamento materno, cuja consequência é levar ao desmame (Ortega (1993), Tomasi, Barros (1995), Audi et al, (2003), Soares et al., (2003), Lamounier, A.J. (2003), Cunha, A.L.J.A., Leite, M.A. e Machado, T.M.M., (2005).

Lutaif, P.A *cit in* Neifert (1995), acredita que uma das causas para o desmame precoce pode estar relacionada com a confusão de bicos que o bebê faz ao lhe ser introduzida a chupeta. [Por outro lado, outra razão será] “ (...) porque a posição da língua na amamentação é diferente da posição de quando se suga a chupeta. Como sugar a chupeta é mais fácil, na hora da amamentação o bebê colocará a língua na posição da sucção da chupeta e não conseguirá retirar o leite, chorando de fome e rejeitando o peito.” (Thadeu, B. *cit in* Ellias, J. 2009)

A introdução da chupeta antes da décima semana de vida do bebê também foi associada de forma significativa à curta duração do aleitamento materno exclusivo, o que não aconteceu quando a chupeta foi introduzida após esse período (Scott, et al., 2006).

A chupeta pode ser oferecida somente após a amamentação, ao deitar e por breve período. Não associe o uso da chupeta às situações de frustração ou recompensa (Bianchini, E. 2002).

Actualmente existem autores como Passos, D. (2009), Lazzeri, T. (2009), que acreditam que o uso da chupeta deve começar após 15 dias de vida, para não interferir na dinâmica da amamentação.

No trabalho, divulgado no Simpósio Internacional de Neonatologia, que aconteceu em São Paulo, de 12 a 14 de Março, consideraram que depois desse período a chupeta não interfere no AM, porque o vínculo entre mãe e bebê já está estabelecido.

“Quinze dias depois, é o tempo que se considera necessário para fortalecer a dinâmica da amamentação. E é isso que garante a duração do aleitamento materno.” (Vain, N. 2009).

xxv. Cuidados com a Chupeta

É importante que os pais sejam orientados para:

- A chupeta deverá ter o tamanho e forma compatíveis anatomicamente com a boca do bebê;

- Deverá ser de preferência ortodôntica porque apresenta a base do bico mais achatada evitando uma distância maior entre os lábios e inclinação do bico para cima, o que facilita o melhor posicionamento da língua;
- O apoio labial da chupeta deve ser ligeiramente curvo, voltado para a boca, ajustando-se à forma, contorno dos lábios e a parte próxima à base do nariz deve ser recortada respeitando-se sua forma e proporcionando um bom isolamento;
- A chupeta para exercícios deve ter no mínimo dois furos de ventilação com diâmetros menores do que 5 mm para evitar que magoe ou aprisione o pequeno dedo de um bebê, e distante 5-6 mm da borda externa do disco;
- A argola é desnecessária, pois é um convite para deixar a chupeta acessível, facilitando a instalação do hábito;
- Não colocar cordões, fitas ou correntes amarradas à chupeta, pois representam perigo de asfixia;
- A amamentação natural é fundamental e deve ser sempre que possível a primeira escolha diminuindo a necessidade de sucção extra;
- É conveniente alimentar a criança acostumada ao biberão, com um bico ortodôntico que obriga a criança a exercer a musculatura facial;
- Ter consciência da presença do hábito: observar o filho, como e em quais as condições o hábito ocorre, qual a frequência e como a criança se sente a respeito;
- É necessário preocupar-se, pois hábitos de sucção constituem um factor que pode interferir no desenvolvimento da criança, podendo levar a alterações bucais;
- Nunca criticar, ridicularizar ou aplicar uma punição por usar a chupeta;
- Tentar não chamar atenção para o hábito de sucção, apenas desviá-la para outra coisa;
- Quando perceber a presença de um hábito deve-se remover o quanto antes, de forma gradual para que não se altere o equilíbrio psicológico e físico da criança;

- Se a criança usar a chupeta para adormecer, essa deve ser retirada assim que a criança adormecer, para que o hábito não seja estimulado (Camargo et al., 1998 *cit in* Valle, M.; Zuanon, 1997; Ferreira & Toledo, 1997; Suga, 2001; Corrêa, 1998; Ramos-Jorge et al., 2000; De Carli et al., 2002;).

III. FASE METODOLÓGICA

“O desenho da investigação é o plano lógico elaborado e utilizado pelo investigador para obter respostas às questões de investigação”. Este visa explicitar qual o tipo de investigação utilizado para dar resposta aos objectivos (Fortin, 2003).

De acordo com Fortin (2003), “de todos os métodos de aquisição de conhecimentos, a investigação científica é o mais rigoroso e o mais aceitável, uma vez que assenta num processo racional. Este método de aquisição de conhecimentos é dotado de um poder descritivo e explicativo dos factos, dos acontecimentos e dos fenómenos”.

Consequentemente, “o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões colocadas ou às hipóteses de investigação formuladas” (Fortin, 2003)

No desenvolvimento deste capítulo irão ser apresentadas todas as etapas, enumeradas por Fortin (2003), em relação à fase metodológica. Começa-se por justificar o tema, enunciar e explicar o desenho do estudo, definir população e amostra, enunciar as variáveis e, finalmente, descrever os métodos adoptados para a colheita e análise dos dados.

1. Princípios éticos

Segundo Fortin (2003, p. 114) a ética é uma ciência da moral, na qual se dirige a conduta. É necessário tomar todas as medidas possíveis para proteger os direitos e liberdades da pessoa humana que participem nas investigações.

A Ética coloca problemas aos investigadores decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação (Fortin, 2003, p.113).

Qualquer investigação origina o aparecimento de questões ético-morais, pelo que é essencial proteger os direitos e liberdade dos indivíduos que participam no estudo. Os cinco principais princípios do Código de Ética de Investigação segundo Fortin (2003, pp.116, 117 e 118) são:

- Direito à auto-determinação, este direito baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino. Neste estudo quando se pediu a colaboração no preenchimento dos questionários, foi-lhes indicado qual o tema do trabalho e seus objectivos, e a importância da sua participação para o êxito do mesmo, deixando bem claro que as pessoas eram livres de decidir se queriam participar, ou não, após devidamente informadas.

- Direito à intimidade, faz referência à liberdade da pessoa decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar numa investigação, e determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas. As mães tiveram liberdade de decidir sobre a extensão da informação a dar.

- Direito ao anonimato e confidencialidade, os resultados devem ser apresentados de tal forma que nenhum dos participantes do estudo possa ser reconhecido nem pelo investigador nem pelo leitor do relatório de investigação. Neste estudo os resultados foram apresentados de forma que nenhuma mãe tenha a possibilidade de ser identificada.

- Direito à protecção, contra o desconforto e prejuízo, este direito corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou prejudicarem. Não estarão previstos quaisquer riscos desta ordem no trabalho em causa.

- Direito a um tratamento justo e equitativo, reporta para o direito de ser informado sobre os objectivos, duração e métodos da investigação que lhe é requerida e que haja ausência de prejuízo para os participantes do estudo. Para a aplicação do instrumento de colheita de dados, foi elaborado um pedido de autorização de colheita de dados ao entrevistado, assumindo-se o compromisso de assegurar o anonimato e a confidencialidade das respostas.

2. Tipo de estudo

De acordo com Fortin (2003), “O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação e visa descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade”

O estudo realizado é do tipo descritivo simples, baseado na observação de factos objectivos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. Segundo Fortin (2003), [o desenho deste tipo de estudo], consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta.

Pretendeu-se realizar uma abordagem de carácter quantitativo, descrita por uma possível quantificação das variáveis em estudo e dos dados obtidos.

O estudo é também transversal, uma vez que a colheita de dados foi efectuada num único momento e não se seguiu a população amostral ao longo de um determinado período de tempo.

3. Meio

O meio é o local onde o estudo é realizado, que, segundo Fortin, deve ser acessível e deve obter-se a colaboração e as autorizações necessárias à realização do estudo. (Fortin, 2003, p.132)

Este estudo foi realizado em meio natural, isto é, as mães inquiridas não foram sujeitas a qualquer tipo de controlo laboratorial (procedendo-se à colheita de dados através de um questionário na comunidade – área residencial de Eiriz).

4. Definição da população

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

A exigência de definição da população, neste estudo, decorre da necessidade de se especificar o grupo de indivíduos ao qual se remete a investigação, bem como a aplicação dos resultados do estudo.

“(…)a população é uma colecção de elementos ou sujeitos, que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios” e população-alvo “(…) é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações” (Fortin, 2003).

Perante os objectivos do estudo, a população deste estudo corresponde às mães que amamentam na área residencial (comunidade) de Eiriz.

5. Definição da Amostra

A amostra foi constituída por 23 mães que amamentam, pertencentes à área residencial de Eiriz (comunidade).

Segundo Fortin (2003), amostra é “(…) um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população”.

6. Método de Amostragem

O tipo de amostragem utilizado para este estudo foi a amostragem não aleatória por conveniência.

Segundo Fortin, (2003) a amostra por conveniência ou acidental é formada por sujeitos facilmente acessíveis e estão presentes num determinado local no momento de colheita de dados. Os indivíduos são inseridos no estudo até a amostra atingir o tamanho desejado.

A amostra em estudo é constituída por 23 mães que amamentam da área residencial de Eiriz, que estiveram presentes à entrada do Centro de Saúde de Eiriz, nos dias 3 e 5 de

Novembro de 2009, na qual apliquei o instrumento de dados. Sendo o método de amostragem utilizado a amostragem não probabilística acidental.

“Segundo o método de amostragem acidental os sujeitos são incluídos no estudo à medida que estes se apresentam num local preciso” (Fortin, 2003).

7. Definição de variáveis

Para Fortin (2003) as variáveis são “qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou situações que são estudadas numa investigação (...) que pode tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades, diferenças”.

O estudo em causa é do tipo descritivo simples, isto é, pressupõe-se somente a análise e descrição de características ou propriedades de determinada realidade, não se estabelecendo relações entre variáveis. Assim, as variáveis deste estudo são a Idade da Mãe, Idade do filho, Estado Civil, Residência, Habilitações Literárias, Situação de emprego, Números de filhos (também de atributo, já que permitem caracterizar a amostra), conhecimento das mães que amamentam acerca da influência do uso da chupeta na amamentação, tipo de amamentação, início da amamentação, dificuldades na amamentação e alguns aspectos ligados com a chupeta (efeitos, cuidados, etc).

8. Instrumento de Colheita de Dados

Antes de escolher o método de colheita de dados, devemos ter presentes os objectivos do estudo, a informação que se pretende e conhecer os diversos métodos, assim como as vantagens e os inconvenientes de cada um (Fortin, 2003).

Tendo como base o desenho de investigação deste estudo, optou-se pelo questionário como instrumento de colheita dos dados.

Um questionário é um dos métodos de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos (...) (Fortin, 2003).

Os questionários podem comportar diversos níveis de estruturação: podem conter questões fechadas em que o sujeito é submetido a escolhas de respostas possíveis; podem conter questões abertas que pedem respostas escritas da parte dos sujeitos (...) (Fortin, 2000).

O questionário elaborado e estruturado pelo investigador (ver Anexo I) está dividido em quatro partes, sendo a primeira constituída por seis questões fechadas, onde se procede à caracterização da amostra. A segunda parte é constituída por cinco questões fechadas, onde se procede à caracterização do bebé. A terceira parte está estruturada com cinco questões fechadas que visam o conhecimento da situação da díade na amamentação. Finalmente a quarta parte corresponde ao uso da chupeta durante a amamentação, recolhendo treze questões de resposta fechada.

9. Tratamento e análise de Dados

O tratamento de dados é:

Qualquer estudo que comporte valores numéricos começa pela utilização de estatísticas descritivas que permitem descrever as características da amostra no qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos pela medida da variável (Fortin, 2003).

Para o tratamento dos dados será utilizado o programa estatístico Statistical Package and Social Science (SPSS) 17.0 para Windows e o Excel, programa do Office 2007 do Sistema operativo do Windows. A apresentação dos resultados será feita através de quadros, e gráficos com a sua respectiva descrição.

A análise estatística será feita através da estatística descritiva onde serão calculadas: o máximo, frequência relativa, a média e o desvio padrão.

10. Pré-teste

De maneira a detectar dificuldades na aplicação do questionário, e propondo-se a validação do mesmo para a população em estudo, o pré teste será aplicado a uma população semelhante à população do estudo.

O pré-teste, segundo Fortin, (2003, p.253),

(...) consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada (...) a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas. (...) Permite corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a redacção e ordem das questões.

Deste modo, o pré-teste foi realizado na zona residencial de Eiriz, a três mães que não se incluíram na amostra. O seu objectivo foi avaliar a eficácia e pertinência do questionário.

Da aplicação do questionário resultaram algumas alterações em função das opiniões das mães que fizeram o pré-teste. As mães foram convidadas a participar voluntariamente no estudo, tendo sido salvaguardado todos os princípios éticos referidos anteriormente.

IV. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Numa abordagem metodológica, a apresentação dos resultados tem como objectivo principal fornecer as ferramentas para evidenciar os resultados de um estudo, permitindo a visualização de diferenças e semelhanças, com a transparência e o realce que o grafismo oferece. Esta é fundamental para garantir a qualidade e credibilidade da pesquisa.

A amostra correspondente a esta investigação foi constituída por 23 mães que amamentam, pertencentes à área residencial de Eiriz.

A idade das mães que fazem parte da amostra esteve compreendida entre os dezanove e os trinta e oito anos.

Idade	Percentagem
19	8,7
20	4,3
22	4,3
24	13,0
25	8,7
26	4,3
27	4,3
28	13,0
29	4,3
30	8,7
31	8,7
32	8,7
35	4,3
38	4,3
Total	100,0

Tabela 1 - Caracterização da amostra relativamente à idade.

Em relação ao estado civil, 52,2% da amostra eram casada, 26,1% vive em união de facto e 21,7% eram solteira.

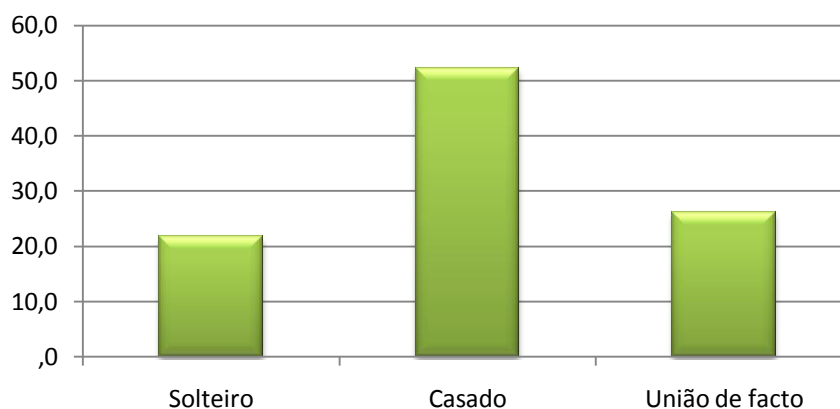


Gráfico 1: Estado Civil da Mãe

Quanto ao local de residência, 87% das mães viviam numa zona rural enquanto que 13% viviam numa zona urbana.

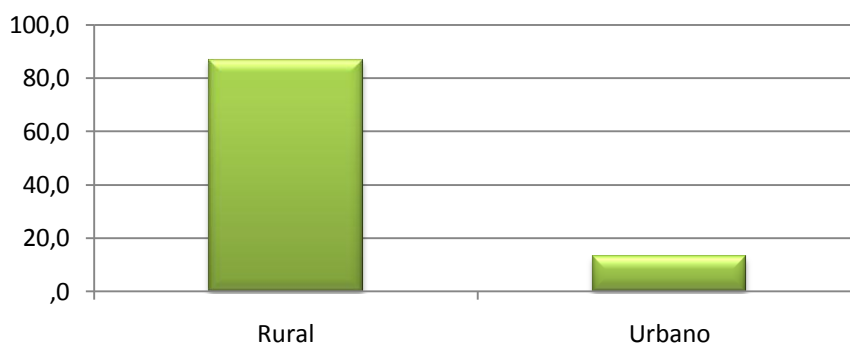


Gráfico 2: Local de Residência

Quando questionadas acerca das habilitações literárias, 52,2% referiram ter terminado o ensino médio ou técnico superior, 30,4% o ensino médio ou técnico inferior e 17,4% o ensino universitário ou equivalente.

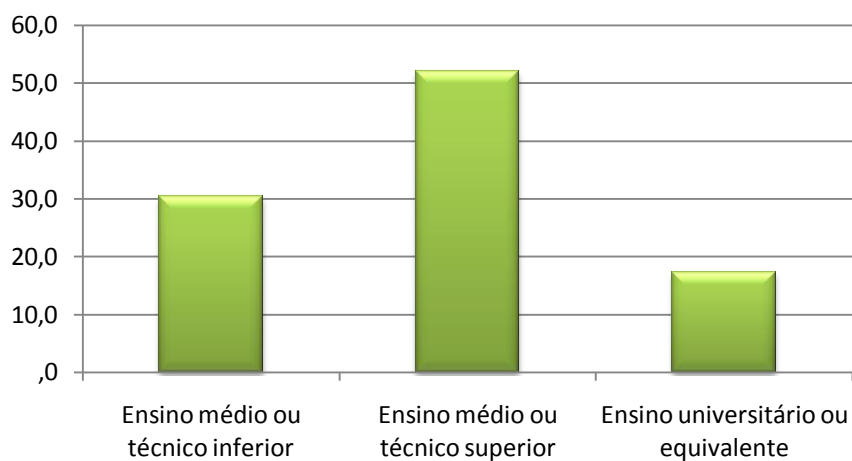


Gráfico 3: Habilitações Literárias

Relativamente à situação de emprego 56,5% da amostra foi trabalhadora, 39,1% está desempregada e 4,3% era estudante, como mostra o gráfico a baixo.

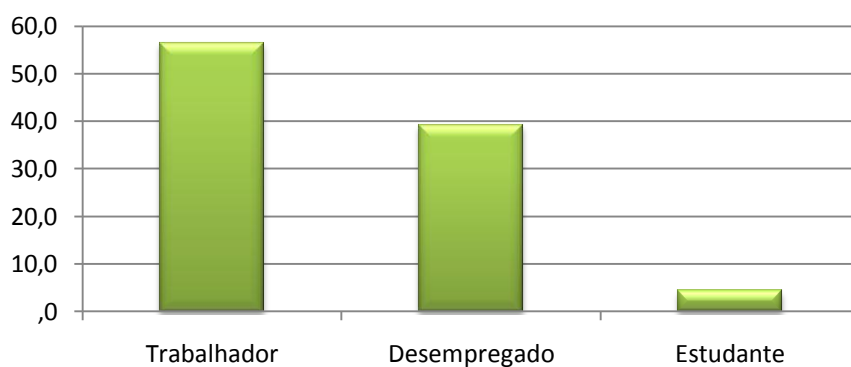


Gráfico 4: Situação de Emprego

Em relação ao número de filhos, 69,6% da amostra referiam ter um filho, 26,1% referiam ter dois filhos e 4,3% da amostra tem três filhos.

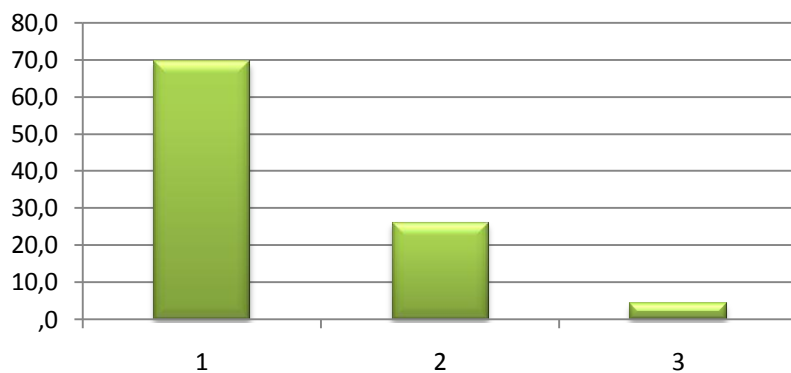


Gráfico 5: Número de Filhos

O género dos bebés foi maioritariamente feminino (56,6%).

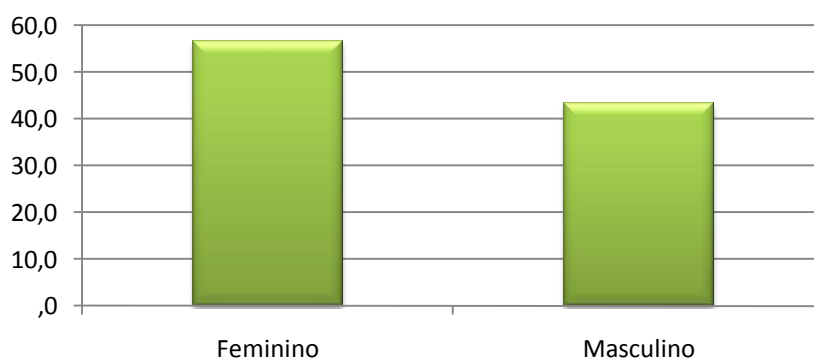


Gráfico 6: Género do Bebê

Em relação à prematuridade, 82,6% dos bebés não são prematuros e 17,4% são.

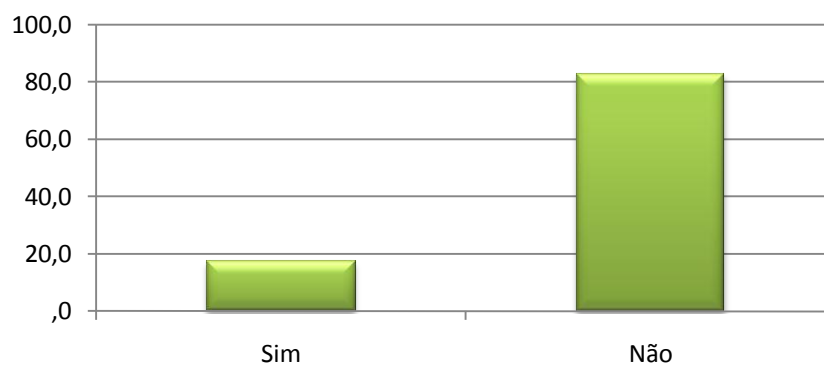


Gráfico 7: Prematuridade do Bebê

A idade actual do bebé está compreendida entre os 0 e os 11 meses como mostra a seguinte tabela:

Idade (em meses)	Percentagem
0	8,7
1	17,4
2	17,4
3	8,7
4	8,7
5	4,3
6	13,0
8	4,3
9	8,7
10	4,3
11	4,3
Total	100,0

Tabela 2: Idade do bebé

Relativamente ao estado de saúde do bebé 91,3% são saudáveis e 8,7% possuem algum tipo de alteração patológica.

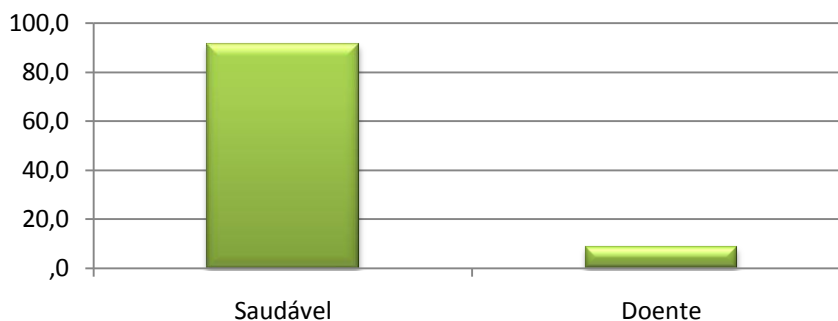


Gráfico 8: Estado de Saúde do Bebé

Dentro destes 8,7% da amostra, que referem que o seu bebé possui alguma doença, em nenhum deles isto afectava a amamentação.

Influência da doença na amamentação	Percentagem
Não	100,0
Total	100,0

Tabela 3: Influência da doença do bebé na amamentação

Quanto ao tipo de alimentação do bebê, 65,2% refere alimentar exclusivamente com leite materno e 34,8% recorre ao aleitamento misto.

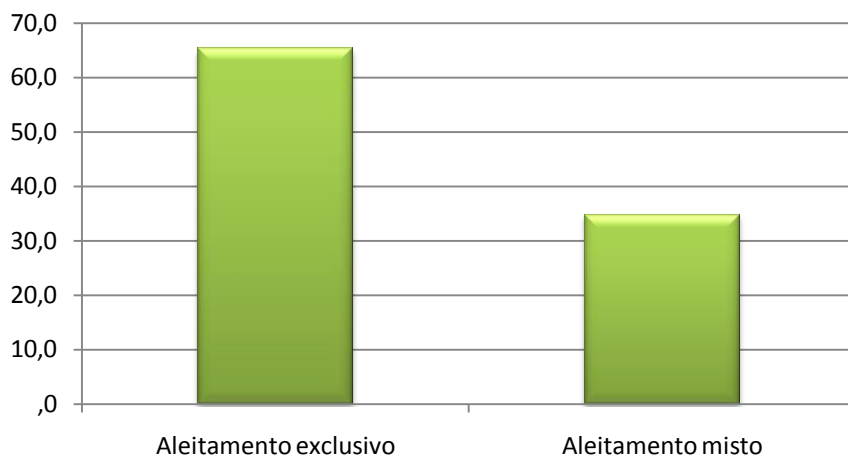


Gráfico 9: Tipo de Alimentação do Bebê

Em relação ao início da amamentação, 56,5% refere ter iniciado a amamentação na primeira hora de vida do bebê e 43,5% iniciou algumas horas após o nascimento.

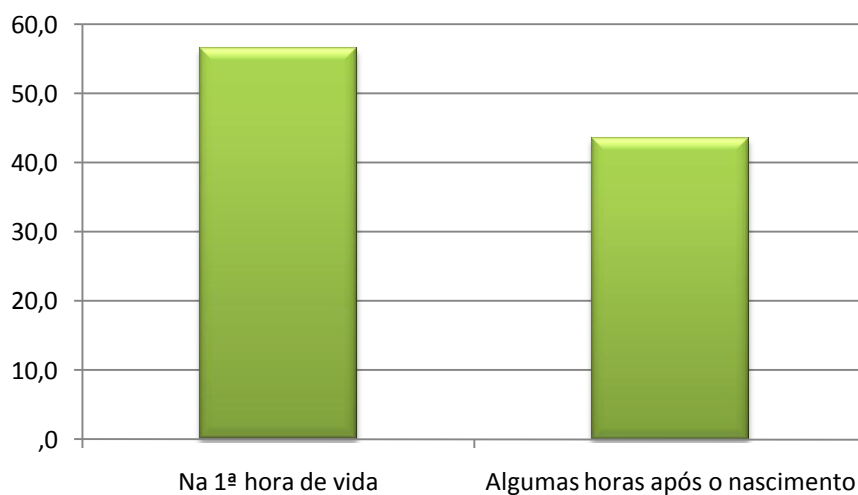


Gráfico 10: Início da Amamentação

Quando questionadas acerca das dificuldades sentidas no iniciar da amamentação 73,9% das mães referem não ter sentido dificuldades e 26,1% sentiram.

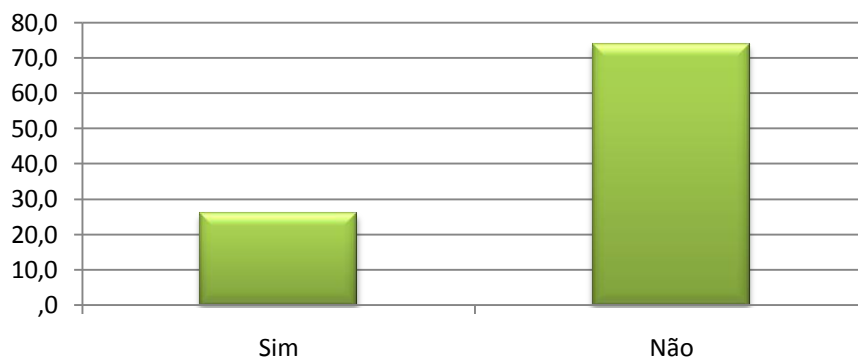


Gráfico 11: Dificuldades ao Iniciar a Amamentação

As mães que sentiram dificuldades, foi devido a existência de fissuras nos mamilos 13,0%, mastite 8,7%, pouco leite 8,7%, recusa do bebê a mamar 4,3%, bebê chorava muito 8,7%.

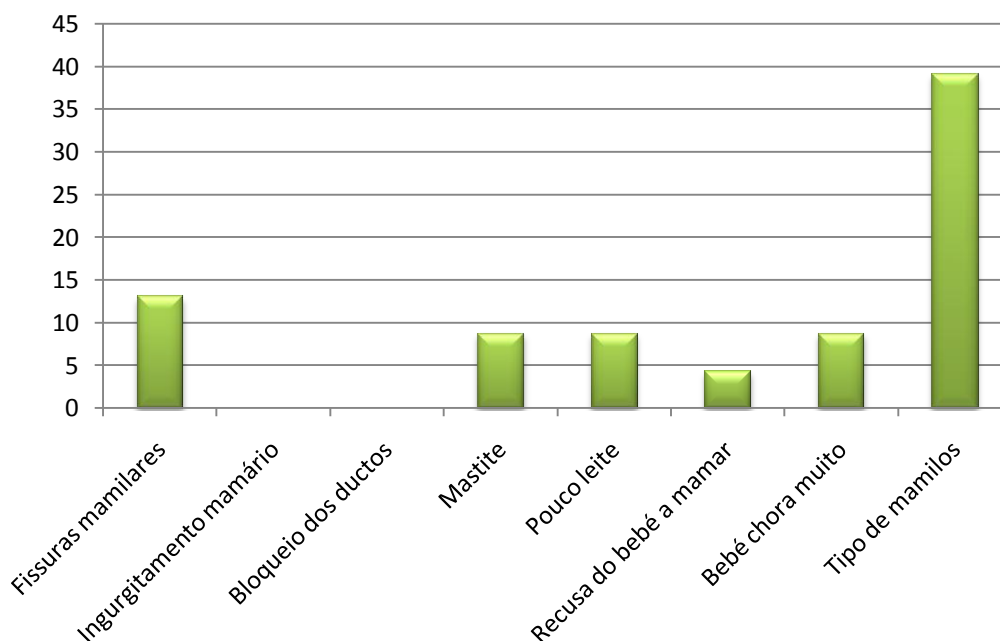


Gráfico 12: Dificuldades na Amamentação

Relativamente ao capítulo do uso da chupeta durante a amamentação, na questão “se o seu bebê usa chupeta”, acerca de 91,1% responderam Sim e 8,7% Não.

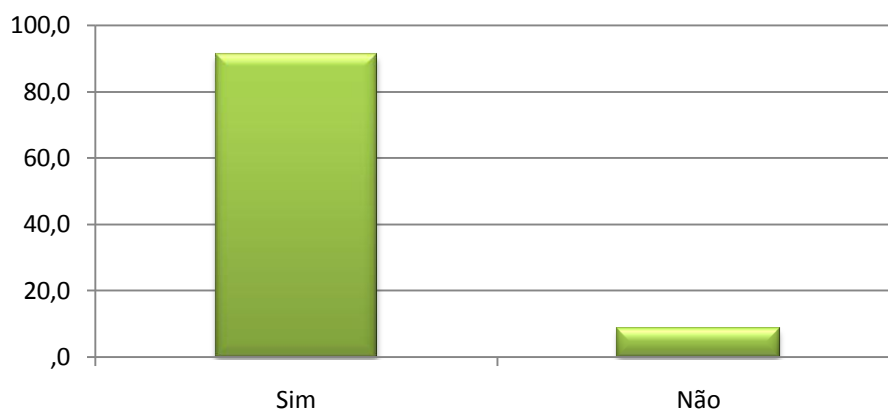


Gráfico 13: Uso da Chupeta nos Bebés

Na questão onde se pede aos inquiridos para responderem quando foi introduzida a chupeta pela primeira vez, 69,9% introduziram ao nascer, 17,4% até ao 15º dia de vida e 4,3% depois 15º dia de vida, tal como mostra o gráfico seguinte.

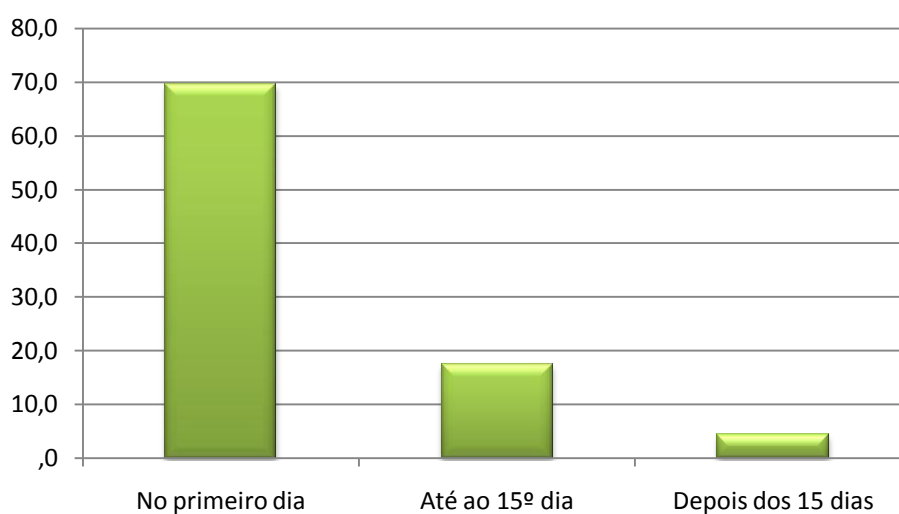


Gráfico 14: Introdução da Chupeta no Bebê

Na questão referente à iniciativa da mãe a introduzir a chupeta ao bebê, 39,1% por opção própria, 23,0% interferência da publicidade, nenhuma mãe gosta de ver o seu bebê com chupeta, 21,7% aconselhamento de familiares, 26,1% aconselhamento do enfermeiro, 56,5% necessidade do bebê e finalmente 30,4% por aconselhamento de outro profissional de saúde.

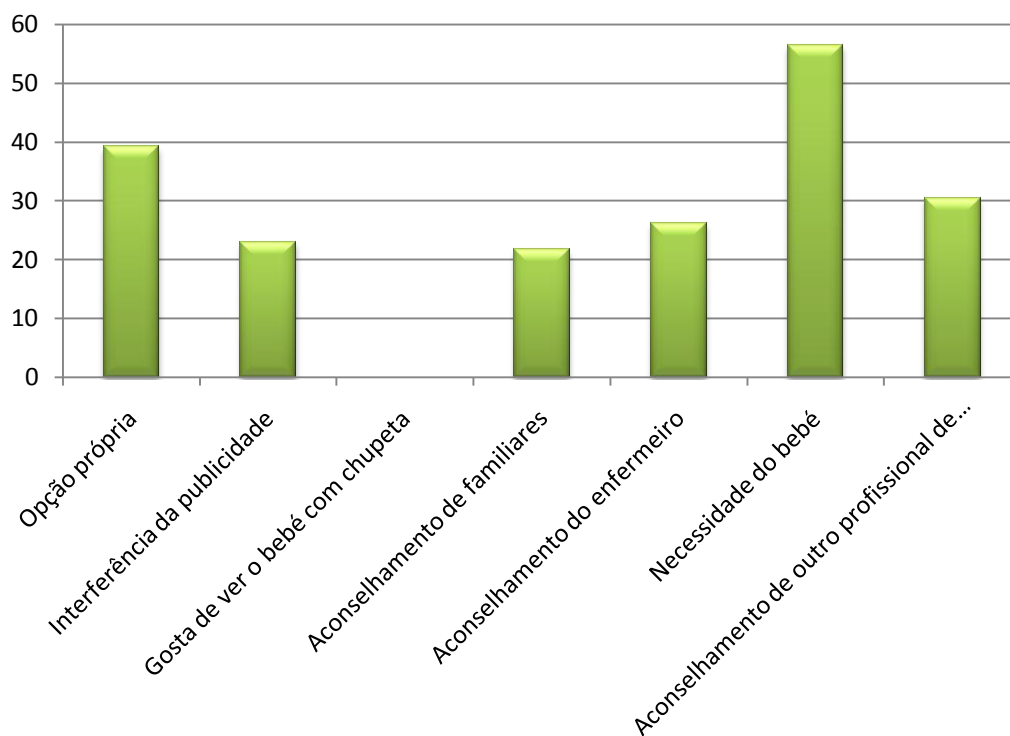


Gráfico 15: Razões da Introdução da Chupeta ao Bebê

As mães que responderam que introduziam a chupeta ao bebê por necessidade do próprio, 56,5% por chorar (aparentemente por ter fome, dores, etc), 43,5% para acalmar, nenhuma por ter não disponibilidade, 17,4% quando agitado, 30,4% para saciar os hábitos de sucção do bebê e 0% para não sugar no dedo.

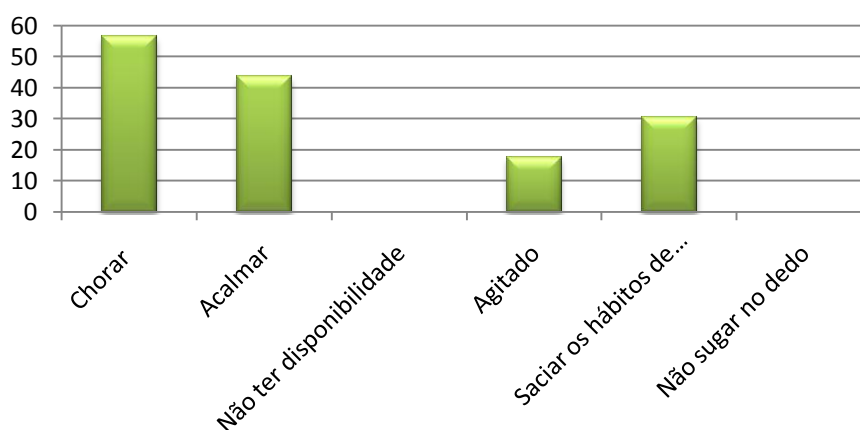


Gráfico 16: Necessidades do Bebê para Introduzir a Chupeta

Quanto ao processo de amamentar, 82,6% das mães refere não terem sentido diferenças, e 17,4% afirma terem sentido.

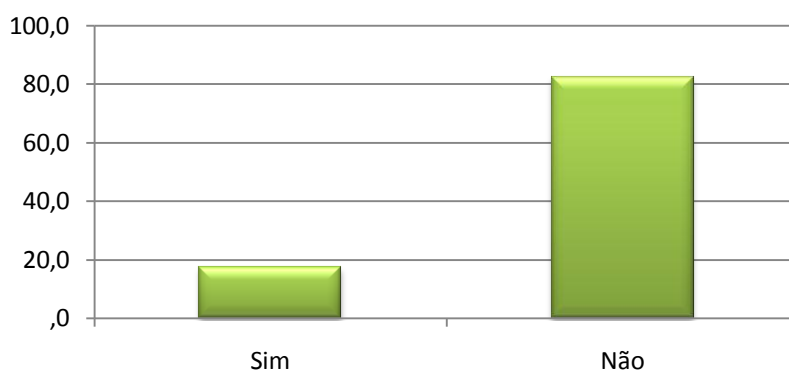


Gráfico 17: Diferenças sentidas no processo de amamentar com o uso da chupeta

Relativamente às informações acerca das vantagens/ desvantagens de amamentar, todas as mães mencionam terem tido acesso a este item.

Acesso à informação	Porcentagem
Sim	100,0
Total	100,0

Tabela 4: Informações acerca das vantagens/desvantagens de amamentar

As mães que receberam informações acerca das vantagens/desvantagens de amamentar, 100,0% receberam nas consultas de vigilância durante a gravidez, 78,3% internet, jornais, revistas, livros, 13,0% em formações, congressos, jornadas, por último cerca de 43,5% através de familiares/ amigos.

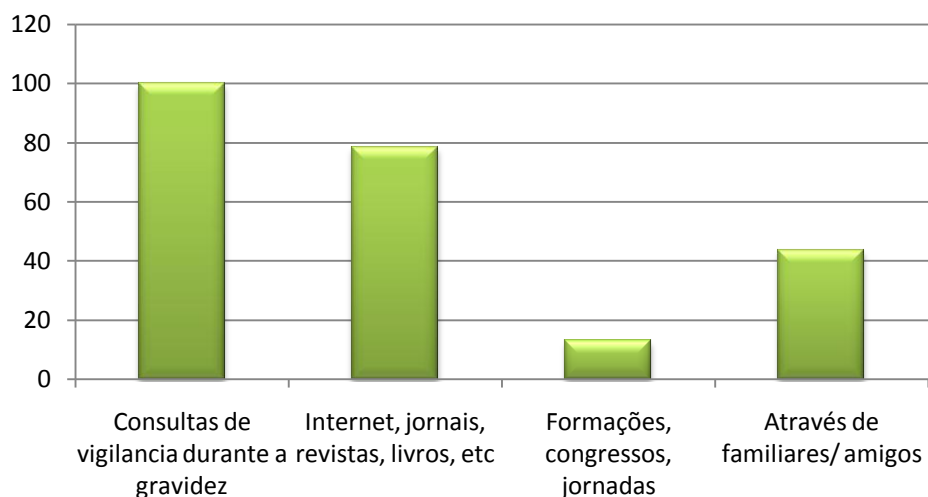


Gráfico 18: Onde obteve as informações das vantagens/desvantagens de amamentar

Quanto à informação acerca dos efeitos do uso precoce da chupeta na amamentação, 52,2% da amostra refere não terem tido e 47,8% afirmam estarem informadas.

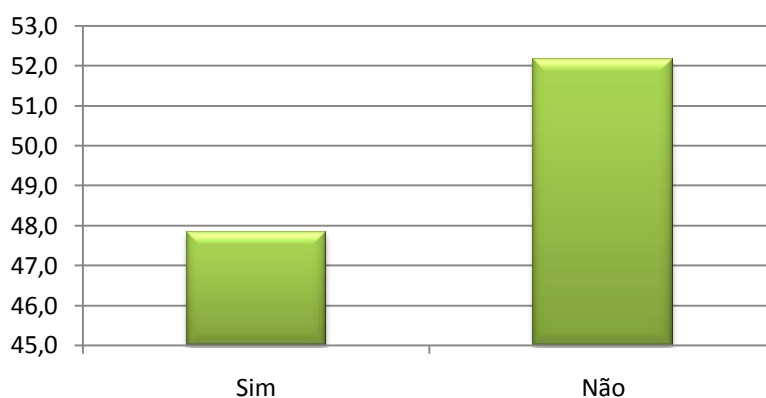


Gráfico 19: Mães informadas acerca dos efeitos do uso precoce da chupeta

As mães que receberam informações acerca dos efeitos do uso precoce da chupeta na amamentação, 47,8% recebeu nas consultas de vigilância durante a gravidez, 34,8% internet, jornais, revistas, livros, 4,3 % em formações, congressos, jornadas, por último cerca de 26,1 % através de familiares/ amigos.

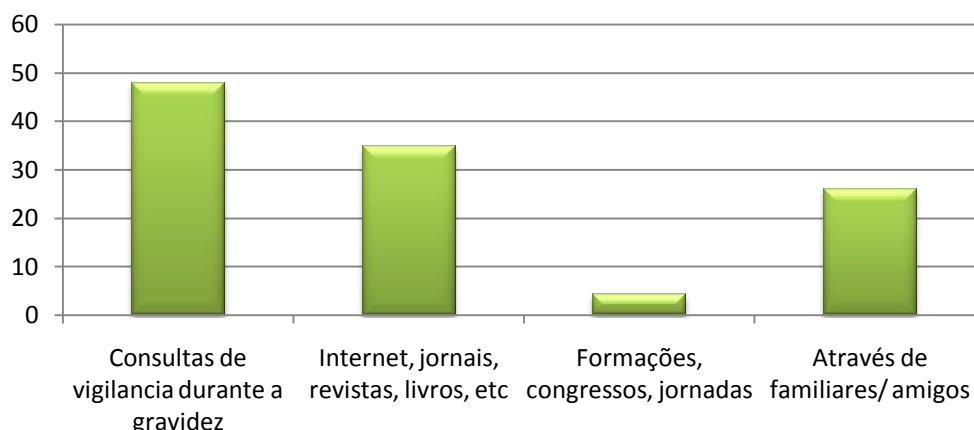


Gráfico 20: Onde Obteve as Informações acerca do uso precoce da chupeta na amamentação

Relativamente aos efeitos do uso da chupeta: 100,0% referiram que diminui a ansiedade dos pais, 100,0% problemas na fala, 100,0% problemas na boca, 87,0% factor preventivo no SMSL, 100,0% diminui a ansiedade do bebé, 87,0% previne o hábito de sucção de polegar e 65,2% afirmam que pode confundir o bebé entre a chupeta e o mamilo.

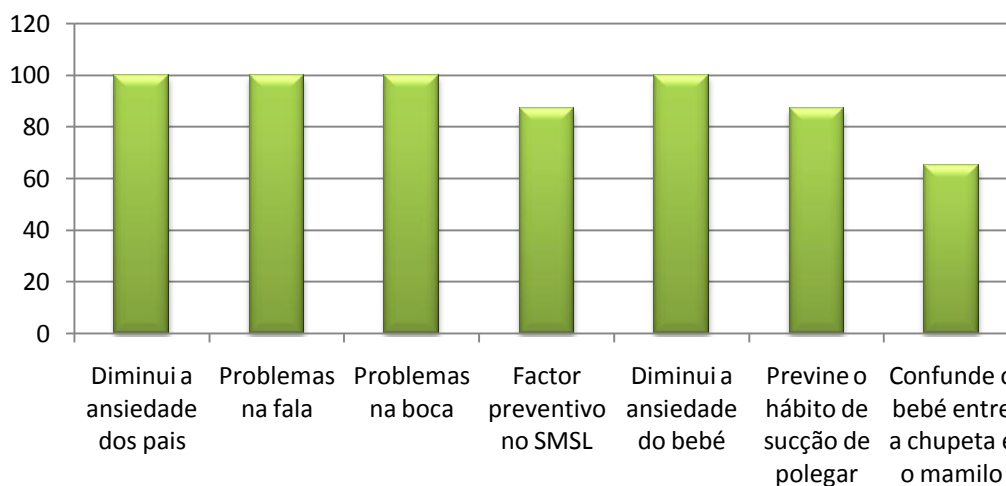


Gráfico 21: Efeitos do Uso da Chupeta

Quanto aos cuidados a ter com a chupeta todas as pessoas responderam que a chupeta deverá ter o tamanho e forma compatíveis anatomicamente com a boca do bebé, não colocar cordões, fitas ou correntes amarradas à chupeta e remover a chupeta de forma gradual.

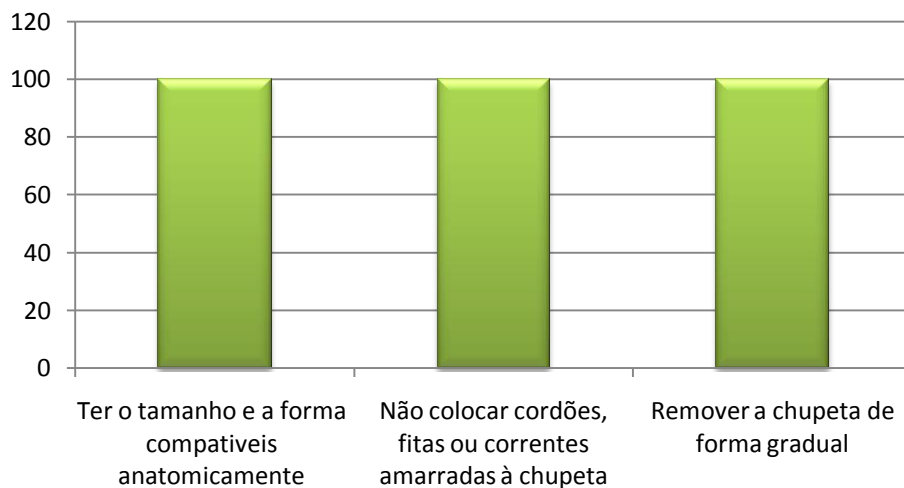


Gráfico 22: Alguns Cuidados a ter com a Chupeta

A idade considerada (pela amostra), ideal para retirar a chupeta foi: aos 12 meses 43,5%, aos 18 meses 26,1%, aos 24 meses 26,1% e depois dos 24 meses 4,3%.

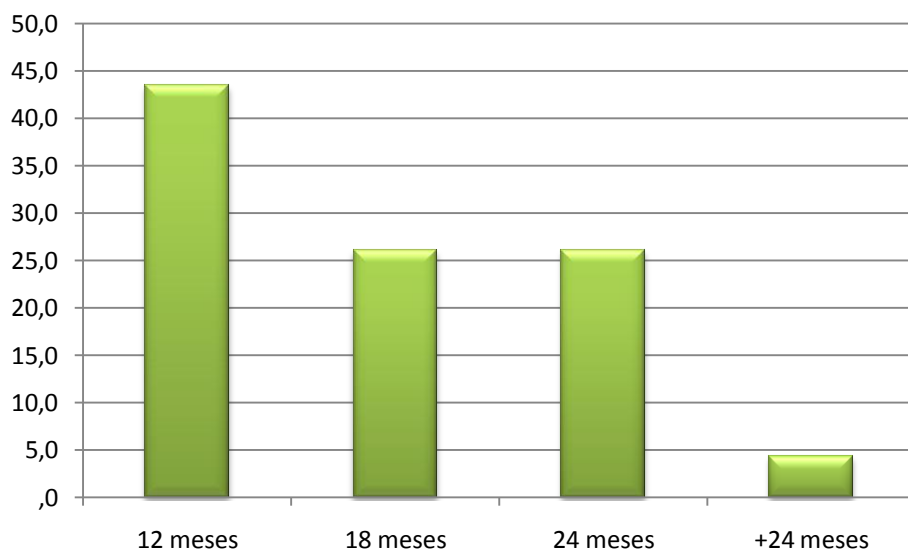


Gráfico 23: Idade para Retirar a Chupeta do Bebê

Acerca da influência do uso da chupeta na amamentação, 43,5% referiram que não influenciou para o desmame precoce, 13,0% afirma que contribuiu, se a amamentação não estiver bem estabelecida, 17,4% contribuiu, se houver complicações no processo de amamentação, 21,7% contribuiu, porque pode haver confusão entre os bicos da chupeta e a mama e 4,3% não possui conhecimento.

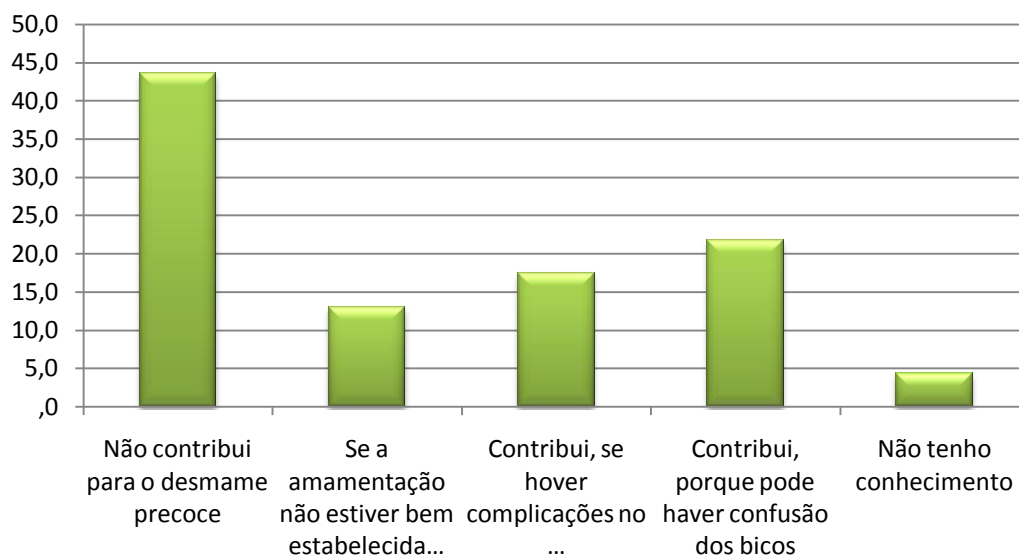


Gráfico 24: Influência o uso da chupeta na amamentação

V. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O Tipo de alimentação dos bebés predominante, neste estudo foi o aleitamento materno exclusivo. Indo ao encontro das recomendações da OMS (2001): alimentar o filho com AM exclusivo até aos 6 meses de idade sem água, chá, nem leite, em pó, e a introdução de novos alimentos, continuar a amamentar até pelo menos aos dois anos de idade.

Foi considerada recentemente, que o AM é o primeiro estilo de vida saudável a introduzir na vida da criança e aquele que mais benefícios lhe trarão a curto e a longo prazo.

A amamentação deve ser iniciada na primeira hora de vida, ainda na sala de parto, se a mãe e o recém-nascido estiverem em boas condições de saúde, favorecendo o contacto pele a pele de ambos. O contacto precoce entre mãe e filho está associado à maior duração do aleitamento materno exclusivo (Pillegi, et al. 2008).

Verificou-se, que grande maioria das mães iniciou a amamentação na primeira hora de vida sem dificuldades. As que apresentavam, as dificuldades eram fissuras mamilares, mastites, pouco leite, recusa do bebé a mamar, o bebé chorava muito e também o tipo de mamilos. Assim como indica Lamounier, et al (2001): os problemas mais comuns que surgem durante a lactação, como mamas ingurgitadas, mamilos sensíveis entre outros, podem ser prevenidos através de orientações adequadas desde o período pré-natal, evitando o abandono precoce do AM.

O uso da chupeta mostrou-se bastante incidente neste estudo. Tal como afirma Soares, et al., 2003, a chupeta é muito utilizada mesmo em populações orientadas a evitar o uso como em crianças nascidas em Hospitais Amigos da Criança que desestimula o uso deste dispositivo, estimulando o AM.

“A chupeta faz parte do enxoval de uma ampla parcela dos RN.” (Lima, et al., 2007).

Actualmente existem autores como Passos, D. (2009), Lazzeri, T. (2009), acreditam que o uso da chupeta deve começar após 15 dias de vida, para não interferir na dinâmica da amamentação. O que não se verificou neste estudo, grande maioria das mães introduziram a chupeta logo após o nascimento, por necessidade do bebé.

Quando questionadas acerca das razões que as levaram a introduzir a chupeta ao bebé a maioria respondeu o choro (56,5%), para acalmar (43,5%), para saciar os hábitos de sucção do bebé (30,4%) e quando agitado (17,4%).

Segundo Cotrim, C.I., Venancia, I.S., Escuder, L.M.M. (2002) *cit in* Victora, C.G (1997) e Panhora, C.A. (1999), os factores que influenciam o uso de chupeta são questões culturais, a insegurança da mãe em amamentar, bem como as dificuldades e problemas na amamentação, a interferência da mídia, mães com maior desvantagem social (mais jovens, maiores dificuldades económicas, fumadoras) e a conduta de alguns profissionais sobre o uso da chupeta.

Toledo (1996) cita ainda como uma causa primária da sucção não-nutritiva a falta de atenção maternal que aliviasse as tensões do corpo e satisfizesse outras necessidades de estímulo.

Quando questionadas as mães, se obtiveram informações acerca das vantagens/desvantagens da amamentação, todas responderam que sim, e grande maioria nas consultas de vigilância da gravidez. Acerca do uso da chupeta, grande parte da amostra não recebeu. As que receberam a maior parte também foi nas consultas de vigilância durante a gravidez.

A OMS/UNICEF (Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés) contempla 10 medidas importantes para o sucesso do aleitamento materno que deveriam ser implementadas nos serviços de saúde vocacionados para a assistência a grávidas e recém-nascidos, definindo objectivos e estratégias que, a serem cumpridos. Duas dessas medidas são: *Dar formação à equipa de cuidados de saúde para que implemente esta política e Informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno.*

Para além de veicular informações quanto às vantagens do aleitamento materno, nomeadamente sobre o prazer que uma mãe esclarecida e apoiada pode encontrar no aleitamento materno, pondo assim a tónica não no *dever*, mas no *direito* e no *prazer* de amamentar. (Levy, L. e Bértolo, H. 2008).

O 3.º trimestre da gestação tem sido apontado como o primeiro ponto de viragem em termos de sucesso do aleitamento materno, constituindo uma oportunidade privilegiada para uma primeira entrevista entre a futura mãe e o pediatra do bebé, a fim de discutir o regime alimentar do bebé (Levy, L. e Bértolo, H. 2008).

Uma gestação planeada ou desejada parece ser um pré-requisito importante para o sucesso do aleitamento materno, sugerindo a importância das consultas de planeamento familiar (Levy, L. e Bértolo, H. 2008).

Existe uma grande associação entre a maior escolaridade materna, o papel dos “médica”, sensibilização, conhecimentos, atitudes, crenças e confiança nas habilidades da mulher para amamentar, apoio familiar, rendimentos, a sua etnia, disponibilidade, o emprego, a idade, estado civil, experiências anteriores positivas, boa vitalidade do RN, peso > 2500 gr, ausência de problemas graves, o papel dos profissionais de saúde e a duração do aleitamento materno. (Pereira, M.A. 2006 *cit in* Alves et al. (1999); Leitão (2001); Cabral e Tirrel (1995); Sayers et al. (1995)).

Relativamente aos efeitos do uso da chupeta a maioria das mães são da opinião que diminui a ansiedade dos pais, diminui a ansiedade do bebé, problemas na fala, previne o hábito de sucção de polegar, problemas da boca, confunde o bebé entre a chupeta e o mamilo, factor preventivo no Síndrome de Morte Súbita do Lactente, leva à interrupção precoce da amamentação.

O mesmo dizem os autores Lutaif, P.A *cit in* Coeli, Toledo (1994), Silva, S.J., (2000), Rola, M., Aguiar, P.A., Aroso, S. (2004), os efeitos do uso da chupeta são: acalmar o bebé; aliviar a dor; diminuir a ansiedade do bebé; confortar o bebé quando está cansado, triste ou frustrado; obter um padrão de comportamento de autocontrolo; satisfazer a necessidade de sucção do bebé; prevenir o hábito de sucção de polegar; ligeira hipercapnia, factor em si estimulante da função respiratória; aprender a respirar pela boca quando ocorre obstrução nasal; factor preventivo no Síndrome De Morte Súbita do Lactente; prevenir o movimento de virar a cabeça para baixo, com a face virada para o colchão; transmitir infecções (Candidiase oral, otites, infecções gástricas, etc.);

prejudicar a função motora oral; problemas ortodônticos; alteração da postura dos lábios e língua; problemas na fala; favorecer o descontrole da saliva; prejudicar a tonicidade dos músculos dos lábios, língua e face, deixando-os flácidos; prejudicar as arcadas dentárias; induzir movimentos incorrectos da língua na deglutição e provocar a respiração oral.

Quanto aos cuidados a ter com a chupeta todas as pessoas responderam que a chupeta deverá ter o tamanho e forma compatíveis anatomicamente com a boca do bebé , não colocar cordões, fitas ou correntes amarradas à chupeta e remover a chupeta de forma gradual, assim como referem os autores Camargo et al., 1998 *cit in* Valle, M.; Zuanon, 1997; Ferreira & Toledo, 1997; Suga, 2001; Corrêa, 1998; Ramos-Jorge et al., 2000; De Carli et al., 2002.

Quanto à idade na qual se deve retirar a chupeta as inquiridas responderam que será aos 12 meses.

Cabe ao profissional de saúde, orientar os pais, direccionando a educação no que diz respeito aos hábitos e alertá-los de que até aos dois anos de idade os hábitos de sucção podem fazer parte da vida da criança, pois elas estarão na fase oral de desenvolvimento. Após esta idade eles devem começar a interferir e tentar retirar o hábito (Valdrighi et al., 2004).

Relativamente à questão se as mães sentiram diferença no processo amamentar, quando introduziram a chupeta ao bebé, estas não sentiram e acreditam que o uso da chupeta não contribui para o desmame precoce.

Quanto a esta questão, as opiniões divergem, por exemplo diversos autores associam significativamente entre o uso da chupeta e menor duração do aleitamento materno, cuja consequência é levar ao desmame (Ortega (1993), Tomasi, Barros (1995), Audi et al, (2003), Soares et al., (2003), Lamounier, A.J. (2003), Cunha, A.L.J.A., Leite, M.A. e Machado, T.M.M., (2005).

Para Benis (2002), o uso da chupeta pode ser um sinalizador de dificuldades em amamentar ou mesmo da falta de motivação da mãe em amamentar seu filho, como oposição de causalidade ao desmame.

Lutaif, P.A *cit in* Neifert (1995), acredita que uma das causas para o desmame precoce pode estar relacionada com a confusão de bicos que o bebê faz ao lhe ser introduzida a chupeta. [Por outro lado, outra razão será] “ (...) porque a posição da língua na amamentação é diferente da posição de quando se suga a chupeta. Como sugar a chupeta é mais fácil, na hora da amamentação o bebê colocará a língua na posição da sucção da chupeta e não conseguirá retirar o leite, chorando de fome e rejeitando o peito.” (Thadeu, B. *cit in* Ellias, J. 2009)

Como oposição a estas opiniões, os autores como Passos, D. (2009), Lazzeri, T. (2009), Vain, N. (2009) e um trabalho divulgado no Simpósio Internacional de Neonatologia, que aconteceu de 12 a 14 de Março, consideram que se a chupeta for introduzida depois do 15º dia de vida, não interfere na amamentação. Consideram este tempo porque o vínculo entre a mãe e bebê já está estabelecido e fortalecida a dinâmica da amamentação. Factores importantes para garantirem a duração do aleitamento materno.

VI. CONCLUSÃO

Este projecto de investigação foi realizado para determinar os conhecimentos das mães que amamentam acerca da influência do uso da chupeta na amamentação. Outras questões que apresentava este estudo: Qual a incidência do uso da chupeta, em bebés amamentados? Qual a situação da díade na amamentação? Quais as razões que levam as mães que amamentam, a introduzirem a chupeta ao bebé?

Como objectivos, de estudo: Determinar a incidência do uso da chupeta em bebés amamentados; Identificar o conhecimento das mães que amamentam, acerca do uso da chupeta; Conhecer alguns aspectos da situação da díade na amamentação; Conhecer as razões que levam as mães que amamentam, ao uso da chupeta;

Para tal, foi realizado um estudo descritivo simples de carácter quantitativo, cuja população alvo foi representada pelas mães que amamentam da área residencial de Eiriz.

As variáveis deste estudo foram a Idade da Mãe, Idade do filho, Estado Civil, Residência, Habilitações Literárias, Situação de emprego, Números de filhos (também de atributo, já que permitem caracterizar a amostra), conhecimento das mães que amamentam acerca da influência do uso da chupeta na amamentação, tipo de amamentação, início da amamentação, dificuldades na amamentação e alguns aspectos ligados com a chupeta (efeitos, cuidados, etc).

O questionário foi o instrumento de colheita de dados de eleição.

Para o tratamento de dados foi utilizado o programa SPSS 17.0 e Excel, através dos quais se calculou: o máximo, frequência relativa, a média e o desvio padrão.

A apresentação dos resultados foi ilustrada através de tabelas e gráficos.

Durante toda a investigação foram respeitadas as questões éticas: o direito à autodeterminação, o direito ao anonimato e confidencialidade, o direito à protecção contra o desconforto e prejuízo, o direito a um tratamento justo e equitativo e o direito ao cumprimento do consentimento informado.

Após a realização deste estudo, pode concluir-se que a grande maioria das mães apresentavam conhecimentos acerca do uso da chupeta na amamentação: efeitos da chupeta, cuidados a ter com a chupeta, idade a retirar. Tendo recebido grande parte, nas consultas de vigilância pré-natal.

Em relação à situação da díade na amamentação, a maioria iniciou a amamentação na primeira hora de vida, não tendo dificuldades em iniciar. As que tiveram dificuldades eram por apresentarem fissuras mamilares, os tipos de mamilos, mastite, pouco leite, recusa do bebé a mamar e porque o bebé chorava muito.

Este estudo apresentou uma grande incidência do uso da chupeta.

As razões que levavam as mães a introduzirem a chupeta ao seu bebé foi por necessidade do bebé: choro, acalmar, saciar os hábitos de sucção, agitado.

E estas acreditam que o uso da chupeta não contribui para o desmame precoce.

Não restam dúvidas, que o conhecimento adquirido através da investigação em Enfermagem permite, no limite, otimizar a qualidade dos cuidados, projectar o desenvolvimento profissional, traduzindo ganhos em saúde. É, portanto, inegável o contributo deste método científico para a excelência da Enfermagem, enquanto profissão.

Concluímos, findando o trabalho, que a investigação permitiu de modo instrutivo, ordenado e metódico, clarificar ideias, desmistificar conceitos e fomentar a curiosidade de noções, relativos ao tema: “Uso da chupeta na amamentação”.

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrão, A., Gutierrez, M. e Marin, H. (2005). Diagnóstico de Enfermagem Amamentação ineficaz – Estudo de identificação e validação clínica. *Acta Paul Enferm*, 18 (1), pp. 46-55.

Alden, K. (2002). Nutrição e Alimentação do RN. *In: Perry, S., Babak, I. O Cuidado em Enfermagem Materna*. 5ª Edição. Porto Alegre, Artemed, pp.555-557

Araújo, C., Silva, G., Coutinho, S., (2007), Aleitamento materno e uso da chupeta: repercussões na alimentação e no desenvolvimento do sistema sensorio motor oral, *Revista Paul Pediatría*, v 25 pp. 59-65

Audi, C.A.F., Corrêa, A.M.S., Lactorre, M.R.D.O., (2003) *Alimentos complementares e factores associados ao aleitamento materno exclusivo em lactentes até 12 meses de vida em Itapira*. Revista Brasileira Materno-Infantil, São Paulo, v.3, p.85-93

Batalha (2004), Aleitamento Materno na Região do Baixo Mondego, *Revista Sinais Vitais*, n.º56, Setembro, pp. 19-20

Barros, J.S. (1991). Lactação, *In: Mendes, L.M. Curso de Obstetrícia*. 1ª Edição. Centro Cultural da Maternidade, HUC. pp. 353-361

Bebé. (2009). Uso de chupeta pelo bebé pode não atrapalhar a amamentação. [Em linha]. Disponível em http://bebe.abril.com.br/0_12/saude/chupeta-nao-atrapalha-amamentacao-bebe.php [Consultado em 09-06-2009].

Bianchini, E. (2002). A Polémica da Mamadeira. *Revista Isto É Gente*, p. 61.

Bobak et al. (1999) *Enfermagem da Maternidade*. Loures, Lusociência

Carbonare, S. e Sampaio, M. (2001) Composição do Aleitamento Materno – Aspectos Imunológicos, *In: Rego, J. Aleitamento Materno*. São Paulo, Atheneu

Cabral, B. (2009) Dar ou não a chupeta: eis a questão, *Revista JC*, nº194, 3 Maio

Carrascoza, C. et al. (2006) Consequências do uso da mamadeira para o desenvolvimento orofacial em crianças inicialmente amamentadas ao peito, *Jornal de Pediatria*, v.82, n.5

Carvalho, M. R., Tamez, R.N. (2005). *Amamentação bases científicas*. Rio de Janeiro, 2ª edição, Guanabara Koogan S.A.

Casanova, D. (1998) *A família e os hábitos orais viciosos na infância*, São Paulo, Centro de Especialização em Fonoaudiologia clínica – Motricidade oral: Fonoaudiologia Hospitalar

Cohen, R. (1997) Arte de dar amor, *Revista Crescer*, Lisboa. n.º 35, pp. 28-31

Cohen, R. (1997). Mamar, a primeira forma de prazer, *Revista Crescer*, Lisboa. n.º36, pp.54-55

Cotrim, C.L., Venancio, I.S., Escuder, L.M., (2002) Uso da chupeta e amamentação em crianças menores de quatro meses no estado de São Paulo, *Revista Brasileira Saúde Materna-Infantil*, Recife v.2, Set-Dez, pp. 245-252

Coito, A.S. et al. (2004). Sucesso do Aleitamento Materno, *Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, v.5, pp.34-36

Coutinho, S. (2002). Aleitamento Materno, *In: Simões, A. Manual de Neonatologia*. Rio de Janeiro, MEDSI, pp.1-22.

Cunha, A.L.J.A., Leite, M.A. e Machado, T.M.M., (2005) Amamentação e uso de chupeta no Brasil, *Indian Journal of Pediatrics*, v.72, Março

Douglas, C.R., (1994) *Conceitos gerais sobre fisiologia bucal*. São Paulo, Robe Editorial

Fernandes, F. (2000) *Pensando no bebê: benefícios, técnicas e dificuldades do aleitamento materno*, Rio de Janeiro, Monografia de Conclusão apresentada ao CEFAC.

Fortin, M. (2000). *O Processo de Investigação – da concepção à realização*. Loures, Lusociência.

Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação – da concepção à realização*. Loures, Lusociência.

Freitas et al. (2002). *Rotinas em obstetrícia*. São Paulo, 4ª edição, Artmed, pp.307-310

Galvão, D. (2002). *Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto

Galvão, D.M (2006). *Amamentação Bem Sucedida: alguns factores determinantes*. Loures, Lusociência

Giugliane, E.R. (2006) Alojamento conjunto e amamentação, *In: Freitas, F. et al. Rotinas em obstetrícia*. 5ª edição. São Paulo, Editora Artmed

Giugliani, J., (2002) Amamentação exclusiva e sua promoção, *In Carvalho, M.R., Tamez, R.N., Amamentação: bases científicas para a prática profissional*. 1ª edição. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, p.11-24

Giugliani, E. (2000). O aleitamento materno na prática clínica. *Jornal de Pediatria*, 76 (3), pp. 238-252.

Gomes, L., Monteiro, T. (2001) Pacifier use, early weaning and cry/ fuss behaviour. A randomized controlled trial, *Nascer e Crescer- Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, Porto, v.10, n°.4, out/nov/dez, p.313-314

Gouch, S. A. (1991), Infantile sexuality revised: The agony and extasy of the mother infant couple, *J Am Assoc of Psychology*, v19 summer, p. 151-155

Guia do Bebê. (2008). Chupeta – Chega de chupeta! [Em linha]. Disponível em www.guiadobebe.uol.com.br/recefnasc/chega_de_chupeta.htm [Consultado em 09-06-2009].

Guia de Pais. (2009). Chupetas – O seu bebé não passa sem elas? Conheça as vantagens e desvantagens [Em linha]. Disponível em http://familia.sapo.pt/johnson/dos_0_aos_6_meses/acalmar_o_bebe/824104.html [Consultado em 09-06-2009]

Henringer, C.R.M., et al. (2005) A influência da amamentação natural no desenvolvimento dos hábitos orais, *CEFAC*, São Paulo, v. 7, n.3, jul-set, p.307-10

Howard, C.R. et al. (1999) *The effects of early pacifier use on breastfeeding duration*. *Pediatrics*, p.103:E33

Jornal do Comércio. (2009). *Dar ou não chupeta: eis a questão*. Recife, Jornal do Comércio, 91 (123).

Kartz, C.R.T., Colares, V. (2002) *Panorama sociocultural do uso da chupeta em nossa sociedade*. *J Bras Odontopediatric Bebê*, Curitiba, v.5, n.24, p. 119-123, mar/abr.

Lamonier, A.J., (2003) O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno, *Jornal de Pediatria*, v.79, n°4

Lazzeri, T. (2009). Chupeta atrapalha a amamentação? *Maternidade Santa Úrsula – Notícias*. Vitória – ES, Brasil.

Leite-Cavalcanti, A., Moura, C., Medeiros-Bezerra, K.P., (2007) Aleitamento Natural, Aleitamento Artificial, Hábitos de sucção e Mal oclusões em Pré-escolares Brasileiros, *Revist Salud Pública*, v.9, Abril, p. 194-204

Levy, D. (1996). *O sucesso no Aleitamento Materno, contributo de uma intervenção clínica*. Faculdade de Medicina de Lisboa.

Levy, L., Bértolo, H., (2002). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa. Edição Comité Português para a UNICEF/ Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos do Bebê

Levy, L., Bértolo, H., (2008) *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa. Edição Comité Português para a UNICEF/ Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos do Bebê

Lutaif, P.A., (1996-1997) *Chupeta: uso indiscriminado?*, São Paulo, Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica – Motricidade oral

Marinho, C. e Leal, I. (2004). Os Profissionais de Saúde e o Aleitamento Materno: Um Estudo Exploratório Sobre as Atitudes de Médicos e Enfermeiros. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), pp. 93-105.

Mascarenhas, F.C., (1996-1997) *Sucção de Chupeta: Qual a razão para a utilização da chupeta no recém-nascido*, São Paulo, Centro de Especialização Em Fonoaudiologia Clínica Motricidade Oral

Medeiros, C.G.M., (1997) *Hábitos bucais nocivos: a importância da conscientização em relação às ações preventivas*, São Paulo, Pró Fono

Mendes, I.M. (2002). *Ligação Materno-fetal: contributo para o estudo de factores associados ao seu desenvolvimento*. Coimbra, Colação Saúde e Sociedade

Moyers, R.E., (1991) *Ortodontia*, 4ª edição, Rio de Janeiro, Edições Guanabara Koogan.

Nagem, T. (1999). Chupeta e Mamadeira: Quem quer, a criança ou seus pais? *Revista CEFAC*, 1 (2), pp. 48-55.

Natalini, V., Assencio-Ferreira, J.V., (2002) *Relação entre o tempo de amamentação natural e os hábitos de chupeta, dedo e mamadeira*, CEFAC, v.4, p.141-144

OMS/UNICEF (1997) Critérios globais de iniciativa “Hospitais /Maternidades Amigos das Crianças”, *Revista Portuguesa de Nutrição*, VII, n.º3, pp. 53-57

Organização Mundial de Saúde (2001) *Evidências científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno*. Brasília, Organização Pan-Americana de Saúde

Osternack, A.J., (2009) A relação entre o aleitamento materno e o surgimento dos hábitos de chupeta e mamadeira na perspectiva de gestantes, *Revista Movimenta*, v.2 nº2, p.35-42

Pedro, I. (2002). Amamentação prologada: um processo complexo e ainda mal conhecido. *Revista Servir*, nº6, v.50, pp.270-275

Pereira, A. (2000) *Mãe adolescente – Aleitamento materno: uma amostra de Trás-os-Montes e Alto Douro*. Tese de Mestrado apresentada na FMUP

Pereira, A. (2003) *Aleitamento Materno: da antiguidade até aos nossos dias*, Informar, IX, (30 de jan/ago). pp. 46-51

Pereira, A. (2006) *Aleitamento Materno: Importância da Correção da Pega no Sucesso da Amamentação - Resultados de um estudo experimental*, Lusociência

Pereira, A. (2007). Amamentação na 1ª hora de Vida Salva um Milhão de Bebés: Semana Mundial do Aleitamento Materno 2007. *Revista Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa*, nº 4, pp. 254-267.

Pernaud, L. (1995) *Já tenho um bebé*. Lisboa, Contexto

Pillegi, M. et al. (2008). A amamentação na primeira hora de vida e a tecnologia moderna: prevalência e factores limitantes. *Revista einstein*, 6 (4), pp. 467-472.

Pinto, T. (2008). Promoção, Protecção e Apoio ao Aleitamento Materno na Comunidade – Revisão das Estratégias no Período Pré-natal e Após a Alta. *Arq Med*, 22 (2-3), pp. 57-68.

Rego Filho, E.A., (1996) *Manual de Pediatria, Londrina*, Edições UEL, p.420

Rego, J. (2001) *Aleitamento Materno*. São Paulo, Atheneu

Rego, J.D. (2002) *Aleitamento Materno*. São Paulo, Rio de Janeiro, Atheneu

Revista Época. (2009). Chupeta não atrapalha aleitamento materno. [Em linha]. Disponível em <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI63868-15257,00.html> [Consultado em 09-06-2009].

Rola, M. Aguiar, P.A., Aroso, S. (2004) A chupeta – pós e contras, *Saúde Infantil – Hospital Pediátrico de Coimbra*, v.26, nº1, Abril, p.35-26

Sanches, C.T.M., (2004) Manejo clínico das disfunções orais na amamentação, *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, S155-S162

Sandes, A. et al. (2007). Aleitamento Materno – Prevalência e Factores Condicionantes. *Acta Med Port*, nº 20, pp. 193-200.

Santos e Sapage (2005) A amamentação materna, *Revista Sinais Vitais*, nº 60, Maio, pp.28-30h

Saúde & Lazer. (2009). Estudo internacional desmistifica a controvérsia do impacto da chupeta no aleitamento materno. [Em linha]. Disponível em www.saudelazer.com/index.php?option=com_content&task=view&id=5869&Itemid=4 [Consultado em 09-06-2009].

Scott, J.A., et al. (2006) *Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study*. *Pediatrics* 117: e 646-55

Seeley, R., Stephens, T. e Tate, P. (2005) *Anatomia & Fisiologia*. 6ªedição, Lusociência

Sertório, M.C.S., Silva, A.I., (2007) Representação social de mães sobre a chupeta, *Enfermagem 9ª Conferencia Internacional de Investigação em Enfermagem*, 2ª serie, Publicação da Associação Portuguesa de Enfermagem, n.º 47/48, jul-dez, p.39-44

Silva, L.E., (2006) Hábitos bucais deletérios, *Revista Paraense de Medicina*, v.20, n.2, abr-jun, p.47-50

Silva, S.J., (2000) O uso da chupeta e a síndrome da morte súbita do lactente, *Revista Saúde Infantil*, Editoral, v.22, nº8, dez, p.39-42

Simioni, C.R.L., Comiotto, S.M., Rêgo, M.D., (2005) Percepções Maternas sobre a saúde bucal de bebés: da informação à acção, *RPG Rev. Pós Grad.*, v.12, p.167-73

Soares, M. et al. (2003). Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. *Jornal de Pediatria*, 79 (4), pp. 309-316.

Soares, M. et al., (2003) Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança, *Jornal de Pediatria*, v.79, p.309-16

Tedim et al. (2002). Amamentar com sucesso, *Ecos da Enfermagem*. Porto. N.º 231/232, jul, pp.9-11

Toledo, O.A. (1986), *Odontopediatria, Fundamentos para a prática clínica*, Panamericana, p.208

Stevenson, R.D., Allaire, J.H., (1991) The development of normal feeding and swallowing, *Pediatr Clin North Am*, 38:1439-53

Valdrighi, H. et al. (2004). Hábitos Deletérios X Aleitamento Materno (Sucção Digital ou Chupeta). *Rev. Gaúcha de Odontologia*, 52 (4), pp. 237-239.

Valle, M. et al. (2002). *Aspectos Psico-emocionais Relacionados à Etiologia e Tratamento dos Hábitos de Sucção*. Dissertação de Trabalho, Universidade Federal do Espírito Santo.

Vieira, B.C.L., et al., (2007) Avaliação de chupetas disponíveis no mercado nacional segundo os requisitos da ABNT e ANVISA, *Revista Odonto Ciência-Fac. Odonto/PUCRS* v.22, n.56, abr.-jun.

Vinhal, M. (2009). Controvérsia do impacto da chupeta no aleitamento materno. *Revista Vigor – Fundamento Comunicação Empresarial*. São Paul

ANEXOS

Anexo I
Instrumento de dados: Questionário

QUESTIONÁRIO

Joana Catarina de Sousa Monteiro, aluna do 4º ano de Enfermagem, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa do Porto, no âmbito da elaboração de um trabalho de investigação, intitulado por “*Conhecimento das Mães que Amamentam acerca da Influência do Uso da Chupeta na Amamentação*”, elaborou este questionário para o qual solicita a sua colaboração.

Os objectivos desta investigação são:

- Determinar a incidência do uso da chupeta em bebés amamentados;
- Identificar o conhecimento das mães que amamentam, acerca do uso da chupeta;
- Conhecer as razões que levam as mães que amamentam, ao uso da chupeta;
- Conhecer alguns aspectos da situação da díade na amamentação;

Fica assegurado o anonimato e a confidencialidade, pelo que não se deve identificar em nenhuma parte do questionário. Lembro que a veracidade das respostas depende a credibilidade dos resultados obtidos.

INSTRUÇÃO PARA O PREENCHIMENTO:

- Responda a todas as questões, assinalando com um X;
- O preenchimento é individual;
- Não se identifique em nenhuma parte do questionário;
- O tempo de preenchimento é de aproximadamente 10 min.

Grata pela sua colaboração e atenção dispensada.

(Joana Catarina de Sousa Monteiro)

QUESTIONÁRIO

Conhecimento das Mães que Amamentam acerca da Influência do Uso da Chupeta na Amamentação

I. Caracterização da Amostra

1. **Idade da mãe:** _____ anos

2. **Estado Civil:**
Solteira Casada União de Facto Divorciada Viúva

3. **Residência:** Rural Urbano

4. **Habilitações literárias:**
Nenhuma
Ensino primário incompleto
Ensino primário completo (4 anos de estudo)
Ensino médio ou técnico inferior (8 - 9 anos de estudo)
Ensino médio ou técnico superior (10-12 anos de estudo)
Ensino universitário ou equivalente (+ de 12 anos de estudo)

5. **Situação de emprego:** Trabalhadora Desempregada Estudante Outra

6. **N.º de filhos:** _____

II. Caracterização do Bebê

7. **Género:** F M
8. **O seu bebé nasceu prematuro?** Sim Não
9. **Idade actual:** _____ meses
10. **O seu bebé é saudável?** Sim Não
 - a. **Se respondeu *não*, esse problema afecta a amamentação?** Sim Não

III. Situação da Díade na Amamentação

11. O Tipo de Alimentação do bebé:

- Aleitamento Exclusivo (Só Leite Materno)
- Aleitamento Misto (Leite Materno + Leite Artificial + Água + Cereais + Chás + outro alimento)

12. Iniciou a amamentação:

- Na primeira hora de vida Algumas horas depois do nascimento
- No segundo dia de vida Após uma semana
- Outro

13. Teve dificuldades em iniciar o processo de amamentar? Sim Não

a. Se respondeu *Sim*, quais as dificuldades sentidas (*Pode assinalar mais do que uma resposta*)?

- | | |
|---|---|
| Fissuras mamilares <input type="checkbox"/> | Ingurgitamento Mamário <input type="checkbox"/> |
| Mastite <input type="checkbox"/> | Bloqueio dos Ductos <input type="checkbox"/> |
| Pouco Leite <input type="checkbox"/> | Recusa do bebé a mamar <input type="checkbox"/> |
| Bebé chorava muito <input type="checkbox"/> | Tipo de mamilos <input type="checkbox"/> |
| Outra <input type="checkbox"/> | |

IV. O Uso da chupeta durante a Amamentação

14. O seu bebé usa chupeta? Sim Não

(Se respondeu *Não*, passe para a questão n.º17)

a. Quando introduziu a primeira vez a chupeta ao seu bebé?

- Primeiro dia Até 15º dia Depois 15º dia

15. **Qual a razão que a levou a introduzir a chupeta ao seu bebê?** *(pode assinalar mais do que uma opção)*

- | | | | |
|---|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Opção própria | <input type="checkbox"/> | Interferência da publicidade | <input type="checkbox"/> |
| Gosta de ver o seu bebê com chupeta | <input type="checkbox"/> | Aconselhamento de Familiares | <input type="checkbox"/> |
| Aconselhamento do Enfermeiro | <input type="checkbox"/> | Necessidade do bebê | <input type="checkbox"/> |
| Aconselhamento de outro profissional de saúde | <input type="checkbox"/> | Outra | <input type="checkbox"/> |

a. **Se respondeu “necessidade do bebê”, introduziu a chupeta ao seu bebê por...** *(pode escolher mais que uma opção)*

- | | | | |
|--|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| Chorar <i>(aparentemente ter fome, dores, etc)</i> | <input type="checkbox"/> | Acalmar | <input type="checkbox"/> |
| Não ter disponibilidade | <input type="checkbox"/> | Agitado | <input type="checkbox"/> |
| Para saciar os hábitos de sucção do bebê | <input type="checkbox"/> | Para não sugar no dedo | <input type="checkbox"/> |
| Outra | <input type="checkbox"/> | | |

16. **Sentiu algumas diferenças no processo de amamentar ao introduzir a chupeta no seu bebê?** Sim Não

17. **Obteve informações acerca das vantagens/desvantagens de amamentar?**

Sim Não

a. **Se respondeu *Sim*, onde obteve estas informações?** *(pode assinalar mais que uma opção)*

- | | |
|--|--------------------------|
| Consultas de vigilância durante a gravidez | <input type="checkbox"/> |
| Internet, Jornais, Revistas, Livros, etc | <input type="checkbox"/> |
| Formações, Congressos, Jornadas | <input type="checkbox"/> |
| Através de familiares, amigos | <input type="checkbox"/> |
| Outro | <input type="checkbox"/> |

18. **Foi informada acerca dos efeitos do uso precoce da chupeta na amamentação?**

Sim Não

a. **Se respondeu *Sim*, onde obteve estas informações?** *(pode assinalar mais que uma opção)*

- | | |
|--|--------------------------|
| Consultas de vigilância durante a gravidez | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|

- Internet, Jornais, Revistas, Livros, etc
- Formações, Congressos, Jornadas
- Através de familiares, amigos Outro

19. Quais os Efeitos do Uso no seu bebé? *(assinale as que considere correctas)*

- Diminui a ansiedade dos pais Diminui a ansiedade do bebé
- Problemas na fala Previne o hábito de sucção de polegar
- Problemas da boca Confunde o bebé entre a chupeta e o mamilo
- Factor preventivo no Síndrome de Morte Súbita do Lactente

20. Quais os cuidados a ter com a chupeta? *(assinale a mais correcta)*

- A chupeta deverá ter o tamanho e forma compatíveis anatomicamente com a boca do bebé
- Não colocar cordões, fitas ou correntes amarradas à chupeta
- Remover a chupeta de forma gradual

21. Qual a idade que deve retirar a chupeta ao seu bebé?

- 6 Meses 12 Meses 18 Meses 24 Meses + 24 Meses

22. Na sua opinião, o uso da chupeta contribui para que o bebé deixe de ser amamentado mais cedo? *(assinale a mais correcta)*

- Não Contribui para o desmame precoce
- Contribui, se a amamentação não estiver bem estabelecida
- Contribui, se houver complicações no processo de amamentar
- Contribui, porque pode haver confusão dos bicos
- Não tenho Conhecimento

Obrigada!!!

Anexo II
Chupeta ideal

Quadro 1 – Características adequadas para o bico de Chupetas

Comprimento (0-6 meses)	23-27mm
Comprimento (> 6 meses)	27-31mm
Material	Látex ou silicone
Forma	Convencional, ortodôntica e Universal

Fonte: NBR 10334/2003 da ABNT

Quadro 2 – Características adequadas para o estudo de chupetas

Formato	Haltere, riniforme, redondo ou oval
Concavidade	Concavo
Quantidade de furos	Mais de 2
Diâmetro do furo cilíndrico	Maior ou igual a 4,8mm
Diâmetro do fundo redondo	Até 5,5mm
Distância furo/borla externa	Maior ou igual a 5mm
Distância entre furos	Maior ou igual a 22mm
Tamanho escudo redondo	Maior ou igual a 40mm
Tamanho escudo não redondo	Gabarito de medida
Valor de F	Menor ou igual a 150mm

Fonte: NBR 10334/2003 da ABNT

