

Universidade Atlântica
VI Curso de Licenciatura em Enfermagem
Monografia



Amamentação numa Unidade de Puerpério de um Hospital Amigo Dos Bebés



Trabalho realizado por:
Sara Órfão nº 200691235
Professor orientador:
Carmo Baltar (Mestre)

Oeiras, 2009

Universidade Atlântica
VI Curso de Licenciatura em Enfermagem
Monografia



Amamentação numa Unidade de Puerpério de um Hospital Amigo Dos Bebés

A monografia apresentada para a obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

Trabalho realizado por:
Sara Órfão nº 200691235
Professor orientador:
Carmo Baltar (Mestre)

Oeiras, 2009

O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste relatório

Agradecimentos

Este espaço é dedicado a quem deu a sua contribuição para que esta monografia fosse elaborada. A todos eles deixo aqui o meu agradecimento sincero.

Em primeiro lugar agradeço à Prof. Mestre Carmo Baltar pela forma como orientou o meu trabalho, estando grata pelas suas recomendações e pela sua disponibilidade na correcção e orientação do meu percurso, tendo sido ambas um contributo valioso na minha progressão individual.

Em segundo lugar, agradeço à Enfermeira-chefe da Unidade de Puerpério, Enf. Ganda, por ter disponibilizado a unidade para a recolha de dados.

Também apresento o meu agradecimento ao director do Serviço de Obstetrícia, Dr. Manuel Hermida, por ter autorizado a aplicação do instrumento de recolha de dados na Unidade de Puerpério.

Gostaria ainda de agradecer à equipa de enfermagem da Unidade de Puerpério, e em especial às Enfermeiras Elisabete Santos e Helena, por me terem auxiliado na recolha de dados para o estudo, demonstrando-se sempre disponíveis.

Por fim, também agradeço à Enf. Adelaide Órfão pelo auxílio e suporte emocional dado ao longo da construção do trabalho, tanto como profissional como mãe.

Contudo, não posso deixar de agradecer a um grande amigo, Gonçalo Luís, por me ter auxiliado na tradução do resumo do presente estudo.

Resumo

Palavras-chave: Amamentação, Unidade de Puerpério, Hospital Amigo dos Bebés

A monografia “ Amamentação numa Unidade de Puerpério de um Hospital Amigo dos Bebés” evidência a problemática da amamentação nos recém-nascidos de termo, debruçando-se sobre a Questão de Investigação: Qual a realidade da amamentação em recém-nascidos de termo, durante o internamento numa Unidade de Puerpério de um Hospital Amigo dos Bebés?

Como tal, apresentou como objectivo geral: Conhecer a realidade da amamentação em recém-nascidos de termo durante o período em que estavam internados na Unidade de Puerpério de um Hospital Amigo dos Bebés.

Para a elaboração do estudo foi utilizado o paradigma quantitativo, mediante as orientações de um estudo descritivo simples. A amostra foi constituída por 30 puérperas, seleccionadas por conveniência, sendo integradas na amostra por ordem de chegada ao investigador até completar a totalização da amostra idealizada por este.

Na Colheita de dados foi utilizado como instrumento um questionário elaborado pelo investigador mediante a pesquisa realizada e apresentada, que foi preenchido pelo mesmo, por motivos de cansaço das mães para o seu preenchimento.

Através da análise dos dados efectuada, foi possível concluir que na amostra recolhida, 100% (30) das participantes tinham uma opinião favorável em relação à amamentação e em 83,3% (25) das situações a decisão de amamentar foi tomada por ambos os pais. Também se tornou claro que em 100% (30) da amostra a primeira refeição de todos os bebés foi realizada através da amamentação, situação que se prolongou durante o internamento exceptuando 3 situações em que foi necessária a administração de fórmulas lácteas.

Assim, através da análise elaborada, é possível concluir que em grande parte dos dados recolhidos a informação é coincidente com as referências bibliográficas descritas ao longo do enquadramento teórico.

A principal implicação actual do estudo prende-se com o conhecimento da realidade da amamentação numa Unidade de Puerpério num Hospital Amigo dos Bebés.

Abstract

Keywords: Breastfeeding, Puerperium, Baby Friendly Hospital

The monograph "Breastfeeding in Postpartum unit of a Baby Friendly Hospital" highlights the issue of breastfeeding in infants born to term, and will focus on the Research Question: What is the reality of breastfeeding in infants at term, during the inpatient unit in a Puerperium a Baby Friendly Hospital?

As such, presented as a general objective: To know the reality of breastfeeding in infants born to term during the period when they were interned in the Puerperium of a Baby Friendly Hospital.

In preparing the study used the quantitative paradigm, through the guidance of a simple descriptive study. The sample consisted of 30 mothers, selected for convenience, and are included in the sample in order of arrival to the investigator to complete the aggregation of the sample for this idealized.

In gathering data, was used as an instrument questionnaire prepared by the investigator and based on carried out and submitted research, which was filled with assistance of the researcher for reasons of fatigue of the mothers.

Through the data analysis carried out, it was concluded that in the collected sample, 100% (30) participants had a favorable opinion on breastfeeding and in 83,3% (25) situations the decision to breastfeed was made by both parents.

It also became clear that for the aggregation of the sample the first meal of all infants was done through breastfeeding, which ran during hospitalization except 3 cases where the administration of infant formula was necessary.

Thus, through the elaborate analysis, we conclude that in most of the data collected, information is coincident with the references described throughout the theoretical framework.

The main implication of the current study relates to the knowledge of the reality of a nursing unit in a Postpartum Baby Friendly Hospital.

Índice

Índice	i
Índice de Quadros	iii
Índice de Figuras	iv
1. Introdução.....	1
2. Enquadramento Teórico	6
2.1. Anatomia e Fisiologia da mama	7
2.2. Tipos de alimentação enteral	11
2.3. Amamentação	13
2.3.1. Programa Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.....	18
2.4. Factores inerentes ao sucesso da amamentação.....	22
2.4.1. Posição.....	22
2.4.2. Pega.....	23
2.4.3. Reflexos presentes na amamentação.....	26
3. Decisões Metodológicas.....	28
3.1. Tipo de estudo.....	28
3.2. População e amostra	29
3.3. Variável de Investigação.....	30
3.4. Instrumento de recolha de dados	33
3.5. Colheita de dados.....	36
3.6. Considerações éticas	36
3.7. Tratamento Estatístico	38
4. Análise de Dados.....	39
4.1. Dados biográficos	39
4.1.1. Idade.....	39
4.1.2. Escolaridade.....	40
4.1.3. Etnia	41
4.2. Dados de caracterização da gravidez anterior e da gravidez actual.....	42

4.2.1.	Gestação e Paridade	42
4.2.2.	Amamentação	43
4.2.3.	Preparação para o parto.....	44
4.2.4.	Consultas de vigilância	46
4.3.	Dados relativos à amamentação na Unidade de Puerpério	47
4.3.1.	Opinião relativa à amamentação.....	47
4.3.2.	Informação recebida no serviço de Internamento de Puerpério.....	49
4.4.	Amamentação durante o Internamento	50
4.4.1.	Momento da primeira refeição do bebé	50
4.4.2.	Tipo de alimentação	51
4.4.3.	Alojamento Conjunto.....	52
4.4.4.	Dor ou desconforto	53
4.4.5.	Amamentação em Horário livre.....	54
5.	Conclusão	55
6.	Implicações e limitações	58
7.	Sugestões.....	60
8.	Referências Bibliográficas	61
	Apêndice A – Cronograma.....	63
	Apêndice B -Instrumento de recolha de dados.....	65
	Apêndice C - Cartas de pedido de autorização	70
	Apêndice E – Matriz de dados	74

Índice de Quadros

Quadro 1 – Sinais que caracterizam a pega.....	26
Quadro 2. Dimensões e indicadores para medir a variável de investigação.....	31
Quadro 3. – Variáveis de caracterização da amostra.....	32
Quadro 4 – Dados de Caracterização da amostra.....	33
Quadro 5.- Indicadores, variáveis de atributo, dados de caracterização e respectivas questões	34
Quadro 6 – Idade das participantes no estudo	40
Quadro 7 – Outras Etnias	42
Quadro 8 – Gestação e paridade	43
Quadro 9 – Tempo de Amamentação em gravidezes anteriores	44
Quadro 10 – Razões apontadas para não amamentar em gravidezes anteriores	44
Quadro 11 – Frequência de curso de preparação para o Parto	45
Quadro 12 – Local de frequência de curso de preparação para o parto.....	46
Quadro 13 – Número de sessões do curso de preparação para o parto frequentadas	46
Quadro 14 – Número de consultas de vigilância da gravidez frequentadas.....	47
Quadro 15 – Profissional transmissor de informação relevante	50
Quadro 16 – Momento da primeira refeição do bebé.....	50
Quadro 17 – Tipo de alimento utilizado em outros	52

Índice de Figuras

Figura 1 – Anatomia da glândula mamária	7
Figura 2 – Escolaridade da amostra em estudo	41
Figura 3– Etnia das participantes do estudo	41
Figura 4 – Amamentação em gravidezes anteriores	43
Figura 5 – Frequência de curso de preparação para o parto	45
Figura 6 – Frequência das consultas de vigilância da gravidez.....	46
Figura 7 – Opinião da mãe em relação à amamentação	48
Figura 8 – Opinião do pai em relação à amamentação.....	48
Figura 9 – Decisão de amamentar dos pais	48
Figura 10 – Informação relevante recebida durante o internamento	49
Figura 11 – Momento da primeira refeição do bebé	51
Figura 12 – Tipo de alimento na 1ª refeição do bebé	51
Figura 13 – Tipo de alimentação durante o internamento	52
Figura 14 – Alojamento conjunto.....	52
Figura 15 – Sensação de dor ou desconforto nas mamadas	53
Figura 16 – Presença de fissuras nos mamilos	53
Figura 17 – Amamentação em horário livre	54

1. Introdução

No âmbito do VI Curso de Licenciatura em Enfermagem, foi solicitada a elaboração de um trabalho de monografia com vista à conclusão do referido curso.

Assim, o presente estudo, centrado na amamentação em recém-nascidos de termo, teve como finalidade estudar a realidade da amamentação entre estas crianças, vertente que resultou do interesse pessoal da autora, no entanto, dada a relevância que tem a problemática em causa, considera-se que os resultados obtidos poderão contribuir para a eventual melhoria das práticas de enfermagem.

Neste âmbito, constata-se que as crianças nascidas após as 37 semanas de gestação e por isso consideradas de termo, apresentam necessidades fisiológicas específicas que são inteiramente satisfeitas pela amamentação, quando esta é realizada com sucesso.

Para que a amamentação tenha sucesso, é necessário proporcionar uma boa orientação às mães, a qual deve ser iniciada durante a gravidez e reforçada pelos profissionais de saúde que a acompanham no puerpério, pelo que se revela fundamental que estes profissionais tenham formação sobre esta vertente, para que possam satisfazer as necessidades das mães em relação às dificuldades face à amamentação, situação que levou a optar-se por estudar a realidade da amamentação numa Unidade de Puerpério num Hospital Amigo dos Bebés.

A amamentação enquanto tipo de alimentação, constitui o método mais antigo que se conhece para alimentar as crianças recém-nascidas, o qual é considerado, ainda hoje, como o método mais adequado e fisiológico, na medida em que permite uma combinação perfeita entre a mãe e o bebé. Porém, constata-se que nos últimos 50 anos, com a substituição do leite materno por fórmulas laboratorialmente modificadas e que têm na sua base leite de vaca, o Homem influenciou o modo de alimentação dos recém-nascidos.

Podem então, ser considerados três tipos de alimentação entérica adequados às crianças de termo, ou seja: a amamentação, a alimentação mista e alimentação artificial.

A amamentação é a alimentação exclusiva com leite materno e a alimentação artificial consiste na administração exclusiva de fórmulas lácteas laboratorialmente modificadas. Por seu lado, temos a alimentação mista que consiste na amamentação com a administração de suplementos de leite artificial, a qual é utilizada nas situações em que o desenvolvimento do bebé não se revela favorável.

Enquadrado no aleitamento materno, pode considerar-se também a alimentação com leite humano, pois, apesar de a sua utilização não ser frequente em Portugal devido à inexistência de bancos de leite, é preferível o leite de doadoras do que o leite artificial, isto como consequência das particularidades e vantagens que tem o leite humano em relação ao leite artificial.

Constitui ainda evidência científica, o facto de o leite materno produzido pela mãe ser perfeitamente adaptado ao desenvolvimento do bebé, pois altera-se ao longo da mamada uma vez que é mais rico em proteínas no início da mamada e em lípidos no fim, contribuindo para satisfazer as necessidades da criança. Deste modo, para que ocorra um bom desenvolvimento da criança, é importante que mame todo o leite produzido pela mama, só devendo mamar da mama contrária, quando o bebé não ficar satisfeito com a primeira que lhe foi oferecida, anulando-se assim, o princípio que defendia que o bebé tinha que mamar 10 a 15 minutos em cada mama (González, 2009).

Contudo, também se encontra comprovado que mesmo quando o bebé não se alimenta da totalidade do leite, este adapta-se às necessidades da criança, podendo existir crianças que com este método não diminuem de peso ou que o aumentem aparentando ter um bom desenvolvimento, o mesmo acontece com a má pega, ou seja, quando o bebé não efectua uma pega perfeita a mãe produz, mais oxitocina de forma a poder compensar a incapacidade de sucção do bebé, ejectando mais facilmente o leite para que o bebé se consiga alimentar.

Assim, verifica-se que os bebés que se alimentam em ambas as mamas num curto espaço de tempo, choram mais, pedindo a mama mais vezes, na medida em que não ficam satisfeitos.

Os bebés que não se alimentam de uma única mama até ao fim, ficam insatisfeitos porque mamam apenas o leite inicial de cada mama, pelo que não

consomem lipídios, o que contribui para que tenham fome pouco tempo depois da mamada.

Por seu lado, a má pega também contribui para que o bebé não fique satisfeito, uma vez que se cansa muito ao mamar e apesar de ter fome, o seu estômago fica preenchido com ar, devido à incorrecta posição da boca na mama.

Constata-se ainda, que o leite materno, além de ter os nutrientes necessários para o crescimento da criança, fornece-lhe os anticorpos necessários para o combate de infecções, sendo a sua incidência reduzida em crianças de termo que são amamentadas.

No que respeita à posição que é mais utilizada para amamentar, verifica-se na actualidade, que é idêntica à posição que é utilizada na alimentação por biberão, o que dificulta a boa pega e impede a alimentação perfeita da criança, o que requer ensino por parte dos profissionais de saúde.

Assim, é desejável que o desenvolvimento de competências para amamentar seja iniciado durante o período pré-natal, nas consultas de vigilância da gravidez, para que a mãe esteja suficientemente desperta para as particularidades da amamentação na altura do nascimento do bebé, vertente que deve ser continuada pelo enfermeiro após o nascimento da criança, na medida em que só deste modo, é que será possível promover-se o sucesso da amamentação.

Porém, verifica-se que tanto nas consultas de vigilância pré-natal como nas Unidades de Puerpério, nem sempre as jovens mães têm o suporte de ensino suficiente para satisfazer as suas necessidades nesta árdua tarefa, o que pode ter implicações no sucesso da amamentação, uma vez que se constata que basta haver uma má pega para que o bebé se sinta desconfortável, além de que, por vezes surgem contratemplos como a mastite ou mamilos macerados que fazem com que a mãe desista facilmente de amamentar, factores que reforçam a necessidade de haver formação específica e empenho por parte das equipas cuidadoras, nas quais o enfermeiro está em posição privilegiada para promover o aconselhamento.

Num estudo de avaliação da influência da pega correcta no sucesso do aleitamento materno exclusivo, misto e total, realizado por Pereira (2008), em que foram incluídas 60 diades (mãe-filho), divididas em 2 grupos de 30 diades, do Vale do

Sousa, em que os participantes do grupo A foram acompanhados durante o primeiro ano de vida, com correcção da pega, enquanto no grupo B não se concretizou a correcção da pega, concluiu-se que a correcção da pega é um factor importante para o sucesso do aleitamento materno exclusivo, misto e total, tendo os bebés em que foi corrigida a pega, mamado exclusivamente três vezes mais, do que aqueles aos quais não foi corrigida a pega.

Conclui-se deste modo, que há diversos factores que dificultam a amamentação pondo em causa o seu sucesso nas crianças nascidas de termo e durante a sua permanência nas Unidades de Puerpério, aspecto que conduziu à elaboração da questão de investigação de nível I do presente estudo: Qual a realidade da amamentação em recém-nascidos de termo, durante o internamento numa Unidade de Puerpério num Hospital Amigo do Bebés?

Neste âmbito, o objectivo geral do presente estudo consistiu em:

- Conhecer a realidade da amamentação em recém-nascidos de termo, durante o período em que estavam internados na Unidade de Puerpério de um Hospital Amigo dos Bebés.

Como objectivos específicos, delinearam-se os seguintes:

- Saber quais foram os factores que estiveram na base da decisão de amamentar.
- Identificar as situações em que a primeira mamada aconteceu antes da primeira hora de vida.
- Verificar se foi respeitada a prática de alojamento conjunto.
- Identificar o tipo de alimentação que foi dada ao recém-nascido durante o internamento.
- Identificar a manifestação de dor ou desconforto durante a amamentação.

Realizou-se uma investigação de paradigma quantitativo, o qual tem por base, a corrente positivista, o que permite que se faça a generalização dos resultados. Neste âmbito, optou-se por realizar um estudo descritivo simples, com o intuito de se obterem resultados específicos sobre o fenómeno em estudo.

Segundo Fortin (2009, p 29), “este paradigma tem a sua origem nas ciências físicas; implica que a verdade é absoluta e que os factos e os princípios existem independentemente do contexto histórico e social”.

No que respeita à organização do trabalho optou-se por o estruturar em duas grandes áreas, a primeira, corresponde ao enquadramento teórico, que tem na sua base a informação que foi seleccionada e considerada pertinente para a elaboração do estudo; a segunda inclui as decisões metodológicas que foram seguidas na elaboração do estudo e para a sua elaboração seguiu-se o cronograma que se estruturou para o efeito (Apêndice A).

As orientações que foram utilizadas para elaboração do presente trabalho, foram as que são preconizadas pela Universidade Atlântica e nas omissões, seguiram-se as que são recomendadas por Mário Azevedo.

2. Enquadramento Teórico

O enquadramento teórico permite aprofundar a problemática que se pretende estudar, servindo de base à elaboração dos estudos, na medida em que a informação já existente sobre o tema, “determina os métodos utilizados e aprecia ao mesmo tempo as relações estabelecidas entre os conceitos, os resultados obtidos e as conclusões” (Fortin, 2009, p.87).

Deste modo, pode dizer-se que o enquadramento teórico apresenta dois grandes objectivos, ou seja, determinar o que foi escrito sobre o tema que se propõe examinar e esclarecer a forma como um problema foi estudado, para que seja justificada a pertinência da realização da investigação a concretizar (Fortin, 2009).

Assim, integraram-se neste enquadramento teórico as vertentes da amamentação e recém-nascido de termo, tendo-se abordado as particularidades que são pertinentes na amamentação, ou seja, a pega, a posição e a sucção, bem como outras formas de alimentação enteral, entre outros factores inerentes ao sucesso da amamentação.

Dentro dos conceitos abordados no seguimento do enquadramento teórico, são realçados os conceitos Amamentação, Unidade de Puerpério e Hospital Amigo dos Bebés, na medida em que foram os conceitos que estiveram na base do presente trabalho de investigação, tendo sido estudada a realidade da amamentação numa Unidade de Puerpério num Hospital Amigo dos Bebés.

Como tal, a amamentação consiste no acto de alimentar o recém-nascido através do leite produzido pela mãe ao longo do seu desenvolvimento. A unidade de puerpério diz respeito à unidade de internamento hospitalar, responsável pela prestação de cuidados a puérperas, desde o nascimento do recém-nascido até a obtenção da alta clínica de ambos. Por fim, o Hospital Amigo dos Bebés, consiste numa entidade hospitalar que respeita o programa Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, que mobiliza as equipas de saúde dos serviços obstétricos e pediátricos a promover o aleitamento materno.

2.1. Anatomia e Fisiologia da mama

A mama, exteriormente, é composta por mamilo, que por norma é a proeminência por onde é ejectado o leite para a boca do bebé, pela aréola que corresponde à zona mais escura em redor do mamilo, em que poderá haver alguns pêlos que não interferem com a amamentação e ainda diversas papilas que consistem nas glândulas de Montgomery, que são constituídas por uma glândula sebácea e por uma glândula mamária, cujas secreções combinadas protegem o mamilo. Têm fibras musculares involuntárias, que com o auxílio da oxitocina favorecem a protrusão do mamilo.

Internamente, a mama é constituída por 7 a 10 lóbulos, ao contrário do que anteriormente se pensava, ou seja, 15 a 25 lóbulos que por intermédio de ductos galactóforos alcançam o mamilo de forma independente. Dentro de cada lóbulo, encontram-se os alvéolos mamários que consistem em pequenos saquinhos, que na sua constituição têm presente células secretoras rodeadas de células contrácteis ou mioepiteliais, aspectos que podem ser observados na figura 1.

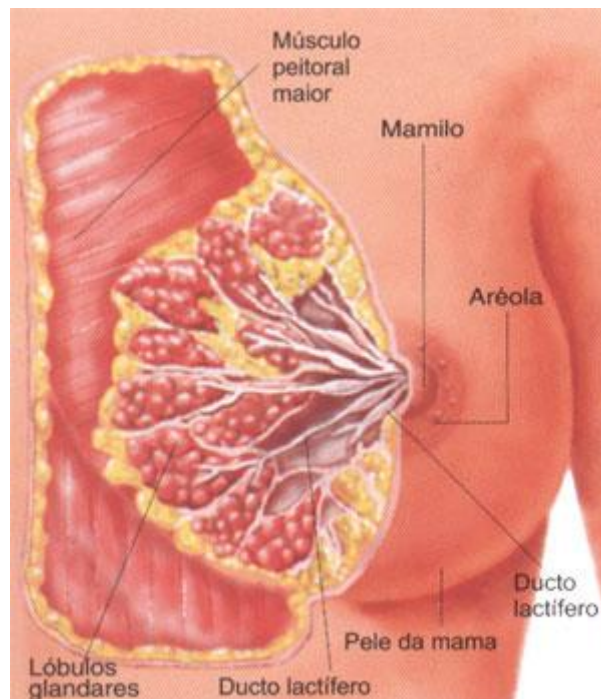


Figura 1 – Anatomia da glândula mamária

Fonte: www.cambia.blogspot.com/ 23-06-09 10h

Durante a gravidez os alvéolos mamários desenvolvem-se e multiplicam-se, o que provoca o aumento da mama, aspecto que é mais notório em mulheres que possuem mamas mais pequenas, sendo que o único ponto que diferencia as mamas pequenas das grandes é a acumulação de gordura nas mesmas.

Relativamente aos mamilos, estes poderão ainda ser classificados tendo em conta a sua estrutura física e a capacidade de contractilidade, encontrando-se descrito na bibliografia, várias formas de classificação, pelo que se optou por apresentar as duas vertentes desta classificação, na perspectiva de dois autores.

Classificação do mamilo segundo Santos (1989, citado em Pereira 2008)

- **Mamilo normal:** Extremamente elástico, de fácil apreensão, apresenta-se saliente e em plano diferente da região areolar, formando um ângulo de 90° entre o mamilo e a aréola. O grau da saliência ou protusão é determinado pelo seu comprimento, podendo ser protuso ou semi-protuso.
- **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, este após manobras de exteriorização corrige com alguma facilidade.
- **Atelia:** ausência de mamilo, uni ou bilateral. (p.92)

Classificação do mamilo segundo Vinha (2002, citado em Pereira 2008)

- **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 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 adentrado.
- **Invertido ou umbilicado:** Também considerado malformado, nunca fica saliente e exige exercícios de exteriorização durante a gestação. A frequência da sua existência é em cerca de 0,5% das mulheres. (p.92)

Após o nascimento do bebé, a produção de leite é essencialmente controlada através de três hormonas que são a prolactina, a oxitocina e o factor inibidor da lactação.

A prolactina é segregada na hipófise e actua nas células secretoras presentes nos alvéolos mamários. Esta hormona, encontra-se sempre presente em valores elevados no decorrer da gravidez, pelo que é possível existir lactação mesmo quando o parto ocorre após 16 semanas de gestação, embora o seu efeito seja neutralizado pela secreção de estrogénios por parte da placenta, o que contribui para que após o nascimento do bebé e a dequitação, a secreção de estrogénio diminua e a prolactina comece a actuar sobre as células secretoras provocando a conhecida “descida de leite” ou “subida de leite”.

No decorrer da amamentação os valores de prolactina são mais elevados, declinando gradualmente após a mamada, pelo que se o bebé voltar a mamar antes do valor de prolactina atingir o nível basal elevado, esta terá um pico maior na mamada seguinte estimulando as células secretoras a produzirem mais leite. Os valores mais elevados da prolactina ocorrem durante a noite, pelo que para que haja a manutenção da amamentação, as mamadas nocturnas são bastante importantes.

Embora com o passar dos meses a produção de leite seja maior, a prolactina vai gradualmente apresentar valores hormonais mais baixos, pois aparentemente perde relevância comparativamente ao controlo local da produção de leite.

A oxitocina por sua vez, é responsável pela ejeção do leite, estando apenas presente por alguns minutos de duração, sendo a ejeção do leite gerida espontaneamente. Para que haja secreção desta hormona, é necessário um estímulo não necessariamente físico, por vezes um estímulo condicionado pelo bebé, como é o caso do choro, o qual é suficiente para desencadear a secreção desta hormona.

Contudo este mecanismo pode ser inibido por medo ou preocupações, o que se deve ao efeito antagónico da adrenalina perante a oxitocina, pelo que o stress pode por vezes dificultar a amamentação, principalmente se a mãe desistir por não ter paciência ou, capacidade de se acalmar, o que dificulta a ejeção da oxitocina e por sua vez a amamentação, levando à sua desistência, uma vez que administração de leite artificial é mais simples.

Por fim, o factor inibidor da lactação consiste num péptido identificado no leite humano e nos outros animais mamíferos, que apenas é extraído com a ejeção do leite, pelo que caso a mama não seja completamente esvaziada, ou se não for dada a mama ao bebé, adequando sempre a quantidade de leite produzida à quantidade necessária para satisfazer o bebé, há inibição da produção de leite.

No entanto, para que a glândula mamária seja capaz de produzir leite, esta tem que obrigatoriamente passar por um processo de desenvolvimento e diferenciação que se divide classicamente em três fases: mamogénese, lactogénese e galactogénese.

- **Mamogénese** – consiste no desenvolvimento mamário;

- **Lactogénese** – consiste no processo pelo qual se inicia a produção de leite, sendo estabelecida entre as 24 horas e o 6º dia após o parto, por consequência da intervenção da acção da prolactina, indispensável para a produção do leite e também através da contribuição dos baixos níveis de estrogénio.
- **Galactogénese** – consiste na manutenção da secreção láctea, após o seu estabelecimento. (Pereira, 2008)

Assim, com a coordenação das três fases acima descritas, necessárias para a produção do leite, estão reunidas as condições favoráveis à amamentação bem sucedida a nível fisiológico.

2.2. Tipos de alimentação enteral

Após o nascimento do bebé, a sua alimentação é uma das principais preocupações da mãe. Contudo apesar das inúmeras vantagens que tem a amamentação, nem sempre a mãe se mostra disposta para o fazer. Assim, terão que ser consideradas as duas grandes hipóteses, o aleitamento materno ou a alimentação com fórmulas lácteas específicas para estas faixas etárias.

Dentro do aleitamento materno foram definidos pela Organização Mundial de Saúde 5 conceitos diferentes, sobre as estratégias de promoção da amamentação no período pré-natal e pós-natal, sendo estas:

- Aleitamento Materno: o bebé recebe leite materno (da mãe ou de outra pessoa) directamente da mama ou extraído dela, independentemente de outros alimentos líquidos, sólidos ou semi-sólidos que possam receber.
- Aleitamento Materno Exclusivo: o bebé recebe apenas leite materno (da mãe ou de outra pessoa) directamente da mama ou extraído dela, e nenhum outro líquido ou sólido à excepção de suplementos vitamínicos ou medicamentos;
- Aleitamento Materno Predominante: a fonte predominante da alimentação do bebé é o leite materno (da mãe ou de outra pessoa) directamente da mama ou extraído dela, embora possa receber água ou soluções aquosas (água açucarada, chá, sumos de fruta), sais de rehidratação oral, suplementos vitamínicos e minerais e soro glicosado.

Esta categoria não abrange alimentos semi-sólidos, como papas ou sopa, nem leite não humano.

- Aleitamento materno total: junção das categorias aleitamento exclusivo e aleitamento predominante.
- Aleitamento materno complementado: o bebé recebe leite materno e outros alimentos líquidos, sólidos ou semi-sólidos, incluindo leite não humano. Citado por Pinto (2008, p.58)

Neste âmbito, a evidência científica tem demonstrado que o leite materno é a melhor opção para qualquer criança, pois além de conter todos os componentes necessários ao seu crescimento e desenvolvimento, tais como proteínas, glícidos, lipídios, entre outros nutrientes, também confere um bom suporte imunológico, oferecendo à criança defesas contra microrganismo patológicos, para além de já ter sido comprovado que o leite materno é aquele que tem uma mais fácil digestão.

Assim, podem-se definir como características específicas do leite materno, as seguintes:

- Tem os perfis fisiológicos de lípidos e aminoácidos, com aminoácidos essenciais para os recém-nascidos, entre os quais taurina, glicina e cistina.
- Apresenta enzimas activas, células e outros factores imunomoduladores e estimuladores da maturação intestinal.
- Tem gorduras e proteínas de fácil digestibilidade e absorção.
- Apresenta baixa carga renal de solutos.
- Apresenta lípidos particularmente adequados para uma criança, com óptima concentração e proporção de ácidos gordos essenciais, ácidos gordos de cadeia larga que fazem parte das estruturas cerebrais e retinianas, e lipase estimulada pelas vias biliares.
- Tem oligossacáridos fundamentais para o sistema imunitário.

- Apresenta micronutrientes em quantidades fisiológicas de elevada biodisponibilidade.

(Asociacion Española de Pediatría, 2009, p.348)

Além do leite materno, pode ainda ser utilizado leite humano de bancos de leite, embora não seja uma realidade presente no nosso país, mas a nível internacional existe este tipo de leite como opção. No entanto, não pode ser esquecido que o leite doado, sofre transformações no banco de leite para poder ser conservado e utilizado mais tarde.

Contudo o leite artificial, que tem na base da sua constituição o leite de vaca, sofre tantas alterações laboratoriais, com subtração e adição de tantos produtos e partículas, que por mais que seja seguro o seu uso e que até faça com que os bebés aumentem mais rapidamente de peso, apresentam menos estados de alerta do que os que são alimentados com leite materno (Carvalho, M., Tamez, R., 2005).

Além disso, o leite artificial não protege as crianças de eventuais infecções, pois não tem presente na sua constituição anticorpos possíveis de transmitir à criança imunidade. A lactase também não se encontra neste tipo de fórmulas, pelo que dificulta a digestão deste tipo de alimentos e os faz permanecer mais tempo em repouso.

Muitas vezes, pode ocorrer a suplementação do leite materno com fórmulas enriquecidas com proteínas, gorduras e alguns sais minerais, isto se se considerar ou comprovar que no decorrer da evolução da criança os valores desses nutrientes não estão a ser satisfeitos pelo leite materno, solução que é preferível adoptar, na medida em que permite manter o aleitamento materno ou amamentação e utilizar, temporariamente, a fórmula suplementar.

2.3. Amamentação

A amamentação é um acto comum a todos os mamíferos e o mais fisiológico e natural para alimentar um recém-nascido, a qual consiste em alimentar o recém-nascido através do leite produzido pela mãe ao longo do seu desenvolvimento.

Durante a gravidez, a prolactina, hormona responsável pela formação de leite, é inibida pelos altos valores de estrogénios segregados pela placenta, mas após o

nascimento do bebé, os valores de prolactina na circulação sanguínea aumentam, provocando a denominada “subida do leite” que ocorre uns dias após o parto, por seu lado a hormona oxitocina, que é libertada durante o parto e que provoca as contracções uterinas e a ejeção do leite, mantém-se presente no organismo por pequenos períodos.

Todos estes acontecimentos são provocados pelo bebé ao mamar, pelo que é indispensável que haja este momento, não só em termos fisiológicos, mas também em termos psicológicos, pois contribui para a vinculação perfeita do bebé à mãe.

Verifica-se deste modo, que existem diversas vantagens em oferecer o leite materno à criança recém-nascida, na medida em que o leite que é oferecido através da mãe, além de lhe fornecer proteínas, glícidos e lípidos, entre outros nutrientes, apresenta-se sempre na quantidade e temperatura certa para o bebé, diferenciando-se do princípio ao fim da mamada e de acordo com a fase de desenvolvimento em que o bebé se encontra.

Constata-se assim, que o leite materno protege a criança de futuras infecções, pois na sua constituição tem presente os anticorpos necessários para a sua defesa imunológica, protege-o ainda de doenças tanto a curto, como a longo prazo, tais como, infecções respiratórias, obesidade, diabetes mellitus tipo I e proporcionando-lhe ainda, um coeficiente de inteligência mais elevado. Para além, das vantagens fisiológicas, verifica-se que durante a amamentação, o bebé se encontra junto da mãe, o que facilita a termorregulação corporal.

Após a passagem stressante do parto e num momento em que o campo emocional se encontra muito activo, a alimentação e os cuidados ao recém-nascido são actividades prioritárias para a mãe da criança. No entanto, a amamentação, embora seja o método mais fisiológico e natural de alimentação de recém-nascidos, não é um processo fácil.

Ao longo de muitos anos passaram através de várias gerações, técnicas que promovem a proeminência do mamilo, pensando-se que facilitaria a alimentação do bebé, visto que o mesmo abocanhava o mamilo para mamar e não a aréola, pelo que mamilos pouco proeminentes ou invertidos não seriam propícios a uma boa pega, entre estas técnicas encontra-se a utilização de parte de uma seringa adaptada ao mamilo e do

êmbolo para a força de sucção. Também as técnicas de cicatrização de fissuras nos mamilos eram ensinadas, sendo utilizadas, entre outras técnicas, a colocação de creme hidratante e deixar as mamas em exposição ao ar.

Contudo, hoje sabe-se que as complicações anteriormente referidas podem ser evitadas se as mães souberem antecipadamente quais são os princípios da amamentação, aspecto que deve ser complementado se lhes for dada oportunidade de observarem o acto de amamentar correctamente, bem como de proporcionar a partilha de experiências entre mães que amamentam e futuras mães que ainda não amamentaram ou que tiveram más experiências com filhos anteriores, o que contribui para que mais tarde possam executar a amamentação tal como aprenderam anteriormente (Gonzalez, 2009).

Constata-se então, que para haver sucesso na amamentação é indispensável que haja profissionais especializados na área, que sejam capazes de orientar as mães ajudando-as a encontrarem soluções para as dificuldades que tenham.

Num estudo de Hageman et al. (2003, citado em Pereira 2008), em que o objectivo consistia em demonstrar o impacto sobre o aleitamento, da educação para a saúde que era realizada em diferentes momentos: período pré-natal, no parto e pós parto no suporte ao aleitamento materno, verificaram que, após seis semanas do parto, a informação e o apoio facultado às utentes, pelos enfermeiros teve impacto positivo no sucesso da amamentação nesse período.

São vários os estudos que referem que os profissionais de saúde têm um papel vital no encorajamento e suporte do aleitamento, tendo em conta que apoiam as mães na amamentação, explicando os benefícios que esta prática tem na saúde da mãe e na saúde, crescimento e desenvolvimento da criança.

Assim, a abordagem da amamentação deverá ser iniciada muito antes do momento do nascimento do bebé, para que possa ser interiorizada grande parte da informação que as futuras mães necessitam de adquirir, para quando a criança nascer não se confrontarem com uma situação para a qual não tiveram qualquer informação.

Essa informação deverá ser transmitida através da integração nos cursos de preparação para o parto, mas também deverá ser transmitida no decorrer das consultas

de vigilância pré-natal, isto porque nem todas as grávidas participam assiduamente nos cursos de preparação para o parto.

Para que a mãe opte pela amamentação, deve ter-se em conta que essa decisão é habitualmente tomada com base em duas grandes razões: conhecimentos adquiridos que fundamentem esta prática ou questões culturais. No entanto, sabe-se que uma mãe em que no seu ambiente familiar é habitual esta prática, adere com maior facilidade à mesma, aspecto que é referido, numa pesquisa sobre factores que determinam o sucesso do aleitamento materno, em que identificaram que em 83% das mulheres entrevistadas as suas mães e/ou tias e/ou irmãs tinham amamentado pelo menos seis meses, sendo esta prática comum nas famílias das mães estudadas e por isso muitas vezes seguida (Pereira (2008, citando Souza et al. (1991).

Relativamente aos conhecimentos adquiridos que fundamentam esta prática, vários estudos sugerem a existência de uma associação entre o nível de escolaridade da mãe e a duração do aleitamento materno.

Contudo a decisão não é tomada apenas tendo em conta estes dois factores, pois são encontradas algumas razões para a influência da decisão do tipo de alimentação do bebé, em que as três principais razões que foram referidas pelas mães, para optarem pela amamentação foram: 1º os benefícios relativos à saúde infantil; 2º por ser um acto natural e 3º vínculo afectivo com o bebé. Por seu lado, as três principais razões por terem optado por outro tipo de alimentação foram: 1º percepção das mães perante a atitude do pai em relação ao aleitamento; 2º a incerteza da quantidade de leite produzido; 3º regresso ao trabalho (Arora et al. (2000) citado por Pereira),.

Como tal, também importa salientar que a decisão do pai relativamente ao tipo de alimentação do bebé pode influenciar directamente a decisão da mãe.

Neste âmbito, há ainda que ter em consideração os tipos de anestésicos que são utilizados no intra-parto, nomeadamente a bupivacaína que é utilizada no bloqueio dos nervos pudendos, na medida em que a literatura refere que se for associada à analgesia com narcóticos, pode alterar o comportamento do recém-nascido dificultando as primeiras mamadas, podendo levar a um desmame precoce.

Contudo, num estudo feito por Riordan (Gonzalez, 2009), não foram encontradas diferenças a médio prazo, entre a duração da amamentação de mães em que foi utilizada analgesia no intra-parto e aquelas em que não se usou qualquer tipo de analgesia, mas que tinham em comum a orientação de uma enfermeira especializada na amamentação.

É igualmente importante salientar que de acordo com as dez medidas que permitem considerar um hospital como amigo dos bebés, os seus profissionais deverão ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.

Esta medida tem por base a promoção da amamentação, sendo o primeiro contacto mãe-filho e a verificação da técnica da mamada corrigida à partida, factores que poderão contribuir para o sucesso da amamentação, esta avaliação poderá ser feita mediante a utilização de escalas específicas.

A primeira mamada deverá ser efectuada nos primeiros minutos de vida, pois como se pôde comprovar num estudo feito por Sinusas e Gagliard (2001, citadas em Pereira 2008), o recém-nascido é capaz de mamar espontaneamente entre a primeira hora de vida, sendo assim estimulado o processo natural da amamentação.

Por seu lado, verifica-se que também facilita o sucesso da amamentação o alojamento conjunto, o qual consiste na permanência do bebé no quarto da mãe mesmo durante o internamento, ao contrário do que era uma prática comum nas maternidades, ou seja, afastar os bebés das mães, colocando-os perto delas apenas para se alimentarem, o que dificultava o contacto precoce e a relação mãe-filho, não sendo a mãe capaz de reconhecer os sinais transmitidos pelo bebé nos primeiros tempos.

Esta separação também dificultava a amamentação, uma vez que os bebés não poderiam ser colocados à mama quando quisessem, mas sim quando era possível, sendo que por vezes, eram maioritariamente, no turno da noite, alimentados com fórmulas lácteas administradas pelas enfermeiras para que não incomodassem as mães que se encontravam cansadas com o trabalho de parto.

Refere Pereira (2008), que em 1984, antes da implementação da Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés (IHAB), Elander e Lindberg estudaram um grupo de

crianças que foi separado das suas mães na primeira semana de vida e outro que permaneceu com as mães no mesmo período de tempo, tendo-se verificado que a prevalência do aleitamento aos 3 meses de idade foi de 37% e de 72% respectivamente, com diferença estatisticamente significativas.

Como tal, conclui-se que o alojamento conjunto é um dos factores que influencia significativamente o sucesso da amamentação.

2.3.1. Programa Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés

O programa Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (IHAB) consiste num programa promocional do aleitamento materno através da mobilização das equipas de saúde dos serviços obstétricos e pediátricos.

Para poder ser designado como “Amigo dos bebés”, a entidade hospitalar passa por um processo de avaliação, sendo este constituído por quatro pontos distintos: primeiro a entidade hospitalar deverá procurar cumprir os critérios globais de promoção e protecção do aleitamento materno, os quais estão explícitos através das dez medidas preconizadas Organização Mundial de Saúde (OMS) e United Nations Children’s Fund (UNICEF). Numa segunda fase deve utilizar os questionários de auto-avaliação para mais facilmente compreender as fragilidades das acções aplicadas e assim poder corrigir, posteriormente uma equipa de consultores externos ao hospital realizam uma avaliação das práticas efectuadas.

Assim, a divulgação das Dez Medidas e a aplicabilidade dos seus princípios são instrumentos vitais para a promoção, protecção e apoio à amamentação na nossa sociedade, de forma a garantir um bom início de vida a milhões de bebés.

Como tal, em seguida são apresentadas as dez medidas, que os serviços que prestam cuidados às mães e recém-nascidos devem implementar para que o Hospital em que está seja considerado um Hospital Amigo dos Bebés:

1. Ter uma política de promoção do aleitamento materno escrita, 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 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, até que esteja bem estabelecida a amamentação.
10. Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade.

(in www.amamentar.net)

No entanto há situações que têm indicação para a utilização de leite artificial, o que levou a Organização Mundial de Saúde em conjunto com a United Nations Children's Fund (UNICEF) a definirem as razões que são medicamente aceitáveis para que se utilizem substitutos do leite materno, as quais podem estar associadas à criança ou à mãe.

Razões relativas à criança:

- Crianças que não podem receber leite materno ou outro leite, sem ser uma fórmula especializada:
 - Galactosémia
 - Urina com cheiro a xarope
 - Fenilcetonúria

- Crianças para as quais a amamentação é a melhor opção de alimentação, mas que precisam de suplemento alimentar por um período limitado de tempo:
 - Crianças com baixo peso à nascença (menos que 1500g)
 - Prematuríssimos que nasceram antes de completarem 32 semanas de gestação;
 - Recém-nascidos em que há risco de ocorrer hipoglicémia devido à debilitada adaptação metabólica ou por aumento da glicose no dia seguinte (tal como os pré-termos, as crianças pequenas para a sua idade gestacional ou os que experienciaram significativamente hipóxia ou isquémia no intra-parto, aqueles que são doentes e aqueles que a mãe é diabética se a sua glicemia não corresponde a uma óptima amamentação ou ao aleitamento materno).

Razões relativas à mãe:

- Mães que talvez precisem de evitar a amamentação
 - HIV, se a substituição da alimentação for aceitável, possível, de preço acessível, sustentável e segura.
- Mães que talvez precisem de evitar a amamentação temporariamente
 - Doenças graves que privam a mãe de cuidar da criança, como por exemplo sépsis;
 - Herpes simplex tipo 1, evitar o contacto directo entre as lesões da mama da mãe e a boca da criança até as lesões sararem;
 - Medicação:
 - Sedativo psicoterapêuticos, anti-epiléticos, opióides e as combinações podem causar efeitos como sonolência ou depressão respiratória sendo melhor evitar a amamentação se a alternativa segura e possível;

- Iodo radioactivo, a mãe pode retomar a amamentação dois meses após a toma desta medicação;
- Uso excessivo de iodo ou derivados topicamente, especialmente em feridas abertas ou membranas mucosas, podendo resultar na supressão tiroideia ou actividade electrolítica anormal na amamentação
- Quimioterapia com citotóxicos requer que a mãe deixe de amamentar durante o tratamento;
- Mães que podem continuar a amamentar, mas em que os problemas de saúde são uma preocupação:
 - Abcesso mamário
 - Hepatite B
 - Hepatite C
 - Mastite
 - Tuberculose
- Mães que usam substâncias como:
 - Nicotina, álcool, ecstasy, amfetaminas, cocaína e estimulantes demonstram ter efeitos na amamentação;
 - Álcool, opióides, benzodiazepinas e cannabis podem causar sedação tanto da mãe como do bebé.

Assim, é possível compreender que, apesar de existirem linhas orientadoras preconizadas pela Organização Mundial de Saúde e United Nations Children's Fund para promover o aleitamento materno entre os serviços prestadores de cuidados materno-infantis, existem situações em que não se considera o aleitamento materno o melhor tipo de alimentação para o recém-nascido, situações essas definidas pelas mesmas entidades.

2.4. Factores inerentes ao sucesso da amamentação

2.4.1. Posição

A posição corporal do bebé e da mãe, apesar de secundária à amamentação, por vezes influencia-a negativamente, pois pode dificultar a boa pega, o que poderá originar muitos outros problemas, além de que provoca na mãe desconforto e cansaço no acto de amamentar, sendo necessário, para que a amamentação não se torne um sacrifício, encontrar uma posição confortável para ambos.

Como tal, para posicionar o bebé de modo a ser facilitada a boa pega, o bebé tem que estar direccionado para a mãe, encostado barriga com barriga e o braço da mãe deverá abraçá-lo por completo, de modo a que a cabeça e as costas do bebé se encontrem apoiadas no antebraço da mãe do lado da mama em que está a mamar.

Por seu lado, quando se utiliza o biberão a mãe por norma segura o bebé no antebraço, com uma mão na região nadegueira e o cotovelo a apoiar a cabeça, deixando o bebé semi-sentado e de frente para a face da mãe, para que consiga abocanhar o biberão, posição que se for utilizada na amamentação dificulta a boa pega, uma vez que o bebé não fica com a face direccionada para a mama.

Contudo esta posição é frequentemente utilizada devido à visualização permanente de outras mães que a utilizam, uma vez que a alimentação artificial é ainda muito utilizada, bem como, a utilização do biberão para administrar leite materno fora de casa.

Também é necessário ter em conta que nem todas as mamas são iguais, pelo que o bebé tem que ser posicionado de forma a conseguir fazer uma boa pega, para isso tem que se avaliar a posição do mamilo e adequar a posição do bebé a este.

Tendo como base os aspectos acima referidos, pode concluir-se que para ser adoptada uma boa posição do bebé à mama, a mãe poderá optar por várias posições para amamentar, adequando a posição do bebé a uma mais confortável para si. Quando opta por uma posição sentada deverá utilizar um banco ou algo que lhe eleve as pernas para que possa apoiar o bebé também com as pernas, em vez de centrar todo o peso do bebé no braço. Em caso de preferir amamentar deitada, poderá fazê-lo com o bebé em cima

do peito ou de lado, esta posição é preferível nas mamadas nocturnas, para diminuir o cansaço das mães, uma vez que evita que esteja sempre em pé.

Contudo, recentemente, percebeu-se que a posição de sentada e deitada não são as posições ideais para o conforto da mãe e bebé, tendo surgido uma nova posição mais indicada e favorável à amamentação que se denomina *biological nurturing*, cujo significado é o *cuidar biológico*. Nesta posição, o bebé deverá ser colocado em cima da mãe, de modo a que toda a face ventral do tórax esteja em contacto com a mãe e os membros apoiados na mesma, evitando que o bebé se sinta desamparado, como quando apoiado no braço da mãe, permitindo que, de forma espontânea, ele mesmo procure a mama (González, 2009).

Esta posição é, preferencialmente, mais utilizada nas mães que foram submetidas a cesariana, pois a sutura abdominal é dolorosa o que dificulta a mobilização da mãe nos primeiros dias. Neste caso, se a mãe conseguir amamentar deitada de barriga para cima com o bebé junto a si e se este conseguir mamar espontaneamente, é melhor para ambos, em vez de obrigar a mãe a mobilizar-se repentinamente, podendo ainda recomendar-se a utilização de uma almofada ou algo similar que proteja a sutura abdominal, para que esta não seja pontapeada pelo bebé durante a procura da mama.

2.4.2. Pega

A pega é um requisito igualmente essencial para o sucesso da amamentação, uma vez que quando não é eficaz, pode trazer várias dificuldades tanto à mãe como ao bebé, estando entre elas a fome constante do bebé, o choro incansável, o cansaço da mãe em estar sempre a amamentar e a tentar atender ao choro do bebé, bem como, às alterações patológicas que ocorram na mama, o que contribui para uma rápida desistência da amamentação por parte da mãe.

Assim, para que se faça uma boa pega é necessário ter a noção que a oxitocina, hormona responsável pela ejeção do leite, actua a nível das células mioepiteliais, provocando a sua contracção. Estas células, ao situarem-se junto às células secretoras, com a sua contracção, enchem os ductos galactóforos por baixo da aréola, pelo que com o simples movimento da língua do bebé em sentido ascendente, quando bem colocado à

mama, a aréola é pressionada e o leite é ejetado para a boca do bebé. A língua não fricciona a aréola, pois não sai do mesmo local, apenas efectua como que um movimento peristáltico desde a ponta da língua até à base.

Para que a língua se encontre no local indicado para a extracção eficaz do leite da mama, o bebé deverá ter uma boca muito aberta, com os lábios direccionados para fora, a mama bem dentro da boca e a língua debaixo da aréola. Esta posição é assimétrica, tendo em conta que o bebé necessita de espaço para colocar a língua debaixo da aréola, na posição correcta do bebé, o mamilo não se encontra numa posição central, mas sim, mais perto do lábio superior.

Contudo, existem sinais de má pega que podem ser facilmente identificados pela mãe, que ao identifica-los deverá procurar alterar a pega, o que por vezes se torna complicado fazer sozinha, pelo que deve procurar profissionais competentes na área para que lhe possam dar o apoio que necessita no momento.

Assim, González (2009, p. 22), descreve os sinais de má pega seguintes:

- Ao não conseguir apertar eficazmente a mama com a língua, o bebé tenta obter o leite formando vácuo, um método pouco eficaz que exige mais força para obter menos leite, o que é visível de comprovar pelo afundamento das bochechas do bebé, aparentando estar a sugar como se fosse através de uma palhinha.
- Ao fazer mais força sobre menos superfície, a pressão aumenta, provocando dor e fissuras no mamilo. Além disso, a língua comprime o mamilo contra o palato duro traumatizando-o.
- O mamilo pode estar rosado pela erosão da fricção e a cor destaca-se sobre o fundo da aréola.
- Como a sucção não é eficaz, o bebé mama durante muito tempo, por vezes mais de meia hora, não sendo capaz de soltar a mama por si, tendo a mãe que a tirar da boca, pois em vez de mamar, o bebé espera que o leite goteje espontaneamente através da oxitocina.
- O bebé engole ar e faz barulho ao mamar.

- Apesar das mamadas muito prolongadas, o bebé não parece satisfeito, voltando a pedir mama pouco tempo depois.
- As mamadas tornam-se muito frequentes, e por vezes sem interrupção durante horas.
- O lactente ingere uma grande quantidade de leite inicial, pobre em calorias, mas não consegue obter o leite final, rico em gorduras, pois o volume total de leite ingerido é superior à sua capacidade gástrica pelo que regurgita e vomita frequentemente.
- As mamas da mãe reagem a esta situação produzindo mais leite inicial e a sua hipófise produz mais oxitocina do que o habitual, é como um mecanismo de segurança, para que o lactente que não mama eficazmente receba, pelo menos, algum leite. A maior produção de leite e um esvaziamento insuficiente levam ao ingurgitamento e por vezes à mastite.
- O excesso de oxitocina provocado pela má pega, faz com que a mãe note uma forte “descida de leite”, por vezes de forma repetida na mesma mamada.
- O lactente ingere menos gordura que o habitual, mas mais proteínas e lactose. A sobrecarga de lactose pode produzir uma tolerância relativa. As bactérias intestinais actuam sobre a lactose não digerida, produzindo gases, dejectões diarreicas e ácidas.
- O lactente tem muitos motivos para estar incomodado: tem fome, mas, ao mesmo tempo, o estômago está tão cheio que não consegue mamar mais; tem ar no estômago e gases no cólon, sofre de cólicas e fica com as nádegas irritadas pela acidez das fezes; por vezes, engasga-se com o jorro de leite que sai disparado com a “descida de leite”; a mãe está esgotada e deprimida pela dor e pela necessidade de dormir. Não é de estranhar que o bebé passe o dia a chorar e irrequieto e que, por vezes “lute contra a mama”: procura-a, morde-a, estica-a e solta-a, choroso, etc.
- O aumento de peso é muito variável, se a mãe tiver tentado seguir os preceitos clássicos dos “ 10 minutos de três em três horas”, o bebé irá aumentar pouco ou perder peso, mas se der de mamar a pedido é possível, apesar de tudo, que aumente normalmente ou até demais.

Alguns lactentes, apesar de terem ingerido já calorias suficientes, continuam a pedir e a mamar em excesso, talvez porque lhes falte a sensação de saciedade que as gorduras provocam.

Face ao exposto, o quadro 1, resume os sinais de boa pega e má pega.

Quadro 1 – Sinais que caracterizam a pega

Boa Pega	Má Pega
<ul style="list-style-type: none"> • A boca do bebé está bem aberta • O queixo do bebé toca na mama • O lábio inferior virado para fora • As bochechas arredondadas ou achatadas contra a mama da mãe • Vê-se mais aréola acima do que abaixo da boca do bebé • Mama arredondada 	<ul style="list-style-type: none"> • A boca do bebé está pouco aberta • O queixo do bebé não toca na mama • Os lábios estão apontados para a frente • As bochechas estão encovadas • Vê-se mais quantidade de aréola acima e abaixo da boca do bebé • Mama estirada

Fonte Adaptado de Organização Mundial de Saúde (1993, citado em Pereira, 2008)

Assim, de forma a não existir desconforto por parte da mãe e deficitária ingestão do leite por parte do recém-nascido, é importante, desde que detectados erros, corrigir precocemente a pega, para que não seja facilitada a desistência do aleitamento materno.

2.4.3. Reflexos presentes na amamentação

Para que a amamentação seja possível de realizar, o bebé tem que ter presente e coordenados três tipos de reflexos para o poder fazer com sucesso, sendo estes o reflexo de busca e prensão, o reflexo de sucção e o reflexo de deglutição, os quais passam a apresentar-se:

- **Reflexo de busca e prensão** - leva o bebé a procurar o mamilo enquanto abre bem a boca para apreender a maior porção possível de tecido mamário. Ele põe a língua para baixo e para fora. Este reflexo é activado sempre que alguma coisa

toca os lábios ou a bochecha do bebé, este abre a boca e pode virar a cabeça à procura do que lhe tocou. Segundo Mangelsdorf (1986), quando o bebé está a mamar e é tocado numa das suas bochechas, devido a este reflexo, ele abre a boca e solta o mamilo, pelo que este acto deve ser evitado pois confunde o bebé, levando-o a interromper a mamada.

- **Reflexo de sucção** - é activado quando algo toca no palato do bebé. Na verdade “sugar” é uma palavra inapropriada para descrever a acção que consiste em movimentos rítmicos da mandíbula e a acção peristáltica da língua que faz a expressão do leite da mama.
- **Reflexo de deglutição** – Consiste na capacidade de deglutir o leite que se encontra na boca.

Em jeito de conclusão deste capítulo, é importante reter que dentro da amamentação os factores: posição corporal, pega e sucção são de extrema relevância quando se trata do sucesso da amamentação, estando interligadas no acto de amamentar e que podem ser facilmente corrigidos, principalmente com a observação da pega do bebé, o que não justifica que haja mães que desistam de amamentar por ocorrência de problemas mamários, como mastite ou fissuras mamilares, ou desconforto, porque não obtiveram o apoio necessário para a correcção da pega.

3. Decisões Metodológicas

As decisões metodológicas de um estudo incluem as estratégias que foram utilizadas para a realização do mesmo, ou seja, o paradigma e o tipo de estudo que se realizou, o meio onde foi realizado, o instrumento de recolha de dados, a população, a amostra e o processo de amostragem que foram utilizados e por fim, os aspectos de ordem ética que foram tidas em consideração na sua realização, aspectos que passam a referir-se.

3.1. Tipo de estudo

O paradigma quantitativo tem por base a corrente positivista, tendo como origem as ciências físicas, a implicação da verdade como absoluta e da existência dos factos e princípios independentemente do contexto histórico e social, pelo que é possível a medição dos fenómenos, através da sua decomposição pelos seus elementos constituintes, identificando assim as relações entre eles para ser possível considerá-los na sua totalidade (Fortin, 2009).

A descrição do fenómeno, realizada através da metodologia científica deste paradigma permite a generalização dos dados. Neste paradigma, o método de investigação consiste na validação de conhecimentos, através da observação de fenómenos independentes, sendo a abordagem a estes fenómenos, obtida pela colheita sistemática de dados observáveis e identificáveis.

Assim, o motivo pelo qual se optou por realizar um estudo quantitativo teve por base o intuito, de obter resultados específicos e precisos sobre a realidade da amamentação na Unidade de Puerpério de um Hospital Amigo dos Bebés em que se realizou o presente estudo.

Deste modo, realizou-se um estudo descritivo simples, o qual permitiu fazer a descrição do fenómeno. Os estudos descritivos simples são considerados a base teórica e fundamental para estudos relacionais ou comparativos, pois, ao descrever minuciosamente e precisamente um determinado fenómeno, o conhecimento específico e fundamentado do mesmo, permite fazer relações e comparações de fenómenos descritos anteriormente tendo bases teóricas bem fundamentadas que permitem tirar

conclusões mais específicas e precisas na conclusão de um estudo de nível superior (Fortin, 2009).

No que respeita ao meio, o qual consiste no local que o investigador selecciona para a recolha de dados, seleccionou-se um meio natural, tendo-se optado por uma Unidade de Puerpério de um Hospital Amigo dos Bebés.

3.2. População e amostra

A população alvo de um estudo é constituída por todos os elementos ou sujeitos que possuem características comuns e de relevância para a concretização do estudo, afirmando Fortin (2009, p.311), que “ uma população define-se como um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns”, sendo que “ a população alvo é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de selecção definidos previamente e que permitem fazer generalizações.”

Por seu lado, a amostra “ é a fracção de uma população sobre a qual se faz o estudo”, devendo “ser representativa desta população, isto é, que certas características conhecidas da população devem estar presentes em todos os elementos da amostra.” (Fortin, 2009, p. 312),

Assim, a população alvo deste estudo foi constituída por todas as mães de recém-nascidos de termo que foram amamentados e que se encontravam dentro dos seguintes critérios de inclusão:

- Mães de crianças nascidas de parto eutócico após as 37 semanas de gestação.
- Mães de crianças que tivessem 48 horas de vida.
- Mães de crianças que não tivessem diagnosticada qualquer patologia associada (ex: doença genética, malformações congénitas, infecções adquiridas no intra parto).

A população acessível a este estudo correspondeu a todas as mães de recém-nascidos que cumpriam os critérios de inclusão anteriormente descrito e que estivessem internadas na Unidade de Puerpério de um Hospital da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Para tal, a amostra utilizada foi não probabilística accidental ou de conveniência, considerando que foi a forma mais fácil de obter os dados, no tempo disponível para a recolha dos mesmos, visto que as mães foram integradas nesta, pela ordem em que se apresentaram disponíveis ao investigador, até se ter obtido o número de participantes necessários para completar a amostra que se pretendia.

Como descreve Fortin (2009,p.321), “a amostra accidental ou de conveniência é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos”, a qual é constituída “à medida que os indivíduos se apresentam até que o número desejado seja atingido”.

Assim, a amostra foi constituída pelas trinta primeiras mães de bebés que se encontravam dentro dos critérios de inclusão do estudo.

Contudo, ao ser utilizado este tipo de processo de amostragem, foi tido em consideração o facto da probabilidade de selecção das participantes não ser igual para todas as mães que pertenciam à população alvo do estudo, visto que o processo de amostragem para este tipo de amostra, consiste na aquisição dos dados pela ordem em que os participantes se apresentam e não por processo aleatório, o que pode revelar uma amostra pouco representativa da população alvo, dificultando assim, a generalização dos dados mesmo quando a amostra em estudo é de grandes dimensões, aspecto que constitui uma limitação do presente estudo.

3.3. Variável de Investigação

As variáveis consistem num conjunto de características, objectos ou situações, é algo a que se pode atribuir valores, delimitando o estudo a ser realizado. Como tal, existem cinco tipos de classificação de variáveis, ou seja: independente, dependente, de atributo, de investigação e estranhas.

Num estudo descritivo simples, apenas se define a variável de investigação, a qual corresponde ao objecto de estudo. As variáveis de atributo que permitem obter dados para caracterizar a amostra e as variáveis estranhas, que estão presentes em todos os tipos de estudo e que podem influenciar os resultados obtidos (Fortin, 2009).

A variável de investigação, para poder ser medida e passível de obtenção de resultados objectivos e precisos, tem que ser traduzida de forma operacional, o que implica a identificação das componentes conceptual e operacional.

Neste âmbito a definição conceptual consiste na atribuição de um significado ao conceito a ser medido, este pode ser baseado em teorias já existentes, quando em estudos de verificação, correlação ou comparação, ou por conclusão do investigador após a revisão bibliográfica sobre o tema (Fortin, 2009).

A definição operacional, por sua vez, consiste na aplicação dos procedimentos indicados pela própria variável, a fim de ser possível a sua medição para a conclusão do estudo, ou seja, a aplicação prática da variável na elaboração do estudo (Fortin, 2009).

Assim, a variável de investigação delineada para a elaboração deste estudo foi a amamentação em recém-nascidos de termo durante o período em que estavam internados na Unidade de Puerpério de um Hospital Amigo dos Bebés. As dimensões e indicadores através dos quais a variável de investigação foi medida encontram-se descritos no quadro 2.

Quadro 2. Dimensões e indicadores para medir a variável de investigação

Dimensões	Indicadores	Definição conceptual
Relação mãe-filho	Contacto precoce	Tempo em minutos/hora em que foi realizado o primeiro contacto mãe-filho
	Alojamento conjunto	Permanência do bebé no quarto da mãe durante o internamento
Factores relacionados com a amamentação	1ºmamada	Amamentação realizada antes da 1 hora de vida do recém-nascido

(Continua)

Quadro 2. (Cont.) Dimensões e indicadores para medir a variável de investigação

Dimensões	Indicadores	Definição conceptual
Factores relacionados com a amamentação	Tipo de alimentação	Alimentação através de: aleitamento materno, aleitamento artificial, aleitamento misto.
	Alterações da mama	Sensação de dor ou desconforto nas mamadas. Aparecimento de fissuras no mamilo.
	Amamentação em horário livre	Amamentação sem horário, sempre que o bebé manifesta vontade.

Para a caracterização da amostra, definiram-se as variáveis que se apresentam no quadro 3:

Quadro 3. – Variáveis de caracterização da amostra

Variáveis Atributo	Definição Conceptual	Definição operacional
Idade da mãe	Corresponde ao tempo após o nascimento.	Registo da idade em anos da mãe.
Habilitações literárias da mãe	Corresponde ao nível escolar da mãe.	Registo das habilitações literárias
Etnia	Corresponde à cultura da mãe	Registo da cultura.

As gravidezes anteriores, como visualizado numa vasta bibliografia, influenciam directamente a amamentação, na medida em que a mãe já possui experiência dentro da área, que tanto pode ser negativa como positiva. Assim, de forma a caracterizar as gravidezes anteriores incluíram-se os parâmetros do quadro 4.

Quadro 4 – Dados de Caracterização da amostra

Dimensões	Indicadores	Definição conceptual
Paridade	Corresponde ao número de filhos que a mãe já teve.	Registo da paridade da mãe, através do índice obstétrico.
Vigilância da gravidez	Mães que frequentaram consultas de vigilância da gravidez.	Registo da frequência da vigilância através do número de consultas.
Opinião sobre o tipo de alimentação do bebé	Corresponde à opinião dos pais do bebé (verbalizado pela mãe), relativo ao tipo de alimentação a administrar ao bebé.	Registo da opinião dos pais relativo aos dois grandes tipos de alimentação enteral, da decisão por amamentar e da acessibilidade há informação sobre o tema.
Experiencia na amamentação	Corresponde a mães que já amamentaram em gravidezes anteriores	Registo se a mãe amamentou em gravidez anterior e durante quanto tempo expresso em dias ou meses.

3.4. Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados é o meio que permite ao investigador recolher os dados de interesse para o estudo.

Para este estudo, optou-se por utilizar um questionário, que foi aplicado e preenchido pela autora do mesmo, opção que se prendeu com o cansaço das mães após o nascimento dos bebés, podendo existir pouca adesão ao estudo se o método de recolha de dados exigisse que o questionário fosse preenchido pelas mesmas.

Como tal, o questionário que se utilizou, foi constituído por dois grandes domínios de observação, sendo estes: a relação mãe-filho e os factores relacionados

com a amamentação, que se encontram subdivididos por dois e três parâmetros respectivamente, que correspondem a várias situações, justificadas na revisão da literatura e que traduzem a realidade da amamentação, demonstrando o seu sucesso ou insucesso, sendo descritas situações de ambas as vertentes. (Apêndice B)

Os parâmetros anteriormente referidos, ajudaram a realizar uma recolha de dados mais precisa e objectiva, não permitindo a discrepância de dados recolhidos, facilitando posteriormente a análise dos dados.

Assim, o quadro 5 mostra o número da questão que no questionário corresponde a cada um dos indicadores e respectivas dimensões. (Apêndice B)

Quadro 5.- Indicadores, variáveis de atributo, dados de caracterização e respectivas questões

Dimensões	Indicadores	Questão
Relação mãe-filho	Contacto precoce	12
	Alojamento conjunto	15
Factores relacionados com a amamentação	1ºmamada	13
	Tipo de alimentação	14
	Alterações da mama	16;17
	Amamentação em horário livre	18
Idade da mãe	Registo da idade em anos da mãe.	1
Habilitações literárias da mãe	Registo das habilitações literárias	2
Etnia	Cultura da mãe	3
Paridade	Registo da paridade da mãe, através do índice obstétrico.	4

(Continua)

Quadro 5(Cont.)- Indicadores, variáveis de atributo, dados de caracterização e respectivas questões

Vigilância da gravidez	Registo da frequência da vigilância através do número de consultas.	7
Opinião sobre o tipo de alimentação do bebé	Registo da opinião dos pais relativo aos dois grandes tipos de alimentação enteral, da decisão por amamentar e da acessibilidade há informação sobre o tema.	8;9;10; 11
Experiência na amamentação	Registo se a mãe amamentou em gravidez anterior e durante quanto tempo (dias ou meses)	5

Para se conseguirem obter resultados precisos e objectivos, é necessário que o instrumento de recolha de dados seja validado, consistindo a validade conceptual em validar o instrumento de recolha de dados pela sua capacidade de medir um conceito definido teoricamente, podendo ser validado de três formas, pela análise estrutural, utilização de grupos contraste e pela validade convergente e divergente. (Fortin, 2009)

Como tal, foi inicialmente feito o pré-teste para verificar a validade do instrumento de recolha de dados antes de proceder à sua aplicação na amostra em estudo. Assim, o instrumento de recolha de dados foi aplicado a um grupo de 10 puérperas primíparas, que cumpriam os critérios de selecção da amostra, não tendo havido necessidade de fazer alterações.

Após a avaliação dos resultados obtidos na aplicação do pré-teste, procedeu-se à aplicação do instrumento de recolha de dados à amostra em estudo, a qual foi constituída por 30 participantes.

3.5. Colheita de dados

A utilização do questionário como método de colheita de dados é considerado o mais adequado quando o investigador pretende recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões (Fortin, 2009).

Assim, para este estudo, optou-se utilizar o questionário como instrumento de recolha de dados, por este permitir obter respostas objectivas e curtas, não dando espaço a resposta subjectivas.

Como tal, a realização da colheita de dados foi efectuada pelo investigador, opção que se prendeu com o cansaço das mães após o nascimento dos bebés, o que teve a vantagem de evitar discrepância na recolha de dados, por atribuição de significados diferentes às questões colocadas, o que contribuiu para diminuir a fidelidade dos resultados obtidos, pois uma grande desvantagem do presente método é o enviesamento dos dados, aspecto que é minimizado quando as questões são respondidas na presença do investigador com o intuito de esclarecer as dúvidas que possam surgir no seu preenchimento, diminuindo assim o risco de discrepância entre os dados recolhidos pelo que se tornam mais fiáveis, revelando dados mais objectivos e seguros (Fortin, 2009).

3.6. Considerações éticas

Num estudo de investigação em que o objecto de estudo é uma característica ou algum elemento que está directamente relacionado com o estudo de pessoas, tem que se ter em atenção aos princípios éticos que devem ser respeitados na realização de qualquer estudo.

Assim, para este estudo foram considerados os cinco direitos fundamentais determinados pelo código de ética.

O direito à autodeterminação que consiste no direito que os participantes têm em quererem participar ou não no estudo para o qual foi convidado, uma vez que a sua decisão livre, implica que se informem sobre a finalidade da realização do estudo e que

se podem retirar do estudo quando quiserem sem sofrerem qualquer tipo de represálias ou sem serem sujeitos a qualquer tipo de persuasão ou influencia do investigador para permanecer no estudo (Fortin, 2009).

Assim, antes de aplicar o instrumento de recolha de dados, questionaram-se as mães se concordam em participar no estudo apresentado, tendo-lhes sido pedido que preenchessem o consentimento informado e lembrando que se quisessem desistir do estudo poderiam fazê-lo sem quaisquer represálias, deixando a mãe decidir livremente.

O direito à intimidade consiste no respeito do investigador ao explorar os dados pessoais da amostra em estudo, pois qualquer participante está sujeito a uma provável invasão da privacidade, sendo este que determina até onde o investigador pode explorar, reivindicando o direito à intimidade. (Fortin, 2009)

A observação do momento da mãe a amamentar pode ser constrangedor para a mãe da criança, visto que para além de se observar a relação mãe/filho, observa-se inevitavelmente partes do corpo consideradas íntimas, que apesar do investigador ser da área de saúde, a mãe pode não querer que se encontre presente durante a amamentação, pelo que foi questionado, à partida, se as mães permitiam essa observação.

O anonimato e à confidencialidade, é o direito que diz respeito ao sigilo profissional e à não divulgação dos dados recolhidos na aplicação do instrumento de recolha de dados, bem como à não avaliação dos dados tendo em conta a pessoa a quem foram recolhidos, bem como o seu contexto familiar ou social, mas simplesmente como dados recolhidos. (Fortin, 2009)

O direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo consiste em evitar situações de exposição do participante a sujeitos não pertencentes no estudo, escolhendo o local apropriado para a recolha de dados, evitando temas perturbadores ou desajustados ao perfil da pessoa. (Fortin, 2009)

Os participantes no estudo terão que ser informados de qual será a durabilidade, a finalidade e a natureza do estudo, sendo tratados todos os elementos do estudo de igual forma, estando assim salvaguardados pelo direito ao tratamento justo e equitativo. (Fortin, 2009)

Com o intuito de salvaguardar, no decorrer do estudo, os direitos acima descritos, foi enviada uma carta dirigida à entidade responsável pelo local onde realizei a recolha de dados, na qual constavam a finalidade, os objectivos e a explicação sumária relativa ao estudo, tendo-se anexado a esta carta, o instrumento de recolha de dados que se pretendia utilizar e ainda, o consentimento informado dirigido às participantes.

3.7. Tratamento Estatístico

O tratamento estatístico de um trabalho de investigação consiste na análise dos dados numéricos obtidos durante a recolha de dados, através de técnicas estatísticas (Fortin, 2009).

A escolha desses mesmos testes depende da funcionalidade inerente às variáveis delineadas para o estudo de investigação (Fortin, 2009), sendo que no presente estudo tiveram como função descrever o fenómeno estudado.

Assim, Fortin (2009, pág. 411), refere que “ a parte descritiva da estatística tem por objectivo destacar o conjunto dos dados brutos tirados de uma amostra de maneira a que sejam compreendidos, tanto pelo investigador, como pelo leitor”.

Como tal, para o tratamento estatístico dos dados, foi utilizado o programa informático estatístico SPSS 14.0 e para construção dos gráficos e tabelas utilizou-se o programa Microsoft Office Excel 2007.

Para a análise dos dados foram observados os seguintes dados estatísticos: frequência absoluta, frequência relativa, moda e amplitude do intervalo de variação.

4. Análise de Dados

A análise descritiva dos dados é “o processo pelo qual o investigador resume um conjunto de dados brutos com a ajuda de testes estatísticos” (Fortin, 2009, pag. 410),

Como tal, no presente capítulo apresenta-se os resultados que foram obtidos, através do tratamento estatístico que foi efectuado.

4.1.Dados biográficos

4.1.1. Idade

A mulher encontra-se em idade fértil desde o início da puberdade, marcada pela menarca, que pode ocorrer entre os 9 e os 12 anos de idade, até à menopausa, que por norma ocorre a partir dos 45 anos de idade. Contudo, existem riscos associados a gravidezes em idades menores e maiores, uma vez que o intervalo de idades mais indicado para uma gravidez saudável as faixas etárias dos 20 anos aos 35 anos de idade.

Neste âmbito, a observação do quadro 6, permite constatar que as idades das participantes da amostra em estudo se encontram entre os 19 e os 42 anos de idade, o que corresponde AIV de 23 anos, a maior percentagem, 16,7% (5), concentra-se nos 30 anos de idade, o que corresponde à moda, seguindo-se as participantes com 34 anos que corresponde a 10% da amostra. A média corresponde aos 30,13 anos.

Idade	Freq.	%
19 Anos	2	6,7
21 Anos	1	3,3
22Anos	2	6,7
23 Anos	1	3,3
24 Anos	2	6,7
25 Anos	2	6,7
28 Anos	1	3,3
29 Anos	1	3,3
30 Anos	5	16,7
31 Anos	1	3,3
32 Anos	1	3,3
33 Anos	1	3,3
34 Anos	3	10,0
36 Anos	1	3,3
37 Anos	1	3,3
39 Anos	2	6,7
41 Anos	2	6,7
42 Anos	1	3,3
Total	30	100

n	30
Média	30,13
Moda	30
AIV	23

Quadro 6 – Idade das participantes no estudo

4.1.2. Escolaridade

A escolaridade da mãe torna-se pertinente, na medida em que são vários os estudos que sugerem a existência de uma associação entre o nível de escolaridade da mãe e a duração do aleitamento materno, tendo em conta os conhecimentos adquiridos que fundamentam esta prática.

Como se pode comprovar pela figura nº2, 43,3% (16) das participantes do estudo frequentou o ensino Secundário seguindo-se as que frequentaram o Ensino Básico 33,3% (10) da amostra, o Ensino Superior 20% (7) e outros 3,3% (1).

Pelo que em média as participantes na amostra frequentaram o ensino secundário, sendo também realçado pela moda, visto a opção mais seleccionada pelas participantes ter sido a resposta número 3, que consiste no ensino secundário.

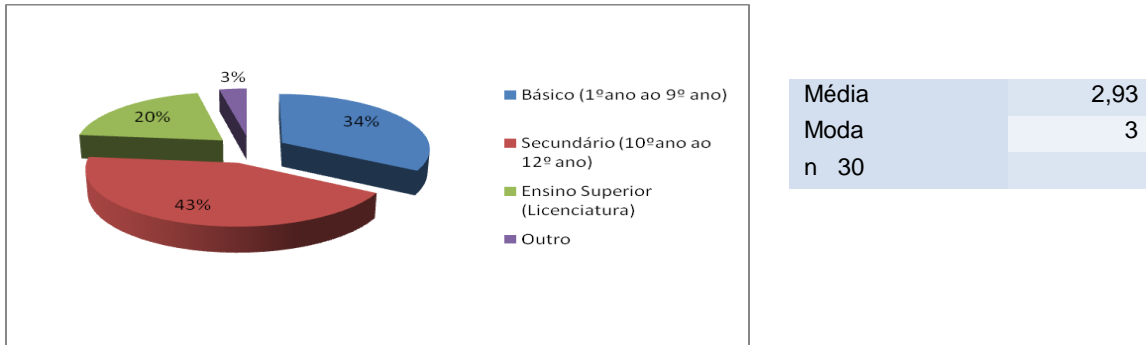


Figura 2 – Escolaridade da amostra em estudo

4.1.3. Etnia

A etnia e a cultura são factores importantes que devem ser tidos em conta na amamentação, na medida em que contribuem para a opção das mães pela amamentação.

Relativamente à Etnia das participantes do estudo, constata-se pela análise da figura 3 que, 93,3% (28) da amostra referiu ter outra etnia, podendo verificar-se pela leitura do quadro 7, que estas participantes são maioritariamente de Etnia Portuguesa.

Em relação às restantes respostas, verifica-se pela análise do quadro 7, que 3,3% (1) das participantes são de etnia cigana e 3,3% (1) Cabo Verdana.

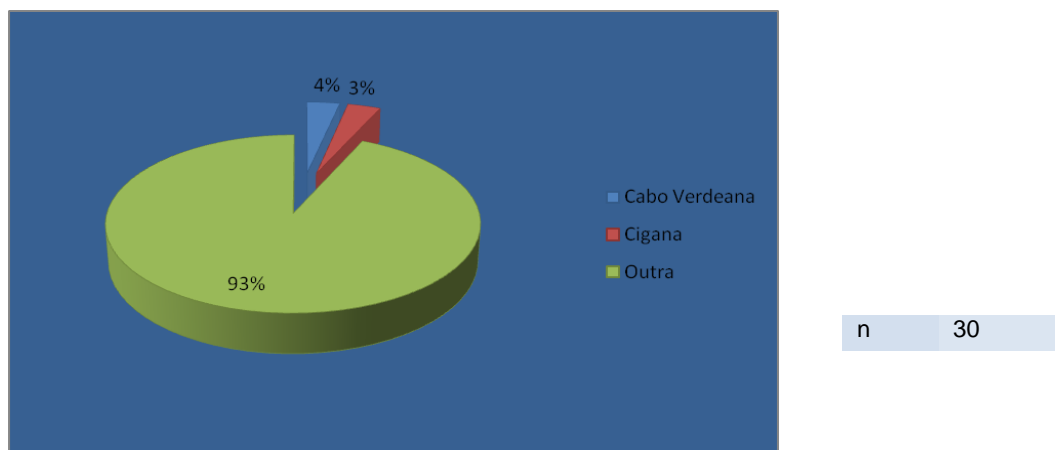


Figura 3 – Etnia das participantes do estudo

Unidade de Registo	Unidade de Enumeração
Portuguesa	22
Romena	1
Indiana	1
S.Tomense	1
Brasileira	1
Ucraniana	2
Total	28

Quadro 7 – Outras Etnias

4.2. Dados de caracterização da gravidez anterior e da gravidez actual

4.2.1. Gestação e Paridade

As experiências anteriores, por vezes correspondem a um factor decisivo no que diz respeito à amamentação, pelo que é relevante num estudo referente à amamentação caracterizar a população em estudo mediante gravidezes e partos anteriores. A gestação refere-se ao número de gestações que a mulher teve e a paridade, corresponde ao número de gestações em que o feto atingiu viabilidade (Bobak, 1999).

Dependendo da paridade, as mulheres podem ser caracterizadas como primíparas no caso de ter completado uma gestação até ao estágio de viabilidade fetal, ou múltiparas caso tenha completado duas ou mais gestações até ao estágio de viabilidade fetal (Bobak, 1999).

Como tal, é possível concluir através do quadro 8, que 14 participantes, são múltiparas de duas gestações e dois partos, seguindo-se 12 participantes primíparas com 1 gestação e 1 parto.

Ainda integraram a amostra duas participantes que eram múltiparas com 4 gestações e 2 partos, uma múltipara com 3 gestações e 3 partos e outra com 5 gestações e 5 partos.

Unidade de Registo	Unidade de Enumeração
G2P2	14
G1P1	12
G4P2	2
G5P5	1
G3P3	1
Total	30

Quadro 8 – Gestação e paridade

4.2.2. Amamentação

A experiência materna em gravidezes anteriores influencia directamente a gravidez actual, uma vez que as mães têm como exemplo a experiência vivida na altura de optar pela amamentação, o que pode torna-las reticentes face à amamentação se a experiência anterior não tiver sido bem sucedida.

Em relação a experiências anteriores de amamentação, verifica-se pela figura 4, que 53,3% (16) das mães que compõem a amostra, tiveram experiências anteriores de amamentação e 46,7% (14) não teve qualquer experiência.

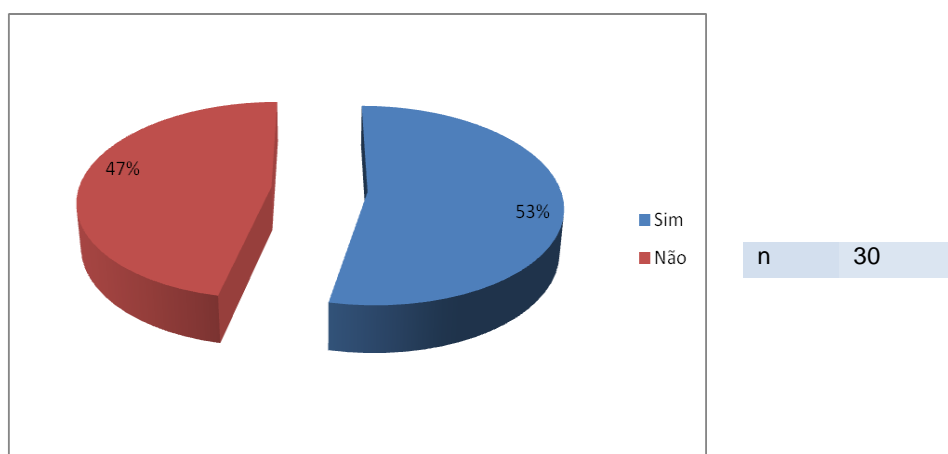


Figura 4 – Amamentação em gravidezes anteriores

Dentro das que tiveram experiências anteriores, é importante saber-se até quando amamentaram o bebé, uma vez que o tempo de amamentação mostra claramente o seu sucesso ou insucesso.

Relativamente à duração da amamentação em gravidezes anteriores, as 16 participantes que responderam que tinham amamentado fizeram-no entre 18 meses e 1

dia, sendo que a duração da amamentação mais enumerada pelas participantes foi 4 meses, como se pode verificar no quadro 9.

É importante conhecer a razão que levou as mães a tomarem a decisão de não amamentarem em gravidezes anteriores, para que seja possível ao profissional de saúde, apoiar a mãe nesta nova experiência para que seja bem sucedida.

Contudo, pode verificar-se pela análise do quadro 10, que as 3 participantes que referiram que não amamentaram em gravidezes anteriores disseram que foi porque “não tinham leite”, 1 referiu ter tido mastite bilateral na primeira semana de puerpério e as restantes 10 participantes não responderam na medida em que eram primíparas e como tal não tinham experiências anteriores.

Duração de amamentação	
Unidade de Registo	Unidade de enumeração
1 Dia	1
1 Semana	1
1 Mês	2
2 Meses	2
3 Meses	2
4 Meses	4
6 Meses	2
10 Meses	1
18 Meses	2
Total	17

Quadro 9 – Tempo de Amamentação em gravidezes anteriores

Razão de não amamentar	
Unidade de registo	Unidade de Enumeração
"Porque não tive leite"	3
"Tinha mastite bilateral"	1
Total	14

Quadro 10 – Razões apontadas para não amamentar em gravidezes anteriores

4.2.3. Preparação para o parto

A abordagem à amamentação deverá ser iniciada muito antes do momento do nascimento do bebé, para que possa ser interiorizada grande parte da informação que as

futuras mães necessitam de adquirir, para quando a criança nascer não se confrontarem com uma situação para a qual não tiveram qualquer informação.

Esta informação é, por norma, integrada nos cursos de preparação para o parto.

Neste âmbito, pode verificar-se pela análise da figura 5, que apenas 16,7% (5) é que referiram que tinham frequentado um curso de preparação para o parto, as restantes 83,3% (25), disseram que não tinham frequentado qualquer tipo de curso de preparação.

Das participantes que referiram ter frequentado um curso de preparação para o parto, de acordo com a leitura do quadro 12 verifica-se que, 3 frequentaram-no Centro de Saúde onde pertenciam e 2 frequentaram-no em clínicas privadas.

Relativamente ao número de sessões do curso de preparação para o parto, que as mesmas participantes frequentaram, constata-se pela leitura do quadro 13, que 2 frequentaram 10 sessões, 1 frequentou 11 sessões, outra frequentou apenas 3 sessões e houve uma participante que não respondeu.

Frequência do curso de Preparação para o Parto		
	Freq.	%
Sim	5	16,7
Não	25	83,3
Total	30	100

Quadro 11 – Frequência de curso de preparação para o Parto

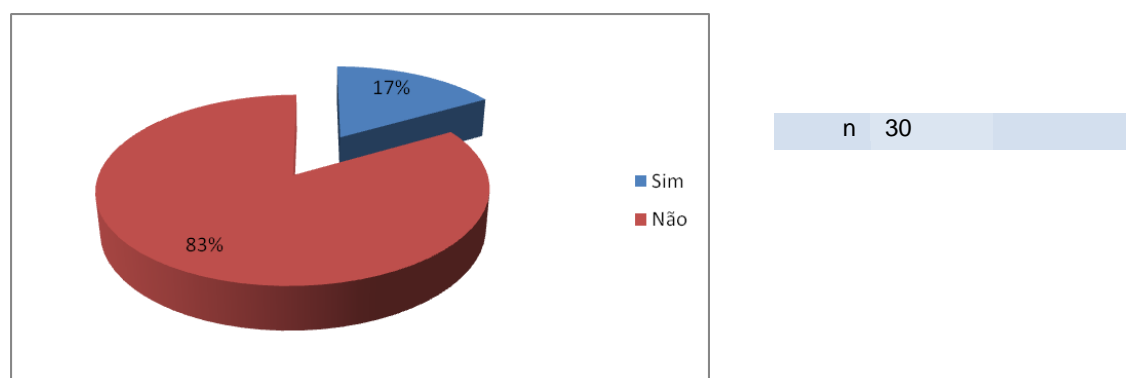


Figura 5 – Frequência de curso de preparação para o parto

Unidade de registo	Unidade de Enumeração
Centro de Saúde	3
Clínica	2
Total	5

Quadro 12 – Local de frequência de curso de preparação para o parto

Unidade de registo	Unidade de Enumeração
11sessões	1
10sessões	2
3sessões	1
Total	5

Quadro 13 – Número de sessões do curso de preparação para o parto frequentadas

4.2.4. Consultas de vigilância

Além da informação relativa a amamentação ser transmitida nos cursos de preparação para o parto, esta é igualmente transmitida no decorrer das consultas de vigilância pré-natal, tendo em conta que nem todas as grávidas participam assiduamente nos curso de preparação para o parto.

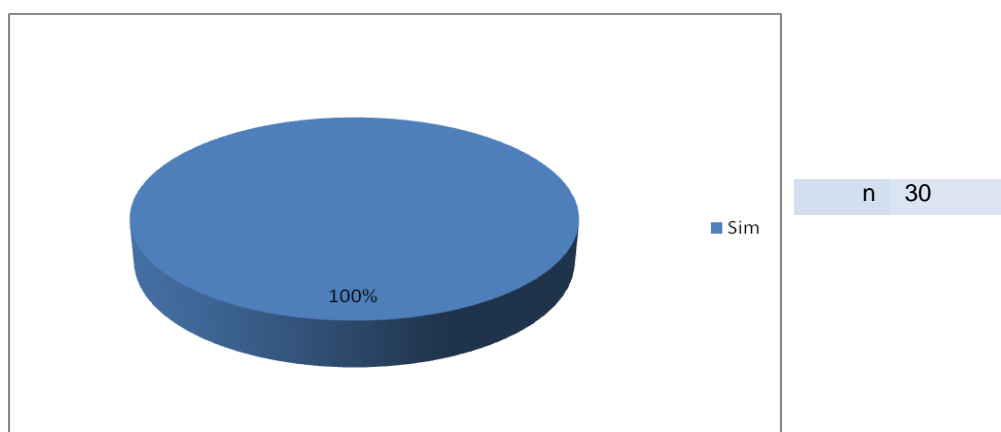


Figura 6 – Frequência das consultas de vigilância da gravidez

Pela análise da figura 6, constata-se que 100% (30) das mães que participaram no presente estudo, frequentaram consultas de vigilância da gravidez.

Em relação ao número de consultas que frequentaram durante a gravidez verifica-se no quadro 14 que 8 participantes frequentaram 9 consultas de vigilância da gravidez, no entanto houve 2 participantes que responderam que tinham frequentado 2 e 3 consultas de vigilância da gravidez, o que é insuficiente para uma boa vigilância da gravidez.

Unidade de registo	Unidade de Enumeração
12 Consultas	2
10 Consultas	3
9 Consultas	8
8 Consultas	6
7 Consultas	6
5 Consultas	2
3 Consultas	1
2 Consultas	1
Não respondeu	1
Total	30

Quadro 14 – Número de consultas de vigilância da gravidez frequentadas

4.3. Dados relativos à amamentação na Unidade de Puerpério

4.3.1. Opinião relativa à amamentação

A decisão relativa ao tipo de alimentação do bebé pode ser influenciada por algumas razões, das quais se destacaram: 1º os benefícios relativos à saúde infantil; 2º por ser um acto natural e 3º vínculo afectivo com o bebé. Por seu lado, apontaram as três principais razões que levaram a optar por outro tipo de alimentação: 1º percepção das mães perante a atitude do pai em relação ao aleitamento; 2º a incerteza da quantidade de leite produzido e 3º o regresso ao trabalho (Pereira, 2008).

É importante salientar que a decisão do pai relativamente ao tipo de alimentação do bebé pode influenciar directamente a decisão da mãe. Neste âmbito, a figura 7 permite verificar que 100% (30) das participantes tem uma opinião favorável à amamentação. Contudo, segundo as mães, só 86,7% (25) dos pais dos bebés, é que

consideram que tinham uma opinião favorável à amamentação, sendo ainda de realçar que 13,3% das mães referiram que os pais eram indiferentes.

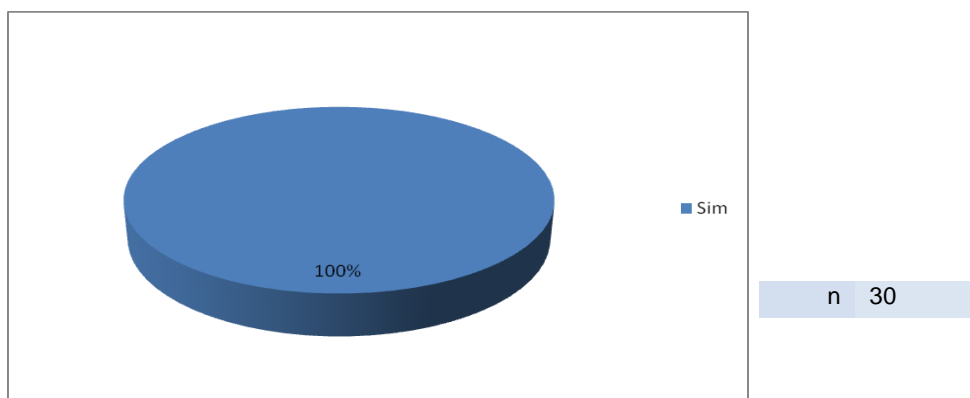


Figura 7 – Opinião da mãe em relação à amamentação

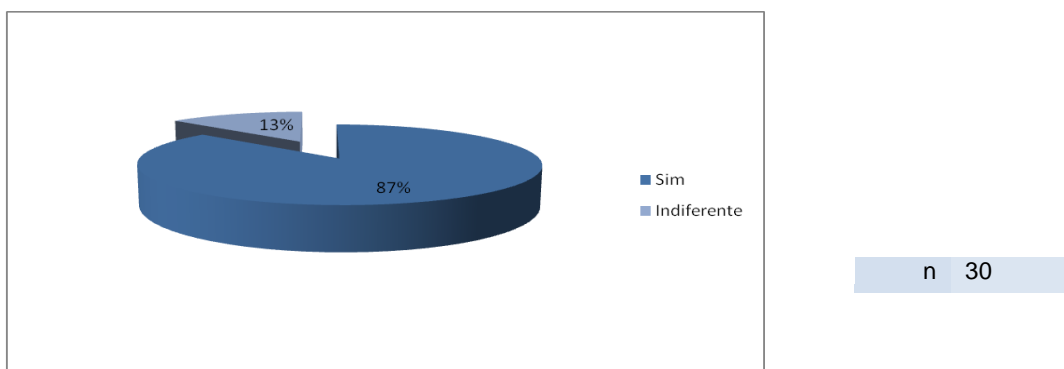


Figura 8 – Opinião do pai em relação à amamentação

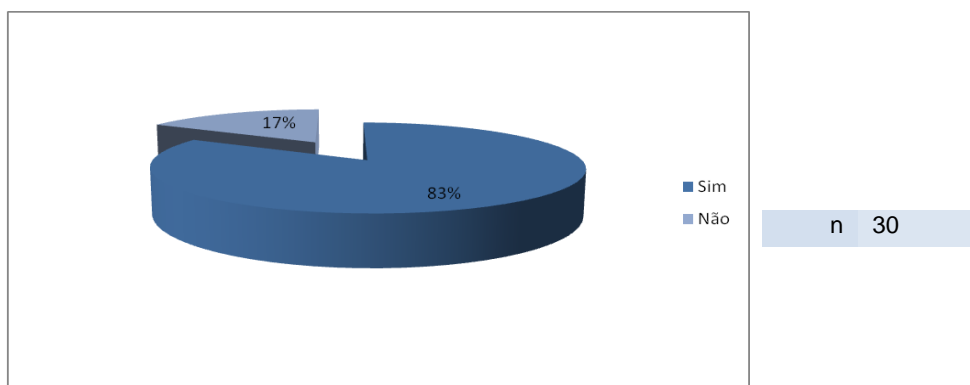


Figura 9 – Decisão de amamentar dos pais

Nas participantes que integraram a amostra em estudo, a decisão de amamentar o bebé em 83,3% (25) foi de ambos os pais do bebé, contudo 16,7% (5) das participantes referiram que a decisão de amamentar foi apenas decisão materna.

4.3.2. Informação recebida no serviço de Internamento de Puerpério

São vários os estudos que referem que os profissionais de saúde têm um papel vital no encorajamento e suporte do aleitamento, tendo em conta que apoiam as mães na amamentação, explicando os benefícios que esta prática tem na saúde da mãe e na saúde, crescimento e desenvolvimento da criança.

Em relação à informação que as mães receberam sobre a amamentação, durante o período em que estiveram internadas na Unidade de Puerpério, constata-se pela análise da figura 10, que 70% (21) consideraram a informação que receberam relevante para a prática de amamentação, no entanto 30% (9), referiram que não tinham recebido qualquer informação.

No que respeita ao profissional que as participantes consideraram que lhes forneceu informação relevante sobre a amamentação, 16 participantes referiram que tinham sido os enfermeiros, 3 disseram que tinham sido enfermeiros e médicos e apenas uma participante referiu o médico como o profissional que lhe deu informação relevante e uma referiu ter recebido a informação relevante por alunos estagiários.

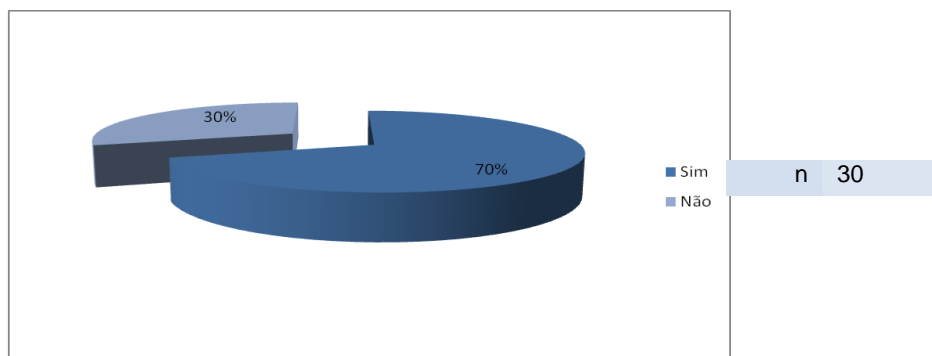


Figura 10 – Informação relevante recebida durante o internamento

Unidade de registo	Unidade de Enumeração
Enfermeiros	16
Enfermeiros e médicos	3
Médicos	1
Alunos Estagiários	1
Total	21

Quadro 15 – Profissional transmissor de informação relevante

4.4. Amamentação durante o Internamento

4.4.1. Momento da primeira refeição do bebé

A primeira mamada deve ser efectuada nos primeiros minutos de vida, pois como se pôde comprovar num estudo feito por Sinusas e Gagliard (2001), o recém-nascido é capaz de mamar espontaneamente na primeira hora de vida, sendo assim estimulado o processo natural da amamentação (Pereira, 2008).

A análise das Dez Medidas dos Hospitais Amigos do Bebés, permite verificar que a 4ª medida consiste em ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.

Relativamente ao tempo de vida em que o bebé foi amamentado pela primeira vez, constata-se que 63,3% (19) dos bebés mamaram antes de completarem a primeira hora de vida, 20% (6) mamaram na 1ª hora de vida e 16,7% (5) dos bebés mamaram após a primeira hora de vida.

Quando foi realizada a 1ª refeição	Freq.	%
»1h de vida	5	16,7
1h de vida	6	20,0
«1h de vida	19	63,3
Total	30	100

Quadro 16 – Momento da primeira refeição do bebé

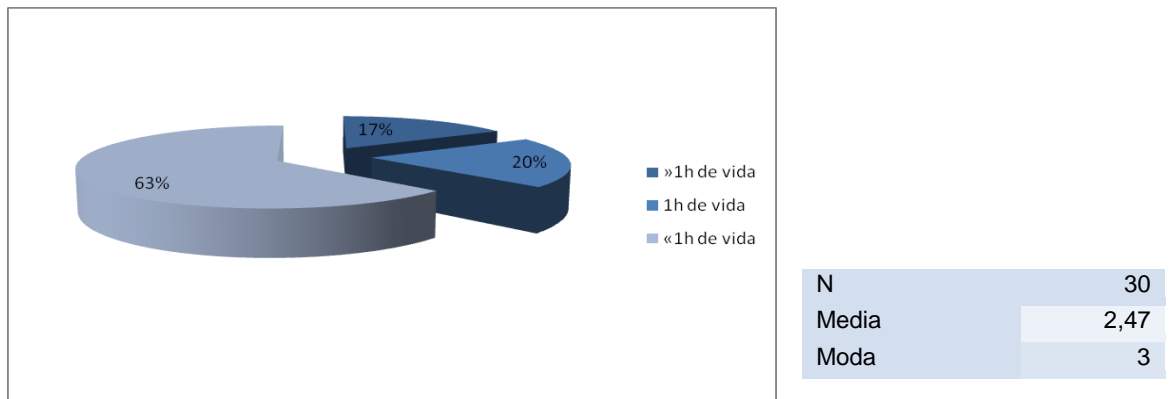


Figura 11 – Momento da primeira refeição do bebé

4.4.2. Tipo de alimentação

Dentro dos tipos de alimentação enteral do bebé, podem ser consideradas duas grandes hipóteses, o aleitamento materno ou a alimentação com fórmulas lácteas especificamente elaboradas para estas faixas etárias.

A primeira refeição de 100% (30) dos bebés da amostra foi de leite materno, como pode ser verificado através da figura 12.

Durante o internamento apenas 10% (3) dos bebés, é que necessitaram de outro tipo de alimentação (alimentação mista), os restantes 90% (27) foram exclusivamente alimentados com leite materno.

Nas três situações em que as participantes referiram que foi utilizado outro tipo de alimento que não o leite materno, foi feita alimentação mista, tendo sido acrescentado o suplemento lácteo à amamentação.

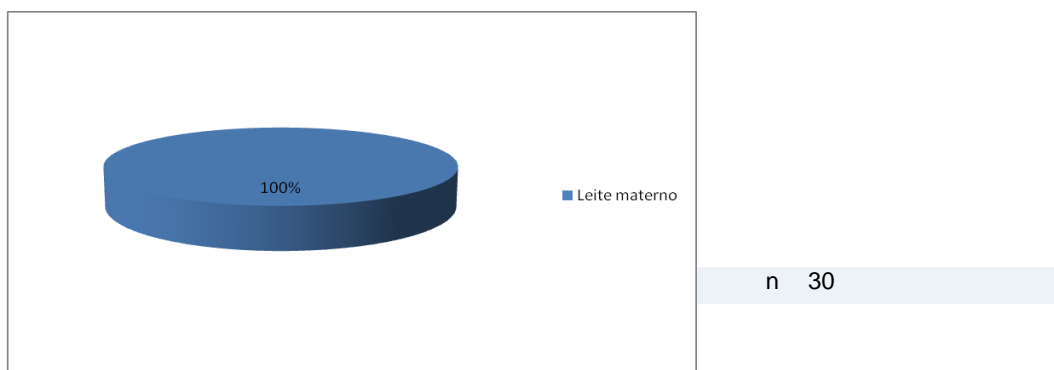


Figura 12 – Tipo de alimento na 1ª refeição do bebé

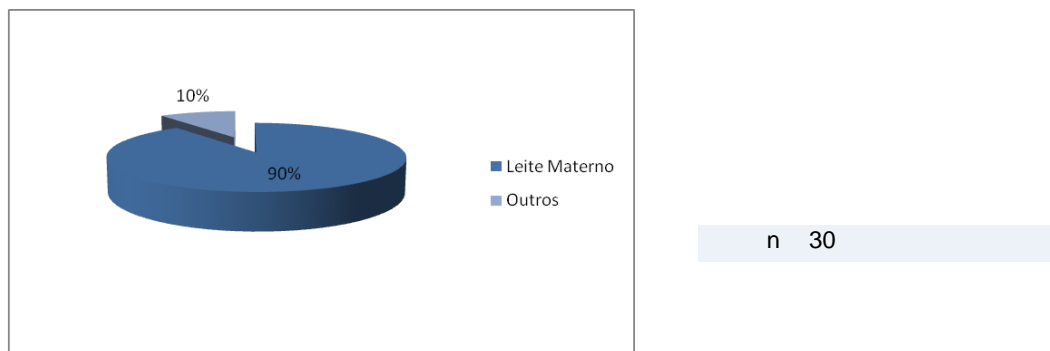


Figura 13 – Tipo de alimentação durante o internamento

Unidade de registo	Unidade de Enumeração
Suplemento	3
Total	3

Quadro 17 – Tipo de alimento utilizado em outros

4.4.3. Alojamento Conjunto

Verifica-se que o sucesso da amamentação pode ser facilitado pelo alojamento conjunto, o qual consiste na permanência do bebé no quarto da mãe mesmo durante o internamento, consistindo na 7ª Medida dos Hospitais Amigos dos Bebés.

A leitura da figura 14, permitiu verificar que 100% (30) dos bebés permaneceram as 48h de internamento na Unidade de Puerpério junto das mães.

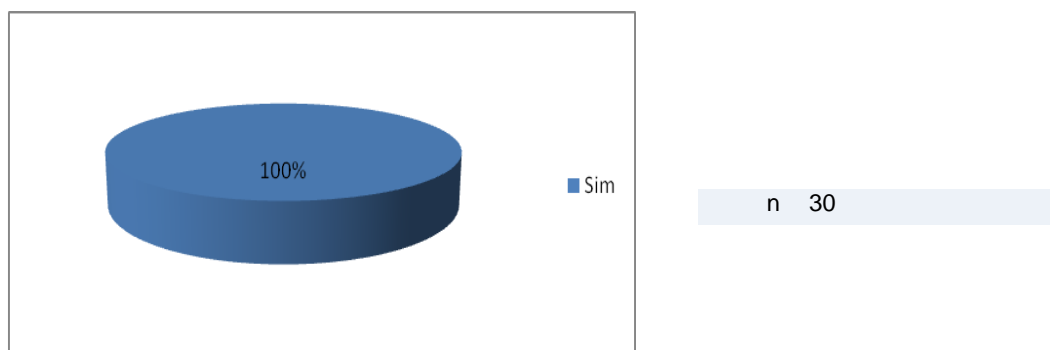


Figura 14 – Alojamento conjunto

4.4.4. Dor ou desconforto

A pega é um requisito essencial para o sucesso da amamentação, uma vez que quando não é eficaz, pode trazer várias dificuldades tanto à mãe como ao bebé, estando entre elas a fome constante do bebé, o choro incansável, o cansaço da mãe em estar sempre a amamentar e tentar atender ao choro do bebé, bem como, às alterações patológicas que ocorram na mama, o que contribui para uma rápida desistência da amamentação por parte da mãe.

Relativamente à dor ou desconforto sentida pelas mães ao amamentarem, constata-se pela análise da figura 15, que 76,7% (23) das participantes referiram que tinham tido dor ao amamentar, as restantes 23,3% (7) disseram que não sentiram qualquer desconforto.

Ao fim de 48h de amamentação, 53,3% (16) das mães referiram que apresentavam fissuras nos mamilos, mas 46,7% (14) não apresentou qualquer alteração.

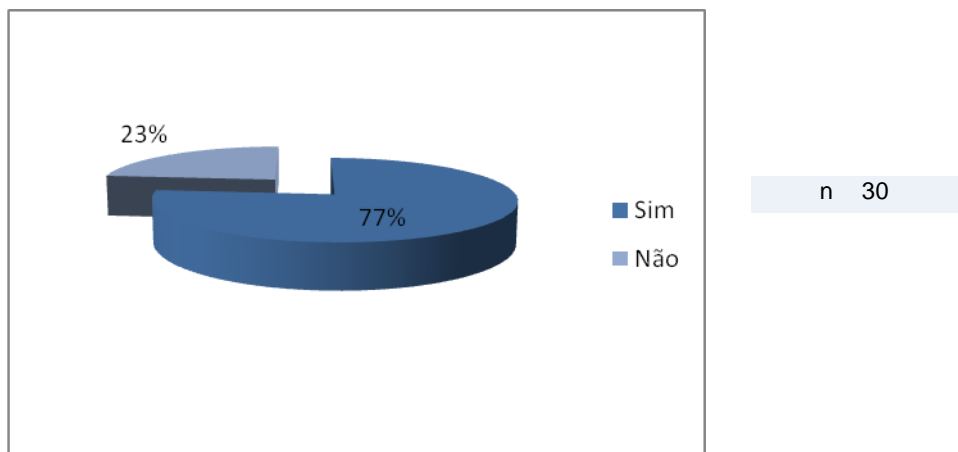


Figura 15 – Sensação de dor ou desconforto nas mamadas

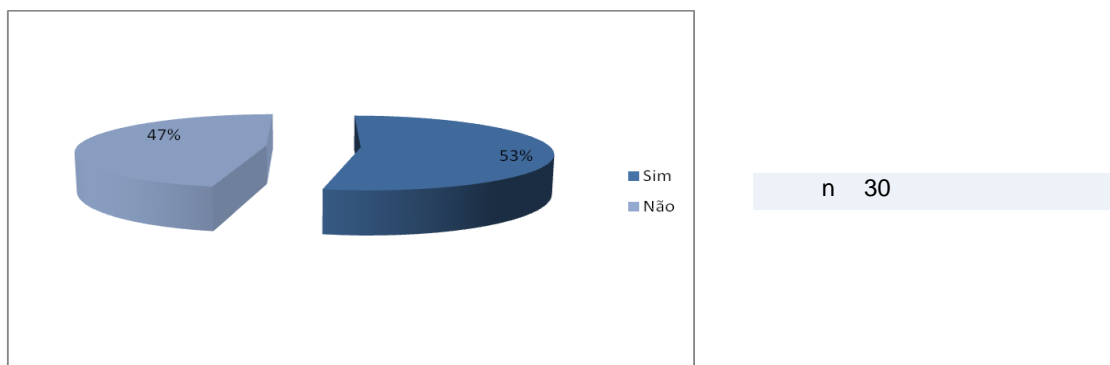


Figura 16 – Presença de fissuras nos mamilos

4.4.5. Amamentação em Horário livre

A 8ª medida das Dez Medidas dos Hospitais Amigos dos bebés, consiste em dar de mamar sempre que o bebé queira, não impondo horários ou tempo de amamentação.

Relativamente à amamentação em horário livre, verifica-se pela análise da figura 17 que 100% (30) das mães referiram que tinham amamentado o bebé sempre que este manifestava necessidade.

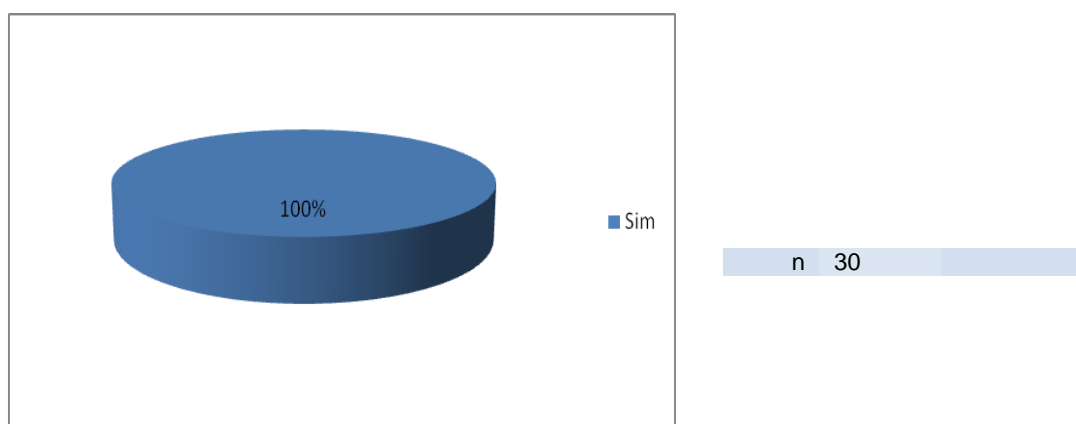


Figura 17 – Amamentação em horário livre

5. Conclusão

O presente estudo permitiu estudar a realidade da amamentação às 48h de vida do recém-nascido num Hospital intitulado Hospital Amigo dos Bebés, que tem como metodologia a promoção do aleitamento materno entre as puérperas.

O estudo da problemática da amamentação nos recém-nascidos, deu origem à seguinte questão de investigação: **Qual a realidade da amamentação em recém-nascidos de termo, durante o internamento numa Unidade de Puerpério num Hospital Amigo dos Bebés?**

Nesta sequência, delineou-se como objectivo geral: **Conhecer a realidade da amamentação em recém-nascidos de termo, durante o período em que estão internados na Unidade de Puerpério de um Hospital Amigo dos Bebés.**

O estudo foi realizado sob o paradigma quantitativo, através de um estudo descritivo simples, pelo que se procurou descrever os fenómenos inerentes à realidade da amamentação nas Unidades de Puerpério, num Hospital Amigo dos Bebés.

Para proceder à recolha de dados elaborou-se um questionário, que teve por base a pesquisa bibliográfica sobre o tema que se efectuou, o qual foi submetido a pré-teste num grupo de 10 puérperas que cumpriam os critérios de selecção da amostra que foram definidos previamente.

Por não ter sido necessário efectuar alterações no instrumento de recolha de dados, os dados recolhidos durante a fase de pré-teste foram integrados na amostra do estudo, tendo-se a amostra sido constituída por 30 puérperas.

A análise dos resultados obtidos permitiram concluir que o serviço em que se realizou o estudo, procura cumprir as medidas designadas para o Hospital Amigo dos Bebés.

Assim, destacam-se os resultados seguintes:

- A totalidade das participantes (100%) referiu que estavam a amamentar;

- Todas (100%) as mães referiram que primeira refeição dos seus bebés tinha sido a amamentação;
- Durante o internamento houve 3 (10%) mães que referiram que tiveram necessidade de recorrer ao uso de suplemento alimentar;
- Verificou-se que a decisão de amamentar tinha sido de ambos os pais para 83,3% (25) das participantes;
- A totalidade (100%) das participantes referiu que tinham uma opinião favorável em relação à amamentação;
- Referiram 86,7 % (25) das participantes, que a opinião do pai em relação à amamentação tinha sido favorável;
- Houve 13,3% (5) de participantes que disseram que a opinião paterna em relação à amamentação era indiferente.

Assim, através da análise elaborada, é possível concluir que os resultados obtidos são coincidentes com a literatura descrita ao longo do enquadramento teórico.

Como tal, a sua aplicabilidade na prática de enfermagem deverá ser mantida, para que a realidade da amamentação seja um sucesso. No entanto é necessário ter especial atenção aos pais dos bebés, que também deverão integrar a decisão de amamentar, tendo em conta que ainda são visíveis em algumas situações opiniões de indiferença relativas a esta prática, o que contribui para que, por vezes, decisão de amamentar seja exclusiva da mãe.

Também as fissuras do mamilo, a dor e a utilização de outro tipo de alimentação deverão ser realçadas na medida em que por vezes derivam de uma pega incorrecta e orientação indicada poderá contribuir para a alteração destas situações, pelo que torna-se relevante realçar que das mães questionadas, 76,7% (23) referiram que tinham dor ao amamentar e 53,3%(16) apresentavam fissuras dos mamilos ao fim de 48h.

Os enfermeiros estão numa posição ideal para o tipo de aconselhamento feito na amamentação, na medida em que é referido por 16 mães que estes profissionais são os principais transmissores de informação sobre esta temática.

A amamentação é um acto natural entre mãe e filho que, apesar de ser inato, actualmente é motivo de preocupação e ansiedade para as mães, principalmente na primeira vez, pelo que se todos os profissionais de saúde dos serviços prestadores de cuidados materno-infantis, tiverem conhecimentos concisos e coincidentes sobre a esta temática, poderão ajudar mais facilmente estas mães,

Assim, o presente estudo demonstra que algumas das medidas solicitadas na vasta bibliografia sobre o tema, são importantes na obtenção do sucesso da amamentação.

6. Implicações e limitações

A amamentação é considerada actualmente, como o tipo de alimentação mais saudável dos recém-nascidos, pelo que a realidade da amamentação revela aspectos que poderão ser alterados mediante o conhecimento sobre a temática.

Os resultados do presente estudo permitiram obter dados referentes à situação da amamentação, que contribuirão para melhorar a intervenção dos enfermeiros na promoção do aleitamento materno, isto porque foi possível obter-se:

- O conhecimento da realidade da amamentação numa Unidade de Puerpério num Hospital Amigo dos Bebés.

Assim, há ainda a referir as implicações seguintes:

- Base para futuros estudos de investigação sobre os vários fenómenos que integram a realidade da amamentação.
- Contributo para a reflexão sobre a realidade da amamentação num Hospital Amigo dos Bebés, mais propriamente para os profissionais de saúde dos serviços de prestação de cuidados materno-infantis.

Porém, há a referir que a elaboração do presente estudo, teve as limitações seguintes:

- Amostra reduzida - pois as 30 puérperas incluídas na amostra podem não ser suficientes para traduzir a realidade da amamentação num serviço abrangido pelo programa de promoção do aleitamento materno.
- Tempo de recolha de dados – o tempo utilizado para a recolha de dados foi reduzido, devido ao atraso no início da recolha dos mesmos por responsabilidade do investigador, pelo que não foi possível aumentar a amostra do estudo.

No entanto, o estudo realizado demonstra várias áreas possíveis de investigação, podendo ser estudada cada uma das medidas do programa Iniciativa dos

Hospitais Amigos dos Bebés de forma individual, na perspectiva de avaliar o seu impacto no estudo da realidade da amamentação.

7. Sugestões

A elaboração do presente estudo permitiu identificar áreas de investigação a desenvolver no futuro, ou seja:

- Estudo comparativo entre hospitais abrangidos pelo programa Hospital Amigo dos Bebés e hospitais comuns;
- Estudo descritivo sobre a realidade da amamentação numa Unidade de Puerpério num Hospital Amigo dos Bebés;

Como sugestões para a utilização dos resultados obtidos na prática de enfermagem:

- Manutenção da aplicação das medidas inerentes ao programa Hospital Amigo dos Bebés;
- Melhor avaliação das situações de dor, desconforto e fissuras mamilares, para que não resultem em situações de insucesso;
- Abranger os pais na tomada de decisão sobre o tipo de alimentação a administrar ao bebé;
- Redobrar a vigilância da amamentação em situações de fraca vigilância durante a gravidez;
- Incentivar a formação da equipa de enfermagem sobre a temática, na medida em que os enfermeiros são os principais profissionais de saúde transmissores de informação relevante sobre o tema.

8. Referências Bibliográficas

Asociación Española de Pediatría. (2009). *Manual de Lactancia Materna – De la teoría a la práctica.*(1º edição) Madrid: Editorial Médica Panamericana ISBN 978-84-7903-972-1

Bobak, I., Lowdermilk, D., Jesen, M. (1999) *Enfermagem na Maternidade* (4º edição) Loures:Lusociência ISBN: 972-8383-09-6

Carvalho, M., Tamez, R. (2005) *Amamentação – Bases científicas.* (2º edição) Rio de Janeiro: Editora Guanabara Kongen

Edmond, K., Bahl, R. (2006). *Optimal feeding of low-birth-weight infants.* WHO ISBN:92- 4- 159509-4

Fortin, Marie-Fabienne. (2009) *Fundamentos e etapas do processo de investigação.*

Loures, Lusociência

Galvão, D. (2006) *Amamentação bem sucedida: Alguns factores determinantes.* Loures: Lusociência ISBN:972-8930-11-9

Genna, C. (2008). *Supporting sucking skills – in Breastfeeding infants.* USA :Jones and Bartlett. ISBN:0-7637-4037-3

González, C. (2009) *Manual do Aleitamento Materno.* (1º edição) Caneças: Editora Mama Mater.

Hockenberry, Wilson e Winkelstein. (2006). *Wong – Fundamentos de enfermagem pediátrica.* (7º edição) Moby Elsevier.

Lawrence, R., Lawrence, R., (2005). *Breastfeeding – A guide for the medical profession.* (6º edição) USA: Elsevier Mosby. ISBN: 0-323-02823-3

Lowdermilk, Perry, (2008). *Enfermagem na Maternidade.* (7º edição). Lusodidacta. ISBN 989-8075-16-1

Miura, E., Procianoy, R. (1997) *Neonatologia – Princípios e prática.* (2º edição) Artes Médicas ISBN 85-7307-242-3

Mohrbacher, N, Stock, J., (2003). *The breastfeeding – Answer book*. (3º edição) USA: La Leche League International. ISBN 0-912500-92-1

Pereira, A.(2008). *Influência da correcção da pega no sucesso do aleitamento materno: resultados de um estudo experimental*. Revista Referência, II, 6, pp.27-38

Pereira, A.(2006). *Influência da correcção da pega no sucesso do aleitamento materno: resultados de um estudo experimental*. Loures: Lusociência ISBN: 972-8930-21-6

Pinto, T.(2008) *Promoção, protecção e apoio ao Aleitamento Materno na Comunidade: revisão das estratégias no período pré-natal e pós-alta*. Arquivos de Medicina. ISSN 0871-3413, pp.58-68

Ziegel, E., Cranley, M. (1985) *Enfermagem Obstétrica*. (8º edição) Editora Guanabara

Sites consultados:

www.cambia.blogspot.com/ 23-06-09 10h

www.amamentar.net/IniciativaAmigosdosBeb%C3%A9s/10medidasparaserconsideradoHospitalAmigos/tabid/414/Default.aspx

Apêndice A – Cronograma

Cronograma

Mês	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Actividades										
Pesquisa Bibliográfica										
Elaboração do Projecto										
Entrega do Projecto										
Pré-teste										
Colheita de Dados										
Análise de dados										
Conclusão do estudo										
Entrega do Trabalho										

Apêndice B -Instrumento de recolha de dados

Questionário – Monografia

Dados Biográficos da Mãe:

1. Idade: ____ anos
2. Escolaridade:
 - Sem escolaridade
 - Básico (1º ano ao 9º ano)
 - Secundário (10º ano ao 12ºano)
 - Ensino Superior (Licenciatura)
 - Outra _____
3. Etnia
 - Cabo Verdiana
 - Cigana
 - Outra _____

Dados de Caracterização das gravidezes anteriores e da actual

4. Paridade: G__P__
5. Amamentou em gravidezes anteriores?
 - Sim
 - Não
- 5.1. Se respondeu sim, refira durante quanto tempo?

- 5.2. Se respondeu não, diga quais foram as razões?

6. Na gravidez actual fez preparação para o parto?

Sim

Não

6.1. Se sim, refira o local? _____

6.2. Quantas sessões frequentou? _____

Gravidez actual:

7. Frequentou consultas de vigilância da gravidez?

Sim (nº total de consultas ____)

Não

Dados relativos à Amamentação na Unidade de Puerpério

8. A mãe tem uma opinião favorável em relação à amamentação:

Sim

Não

Indiferente

9. O pai tem uma opinião favorável em relação à amamentação:

Sim

Não

Indiferente

10. Ambos os pais decidiram optar pela amamentação do bebé?

Sim

Não

11. Durante o internamento recebeu informação relevante (para si) sobre o aleitamento materno?

Sim (Quem forneceu a informação? _____)

Não

Amamentação durante o internamento

12. Quando teve o primeiro contacto com o bebé após o parto? _____ min/h

13. A primeira refeição do bebé foi realizada após:

»1h de vida

1h de vida

«1h de vida

14. Que tipo de alimentação foi dada a/o bebé nos momentos seguintes:

1º refeição:

Durante o internamento:

Leite materno

Leite artificial

Outros (Qual (ais)? _____)

Leite materno

Leite artificial

Outros (Qual (ais)? _____)

15. Durante o internamento, o bebé permaneceu as 48h no quarto da mãe?

Sim

Não (Porquê? _____)

16. Nas mamadas, a mãe sente alguma dor ou desconforto?

Sim

Não

17. Ao fim das 48h são visualizadas fissuras do mamilo?

Sim

Não

18. O bebé é amamentado em horário livre (ou seja, sempre que manifesta
necessidade)?

Sim

Não

Apêndice C - Carta de pedido de autorização

À Exm^a Direcção de Enfermagem

Sara Órfão, aluna do Curso de Licenciatura em Enfermagem Escola Superior de Saúde da Universidade Atlântica que tem como exigência a realização de um trabalho de Monografia, solicita autorização de V. Ex^{as} para a realização do referido trabalho no Serviço de Puerpério deste Hospital.

Assim, o estudo incide na amamentação do recém-nascido, tendo como finalidade estudar a realidade da amamentação dos recém-nascidos nas Unidades de Puerpério, assentando o seu desenho no paradigma quantitativo. A colheita de dados será realizada através da realização de uma entrevista estruturada a aplicar a uma amostra de 30 puérperas.

Relativamente ao formulário que vai permitir conduzir a entrevista, informo que se encontra em fase de elaboração e que, caso o entendam, poderei fornece-lo oportunamente.

Comprometo-me a zelar pelo direito à liberdade das informantes para integrarem a amostra e a informá-las, dos objectivos e metodologia a utilizar na colheita de dados, bem como na apresentação dos resultados. Será garantido o anonimato das participantes, salvaguardando o direito à confidencialidade inerente ao ser humano.

Para qualquer esclarecimento poderão contactar-me através do e-mail sajomiso@gmail.com

Barcarena, Julho de 2009,

Atenciosamente,

Aluna: Sara Órfão

Prof. Orientador: Mestre Carmo Baltar

Apêndice D - Consentimento Informado

Universidade Atlântica
VI Curso de Licenciatura em Enfermagem
Estudo de Monografia

Consentimento Informado

O estudo de monografia realidade da amamentação no recém-nascido de termo, tem como principal objectivo conhecer a realidade da amamentação no recém-nascido de termo durante o período em que estão internados na Unidade de Puerpério.

Se aceitar colaborar neste estudo, ser-lhe-á feito um questionário sobre o tema amamentação.

O questionário é constituído por vinte e duas questões, em que quatro questões são de resposta aberta e dezoito são de resposta fechada.

Será questionada sobre a gravidez actual, a amamentação durante o internamento e experiências anteriores.

A sua colaboração é para mim preciosa. Obrigado

Consentimento

Eu, abaixo-assinado, declaro que:

- Compreendi este documento, tal como as informações adicionalmente fornecidas.
- Compreendi a importância deste projecto e aceito colaborar com o mesmo.

___ / ___ / _____

Nome: _____

Assinatura: _____

B.I. _____

Apêndice E – Matriz de dados

Idade	Escolaridade	Etnia	Amamentação	Preparação	Vigilância	Opinião Mãe	Opinião Pai	Decisão de amamentar
41	Ensino Superior (Licenciatura)	Outra	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não
37	Básico (1ºano ao 9º ano)	Outra	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
25	Secundário (10ºano ao 12º ano)	Outra	Não	Não	Sim	Sim	Indiferente	Sim
25	Básico (1ºano ao 9º ano)	Outra	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
19	Secundário (10ºano ao 12º ano)	Outra	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
28	Secundário (10ºano ao 12º ano)	Outra	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não
34	Secundário (10ºano ao 12º ano)	Outra	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
30	Básico (1ºano ao 9º ano)	Outra	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
41	Secundário (10ºano ao 12º ano)	Outra	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
19	Básico (1ºano ao 9º ano)	Cabo Verdeana	Não	Não	Sim	Sim	Indiferente	Sim
31	Outro	Outra	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
21	Básico (1ºano ao 9º ano)	Outra	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
30	Secundário (10ºano ao 12º ano)	Outra	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim

39	Secundário (10ºano ao 12º ano)	Outra	Sim	Não	Sim	Sim	Indiferente	Sim
29	Secundário (10ºano ao 12º ano)	Outra	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
23	Básico (1ºano ao 9º ano)	Outra	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
36	Ensino Superior (Licenciatura)	Outra	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
34	Básico (1ºano ao 9º ano)	Outra	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
42	Ensino Superior (Licenciatura)	Outra	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
30	Ensino Superior (Licenciatura)	Outra	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
22	Básico (1ºano ao 9º ano)	Outra	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
30	Secundário (10ºano ao 12º ano)	Outra	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
24	Básico (1ºano ao 9º ano)	Outra	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Não
39	Secundário (10ºano ao 12º ano)	Outra	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
33	Ensino Superior (Licenciatura)	Outra	Sim	Não	Sim	Sim	Indiferente	Não
34	Secundário (10ºano ao 12º ano)	Outra	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
22	Básico (1ºano ao 9º ano)	Cigana	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim

32	Secundário (10ºano ao 12º ano)	Outra	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Não
30	Ensino Superior (Licenciatura)	Outra	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
24	Secundário (10ºano ao 12º ano)	Outra	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim

Informação relevante	1º Refeição	Tipo de Alimentação (1º refeição)	Tipo de alimentação (Internamento)	Alojamento Conjunto	Dor	Fissuras	Amamentação em Horário livre
Sim	1h de vida	Leite materno	Leite Materno	Sim	Não	Sim	Sim
Sim	«1h de vida	Leite materno	Leite Materno	Sim	Sim	Sim	Sim
Sim	«1h de vida	Leite materno	Leite Materno	Sim	Sim	Sim	Sim
Não	«1h de vida	Leite materno	Leite Materno	Sim	Sim	Sim	Sim
Sim	»1h de vida	Leite materno	Leite Materno	Sim	Sim	Não	Sim
Sim	»1h de vida	Leite materno	Leite Materno	Sim	Sim	Sim	Sim
Sim	«1h de vida	Leite materno	Leite Materno	Sim	Sim	Sim	Sim
Sim	«1h de vida	Leite materno	Leite Materno	Sim	Sim	Sim	Sim
Não	«1h de vida	Leite materno	Leite Materno	Sim	Sim	Sim	Sim
Não	«1h de vida	Leite materno	Leite Materno	Sim	Sim	Sim	Sim

Não	«1h de vida	Leite materno	Leite Materno	Sim	Sim	Sim	Sim
Não	«1h de vida	Leite materno	Leite Materno	Sim	Sim	Sim	Sim
Sim	»1h de vida	Leite materno	Leite Materno	Sim	Sim	Sim	Sim
Sim	«1h de vida	Leite materno	Leite Materno	Sim	Sim	Sim	Sim
Sim	«1h de vida	Leite materno	Leite Materno	Sim	Sim	Sim	Sim
Sim	«1h de vida	Leite materno	Leite Materno	Sim	Não	Sim	Sim
Sim	«1h de vida	Leite materno	Leite Materno	Sim	Não	Não	Sim
Sim	«1h de vida	Leite materno	Leite Materno	Sim	Não	Não	Sim
Sim	«1h de vida	Leite materno	Leite Materno	Sim	Não	Não	Sim
Não	«1h de vida	Leite materno	Leite Materno	Sim	Não	Não	Sim
Sim	1h de vida	Leite materno	Leite Materno	Sim	Não	Não	Sim
Sim	1h de vida	Leite materno	Leite Materno	Sim	Sim	Não	Sim
Sim	1h de vida	Leite materno	Leite Materno	Sim	Sim	Não	Sim
Não	1h de vida	Leite materno	Leite Materno	Sim	Sim	Não	Sim
Sim	«1h de vida	Leite materno	Leite Materno	Sim	Sim	Não	Sim
Sim	«1h de vida	Leite materno	Leite Materno	Sim	Sim	Não	Sim
Não	«1h de vida	Leite materno	Outros	Sim	Sim	Não	Sim
Não	»1h de vida	Leite materno	Outros	Sim	Sim	Não	Sim
Sim	»1h de vida	Leite materno	Outros	Sim	Sim	Sim	Sim

Sim	1h de vida	Leite materno	Leite Materno	Sim	Sim	Não	Sim
-----	------------	---------------	---------------	-----	-----	-----	-----

Questionário	Questão 11
1	Enfermeiros
2	Enfermeiros
3	Enfermeiros e Médicos
5	Enfermeiros
6	Enfermeiros e Médicos
7	Enfermeiros
8	Enfermeiros
13	Enfermeiros
14	Enfermeiros e Médicos
15	Enfermeiros
16	Enfermeiros
17	Enfermeiros
18	Enfermeiros
19	Enfermeiros
21	Enfermeiros
22	Médica de família Medicos
23	Enfermeiros
25	Enfermeiros
26	Alunos estagiários
29	Enfermeira Elizabete
30	Enfermeiros

Questionário	Questão 7
1	8
2	1 vez por semana – diabetes
3	1 vez por mês
4	8
5	8
6	1 vez por mês
7	5
8	12
9	7
10	10
11	9
12	9
13	9
14	5
15	7
16	3
17	7
18	8
19	7
20	8
21	7
22	8
23	9
24	?
25	9

26	7
27	2
28	10
29	9
30	10

Questionário	Questão 6.2
11	10
15	11
16	3
19	2 por semana desde set
20	?

Questionário	Questão 6.1
11	Clinica Gin Centro
15	Centro Saúde de Corroios
16	Centro de Saúde Monte da Caparica
19	Clinica
20	Centro de Saúde

Questionário	Questão 5.1
1	10 meses
2	3meses
6	2meses
7	1mes
9	1semana
12	1mes
14	3meses
16	1dia
17	4meses
18	4meses
21	4meses
22	2meses
24	6meses
25	1º 6meses 2º 1,5mês
26	1ano e meio
29	4meses

Questionário	Questão 5.2
4	"Porque não tive leite"
7	"Falta de leite"
8	"Mastite"
9	"Não tinha leite"
	Razão de não amamentar
Unidade de Contexto	Unidade de registo
Falta de leite	"Porque não tive leite"
Mastite	"Tinha mastite bilateral"