

Universidade de Trás-os -Montes e Alto Douro

Importância do Aleitamento Materno na Perspetiva da Grávida

Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Aníbal Manuel Cardoso

Orientador

Professora Ana Maria Monteiro Martins



Vila Real, 2013

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Importância do Aleitamento Materno na Perspetiva da Grávida

Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Aníbal Manuel Cardoso

Orientador

Professora Ana Maria Monteiro Martins



Vila Real, 2013

Este trabalho foi expressamente elaborado como dissertação original para efeito de obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária, sendo apresentada na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

“Tudo começa ao nascer. O nosso primeiro ato depois de nascer é sugar o leite materno. Este é um ato de afeição, de vínculo. Sem este ato nós não sobreviveríamos... é facto, é a realidade”.

Dalai Lama and Howard Cutler, 1998

A todos os profissionais de saúde, nomeadamente aos enfermeiros que incentivam o aleitamento materno visando as boas práticas, os benefícios imensuráveis para as mães e filhos, como um objetivo a atingir face à excelência de Cuidados de Enfermagem na Área de Saúde Familiar.

Às mães como parceiras nos cuidados e como prestadoras de cuidados, bem-hajam pela coragem, pela colaboração, pela disponibilidade em aceitar e por em prática os nossos ensinamentos, em prol do bem-estar, da saúde física e psíquica dos seus filhos, da vinculação afetiva mãe/filho, de uma melhor nutrição, crescimento e desenvolvimento psicomotor.

AGRADECIMENTOS

À nossa orientadora, Professora Ana Monteiro, pelos imensuráveis ensinamentos, pelo respeito e pela confiança em nós depositada.

Aos colegas de trabalho que colaboraram na realização deste trabalho, com quem muito aprendemos.

Aos professores, pelo apoio dado para que pudéssemos cursar as disciplinas do Mestrado em Enfermagem Comunitária.

À nossa família, pelo apoio incondicional e pelo convívio carinhoso.

Aos nossos amigos, que incansavelmente nos ajudaram a desenvolver este trabalho.

RESUMO

É comumente aceite que a adequada nutrição nos primeiros anos de vida e a aquisição de hábitos alimentares saudáveis contribuem decisivamente para um bom estado de saúde da criança e para a prevenção de muitas situações patológicas no adulto. Neste percurso, face a esta problemática, constatamos a sua transculturalidade, semelhanças no que concerne aos fatores que influem a prática do Aleitamento Materno. Esta procura permitiu-nos ampliar conhecimentos, clarificar conceitos, conhecer o pensamento de alguns investigadores e a opinião das mulheres sobre o aleitamento materno, para que sejam repensadas práticas mais eficazes, para se obter mais sucesso e ganhos em saúde para a díade mãe /filho, cumprindo e aproximando-nos das Metas da Organização Mundial de Saúde (1985) e das orientações do Grupo de Conselheiras do Aleitamento Materno (2010). É neste enquadramento que o presente trabalho de investigação ao versar a “Importância do Aleitamento Materno na perspetiva da grávida”, teve como objetivo geral, identificar os conhecimentos acerca da importância do aleitamento materno na perspetiva das grávidas.

Como metodologia, definimos um estudo exploratório, analítico e de carácter transversal, realizado nos Centros de Saúde de Carrazeda de Ansiães, Mirandela, Moncorvo, Macedo de Cavaleiros e Vila Flor, contando com a participação de 118 grávidas.

Como resultados mais pertinentes verificamos que: 94.5% das grávidas frequenta as consultas de vigilância da gravidez e 5.6% refere fazê-las “por vezes”; das grávidas que referem fazer vigilância, 85.9% são consultadas pelo médico e 91.5% pelo enfermeiro; das 53.5 % de grávidas múltiplas, 90.9% já amamentou em gravidezes anteriores; quanto ao motivo considerado como mais importante para amamentar, 25.4% das grávidas refere que foi por interesse próprio, 29.6% por fatores económicos e 21.1% devido à informação dos profissionais de saúde. Das grávidas que participaram neste estudo, 90.1 % refere que tem a pretensão de amamentar o seu filho depois do parto; 81.7 % menciona ter conhecimento das vantagens do aleitamento materno e 18.3% tem apenas alguns conhecimentos acerca desta temática. Das que têm conhecimentos, 98% assumem que os profissionais de saúde tiveram um papel preponderante na aquisição de conhecimentos, 22.5% valorizou a literatura e 2.9% a transmissão de informação pelos familiares. Consideram o aleitamento materno prioritário em relação ao leite adaptado, expresso por 97.2% das grávidas.

Palavras-chave: grávida, aleitamento materno, conhecimentos, vigilância em saúde materna.

ABSTRACT

It is generally accepted that adequate nutrition in early life and acquiring healthy eating habits contribute decisively to a good state of health of children and the prevention of many pathological conditions in adults. In this course, address this issue, we note its transculturality similarities with regard to the factors that influence the practice of breastfeeding. This demand has allowed us to expand knowledge, clarify concepts, know the thinking of some researchers and opinion of women about breastfeeding, to be rethought most effective practices to obtain more success and health gains to the dyad mother / son fulfilling and bringing us closer to the goals of the World Health Organization (1985) and the guidelines of the Group of Councillors Breastfeeding (2010). It is in this framework that this research work to traverse the "Importance of Breastfeeding in perspective the pregnant", aimed to identify the knowledge about the importance of breastfeeding in the perspective of pregnant women.

As methodology, we define an exploratory, analytical and transversal, held at Health Centres Carrazeda of Ansiães, Mirandela Moncorvo, Macedo de Cavaleiros and Vila Flor, with the participation of 118 pregnant.

Like most relevant results we found that: 94.5% of pregnant women attending the consultations surveillance of pregnancy and 5.6% do respect them "sometimes"; pregnant women who reported doing surveillance, 85.9% are consulted by physicians and 91.5% by nurses, the 53.5% of pregnant multiparous, 90.9% had breastfed in previous pregnancies; considered as the most important reason to breastfeed, 25.4% of pregnant women who were referred by self-interest, economic factors by 29.6% and 21.1% due to information of health professionals . Of the pregnant women who participated in this study, 90.1% stated that pretend to breastfeed her child after birth; 81.7% mentions aware of the advantages of breastfeeding and 18.3% have only some knowledge on this subject. Of those with knowledge, 98% assume that health professionals have a key role in the acquisition of knowledge, literature appreciated 22.5% and 2.9% transmission of information by family members. Consider breastfeeding priority adapted for milk expressed by 97.2% of pregnant women.

Keywords: pregnant, breastfeeding, knowledge, maternal health surveillance.

ÍNDICE

PENSAMENTO.....	v
DEDICATÓRIA	vii
AGRADECIMENTOS	ix
RESUMO.....	xi
ABSTRACT	xiii
ÍNDICE DE FIGURAS	xvii
ÍNDICE DE TABELAS	xix
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xxi
INTRODUÇÃO.....	1
CAPITULO I - PROBLEMÁTICA EM ESTUDO.....	7
1.1. Breve abordagem - Anatomia da mama	7
1.2. Fisiologia da lactação.....	10
1.3. Amamentação e seus processos.....	15
1.4. Abandono precoce do aleitamento materno	20
1.4.1. Fatores intrínsecos à mulher.....	20
1.4.2. Fatores extrínsecos à mulher	23
1.5. Indicadores nacionais	30
1.6. Vigilância no Centro de Saúde de Carrazeda de Ansiães	32
1.6.1. Grávidas em vigilância do 1º semestre de 2012	32
1.6.2. Consulta de vigilância – área de saúde materna	32
CAPITULO II – METODOLOGIA	35
2.1. Tipo de estudo	35
2.2. Questão de investigação.....	36
2.3. Hipóteses	36
2.4. Instrumento de recolha de dados.....	37
2.5. Critérios de inclusão e exclusão	37
2.6. População-alvo/amostra	37
2.7. Variáveis	38
2.8. Aspetos éticos.....	38
2.9. Recolha de dados e tratamento estatístico	39

CAPITULO III - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	41
3.1. Caracterização sociodemográfica da amostra	41
3.2. Vigilância de saúde na gravidez	46
3.3. Questões sobre aleitamento materno	48
3.4. Análise das hipóteses em estudo	54
CAPITULO IV - CONCLUSÃO E SUGESTÕES	61
4.1. Conclusão.....	61
4.2. Sugestões/Considerações finais.....	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
Apêndice A - Declaração de Innocenti	73
Apêndice B - Questionário “Importância do Aleitamento Materno na perspectiva da Grávida”	75
Apêndice C - Pedido de autorização para aplicação do instrumento de recolha de dados	79
Apêndice D - Termo de Consentimento Informado	81

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Mamas em perspectiva frontal. A mama direita representa o período da lactação enquanto a mama esquerda representa a mama em repouso.....	9
Figura 2. Representação esquemática de um corte sagital da mama. A parte superior representa a mama em repouso e a parte inferior, mama durante a lactação	10
Figura 3. Fisiologia da lactação	11
Figura 4. Prolactina.....	13
Figura 5. Esquema de estimulação da produção de prolactina.....	13
Figura 6. Ocitocina.....	14
Figura 7. Fatores que ajudam/dificultam o reflexo da ocitocina	14
Figura 8. Fator inibidor	15
Figura 9. Reflexos do bebê	16
Figura 10. Adaptação entre mãe e bebê	17
Figura 11. Temas apresentados na semana mundial do AM.....	28
Figura 12. Histograma com curva da normal e diagrama de caule e folhas para a variável idade.....	43
Figura 12. Resultados encontrados para a questão: "Tem conhecimentos acerca das vantagens do AM?".....	49
Figura 13. Prioridade do AM relativamente ao leite adaptado.....	51
Figura 14. Diagrama de dispersão resultante do cruzamento das variáveis idade das gestantes e AM.....	55
Figura 15. Comparação das pontuações médias obtidas no teste de conhecimentos pelas categorias da variável residência (meio rural/meio urbano).....	56
Figura 16. Comparação das médias obtidas no teste de conhecimentos sobre AM entre primíparas e múltíparas.....	58
Figura 17. Médias do número de respostas corretas no questionário de conhecimentos pelas categorias da variável "Pensa alimentar o seu filho?"	59

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Composição do colostro e leite humano.....	12
Tabela 2. Ingurgitamento mamário – sintomas, causas e soluções	21
Tabela 3. Mamilos invertidos – sintomas, causas e soluções	21
Tabela 4. Mamilos feridos - sintomas, causas e soluções	21
Tabela 5. Mamilos gretados - sintomas, causas e soluções	22
Tabela 6. Ductos bloqueados - sintomas, causas e soluções	22
Tabela 7. Mastite - sintomas, causas e soluções.....	22
Tabela 8. Abscesso da mama - sintomas, causas e soluções.....	23
Tabela 9. Leite aparentemente insuficiente - sintomas, causas e soluções.....	23
Tabela 10. Número de grávidas em vigilância na consulta de saúde materna.....	32
Tabela 11. Distribuição das grávidas pelos Centros de Saúde em que realizam a vigilância de saúde materna.....	42
Tabela 12. Distribuição da estatística descritiva para a idade das grávidas	43
Tabela 13. Distribuição das grávidas de acordo com o estado civil.....	44
Tabela 14. Distribuição das grávidas de acordo com a área de residência	44
Tabela 15. Distribuição das grávidas de acordo com as habilitações literárias.....	44
Tabela 16. Distribuição das grávidas de acordo com a situação laboral	45
Tabela 17. Distribuição das grávidas de acordo com a variável "com quem vive"?	45
Tabela 18. Distribuição das grávidas de acordo com a realização habitual de consultas de vigilância de saúde materna no centro de saúde	46
Tabela 19. Distribuição das grávidas de acordo com o tipo de profissional de saúde que habitualmente realiza a consulta de vigilância de saúde materna no centro de saúde	47
Tabela 20. Distribuição das grávidas de acordo com a ordem de gravidez e amamentação	48
Tabela 21. Distribuição das grávidas de acordo com o tempo de amamentação (em meses) relativo à gravidez anterior.....	49
Tabela 22. Distribuição das grávidas de acordo com a fonte de informação acerca dos conhecimentos sobre as vantagens do AM.....	50
Tabela 23. Distribuição das respostas dadas pelas grávidas relativas aos conhecimentos sobre o AM	52
Tabela 24. Distribuição das estatísticas descritivas para a variável "conhecimentos sobre o aleitamento materno"	53
Tabela 25. Distribuição das grávidas de acordo com os fatores que contribuem para a tomada de decisão sobre o AM.....	53
Tabela 26. Distribuição dos resultados para a questão “Pensa amamentar o seu filho?”	54
Tabela 27. Distribuição da correlação de Spearman entre a idade e os conhecimentos sobre AM	56
Tabela 28. Cálculo do teste de hipóteses relativo à H2.....	57

Tabela 30. Distribuição das estatísticas para o cálculo e resultados do teste t para amostras independentes...	59
Tabela 31. Cálculo do teste de hipóteses relativo à H_5	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

AM - Aleitamento materno

cit. - citado

IHAC – Iniciativa Hospitais Amigos das Crianças

nº - número

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. - página

RN - Recém-Nascido

RNs - Recém-nascidos

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

ULSNE - Unidade Local de Saúde Nordeste

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

WABA - World Alliance for Breastfeeding Action

INTRODUÇÃO

Apesar das mães reconhecerem as vantagens do aleitamento materno (AM), especialmente do ponto de vista imunológico e nutritivo, uma grande parte delas acaba por desmamar precocemente devido a vários motivos e fatores (Maia, 2007).

Enquanto enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, deparamo-nos com algumas grávidas que recusam o AM e, quando questionadas, a justificação mais frequente continua a ser sempre a mesma: acham que o seu leite não é suficiente ou não é bom ou não sabem porque não o fazem.

Consideramos importante que se insista em tentar compreender a importância que atribuem ao AM e que estratégias poderão ser desenvolvidas em termos de políticas de saúde para colmatar estas lacunas.

Muitas grávidas desvalorizam e desconhecem as vantagens em amamentar os seus filhos e, por vezes, este facto resulta de mitos e falsas ideias que se veiculam, sem qualquer fundamento científico.

Na perspetiva de Araújo e Almeida (2007), dado que a escolha pela amamentação se desenvolve dentro de um contexto sociocultural, a sua prática é, portanto, influenciada pela cultura, pelas crenças e tabus próprios daquele contexto.

Gonçalves e Bonilha (2005), referem que a amamentação é uma categoria híbrida que se constrói com características, propriedades e atributos definidos tanto pela natureza como pela cultura. Desta forma, o AM não envolve apenas questões biológicas ou sociais. A amamentação assume significados diferentes entre as várias culturas, sendo um comportamento social mutável conforme as épocas e costumes.

Os benefícios dos AM estão cientificamente comprovados e são inquestionáveis, porém compete a cada grávida tomar a decisão que considera mais adequada. No entanto, surge-nos uma dúvida que consideramos estar na base desta questão e que muitas vezes influencia tomadas de decisão menos esclarecidas e injustificadas que se prendem sobretudo com a falta de conhecimentos/informações erradas, acerca desta temática.

Segundo Northrup (2004), ainda não há experiência científica suficiente que consiga fabricar um alimento mais especificamente feito para um bebé que o leite da mãe.

Todos os dias, 40 mil crianças morrem nos países em desenvolvimento vítimas de má nutrição e de doenças dela resultantes, sendo a mortalidade de recém-nascidos (RNs) não amamentados cerca de cinco vezes maior, do que a de crianças que receberam colostro e leite materno (Teruya & Coutinho, 2002).

As diferenças em relação a outros leites, naturais ou artificiais, têm carácter tanto quantitativo como qualitativo, já que o leite da mulher está biologicamente ajustado às características e às necessidades dos bebés humanos, e vai modificando gradualmente a sua composição e a sua quantidade, de forma regulada pela própria interação mãe-filho, durante a amamentação, apresentando-se sob a forma de colostro, nos primeiros dias de vida do RN, depois como leite de transição, nos dias seguintes e, por fim, a partir da segunda ou da terceira semana e para além dos dois anos, como leite maduro (Cordero, 2005).

Segundo Collete Clark (como cit. em Issler, 2003), o AM encerra inúmeras vantagens, considerando que o RN tem apenas três necessidades essenciais: o calor humano dos braços da sua mãe, a certeza da presença materna e o leite do seu peito. Para este autor, a amamentação satisfaz as três necessidades.

Exemplo dos esforços de promoção da amamentação é, entre muitos outros, a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), incluída na Estratégia Global para a Alimentação do RN e do Bebé: *i)* AM exclusivo até aos seis meses, o que significa não dar mais nenhum outro alimento, sólido ou líquido, nem sequer água, durante esse período; *ii)* Continuar com o AM, complementado por outros alimentos, não necessariamente de produção industrial, desde os seis meses, até aos dois anos, no mínimo.

Um estudo desenvolvido pela Clínica Universitária de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Instituto de Medicina Preventiva e Faculdade de Medicina de Lisboa, 2008 constatou que

várias iniciativas têm sido propostas ao longo dos tempos para contrariar as baixas taxas de prevalência do AM.

Sandes e colaboradores (2007), concluíram que um dos fatores de risco para abandono do AM exclusivo foi o nascimento fora de um Hospital Amigo das Crianças. A iniciativa Hospitais Amigos das Crianças (IHAC) foi idealizada em 1990 pela OMS e pela UNICEF para promover, proteger e apoiar o AM. A sua meta é aumentar para seis meses o período de AM exclusivo nos bebés que nascem nesses hospitais.

Segundo este estudo, os fatores que demonstraram uma associação positiva com a duração do AM foram o nível educacional elevado, a ausência de hábitos tabágicos antes da gravidez, a atividade física durante a gravidez e a experiência positiva de amamentar. O abandono do AM relacionou-se com a insegurança das mães para amamentar e a incapacidade de suprir eficazmente as necessidades nutricionais do bebé.

Será necessário melhorar as campanhas de promoção do AM, a formação dos profissionais de saúde e que os decisores políticos apoiem medidas de proteção ao AM, como um investimento na Saúde da Mulher e da Criança em Portugal, bem como o respeito dos direitos da mulher enquanto mãe e na situação laboral.

Em Portugal, o Ministério da Saúde (2004), no documento *Plano Nacional de Saúde – Orientações Estratégicas para 2004-2010*, refere que “será dado destaque ao aleitamento materno como um critério de qualidade dos cuidados de saúde perinatais” (p.16), visando a melhoria dos indicadores do período perinatal, e define um período de 6 meses de duração do AM como meta prioritária para 2010.

O compromisso mundial de assegurar uma nutrição adequada do lactente e da criança pequena implica, segundo a OMS (2002), a necessidade de todos os serviços de saúde protegerem, fomentarem e apoiarem o AM exclusivo e uma alimentação complementar oportuna e adequada sem interrupção do AM.

Maia (2007), realizou um estudo em Portugal acerca do AM na Universidade do Porto e constatou uma elevada incidência do AM ao nascimento e um acentuado abandono verificado no final do 1º mês após o parto, ocorrido maioritariamente nos primeiros 15 dias de vida do RN. Este autor, salienta que a introdução precoce de leite artificial, na alimentação infantil, que se iniciou durante o período de internamento hospitalar, bem como a elevada

percentagem de participantes que referiu ter tido dificuldades/problemas associados ao AM no 1º mês após o parto. Os principais problemas/dificuldades das participantes relacionaram-se com perceções maternas, sendo os enfermeiros mobilizados apenas por 19% das participantes para solucionar os problemas/dificuldades associados ao AM.

Partindo da consulta de vários estudos sobre esta temática, dos pressupostos teóricos sobre o tema, dos conhecimentos científicos, da motivação intrínseca inerente ao conhecimento empírico e das experiências como enfermeiro especialista em enfermagem comunitária no exercício de funções como enfermeiro de família, da partilha de experiência com outros profissionais nesta área e com as futuras mães e puérperas, decidimos enveredar pela temática inerente ao AM.

Um estudo realizado em 2004, por Ferreira et al, sobre a “Prevalência e Determinantes do Aleitamento Materno em Portugal”, concluiu que apesar de uma elevada taxa de iniciação de AM, apenas 33,2% das mães amamentavam em exclusividade aos 3M, uma percentagem abaixo da meta nacional definida pelo PNS. Apenas a região do Algarve atingiu essa meta, ao apresentar uma prevalência de AM exclusivo aos 3M > a 50%. O presente trabalho permite identificar mães com menor probabilidade de manter o AM (mães jovens, menos escolarizadas, fumadoras) e que conseqüentemente deverão ser alvo de atividades de promoção e suporte do AM. É necessário trabalhar junto das mães a autoeficácia/confiança na capacidade de amamentar e os conhecimentos relativos às vantagens do AM, uma vez que estes demonstraram ser importantes determinantes do AM. Os profissionais de saúde e os cuidados de saúde primários assumem um papel importante na manutenção do AM. Os resultados do presente estudo deverão ser utilizados na definição de intervenções e programas de promoção do AM que visem reduzir as discrepâncias entre as práticas atuais e as recomendações.

Outro estudo realizado nos centros de saúde do concelho de Chaves (Fonseca, 1995), revelou que 92,6% das mães participante na pesquisa iniciavam a amamentação dos seus filhos, mas, ao quarto mês, só 48% continuavam a amamentar.

Na pesquisa empírica, realizada por Cardoso, 2006, assente na auscultação das 173 mães das crianças nascidas, entre Setembro de 2004 e Janeiro de 2005, no Hospital Distrital de Chaves, permitiu concluir que a prevalência do AM pode ser favorecida por a gravidez ter sido desejada pela mãe, por esta ter recebido informação sobre o AM durante a gestação, pela

precocidade do contacto da puérpera com o recém-nascido, pelo alojamento conjunto mãe-filho, pela amamentação exclusiva do recém-nascido durante o internamento pós-parto; a mãe considerar (no período de internamento) que o AM poderia dificultar o seu dia-a-dia revelou ter efeitos negativos sobre a prevalência do AM; aos 4 meses de vida, não foi detectada qualquer diferença estatisticamente significativa entre os lactentes, nas características antropométricas avaliadas (peso, estatura e perímetro cefálico), quer continuassem a ser amamentados, quer não.

Por este motivo, por ser uma realidade com que nos deparamos diariamente, por ser também um tema que nos fascina, a sua utilidade e pertinência para mãe/filho trazem ganhos em saúde e uma mais-valia para nós como enfermeiro de família.

Assim sendo, optamos por estudar a” ***Importância do Aleitamento na perspectiva da grávida***”.

Para uma melhor compreensão desta temática, consideramos importante definir alguns conceitos básicos. Uma definição de conhecimento, aceite ainda hoje, foi desenvolvida por Sócrates (2006, como cit. em Pessoa, 2010) e aparece em diferentes diálogos de Platão, como o *Teeteto*, o *Mênon*, a *República* e o *Timeu*. Segundo esta análise, chamada de definição tradicional ou “tripartida” do conhecimento, o conhecimento seria uma *opinião verdadeira justificada*. Nas palavras de Teeteto, “a opinião verdadeira acompanhada de razão é conhecimento, e, desprovida de razão, a opinião está fora do conhecimento” (p.159).

O período de gravidez e de transição para a maternidade constituem momentos do ciclo de vida da mulher que esta vivencia como períodos de crise (Canavarro, 2001; Hernandez & Hutz, 2008; Leitão, 1998; Rato, 1998), isto é, como processos evolutivos irreversíveis, de passagem de um estágio de desenvolvimento para outro, com implicações na sua identidade e autoconceito, nos seus valores, nos seus comportamentos e relacionamentos interpessoais (Hernandez & Hutz, 2008; Maldonado, 2002; Meireles & Costa, 2003; Oliveira, 2002).

Segundo a OMS (2007), AM é quando a criança recebe leite materno, independentemente de receber ou não outros alimentos.

O aleitamento materno é a maneira natural de alimentar lactentes e crianças na 1ª infância. O aleitamento exclusivo durante os primeiros seis meses de vida assegura um crescimento, desenvolvimento e saúde ótimos. Depois dos seis meses, o aleitamento materno, em conjunto

com uma alimentação complementar, continua a contribuir para a nutrição, desenvolvimento e saúde do lactente e da criança (Observatório do Aleitamento materno, 2012).

De forma a dar resposta à nossa questão de partida: “***Qual a Importância do Aleitamento Materno na perspectiva da grávida?***”, efetuamos um trabalho de investigação acerca desta temática. Este estudo tem como finalidades: entender a importância que as grávidas atribuem à prática do AM; divulgar alguns aspetos sobre conhecimento científico existente; clarificar conceitos sobre a problemática em estudo, bem como a analisar e refletir sobre os fatores intrínsecos e extrínsecos, sendo orientado para a concretização dos seguintes objetivos:

- Identificar os conhecimentos maternos acerca da importância do aleitamento materno na perspectiva da grávida;
- Conhecer o fenómeno em estudo, sua dimensão e repercussões na Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE);
- Promover a clarificação de conceitos, das práticas em uso nesta temática;
- Promover medidas no sentido da divulgação do conhecimento e de incentivo das boas práticas.

Com o intuito de sistematizar este trabalho e que o mesmo seja de fácil consulta e leitura, decidimos dividi-lo em quatro capítulos fundamentais: 1) Abordagem teórica, na qual se apresenta um resumo claro e atualizado dos artigos científicos e literatura consultados, com as respetivas referências bibliográficas, para permitir situar o leitor, segundo as diferentes perspectivas e conhecimentos sobre a temática em estudo; 2) Metodologia, onde se define as opções metodológicas utilizadas, técnicas e processos utilizados para formular o problema de investigação, de uma maneira sistemática; 3) Resultados e discussão, que diz respeito à apresentação e discussão dos dados obtidos; 4) Conclusão e sugestões, onde se realçam os aspetos mais importantes ao longo do trabalho e são também apresentadas algumas sugestões/considerações finais face aos resultados do estudo.

CAPITULO I

PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

Todo o trabalho científico para ser atual e credível, precisa estar fundamentado em literatura e em outros trabalhos científicos.

Assim, para a elaboração deste trabalho, recorreremos a variadas fontes de informação como sejam: livros científicos, artigos científicos, literatura geral, estudos publicados e legislação, entre outros, que pertinentemente evocamos ao longo deste trabalho.

Seguidamente, e em termos de fundamentação teórica, procedemos a uma breve abordagem, de forma a contextualizar e clarificar alguns conceitos relativos à problemática do AM.

À luz do conhecimento científico atual sobre a temática, tentaremos que este percurso contribua para ampliar conhecimentos, partilhar saberes e enriquecer este estudo.

1.1. Breve abordagem - Anatomia da mama

As mamas consistem em “duas estruturas anexas à pele, especializadas na produção de leite após a gestação” (Carvalho & Tamez, 2002). Existem em ambos os sexos, e até à puberdade são subdesenvolvidas, até que por volta dos 10 anos, nas mulheres, a ação do estrogénio e outras hormonas iniciam o desenvolvimento da mama (Smeltzer & Bare, 2002,) que muitas vezes é acompanhado pelo aumento da sensibilidade ou mesmo dor mamária.

Quanto à sua localização anatómica, as mamas estão localizadas na face anterior do tórax, entre as camadas superficial e profunda da tela subcutânea, ocupando a extensão da segunda à sexta costela e do osso esterno à linha axilar média (Carvalho & Tamez, 2002) e são suportadas e mantidas na sua posição sobre a parede torácica pelos ligamentos de Cooper.

Em cada mama existe uma área de tecido mamário, chamado cauda de Spence (Smeltzer & Bare, 2002) que se estende para dentro da axila e que, tal como nos referem Carvalho e Tamez (2002), em algumas mulheres, pode ser melhor visualizada durante o período pré-menstrual ou na lactação.

a) Estrutura externa

Externamente, a mama (Figura 1) pode ser dividida em três partes:

- *A primeira parte*, consiste numa superfície da mesma coloração da pele do corpo da mulher e estende-se até à auréola.
- *A segunda parte*, designada por auréola, consiste num círculo pigmentado, de tom mais escuro, que rodeia o mamilo. O seu diâmetro varia de cerca de 2 a 4 cm, podendo aumentar até 6 ou 7 cm durante a gestação e amamentação. Carvalho e Tamez (2002) afirmam também que o grau de pigmentação é reduzido após a amamentação, contudo não retorna à coloração original. Normalmente a auréola tem, tal como referem Seeley, Stephens e Tate (1997), a superfície bolseada pela presença de glândulas mamárias rudimentares, situadas muito superficialmente e chamadas glândulas auréolares.

Mais tarde, durante a gravidez e posteriormente na lactação, estas glândulas formam os tubérculos de Montgomery. São elas que produzem uma secreção oleosa e anti-séptica, que fornece proteção lubrificante para o mamilo e para a auréola durante a sucção (Carvalho & Tamez, 2002).

Finalmente, a auréola possui tecido muscular disposto em círculo que provoca a ereção do mamilo depois de uma excitação táctil ou visual.

- *A terceira parte*, consiste no mamilo ou papila mamária que, tal como defendido por Carvalho e Tamez (2002) é uma proeminência cilíndrica ou cónica da face anterior da mama, constituída de fibras musculares lisas, geralmente circulares, e de 15 a 20 ductos lactíferos que desembocam em sua extremidade rugosa. Os mamilos são muito sensíveis à estimulação táctil, à qual respondem com ereção (Selley et al., 1997).

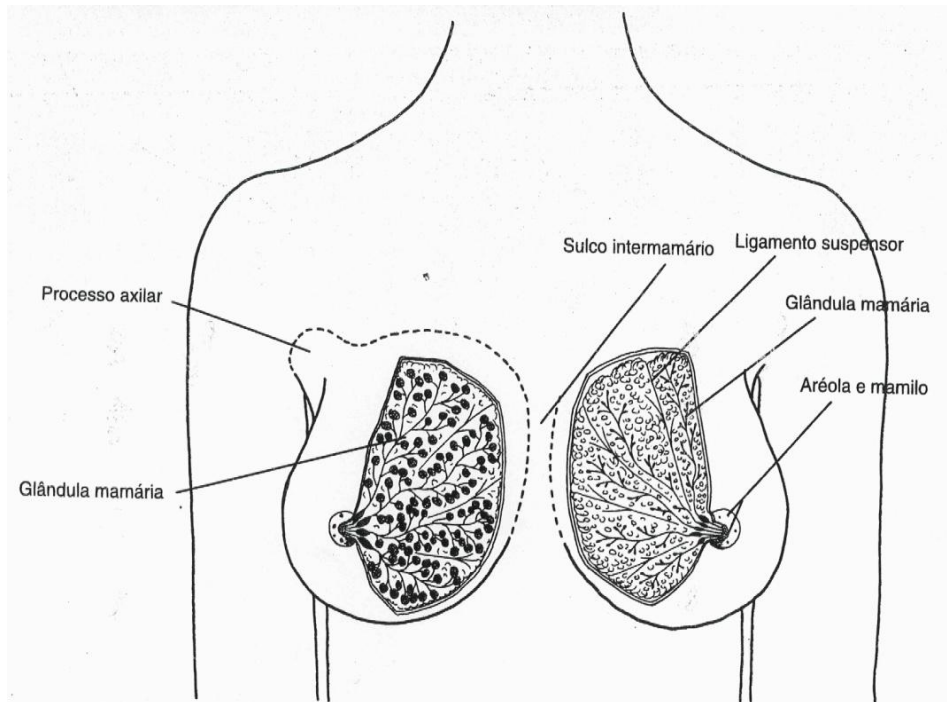


Figura 1. Mamas em perspetiva frontal. A mama direita representa o período da lactação enquanto a mama esquerda representa a mama em repouso

(Carvalho & Tamez, 2002)

b) Estrutura interna

No seu interior (Figura 2), a mama è composta por glândulas mamárias que são, segundo Selley e colaboradores (1997), glândulas sudoríferas modificadas. Os mesmos autores afirmam ainda que na mulher adulta, cada glândula mamária é, habitualmente constituída por 15 a 20 lobos cobertos por uma quantidade considerável de tecido adiposo, sendo este tecido que dá à mama a sua forma particular.

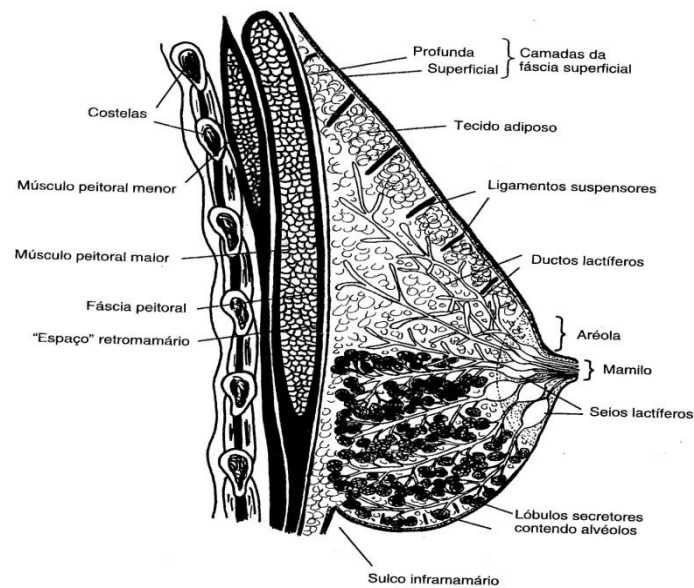


Figura 2. Representação esquemática de um corte sagital da mama. A parte superior representa a mama em repouso e a parte inferior, mama durante a lactação
(Carvalho & Tamez, 2002)

Internamente, a mama é dividida em lobos por septos fibrosos que se estendem da fáscia profunda à pele (Carvalho & Tamez, 2002). Para estes autores, esta divisão da mama em lobos é uma barreira contra infecção por bactérias patogênicas, que podem alcançar o tecido mamário através da abertura de um ducto lactífero durante a lactação. A cada lóbulo pertence um canal galactóforo que vai terminar à superfície do mamilo, onde se dilata “e toma a forma de fuso, para formar o seio galactóforo ou ampola galactófora” (Seeley et al., 1997) onde durante o aleitamento o leite é acumulado.

Seeley e colaboradores (1997), referem ainda que o canal galactóforo se subdivide para formar canais mais pequenos, cada um dos quais drena um lóbulo. Já no interior do lóbulo, e segundo os mesmos autores, os canais continuam a ramificar-se e a tornar-se mais pequenos que na mama em fase de secreção, as terminações destes canalículos dilatam-se em alvéolos secretores, que no seu conjunto têm a forma de ácinos.

1.2. Fisiologia da lactação

A fisiologia da lactação (Figura 3) é um processo complexo e, segundo Centeno (2005), o ciclo da lactação divide-se em três estádios: 1) mamogênese, desenvolvimento e crescimento da mama ao longo da gravidez; 2) lactogênese (início da produção de leite), começa durante a

última fase da gravidez, com a secreção do colostro, como resultado da estimulação das células alveolares mamárias, pela hormona lactogénica placentar, uma substância semelhante à prolactina; 3) galactopoiese (manutenção da produção de leite), a continuidade da secreção de leite está relacionada principalmente com uma produção suficiente de prolactina, hormona da hipófise anterior e pela remoção eficiente de leite.

Davies (1993), defende que várias funções do nosso corpo são controladas e influenciadas por hormona num complexo processo do qual a lactação não é exceção. De fato, para que ocorra produção de leite materno é necessária a intervenção ação de hormonas e reflexos (fenómenos neuro-endócrinos).

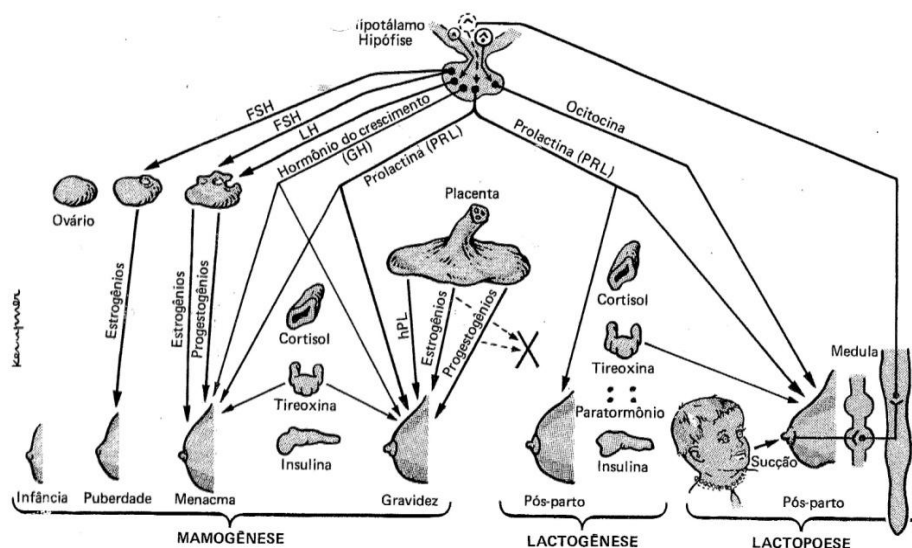


Figura 3. Fisiologia da lactação

(Montenegro, 2001)

Nos 2 ou 3 dias imediatamente a seguir ao parto, ocorrem poucas transformações nas mamas. Há apenas a secreção de colostro que já existia desde o terceiro trimestre de gravidez.

Segundo Cordero (2005), o colostro pode existir desde as 20 semanas de gestação, é segregado pela glândula mamária nos primeiros dois ou três dias a seguir ao parto, e depois vai evoluindo progressivamente para o leite de transição.

O colostro (Tabela 1), consiste num líquido claro amarelado, mais concentrado do que o leite maduro e extremamente rico em imunoglobulinas. Contém uma elevada concentração de proteínas e minerais mas menos gordura do que o leite maduro. Segundo Lowdermilk, Perry e

Bobak (2002), as proteínas do colostro contêm grandes quantidades de anticorpos que se perfilam nos intestinos do bebé, impedindo que bactérias prejudiciais entrem na circulação e bloqueando a absorção do sistema digestivo de proteínas que possam desencadear uma reação alérgica. Além disso, este elevado nível de proteínas facilita a ligação da bilirrubina, ao passo que a sua ação laxante promove a rápida eliminação do mecónio.

É pelo terceiro dia do pós-parto que se dá a denominada subida do leite que tem na sua composição proteínas, lípidos e glícidos. Este fenómeno manifesta-se pelo aumento na consistência das mamas, que se tornam pesadas e dolorosas (Montenegro, 1992).

Na Tabela 1 apresentamos a constituição do colostro, segundo Montenegro (1992).

Tabela 1.
Composição do colostro e leite humano

	Colostro	Leite
Proteínas	6%	1%
Lípidos	2.5%	3.5%
Glícidos	3.0%	7.0%

Fonte: Montenegro, 1992

No entanto, o leite (Figura 4) continua a mudar a sua composição durante aproximadamente 10 dias. Para além destas mudanças, a própria composição deste leite modifica durante cada mamada. Lowdermilk e colaboradores (2002) afirma que o leite inicial é branco-azulado apresentando uma parte desnatada e uma parte integral, comportando principalmente lactose, proteínas, e vitaminas hidrossolúveis. O leite integral desce geralmente 10 a 20 minutos após o início da mamada, ele contém as calorias mais densas da gordura para garantir o crescimento ideal e a satisfação entre as mamadas.

Comparado com o “leite maduro” o colostro é mais rico em proteínas e minerais e mais pobre em lactose e lípidos (Andrade, 2000; Cunningham, 1991). De aspeto mais viscoso, caracteriza-se ainda por conter resíduos de materiais celulares presentes na glândula mamária e ductos no momento do parto (Falcão, 2003).

É quando ocorre uma diminuição acentuada do nível de estrogénio e progesterona que a prolactina (Figura 4) da início à lactogénese.

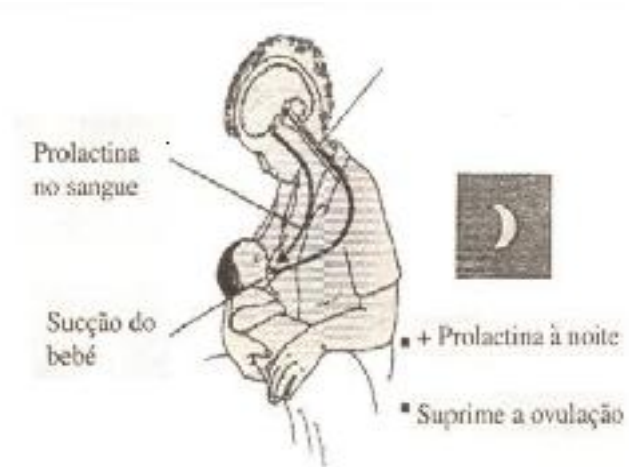


Figura 4. Prolactina
(Levy & Bértolo, 1993, p.21)

Enquanto houver a sucção do mamilo pelo lactente, a prolactina (Figura 5) continuará a assegurar a produção de leite. Tal acontece porque quando o lactente suga a mama estimula as terminações nervosas que se localizam abaixo da auréola, enviando um estímulo ao hipotálamo que segrega o fator libertador da prolactina, mantendo os seus níveis e, conseqüentemente, a produção de leite.

A manutenção da lactação é controlada por numerosas glândulas endócrinas, em particular pelas hormonas hipofisárias, prolactina e ocitocina. A prolactina regula a produção de leite e a ocitocina a sua saída, bem como as contrações uterinas (Viñas, 2000, como cit. em Cordero, 2005).

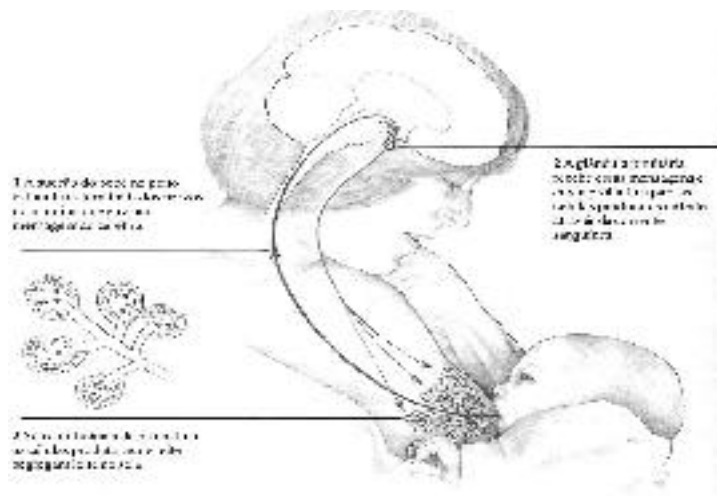


Figura 5. Esquema de estimulação da produção de prolactina
(Davies, 1993)

A ocitocina (Figura 6) é libertada pela parte posterior da hipófise como resposta aos impulsos sensoriais produzidos pela sucção do bebê no mamilo. Contudo, a ocitocina pode começar a atuar antes que o lactente comece a sugar, uma vez que o reflexo de ejeção do leite pode ser desencadeado por pensamentos, sons ou odores que a mãe associe ao seu bebê (Figura 6).

Esta hormona é produzida mais rapidamente que a prolactina e se este reflexo não funcionar corretamente o lactente pode ter dificuldades em receber o leite, pois impede que este flua. Tal acontece porque a ação da ocitocina “nas células mioepiteliais e musculares situadas, respetivamente, ao redor dos ácinos e dos canais intralobulares e determina a contração destes com a consequente ejeção láctea”, Montenegro (1992) não se faz corretamente.

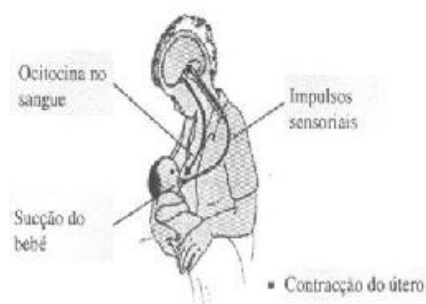


Figura 6. Ocitocina
(Levy & Bértolo, 1993, p.22)

A produção do leite só irá diminuir ou cessar completamente se a mãe não amamentar, pois neste caso, deixa de haver estimulação resultante da sucção do mamilo. Para se conseguir uma produção de leite adequada do ponto de vista qualitativo e quantitativo são necessários, segundo Montenegro (1992), níveis normais de insulina, cortisol, tireoxina, paratormônio e dieta balanceada. Boas condições emocionais são indispensáveis para a lactopoiese.



Figura 7. Fatores que ajudam/difícilam o reflexo da ocitocina
(Levy & Bértolo, 1993, p.23)

Para além da ação, inquestionavelmente importante da prolactina e ocitocina, a produção de leite é também controlada dentro da própria mama através do fator inibidor (Figura 8). Quando após uma mamada fica muito leite na mama, o fator inibidor faz com que as células deixem de produzir leite (Levy & Bértolo, 2002) Desta forma, protegem a mama dos efeitos indesejáveis de uma produção de leite excedente.



Figura 8. Fator inibidor
(Levy & Bértolo, 1993, p.25)

1.3. Amamentação e seus processos

Para a amamentação ser bem-sucedida, implica que, para além da lactação, o bebé consiga pegar a mama, sugar e posteriormente deglutir o leite. Estes três reflexos (Figura 9) são inatos. Segundo Levy e Bértolo (2002), não basta só que a lactação ocorra para que a amamentação esteja garantida é também necessário o lactente possuir três reflexos: 1) *Reflexo de busca e apreensão*, quando alguma coisa toca nos lábios ou nas bochechas do bebé, ele abre a boca e pode virar a cabeça à procura daquilo que lhe tocou. O bebé põe a língua para baixo e para fora; 2) *Reflexo de sucção*, quando alguma coisa toca o palato do bebé, ele começa a sugar; 3) *Reflexo de deglutição*, quando a sua boca se enche de leite, ele engole.

Relativamente aos reflexos, Montenegro (1992) afirma que complexos mecanismos reflexos para a ingestão dos nutrientes se tornam funcionais durante os últimos meses de vida fetal. O mesmo autor refere ainda que “o primeiro contacto maternal do bebé é importante para o estabelecimento e desenvolvimento dos reflexos motores que garantirão uma amamentação adequada.



Figura 9. Reflexos do bebê
(Levy & Bértolo, 1993, p.26)

No entanto, existem algumas coisas que o bebê e a mãe têm que aprender. Assim, segundo Levy e Bértolo (2002), a “mãe tem de aprender como segurar a sua mama e posicionar o bebê, para que ele pegue bem na mama. O bebê tem de aprender como pegar na mama para ter uma sucção eficaz” (Figura 10).

Para uma boa adaptação da boca do bebê à mama da mãe é necessário que:

- O mamilo esteja posicionado para o palato do bebê, para estimular o reflexo de sucção do bebê;
- O lábio do bebê esteja posicionado debaixo do mamilo, de modo a que ele possa colocar a língua por debaixo dos seios galactóforos;
- A boca do bebê deve abranger a maior parte da aréola e dos tecidos que estão sob ela, incluindo os seios galactóforos;
- O bebê deve esticar o tecido da mama para fora de modo a formar um longo bico;
- O mamilo deve constituir apenas um terço do bico;
- O bebê deve mamar na auréola e não no mamilo;
- O queixo do bebê deve tocar na mama;
- A boca do bebê deve estar bem aberta;
- O lábio inferior deve estar virado para fora.

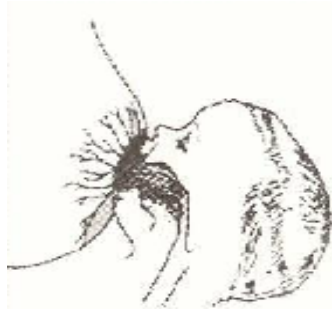


Figura 10. Adaptação entre mãe e bebê
(Levy & Bértolo, 1993, p.27)

Na verdade, Roy (2000) defende que todos os bebês sabem mamar, treinam-se durante a gravidez, mas seu reflexo pode ser perturbado se se introduzir o biberão ou uma tetina, pois a forma de sugar é mecanicamente diferente.

c) Alimentação da mulher que amamenta

Segundo Nunes e Breda (s.d.), a alimentação consiste em obter do ambiente produtos naturais ou transformados – alimentos, que contêm substâncias químicas – nutrientes. A alimentação é, assim, um processo de seleção de alimentos, fruto das preferências, das disponibilidades e da aprendizagem de cada um, processo esse que lhe permite escolher e distribuir as refeições ao longo do dia, de acordo com os seus hábitos e condições pessoais. Trata-se de um processo voluntário, determinado por fatores cognitivos, socioeconômicos, psicológicos e culturais.

Uma alimentação saudável e equilibrada é importante ao longo de toda a vida, mas é necessário particular atenção em determinados períodos, como por exemplo, a gravidez/amamentação. A mãe que amamenta por se encontrar numa fase de extrema importância depende de uma alimentação saudável e, por isso, mais sensível às carências, desequilíbrios ou desadequação alimentares.

O princípio fundamental da alimentação da mãe que amamenta consiste em garantir a ingestão de todos os nutrientes essenciais para a sua saúde através de uma alimentação variada. A principal diferença é que a mulher precisa de 500 Kcal acima da quantidade usual (Montenegro, 1992), de modo a assegurar a produção de leite e a saúde da mãe.

Toda a mãe que amamenta tem necessidades nutritivas acrescidas. Tal acontece porque o alimento para o bebê é produzido nas glândulas mamárias; estas devem produzir o leite

suficiente para permitir que o peso do lactente aumente para o dobro em relação ao que tinha ao nascer, no espaço de 5 meses, em média (Lagacé, 2000).

Como o crescimento do bebé é intenso, necessita de muita energia que lhe é fornecida através do leite materno. Assim, a mãe que amamenta deve proporcionar ao bebé um aporte de proteínas, sais minerais, vitaminas e calorias suficientes para satisfazer as suas necessidades.

Por tudo isto se justificam também as necessidades nutritivas acrescidas para a mãe.

Tal como Lagacé (2000) reconhece, uma alimentação adequada durante o período de lactação garante, por um lado, a melhor saúde da mãe e, por outro, uma maior quantidade de leite para o bebé.

Uma ingestão insuficiente de calorias e proteínas por parte da mãe traduz-se, de acordo com o autor, por uma diminuição da quantidade de leite e não por uma diminuição da sua qualidade.

Assim sendo, nenhum alimento deve ser excluído da dieta habitual só porque a mulher amamenta, assim como também não é imprescindível incluir alimentos específicos para ter sucesso na amamentação.

Como já referimos anteriormente e tal como defendido pela Nestlé (1997), trata-se não de uma questão de quantidade mas de qualidade, de fornecer ao organismo tudo aquilo de que ele necessita nessa etapa tão especial, para se manter forte, são e gerar um alimento que garanta os progressos do bebé.

Contudo, existem algumas precauções a ter em conta para as mães que amamentam:

- Não fumar nem ingerir bebidas alcoólicas;
- Não exagerar em temperos fortes como o alho e a cebola, pois passam para o leite e o lactente pode notá-los e recusar o leite materno;
- Evitar consumir grandes quantidades de café, chá preto, chocolate, corantes, adoçantes e produtos light;
- Não tomar medicamentos sem prescrição médica;
- Aumentar a ingestão de líquidos, pelo menos 1 litro de água por dia mais chás e sumos naturais para assim evitar a desidratação da mãe e não diminuir a produção de leite.

d) Vantagens do leite materno

A gravidez, o parto e a amamentação são fases inegavelmente importantes na vida de uma mulher. Amamentar é mais que um ato biológico, é também um gesto de amor que cria e fortalece laços entre mãe e bebê. Para além de que amamentar reduz o risco de hemorragia pós-parto e o risco de cancro da mama e ovários.

O leite materno proporciona benefícios nutricionais, antivirais e psicossociais para o lactente (Potter & Perry, 1999). Isto porque é o alimento mais completo e nutritivo para o lactente, suficiente para suprir todas as suas necessidades alimentares durante os primeiros 6 meses de vida se o seu desenvolvimento estado-ponderal for adequado.

Para além desta valiosa vantagem, Montenegro (1992) afirma que o leite materno protege o RN (recém-nascido) contra infeções bacterianas do sistema gastrointestinal, poliomielite, alergias, obesidade, contém também endorfina que ajuda a suprimir a dor. Amamentar consiste também num método anti-concepcional desde que a mãe se mantenha amenorreica, protegendo assim também contra a anemia e ajuda ainda a mãe a voltar ao peso normal mais rapidamente.

Como refere Lagacé (2000), outras vantagens que o AM traz consigo são:

- O leite materno elimina quase totalmente as possibilidades de alergia ao leite; 0,3% a 7% de lactentes manifestam uma verdadeira alergia ao leite de vaca. A alergia ao leite materno nunca se manifesta;
- O leite materno simplifica a vida à mãe; não há que preparar fórmulas de leite, que lavar biberões, que os esterilizar, que os aquecer antes de cada mamada;
- O leite materno é muito «económico», mesmo que a mãe que amamente tenha que se alimentar um pouco mais durante o período de lactação.

Em março de 2004, a UNICEF divulgou uma folha informativa sobre os benefícios do AM. Nessa folha, com base em mais de 90 publicações, expressamente selecionadas, relativas a resultados de investigação posteriores a 1990, a UNICEF (2004) concluiu que tem sido produzida evidência significativa e fiável que mostra que a amamentação tem importantes vantagens, quer para o lactente, quer para a mãe, mesmo nos países industrializados, vantagens que agrupou como a seguir se apresenta.

Os bebês alimentados artificialmente estão em maior risco de:

- infecção gastrointestinal;
- infecções respiratórias;
- enterocolite necrosante;
- infecções do trato urinário;
- infecções dos ouvidos;
- Doenças alérgicas (eczema, asma e dispneia);
- Diabetes mellitus insulino dependente;

E os bebês amamentados podem ter melhor:

- Desenvolvimento neurológico;
- As mulheres que amamentam têm um risco menor de:
 - Cancro da mama;
 - Cancro do ovário;
 - Fraturas da bacia e diminuição da densidade óssea;

Outros resultados potencialmente protetores da amamentação (requerendo mais investigação):

Para o lactente o menor risco de:

- Esclerose múltipla;
- Apendicite aguda;
- Amigdalectomia;

Para a mãe o menor risco de:

- Artrite reumatoide.

1.4. Abandono precoce do aleitamento materno

1.4.1. Fatores intrínsecos à mulher

Apesar do leite materno ser, como defendido por vários autores – o melhor, o ato de amamentar pode causar alguns problemas que mais não são que uma consequência física destes processos, que prevalecem por pouco tempo se for solucionada. Caso contrário, podem

contribuir para um abandono precoce do AM já que amamentar se torna num gesto doloroso para a mãe. Assim, problemas mais comuns do AM são:

a) Ingurgitamento mamário

O ingurgitamento mamário, consiste em parte no aumento da quantidade de sangue e fluidos nos tecidos que suportam a mama (congestão vascular) e de certa quantidade de leite que fica retido na glândula mamária.

Tabela 2.
Ingurgitamento mamário – sintomas, causas e soluções.

Sintomas	Causas	Soluções
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mamas duras e cheias; ▪ Desaparecimento do mamilo dentro da aréola; ▪ Dores nas mamas; ▪ Pele da mama brilhante e dura; ▪ Sensação de calor 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Subida do leite; ▪ Esvaziamento deficiente; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esvaziar com frequência as mamas; ▪ Massajar suavemente as mamas com os dedos a partir do mamilo; ▪ Colocar compressas frias na mama após cada mamada; ▪ Administração de analgésicos segundo prescrição;

Fonte: Davies, 1993

b) Mamilos invertidos

Tabela 3.
Mamilos invertidos – sintomas, causas e soluções

Sintomas	Causas	Soluções
<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidade de ereção do mamilo após estimulação do bebé; 	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiências anatómicas do seio 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colocar o bebé o mais precocemente possível da mama; ▪ Uso de mamilos de silicone; ▪ Estimular os mamilos com uma bomba; ▪ Retirar o leite com uma bomba;

Fonte: Davies, 1993

Tabela 4.
Mamilos feridos - sintomas, causas e soluções

Sintomas	Causas	Soluções
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Algias no início da mamada; ▪ Pele avermelhada; 	<ul style="list-style-type: none"> • Pressão causada pela força da sucção do bebé; ▪ Mamilos lavados com sabonete; ▪ Sensibilidade a cremes e a aerossóis; ▪ Mamilos húmidos; ▪ Mamadas demasiado longas; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lavar os mamilos com água simples; ▪ Não utilizar cremes e aerossóis; ▪ Manter os mamilos sempre secos;

Fonte: Davies, 1993

c) Mamilos gretados

As fissuras ou gretas do mamilo são decorrentes da má posição da criança em relação a mama; do número e duração inadequada das mamadas e principalmente da técnica incorreta de sucção.

Tabela 5.
Mamilos gretados - sintomas, causas e soluções

Sintomas	Causas	Soluções
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abertura na pele que pode sangrar; ▪ Vestígios de sangue no leite; ▪ Algia aguda durante a sucção; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sucção inadequada do bebê; ▪ Mamilo ferido mal tratado; 	<ul style="list-style-type: none"> • Retirar o seio ao bebê durante algumas mamadas, até a pele ter curado; ▪ Aplicação de um aerossol antisséptico num mamilo antes de cada mamada;

Fonte: Davies, 1993

d) Ductos bloqueados

São provocados pelo esvaziamento incompleto de um ou mais canais, neste caso, o leite do alvéolo mamário não drena, pois o mesmo se encontra endurecido bloqueando o canal daquele alvéolo. Forma-se uma “tumoração” dolorosa na mama.

Tabela 6.
Ductos bloqueados - sintomas, causas e soluções

Sintomas	Causas	Soluções
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aparecimento de um caroço mole e sensível no seio; ▪ Sensação de calor e calafrios; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pressão no peito devido a soutien justo; ▪ Inadequado esvaziamento dos ductos; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutiens confortáveis ▪ Adotar a posição deitada para amamentar; ▪ Iniciar a mamada pela mama afetada; ▪ Massajar suavemente o caroço, no sentido do mamilo com compressas quentes ou frias; ▪ Não deixar de amamentar;

Fonte: Davies, 1993

e) Mastite

O acúmulo de leite sem a ordenha de alívio pode facilitar o início da mastite, que é mais frequente na 2ª e 3ª semanas depois do parto.

Tabela 7.
Mastite - sintomas, causas e soluções

Sintomas	Causas	Soluções
<ul style="list-style-type: none"> • Sintomas semelhantes aos ductos bloqueados acompanhando também dos sintomas de gripe; 	<ul style="list-style-type: none"> • Derramamento de leite de um ducto bloqueado para os tecidos circulantes e para o sangue; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Administração de antibióticos segundo prescrição médica; ▪ Administração de líquidos;

Fonte: Davies, 1993

f) Abcesso da mama

Tabela 8.

Abcesso da mama - sintomas, causas e soluções

Sintomas	Causas	Soluções
<ul style="list-style-type: none"> • Sintomas semelhantes aos dos ductos bloqueados e mastite; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insucesso no tratamento da mastite; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Administração de antibióticos segundo prescrição médica; ▪ Drenagem cirúrgica;

g) Leite aparentemente insuficiente

Tabela 9.

Leite aparentemente insuficiente - sintomas, causas e soluções

Sintomas	Causas	Soluções
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perda ou ausência de aumento de peso do bebé; ▪ Fezes escassas e esverdeadas. ▪ Micção escassa; ▪ Ausência do reflexo da ocitocina ou do fluxo de leite; ▪ Irritabilidade do RN; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inadequada sucção do RN; ▪ Tempo da mamada reduzida a poucos minutos; ▪ Administração de biberões de água; ▪ Subalimentação; ▪ Inibição da relação de vinculação; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mamadas frequentes; ▪ Boa alimentação materna; ▪ Adotar uma posição confortável de modo a que o bebé tenha êxito na sucção; ▪ Prolongar as mamadas;

Fonte: Davies, 1993

1.4.2. Fatores extrínsecos à mulher

Se até meados do século passado a prática do AM era uma constante, nos dias de hoje vivemos uma realidade bem diferente. As mudanças sociais e culturais surgidas com a revolução industrial e mais tarde com a II Grande Guerra marcaram profundamente as sociedades e contribuíram grandemente para um declínio acentuado da prática do AM em favor dos recém-chegados leites artificiais.

Contudo, desde há algumas décadas a esta parte que temos vindo a assistir a um aumento significativo de estratégias como a Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, desenvolvida pela OMS em parceria com a UNICEF, que contempla várias medidas importantes para o sucesso do AM.

No entanto, e apesar da importância reconhecida do AM exclusivo durante os seis primeiros meses de vida para a saúde da criança, só um pequeno número de mães o pratica. Tal facto acontece como resultado da interação de certos fatores que urge identificar, a fim de posteriormente ser possível delinear estratégias que incentivem a prática do AM.

Eis então alguns dos fatores extrínsecos, que acreditamos serem os mais importantes, e que têm contribuído para o abandono precoce do AM:

a) Atitudes dos profissionais de saúde

Práticas inadequadas dos profissionais de saúde podem exercer uma influência negativa sobre o AM (Carvalho & Tamez, 2002).

Os resultados do estudo realizado por Pereira (2004), sugerem que a correção da pega na primeira mamada aumenta o sucesso do AM, quer do exclusivo, do AM complementado e do AM total e aumenta também a percentagem de mães que amamenta em exclusivo ou de forma complementada.

No leque das atitudes menos favoráveis ao AM concordamos com Martins (2001), quando refere que o pouco investimento nos cuidados antecipatórios, indiferença e por vezes oposição ao AM, lacunas na formação dos profissionais, o que se traduz numa falta de habilidade para dar suporte às mães que estão amamentando (Carvalho & Tamez, 2002). Esta falta de habilidade e informação ocorre porque, tal como defendem Carvalho e Tamez (2002), os profissionais de saúde, durante a sua formação, não são treinados quanto ao aconselhamento em amamentação e aspetos práticos do manejo da lactação.

Também a organização dos serviços de saúde como a primeira mamada tardia e horários rígidos, recurso fácil e exagerado a suplementos de leites comerciais (Martins, 2001) podem interferir negativamente na prática do AM exclusivo, levando ao seu abandono precoce.

Os resultados da investigação “Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families” de Ingram, Johnson e Greenwood (2002) mostram também que o ensino pós-natal sobre o posicionamento e pega aumenta o sucesso do AM.

Para o sucesso da amamentação é muito importante que a mãe receba informação compreensível acerca da importância do AM, relativamente aos aspetos biológicos, imunológicos e fisiológicos da amamentação, e sobre os aspetos relacionados com a técnica da amamentação (Carvalho, 2005).

Giugliani (2005), refere que para haver sucesso no AM é necessário criar uma cultura do aleitamento, educar a população em geral sobre as vantagens do AM e a importância desta prática, melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, integrando intervenções em

conformidade com os conhecimentos científicos mais recentes, apoiar as mães durante a amamentação, criar condições nos locais de trabalho, fazer cumprir as leis vigentes em matéria de aleitamento e propor novas leis que promovam melhorar esta prática, tornando-se imperioso restringir a publicidade inadequada dos substitutos do leite humano, assim como o uso de biberões, tetinas e chupetas.

b) Fatores socioculturais

As mudanças sociais resultantes do processo de industrialização contribuem, sem dúvida para o declínio do AM. Tal acontece porque, com a industrialização e êxodo de populações dos meios rurais para as metrópoles a estrutura familiar foi abalada, diminuindo de tamanho e de famílias alargadas passou-se a famílias nucleares – apenas compostas por pais e filhos, o que impediu que as mães deixassem de ser ensinadas por familiares experientes e de ver nos mais velhos um exemplo a seguir.

Para além deste fator, a liberação dos costumes sexuais e a supervalorização das mamas como sensualidade incentivam um abandono precoce do AM. Para tal contribuem também algumas crenças, como por exemplo “amamentar deixa o peito descaído”- conhecido por muitas mulheres mas que não tem qualquer fundamento, pois como considera Lagacé (2000), amamentar não estraga os seios: para que os seios conservem a forma enquanto se amamenta, basta usar, de dia e de noite, durante todo o período de lactação, um bom porta-seios.

Contudo, existem outras crenças e hábitos profundamente enraizados na cultura da nossa sociedade que influenciam negativamente a prática do AM. Frequentemente as mães introduzem outro leite na alimentação da criança porque acreditam que o leite materno por si só não é suficiente para promover o crescimento ótimo da criança (Carvalho & Tamez, 2002).

Uma prática bastante comum nos dias de hoje é o uso de chupetas que, como defendem Carvalho e Tamez (2002), pode interferir com o aleitamento materno exclusivo, pois crianças que fazem uso de chupetas geralmente vão ao peito com menos frequência, o que pode interferir na produção de leite, e também algumas crianças desenvolvem preferência por bicos artificiais como resultado da oferta de mamadeiras, apresentando dificuldade em pegar o peito (Carvalho & Tamez, 2002).

c) Trabalho materno

Uma das grandes revoluções na nossa sociedade foi, sem dúvida, a entrada da mulher no mundo do trabalho o que trouxe inevitavelmente consequências para a prática do AM.

Concordamos com Carvalho e Tamez (2002) quando referem que a relação entre trabalho materno e duração e padrão de amamentação é influenciada pelo tipo de ocupação, número de horas de trabalho, leis trabalhistas e suporte ao aleitamento materno no ambiente de trabalho.

A Lei Portuguesa prevê “uma licença por maternidade de 120 ou 150 dias” (Decreto-Lei n.º 89/2009 de 9 de abril), bem como o “direito de ser dispensada em cada dia de trabalho por 2 períodos distintos de duração máxima de 1 hora para o cumprimento dessa missão enquanto durar e até o filho perfazer 1 ano” (artigo 11º).

Apesar desta lei estar vigente desde 1984, ainda é bastante comum entre as lactantes trabalhadoras, introduzir substitutos do leite materno muito cedo, com o objetivo de habituar a criança” (Carvalho & Tamez, 2002).

Para além disso, Carvalho e Tamez (2002) afirmam que existe pouco conhecimento por parte das mães e dos profissionais de saúde sobre a amamentação nomeadamente técnicas de extração do leite, sua conservação, meios de oferecer o leite extraído para a criança, o que as impede de assegurar a amamentação.

d) Atitudes dos produtores/comerciantes de fórmulas lácteas infantis

Com os avanços da ciência surgiram os leites artificiais e com eles um grande número de indústrias preocupadas em aumentar os seus lucros. Para o conseguirem recorrem a propagandas cativantes em que, tal como referem Carvalho e Tamez (2002), é gasto grande volume de dinheiro na promoção comercial de fórmulas infantis.

A distribuição gratuita de bicos, chupetas e panfletos informativos sobre leites artificiais fazem com que o valor do leite materno seja menosprezado e abandonado em favor dos leites artificiais. O mesmo defendem Carvalho e Tamez (2002) quando afirmam informações da indústria, percebidas pelas mães como promotoras do uso de fórmulas infantis e/ou desencorajadoras do aleitamento materno, de fato aumentam a prática do uso de fórmulas.

e) Falta de confiança/baixa autoestima

Se antigamente as jovens mães tinham o suporte e a experiência das matriarcas da família, a realidade dos dias de hoje é muito diferente e este suporte deixou quase de existir. Na verdade, as famílias nucleares e o ritmo de vida não permitem esta relação nem colher os seus benefícios para o sucesso da amamentação (Carvalho e Tamez, 2002).

Assim sozinhas, inexperientes, as mães necessitam de um constante incentivo e suporte das suas famílias, dos profissionais de saúde e da comunidade (Carvalho & Tamez, 2002). Quando tal não se verifica, ou quando é insuficiente, as mulheres facilmente perdem a confiança na sua capacidade de amamentar plenamente. Como consequência deste sentimento, as mães, para além do AM introduzem precocemente um suplemento à alimentação do bebé porque acham que o seu leite é insuficiente. Os mesmos autores referem que a perceção de leite insuficiente é um fenómeno universal, sendo a causa mais comum de suplemento precoce da criança amamentada e de interrupção do aleitamento materno em quase todas as sociedades. Apresentam como causa desta falsa perceção a falta de confiança, algumas vezes reforçada pela família e amigos em resposta ao choro da criança.

Esta perceção pode ser verdadeira, sendo o resultado de práticas inadequadas de amamentação, como atraso no início da amamentação, mau posicionamento e/ou má pega, mamadas infrequentes e com horários preestabelecidos e ausência de mamadas noturnas ou ainda interferência de suplementos alimentares e/ou introdução precoce de alimentos complementares.

Várias medidas têm sido tomadas e algumas ações de formação têm oferecido aos profissionais a oportunidade de exercer as boas práticas na área do aleitamento. No Algarve, vários Cantinhos de Amamentação foram inaugurados e contribuem para uma maior ajuda prestada à mãe e à família, promovendo a educação e informação necessárias para o sucesso da amamentação. Em Portugal, e embora vários hospitais e maternidades se tenham candidatado a Hospital Amigo dos Bebés, apenas dois hospitais receberam o certificado: Hospital Garcia da Horta em Almada, que possui este certificado desde 2005 e Maternidade Bissaia Barreto em Coimbra cujo certificado foi concedido em junho de 2007.

Organizações como a OMS, UNICEF e WABA – World Alliance for Breastfeeding Action), têm desde 1992 um papel fundamental na definição de metas, incentivos e apoios ao AM, levando a cabo publicações de estudos científicos e organizações de eventos, tais como a

Semana Mundial da Amamentação – que servem como meio de sensibilizar governos, instituições e sociedades. O tema da semana mundial do AM em 2013 é “Aconselhamento”.

A Figura 11 apresenta os diversos temas apresentados na semana do AM, desde 1992 até à presente data.



Figura 11. Temas apresentados na semana mundial do AM

Desde 1992 que é celebrada, anualmente, de 1 a 7 de agosto, a “Semana Mundial do Aleitamento Materno”, iniciativa da World Alliance for Breastfeeding, com o apoio da UNICEF, OMS e FAO, iniciativa que envolve mais de 120 países.

Com estas estratégias e linhas orientadoras pretende-se promover medidas, ações e divulgar esta prática em Portugal, dotando os profissionais da área da saúde de competências específicas que lhes permitam intervir de um modo mais eficiente neste domínio, contribuindo para a criação de condições nas instituições onde trabalham para que estas venham a obter o título de "Hospital Amigo dos Bebés".

Pretende-se ainda com esta iniciativa identificar obstáculos à implementação dum plano de proteção, promoção e suporte efetivos do AM em Portugal, planificar estratégias que vão de encontro à resolução dos problemas identificados e estimular o desenvolvimento de mecanismos de cooperação que promovam a continuidade na ação. A OMS/UNICEF preconizou que até 2010, 50% dos bebés tenham sido exclusivamente amamentados até aos seis meses, e que paralelamente à alimentação adequada e segura, continuem a mamar até aos dois anos ou mais.

No Plano Nacional de Saúde, 2012-2016 (DGS, 2004), o AM é também uma das prioridades, uma vez que em Portugal alguns estudos sugerem que a amamentação exclusiva apresenta valores muito baixos. Para reverter esta situação, a DGS, através do Comité Nacional para o AM, tem em execução um plano nacional de formação.

A Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (OMS/UNICEF), 1992, pressupõe:

- Ter uma política de promoção do AM, afixada, a transmitir regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde;
- Dar formação à equipa de cuidados de saúde para que implemente esta política;
- Informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do AM;
- Ajudar as mães a iniciarem o AM na primeira meia hora após o nascimento;
- Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente;
- Não dar ao RN nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica;
- Praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e os bebés permaneçam juntos 24 horas por dia;
- Dar de mamar sempre que o bebé queira;
- Não dar tetinas ou chupetas às crianças amamentadas ao peito;

- Encorajar a criação de grupos de apoio ao AM, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade.

Em Portugal, atualmente, foram certificados os seguintes "hospitais amigos dos bebés":

- Hospital Garcia de Orta (Almada), desde 2005;
- Maternidade Bissaya Barreto (Coimbra), desde julho de 2007;
- Hospital do Barlavento Algarvio (Portimão), desde outubro de 2008;
- Maternidade de Júlio Dinis (Porto), desde outubro de 2009;
- Maternidade Alfredo da Costa (Lisboa), desde janeiro de 2010

1.5. Indicadores nacionais

Segundo um estudo realizado pelo Observatório do AM, 2012, acerca da prevalência, iniciação e continuidade do AM em Portugal, 98.5% iniciou AM antes da alta, apenas 1.4% não recebeu AM 65.2% manteve AM antes da alta. Concluiu ainda que 77.3% iniciou AM na primeira hora de vida; 84.8% dos que mantiveram AM, e foram amamentados na primeira hora e 36.6% dos que fizeram AM, não foram amamentados na primeira hora.

O AM exclusivo até o sexto mês de vida pode evitar, anualmente, mais de 1.3 milhão de mortes de crianças menores de 5 anos nos países em desenvolvimento (Black et al., 2008).

Amamentar os bebés imediatamente após o nascimento pode reduzir 22% a mortalidade neonatal – aquela que acontece até o 28º dia de vida – nos países em desenvolvimento.

Com o intuito de combater o desmame precoce e contribuir para o crescimento saudável da criança, a OMS e a UNICEF emitiram a "Declaração de Innocenti", 1990, estabelecendo um conjunto de medidas para promoção, proteção e apoio ao AM (*Apêndice A*).

Para implementar os "dez passos" foi criada a IHAC, que consiste em mobilizar profissionais da saúde e maternidades para aderirem a esse conjunto de medidas, modificando suas rotinas e condutas que levam ao desmame precoce. Os hospitais credenciados como Amigos da Criança já somam mais de quatro mil em 170 países.

A população portuguesa tem ainda na sua memória recente a amamentação como modo natural de alimentar os bebés. De acordo com as estatísticas disponíveis, à data da alta

hospitalar uma larga maioria das puérperas e seus RNs terão como plano alimentar esperado o AM exclusivo, o que permite falar numa taxa de 90% de iniciação.

A maioria dos profissionais conhece as recomendações internacionais e é favorável ao AM, considerando-o como a melhor forma de alimentar os bebês, sempre que possível.

No entanto, a elevada taxa de AM exclusivo à alta parece ter um acentuado declínio logo no primeiro mês de vida para ser inferior a 50% aos 3 meses.

Diversos trabalhos têm procurado analisar as causas do "abandono precoce". Consensualmente, os estudos apontam o apoio às mães na resolução das dificuldades dos primeiros dias como estratégia primordial para o prolongamento da amamentação.

Sedeados nos centros de saúde e em algumas maternidades, os Cantinhos da Amamentação têm assegurado, desde 1999, uma disponibilidade diária para o acompanhamento presencial de dificuldades na amamentação, desde que as mães o solicitem. Não asseguram uma consulta específica, com agenda de marcações, antes disponibilizam apoio diário em tempo real, quer individualmente, quer em pequenos grupos, conforme a preferência da mulher, que de forma desburocratizada, eventualmente até anónima, pode recorrer a este serviço sempre que assim o entender, independentemente do tempo que durar a amamentação ou mesmo depois de ela já não ter lugar.

É importante consciencializar a sociedade em geral da importância do A.M, apoiando as mães através do cumprimento da legislação em vigor. Na atualidade, além da procura de certificação dos hospitais em hospitais amigos das crianças, decorrem cursos certificados para conselheiras do AM, implementam-se boas práticas, criam-se espaços como o cantinho da amamentação. Mas, faltam muitos passos a dar no sentido de desmistificar crenças, mitos e teorias não fundamentadas, práticas em uso e instituídas que carecem de tempo. Por outro lado, a mudança cultural e comportamental leva o seu tempo a acontecer.

1.6. Vigilância no Centro de Saúde de Carrazeda de Ansiães

1.6.1. Grávidas em vigilância do 1º semestre de 2012

A Tabela 10 refere-se aos Centros de Saúde em estudo e o respetivo número de grávidas inscritas na consulta de vigilância de saúde materna.

Tabela 10.

Número de grávidas em vigilância na consulta de saúde materna

Centro de Saúde	N.º total de grávidas
Macedo de Cavaleiros	25
Mirandela I	17
Mirandela II	11
Vila Flor	27
Moncorvo	19
Carrazeda de Ansiães	19

Fonte: Centros de Saúde da ULSNE

1.6.2. Consulta de vigilância – área de saúde materna

O objetivo destas consultas é o seguimento da gravidez e a revisão do puerpério. Na gestão das consultas são seguidos os protocolos das orientações técnicas da DGS (Vigilância Pré-Natal e Revisão do Puerpério e Saúde Reprodutiva/Doenças Infeciosas e Gravidez) assim como o protocolo de Saúde Materna com Hospital de Bragança – ULSNE.

Na vigilância pré-natal, a DGS (2003) preconiza um total de 10 consultas: a primeira deverá ser realizada até á segunda falta menstrual, deverá ser efetuada uma consulta mensal até às 36 semanas e quinzenal até ao parto. Tendo um calendário diferente nas grávidas em risco ou em qualquer grávida que apresente intercorrências no decorrer da gestação em termos de bem-estar materno-fetal. É respeitada a periodicidade proposta nos protocolos, para as consultas, os exames a pedir e as atividades médicas a desenvolver nas consultas. Deverão ser efetuadas 3 ecografias, uma em cada trimestre de gravidez (Norma 23/11 de 29/09/2011).

No que concerne à avaliação da grávida, na consulta de enfermagem a qual decorre antes da consulta médica, efetua-se o registo dos seguintes parâmetros: idade gestacional, peso da

grávida, valor da tensão arterial e do teste da urina (pesquisa de glicose, proteínas e medição do PH).

É efetuada também uma triagem dos eventuais problemas clínicos que podem surgir ou estar associados à gravidez. São abordados nesta primeira consulta, as possíveis expectativas e receios da grávida e promovidos os hábitos mais adequados de alimentação, higiene e vestuário durante a gravidez. Estes aspetos são também reforçados nas consultas médicas.

Na primeira consulta médica, após confirmação analítica da gravidez, é registado na ficha da grávida o grupo sanguíneo, os antecedentes familiares e pessoais, a história ginecológica anterior, os antecedentes obstétricos, a contraceção efetuada e é avaliado o risco pré-natal pelo índice de Goodwin.

É também preenchido o Boletim da Grávida, com as informações fundamentais para facilitar o seguimento da gravidez por outro médico ou em caso de eventual recurso à Maternidade de referência ou outra. É preenchido o impresso para a isenção de taxas moderadoras durante a gravidez e o puerpério.

A consulta segue com a avaliação da idade gestacional, da data provável do parto e da situação socioeconómica e familiar na qual se encontra a grávida.

Em seguida, é efetuada, pelo médico, a avaliação dos dados registados pela enfermeira, dos resultados dos exames e análises pedidas pelo médico e dos dados clínicos relevantes que surgem na consulta.

As grávidas que apresentam os critérios para seguimento na consulta de alto risco hospitalar são sinalizadas para a maternidade de referência, na altura da gravidez em que se evidencie a necessidade para tal seguimento.

Existe também em todos os Centros de Saúde uma enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica que colabora a nível da consulta de vigilância da grávida, bem como nas aulas de preparação para o parto. A nível da consulta de vigilância, é feito um agendamento em cada trimestre de gravidez. Ao nível da preparação para o parto, são agendadas aulas de acordo com a disponibilidade das grávidas, à quarta-feira, a partir das 25 semanas de gestação. Consideramos, sem dúvida, uma mais-valia, quer para a grávida quer para as unidades de saúde, que permitem prestar cuidados mais especializados, com mais eficácia promovendo as boas práticas, a relação terapêutica, o nível de conhecimentos das grávidas, o

desenvolvimento de competências parentais e a parentalidade, bem como a humanização dos cuidados e do parto como um processo natural e fisiológico. Além das inúmeras vantagens em termos de vigilância de saúde, salienta-se o bem-estar materno fetal, os contributos em termos de diminuição de riscos e complicações, a diminuição da mortalidade infantil e mortalidade materna e da morbilidade.

Ao finalizar este capítulo, no qual efetuamos o enquadramento teórico do estudo, procuramos apresentar os pressupostos teóricos, à luz do conhecimento científico atual e das recomendações de diversas entidades de referência no que concerne às políticas de incentivo e promoção do AM.

CAPITULO II

METODOLOGIA

O termo metodologia deriva das palavras gregas “*Meta*” que significa largo, “*Odos*” que significa caminho e “*Logos*” que significa discurso, estudo. A metodologia, de acordo com Fortin, Côté e Vissandjée (2003), consiste em estudar e avaliar os vários métodos e técnicas de pesquisa disponíveis com vista a resolução de problemas de investigação.

Através de métodos científicos, os pesquisadores procuram a solução de problemas, de forma a dar sentido a experiência humana, para compreender a regularidade dos fenômenos e para prever circunstâncias futuras. Polit e Hungler (1995) consideram que o método científico é o método mais sofisticado de aquisição de conhecimento, criado pelo ser humano.

Desenvolvemos este trabalho nos Centros de Saúde do ACES Nordeste, no período compreendido entre fevereiro e abril de 2012, incluímos todas as grávidas que se encontravam inscritas na consulta de saúde materna (vigilância pré-natal no 1º, 2º e 3º trimestres).

2.1. Tipo de estudo

Desta forma, para se responder adequadamente às questões de investigação, optou-se por um estudo exploratório, descritivo/analítico, de caráter transversal procurando analisar e interpretar os conhecimentos das grávidas relativamente ao AM e identificar a importância que as mesmas atribuem a esta temática.

Para isso, foi utilizada uma abordagem quantitativa, com aplicação de um questionário (*Apêndice B*) dirigido às grávidas que frequentavam as consultas de vigilância de saúde materna nos centros de saúde do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Nordeste, agora designada ULSNE.

2.2. Questão de investigação

Segundo Fortin, Vissandjée e Côté (2003), uma questão de investigação “é uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações” (p. 51). As questões de investigação orientam o desenho do estudo, conduzindo a procura de respostas.

A questão fundamental desta investigação é: “*Qual a importância do aleitamento materno na perspectiva da grávida?*”

2.3. Hipóteses

Uma hipótese é uma afirmação provisória em que nos propomos verificar, recorrendo aos procedimentos de análise.

Trata-se, na opinião de Bardin (1997), de “uma suposição cuja origem e a intuição permanece em suspenso enquanto não for submetida a prova de dados seguros” (p. 98).

Por sua vez, Almeida e Freire (2007), referem que por hipótese entende-se a explicação ou solução mais plausível de um problema.

Delineamos as seguintes hipóteses:

H₁ - Os conhecimentos sobre o AM estão correlacionados com a idade.

H₂ - A média dos conhecimentos sobre o AM varia em função da residência das grávidas

H₃ - Os conhecimentos sobre o AM dependem da escolaridade das grávidas

H₄ - As grávidas multíparas têm mais conhecimentos sobre o AM.

H₅ - As grávidas com predisposição para amamentar detêm mais conhecimentos sobre o AM do que aquelas que referem que não irão amamentar, ou que ainda não sabem se o vão fazer após o parto.

2.4. Instrumento de recolha de dados

A descrição do método de recolha de dados constitui uma etapa importante no processo de investigação, sendo o seu principal objetivo responder cabalmente às questões de investigação enunciadas. Para o presente estudo, a opção recaiu na escolha de um questionário, uma vez que permite maior segurança e precisão, pelo facto das respostas não serem identificadas, nem sofrerem a influência do investigador, e ainda pela uniformidade e objetividade nas respostas, em virtude da natureza impessoal do instrumento. Além disso, tem a vantagem de chegar a um maior número de sujeitos em menor tempo. Foi elaborado um pedido à ULS Nordeste a solicitar a aplicação do referido questionário (*Apêndice C*). Assim, caracterizamos a amostra nas variáveis sociodemográficas, apresentaremos os dados relativos a questões sobre vigilância de saúde pré-natal, seguidamente serão apresentados os resultados para as questões sobre AM, designadamente os conhecimentos que as gestantes em estudo detêm sobre o tema e, por último, os resultados para as hipóteses testadas.

2.5. Critérios de inclusão e exclusão

Como critérios de inclusão, destacam-se: as grávidas que se encontram em vigilância de saúde materna nos Centros de Saúde do ACES do Nordeste, assim designado no início deste estudo, e no momento atual os centros de saúde constituem a ULSNE.

Como critérios de exclusão, destaca-se o preenchimento incompleto do questionário.

2.6. População-alvo/amostra

A população que integra este estudo foi constituída por todas as grávidas, inscritas nos centros de saúde no período compreendido entre fevereiro a abril de 2012.

A amostra foi selecionada segundo a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, num total de 118 grávidas, das quais 15 faziam vigilância de saúde materna no centro de saúde de Carrazeda de Ansiães, 15 no centro de saúde de Vila Flor, 25 no centro de saúde de Torre de Moncorvo, 20 no centro de saúde de Macedo de Cavaleiros e 25 no centro de saúde de Mirandela.

A escolha da amostra baseia-se na possibilidade de aplicação dos resultados obtidos pelo estudo na nossa prática profissional, enquanto enfermeiro que tem por objeto do cuidar a família.

2.7. Variáveis

Variável dependente: Perspetiva da grávida relativamente à importância do AM.

Variáveis independentes: Idade, profissão, estado civil, residência, agregado familiar, nível socioeconómico, situação laboral, habilitações literárias, vigilância da gravidez, histórico de amamentação; conhecimentos sobre o AM, veículos de informação, opinião relativamente ao leite materno.

2.8. Aspetos éticos

As pesquisas envolvendo seres humanos devem atender a algumas exigências éticas, através do respeito de alguns princípios. Deste modo, na elaboração deste trabalho procurei respeitar os seguintes princípios:

- *Autonomia*

O critério da autonomia refere-se ao direito dos sujeitos de pesquisa à sua autodeterminação. Tal direito procura ser garantido nas pesquisas através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este foi elaborado e aplicado a todas as grávidas participantes no estudo;

- *Beneficência*

Por este critério entende-se que a pesquisa esteja comprometida com o bem de seus sujeitos individuais ou coletivos, reais e potenciais e procure prever danos e riscos; Este estudo permitiu garantir a participação das grávidas num estudo que procura entender a importância que as mesmas atribuem ao AM e assim melhorar as boas práticas;

- *Não-maleficência*

Afirma o compromisso de não causar danos, desde físicos e psíquicos aos morais e

éticos. Supõe a explicitação de medidas de prevenção diante dos riscos e de reparação de possíveis danos.

- *Justiça*

Entende-se pela justiça, que a pesquisa tenha relevância social, voltada para a proteção e cuidado das pessoas e do ambiente assegura a distribuição equitativa dos custos e dos benefícios entre os sujeitos da pesquisa, sendo particularmente protegidos os sujeitos vulneráveis. Neste estudo foram inseridas todas as grávidas inscritas nas Unidades de Saúde em causa, que cumpriam os critérios anteriormente explicitados;

- *Privacidade e Confidencialidade*

Implícitas no critério da autonomia, a privacidade e confidencialidade são direitos dos sujeitos no que diz respeito aos dados da pesquisa que envolve a sua intimidade, vida privada, imagem e todas as informações obtidas pela pesquisa, que os sujeitos quiserem ver preservadas. Os questionários aplicados cumpriam o critério da confidencialidade, sendo anónimos e individuais.

2.9. Recolha de dados e tratamento estatístico

Os dados, após tratamento estatístico, são apresentados com recurso a gráficos e tabelas para uma melhor leitura, análise e compreensão dos mesmos.

Utilizamos os procedimentos clássicos da estatística descritiva em função da natureza das variáveis. Recorremos às medidas estatísticas frequências absolutas, frequências relativas e medidas de tendência central (média, moda e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão e amplitude da distribuição). Utilizamos ainda a análise inferencial, através dos testes estatísticos de cruzamento, associação ou correlação entre variáveis.

Relativamente aos procedimentos e sistemas utilizados, após a recolha da informação a mesma foi lançada num ficheiro previamente criado no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 18, onde se efetuou o seu processamento informático e tratamento de dados. Utilizamos igualmente o *software* Microsoft Office Excel 2007 disponível para Windows.

CAPITULO III

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo damos a conhecer os resultados da investigação. A nível estrutural, na apresentação dos resultados, seguiremos a organização sequencial do instrumento de recolha de dados (questionário dirigido às grávidas, Apêndice B).

Neste ponto, e visto que o nosso *N amostral* é relativamente pequeno, privilegiámos os testes não paramétricos visto que não estão condicionados por qualquer distribuição de probabilidades nem exigem os pressupostos dos testes paramétricos.

Em termos estatísticos, podemos considerar este facto, no entanto, visto os indicadores da taxa de natalidade serem cada vez mais baixos, o período tempo de recolha de dados ser restrito, o facto de ter uma população de 118 grávidas participantes neste estudo no momento atual, poderá ser considerado uma mais-valia em termos de representatividade. Segundo a Plataforma Supra Concelhia Alto Trás-os-Montes, a taxa bruta de natalidade é de 8.1%. Segundo INE, a taxa de natalidade em Portugal em 2011 situava-se em 9.2% (www.pordata.pt/Portugal).

3.1. Caraterização sociodemográfica da amostra

A amostra (N) em estudo ficou constituída por 118 grávidas cuja distribuição pelos Centros de Saúde pode ser observada na Tabela 11. Como podemos constatar, o Centro de Saúde de Torre de Moncorvo contribuiu para a maior percentagem amostral, com 25 grávidas inquiridas, o que corresponde a cerca de 21,2% da amostra. No lado oposto, encontra-se o Centro de Saúde de Vila Flor e Carrazeda de Ansiães com, apenas, 15 grávidas respetivamente.

Tabela 11.-

Distribuição das grávidas pelos Centros de Saúde em que realizam a vigilância de saúde materna

Centros de Saúde	N	%
Carrazeda de Ansiães	15	12.7
Vila Flor	15	12.7
Mirandela	25	21.2
Macedo de Cavaleiros	20	16.9
Torre de Moncorvo	25	21.2
Total	118	100.0

Idade das grávidas

Na Tabela 12, apresentamos as estatísticas descritivas obtidas para a variável idade das grávidas que participaram no estudo. Da sua análise, podemos concluir que a idade variou dos 15 anos (grávida mais jovem) até ao valor máximo de 52 anos (grávida mais velha), com uma amplitude na distribuição de 37 anos. A média de idades situou-se próxima dos 30 anos ($29,85 \pm 6,724$ anos). Observando os intervalos de confiança para a média, podemos concluir que se este estudo fosse realizado em um outro qualquer ACES do do nosso país teríamos uma probabilidade de 95% de encontrar uma média de idades compreendida entre os 28.25 e os 31.44 anos de idade.

A trimédia a 5% (29.88 anos) situou-se também muito próxima dos valores da média. Tal significa que a eliminação de 5% das maiores e menores idades não alteraria significativamente os valores da média que encontramos.

Relativamente às restantes medidas de tendência central, verificamos que a moda foi de 28 anos e que a mediana da distribuição (que deve coincidir com o percentil 50) se situou nos 30 anos.

Concluimos que o desvio padrão relativamente à média foi de 6.724 anos, valor relativamente elevado tendo em conta a amplitude da distribuição.

Finalmente, realçamos o fato de 25% das grávidas terem mais de 35 anos de idade.

Tabela 12.
Distribuição da estatística descritiva para a idade das grávidas

			Valor	Erro padrão
Idade	Média		29.85	.798
	Intervalos de confiança a 95% para a média	Nível superior	28.25	
		Nível inferior	31.44	
	Trimédia a 5%		29.88	
	Mediana		30.00	
	Moda		28.00	
	Variância		45.219	
	Desvio padrão		6.724	
	Valor mínimo		15	
	Valor máximo		52	
	Amplitude		37	
	Percentil 25		27	
	Percentil 50		30.00	
Percentil 75		35.00		

A representação gráfica, com a apresentação do histograma e diagrama de folhas para a variável idade corrobora as conclusões referidas anteriormente para as descritivas da idade (Figura 12). A curva da normal do histograma apresenta-se próxima da simetria (com medidas de tendência central bastante próximas entre si).

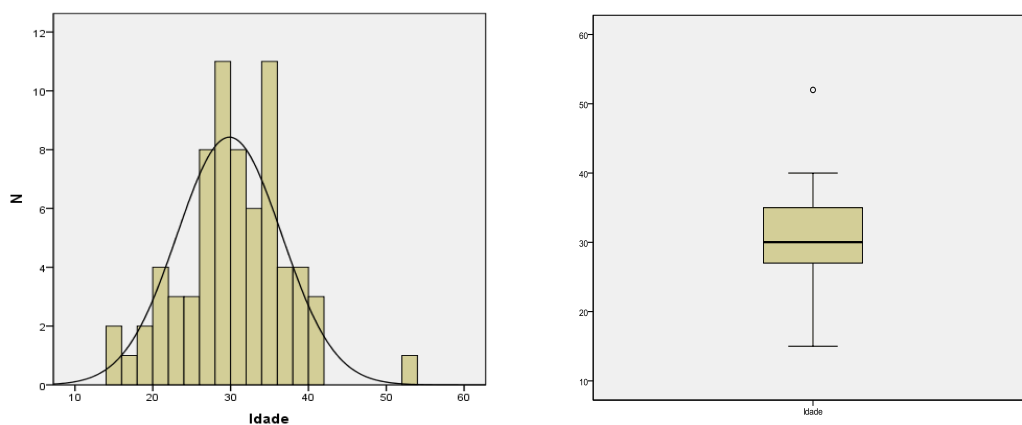


Figura 12. Histograma com curva da normal e diagrama de caule e folhas para a variável idade

Estado civil

Relativamente ao estado civil as grávidas inquiridas são maioritariamente casadas (59,2%). Encontram-se solteiras 18,3%. Estão divorciadas 7% e referiram outro estado civil 11 grávidas, o que corresponde a 15,5% da amostra.

As 11 grávidas que referiram outra situação vivem em união de facto (Tabela 13).

Tabela 13.

Distribuição das grávidas de acordo com o estado civil

Estado civil	N	%
Solteira	13	18,3
Casada	42	59,2
Divorciada	5	7,0
Outra situação	11	15,5
Total	71	100,0

Pela análise da Tabela 14, constatamos que as grávidas residem maioritariamente em meio urbano (64,8%). As restantes 35,2% referiram viver em meio rural.

Tabela 14.

Distribuição das grávidas de acordo com a área de residência

Área de residência	N	%
Meio rural	25	35,2
Meio urbano	46	64,8
Total	71	100,0

Habilitações literárias

Quanto à variável habilitações literárias, constatamos pela Tabela 15 que não existiram casos omissos para a variável e que a mesma é bimodal. De facto frequentaram o ensino superior 24 grávidas, o que representa cerca de 34% do total de registos. Igual número e percentagem foram obtidos para a categoria da variável “Ensino secundário” (10º ao 12º ano). Concluíram o “Terceiro ciclo (7º ao 9º ano)” 14 utentes. Detêm o “Segundo ciclo (5º ao 6º ano)” 4 grávidas. Duas inquiridas concluíram apenas o primeiro ciclo, e finalmente concluímos que não chegaram a frequentar a escola 3 participantes.

Tabela 15.

Distribuição das grávidas de acordo com as habilitações literárias

Habilitações literárias	N	%
Não frequentou a escola	3	4,2
Primeiro ciclo EB (1º ao 4º ano)	2	2,8
Segundo ciclo EB (5º ao 6º ano)	4	5,6
Terceiro ciclo EB (7º ao 9º ano)	14	19,7
Ensino secundário (10º ao 12º)	24	33,8
Ensino superior	24	33,8
Total	71	100,0

Situação Laboral

Analisando a situação laboral perante o emprego (Tabela 16) e observando a distribuição por setores de atividade, verificamos que trabalham no setor terciário do comércio e serviços cerca de 49% das utentes inquiridas. Observando a distribuição verificamos que o setor primário e secundário obtiveram a mesma percentagem de respostas (7%). São estudantes duas mulheres, e estão desempregadas 24 (a que corresponde uma percentagem de 33,8%).

Tabela 16.
Distribuição das grávidas de acordo com a situação laboral

Situação Laboral	N	%
Desempregada	24	33,8
Estudante	2	2,8
Trabalhador setor primário	5	7,0
Trabalhador setor secundário	5	7,0
Trabalhador setor terciário	35	49,3
Total	71	100,0

Com quem vivem as grávidas?

As grávidas que participaram na investigação vivem maioritariamente com o cônjuge, ou o cônjuge e filhos; para estas categorias obtivemos percentagens de 38% e 42,3%, respetivamente.

Vivem sozinhas 5 grávidas, o que corresponde a 5% da amostra. Referiu que vivia com o filho (s) 1 grávida. Com os pais moram 4 grávidas e com os pais e avós uma. Referiram morar com outra pessoa 3 grávidas, constamos que a categoria outra pessoa neste caso é o namorado.

Tabela 17.
Distribuição das grávidas de acordo com a variável "com quem vive"?

	N	%
Sozinha	5	7,0
Cônjuge	27	38,0
Cônjuge e filho(s)	30	42,3
Filho(s)	1	1,4
Com os pais	4	5,6
Pais e avós	1	1,4
Outros	3	4,2
Total	71	100,0

Relvas e Lourenço (2001), defendem que a solução aos problemas deve ser encontrada de uma forma partilhada no seio do casal, o que põe em evidência os *dual-career marriages*, isto porque as famílias que sentem maior satisfação conjugal antes do nascimento, sentem também maior satisfação conjugal depois dele, o que suporta a ideia da importância que o envolvimento do casal tem para o sucesso das tarefas que as transições no ciclo de vida lhe impõem.

A importância da família e das referências sociais para a mulher que amamenta estão bem documentadas na literatura, principalmente aquela que se refere aos papéis desempenhados pelo pai e pelas avós e à influência que exercem tanto na decisão de amamentar como mais tarde no seu apoio.

3.2. Vigilância de saúde na gravidez

Em linha com os objetivos da investigação, colocámos algumas questões que julgamos pertinentes relativamente à vigilância de saúde no período pré-natal, cujos resultados passamos a apresentar.

Indicadores de frequência das consultas de vigilância pré-natal nos Centros de Saúde

Na questão número oito do instrumento de recolha de dados, inquiriram-se as grávidas sobre se habitualmente frequentavam as consultas de saúde materna nos seus Centros de Saúde. A maioria afirmou frequentar essas consultas frequentemente (94,5%) e apenas 4 participantes referiram fazê-lo por vezes.

Não solicitamos o número de consultas frequentado porque obtivemos esses dados de forma fidedigna, através da informação dada pelos Centros de Saúde da amostra em estudo.

Tabela 18.

Distribuição das grávidas de acordo com a realização habitual de consultas de vigilância de saúde materna no centro de saúde

	N	%
Sim	67	94,4
Por vezes	4	5,6
Total	71	100,0

Por quais profissionais de saúde são realizadas as consultas?

Inquiridas sobre por que profissionais de saúde são habitualmente seguidas em consulta, encontrámos os resultados que na Tabela 19 se apresentam, constatamos que a grande maioria das utentes (85,9%) são habitualmente observadas/avaliadas pelo médico.

Relativamente à participação e intervenção do enfermeiro nas consultas de vigilância pré-natal, esse facto foi referido por 91,5% das participantes. Não houve referência à participação de outros profissionais de saúde nessas consultas.

Tal como considerado na fundamentação teórica o estudo realizado por Maia, em 2007, corrobora a importância que as grávidas atribuem ao papel do enfermeiro na resolução de problemas acerca do AM.

Tabela 19.

Distribuição das grávidas de acordo com o tipo de profissional de saúde que habitualmente realiza a consulta de vigilância de saúde materna no Centro de Saúde

Profissional de saúde que é habitualmente realiza a consulta de vigilância de saúde materna	Frequências	
	N	%
Médico (N=71)		
Sim	61	85,9
Não	10	14,1
Enfermeiro (N=71)		
Sim	65	91,5
Não	6	8,5
Outros profissionais (N=71)		
Sim	-	-
Não	71	100,0

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (DGS, 2012) faz um apelo inequívoco à necessidade das abordagens à saúde das populações se basearem no ciclo de vida e na família, nomeadamente aquelas que visam a promoção da saúde no contexto comunitário em que os agentes de educação para a saúde atuam. Esta abordagem permite uma visão mais integrada dos problemas de saúde, com particular destaque para aqueles de origem social, uma vez que tem em conta os diferentes papéis sociais que os indivíduos vão assumindo ao longo da vida, em diferentes *settings* e de acordo com o género.

3.3. Questões sobre aleitamento materno

Gravidez anterior e amamentação

Inquiridas sobre a ocorrência de anteriores gravidezes e anteriores períodos de amamentação, cujos resultados expomos na Tabela 20, concluímos que a maioria das grávidas (53,5%) é primípara. As restantes 33 utentes afirmaram já ter tido gravidezes anteriores (multíparas). Tendo por base a categoria gravidez anterior (N=33), verificamos que a maior parte destas grávidas participantes no presente estudo (N=30) já amamentou

Tabela 20.

Distribuição das grávidas de acordo com a ordem de gravidez e amamentação

Gravidez anterior e amamentação	Frequências	
	N	%*
É a sua primeira gravidez? (N=71)		
Sim	38	53,5
Não	33	46,5
Se não é a sua primeira gravidez, alguma vez amamentou os seus filhos? (N=33)		
Sim	30	90,9
Não	3	9,1

*Percentagens calculadas em função das utentes que responderam à questão

Tempo de amamentação durante gravidez anterior

Em anteriores gravidezes aquelas utentes que amamentaram (N=30), fizeram-no maioritariamente durante nove meses após o parto (56,7%). Os valores variaram desde um mínimo de 2 até um período máximo de 24 meses. A moda foi alimentar 6 meses. A média rondou os 10 meses ($9.87 \pm 6,30$).

Tabela 21. Distribuição das grávidas de acordo com o tempo de amamentação (em meses) relativo à gravidez anterior

	N	%*	% Acumulada
2 Meses	1	3,3	3,3
3 Meses	3	10,0	13,3
4 Meses	3	10,0	23,3
6 Meses	6	20,0	43,3
7 Meses	1	3,3	46,7
8 Meses	1	3,3	50,0
9 Meses	2	6,7	56,7
12 Meses	5	16,7	73,3
13 Meses	2	6,7	80,0
14 Meses	2	6,7	86,7
18 Meses	1	3,3	90,0
24 Meses	3	10,0	100,0
Total	30	100,0	

*Percentagens calculadas tendo em conta as utentes não primíparas que responderam à questão (N=30)

Conhecimentos acerca das vantagens do AM

Na questão número 10 do instrumento de recolha de dados, inquiriam-se as utentes sobre conhecimentos que julgam ter acerca das vantagens do AM. Conforme podemos visualizar na Figura 12, neste estudo 58 participantes (a que corresponde uma percentagem de 81,7%) julga ter conhecimento dessas vantagens, as restantes 13 grávidas da amostra (18,3%) reponderam possuir alguns conhecimentos sobre a temática.

No seu estudo, Pereira (2005) faz uma abordagem aos fatores de sucesso presentes no período pré-natal, citando alguns estudos nacionais e internacionais que mostram que a decisão de amamentar é na maior parte dos casos anterior ao parto e, algumas vezes, até anterior à própria gravidez. Nesta investigação referente a dissertação realizada no âmbito do Doutoramento em Ciências de Enfermagem realizada pela autora, encontrámos outros estudos cujos resultados corroboram estes últimos.

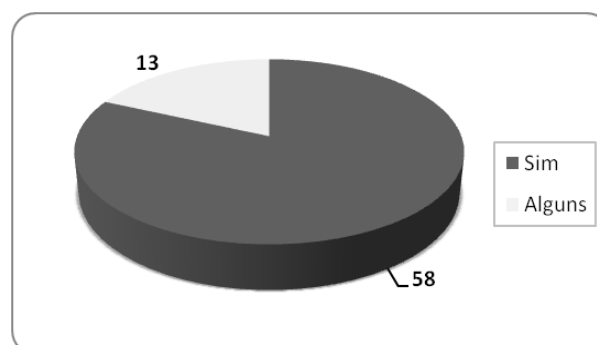


Figura 12. Resultados para a questão: "Tem conhecimentos acerca das vantagens do aleitamento materno?"

Veículos de informação acerca das vantagens do AM

Todas as mulheres que responderam possuírem conhecimentos sobre as vantagens do AM (N=71) foram convidadas a pronunciarem-se acerca dos veículos de informação desse conhecimento que julgam ter, em questões dicotômicas onde eram enumeradas várias fontes de informação. Assim, e como podemos constatar na Tabela 22, os profissionais de saúde foram identificados por 63 grávidas (88,7%). De referir que relativamente a esta categoria 8 grávidas não identificaram os profissionais de saúde como os principais veículos de informação. A rádio, a televisão ou os jornais, foram referidos por cerca de 23,9% das grávidas. Quanto à literatura específica da área, apenas foi assinalada por 22,5%. Relativamente aos familiares, constituíram fonte de informação para 23,9%. Por último, uma grávida assinalou “outra” fonte de informação, referindo para esse efeito os seus próprios conhecimentos profissionais.

Tabela 22.

Distribuição das grávidas de acordo com a fonte de informação acerca dos conhecimentos sobre as vantagens do AM

Se julga possuir conhecimentos sobre as vantagens do AM, quais as principais fontes de informação?	Frequências	
	N	%*
Profissionais de saúde? (N=71)		
Sim	63	88,7
Não	8	11,3
Média (rádio, televisão, jornais...)? (N=71)		
Sim	17	23,9
Não	54	76,1
Literatura da área? (N=71)		
Sim	16	22,5
Não	55	77,5
Familiares? (N=71)		
Sim	17	23,9
Não	54	76,1
Outros veículos de informação? (N=71)		
Sim	1	1,4
Não	70	98,6

*Percentagens calculadas em função das grávidas que responderam às questões formuladas.

Prioridade do AM relativamente ao leite adaptado

A maioria das inquiridas (n=69/ 97,2%) é de opinião que o AM é prioritário relativamente aos leites adaptados.

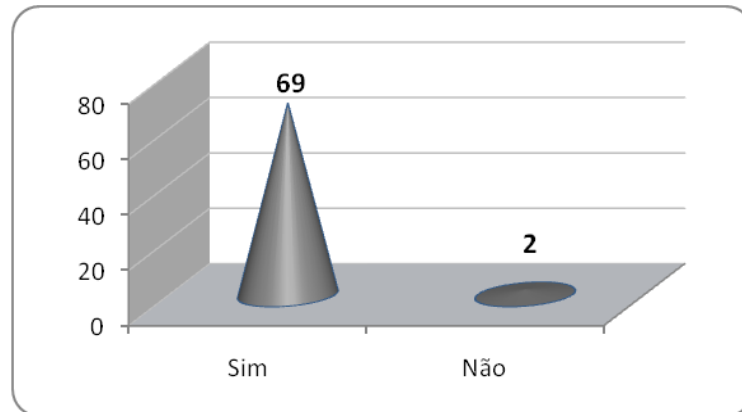


Figura 13. Prioridade atribuída pelas grávidas ao AM relativamente ao leite adaptado

Conhecimentos sobre AM

Na Tabela 23, apresentamos os resultados encontrados relativamente às respostas assinaladas pelas grávidas (Verdadeiro ou Falso) em cada uma das questões destinadas à avaliação dos conhecimentos sobre AM.

Na primeira afirmação “*O AM é mais rápido e económico*” (afirmação verdadeira), foi respondida de forma correta pela maioria das grávidas (85,9%).

Quanto à segunda questão “*O leite adaptado é mais rico em nutrientes*” (afirmação falsa), verificamos que foi corretamente assinalada por cerca de 72% das grávidas.

Relativamente à terceira questão “*O leite materno confere maior proteção ao bebé*” (afirmação verdadeira), a mesma foi corretamente respondida por 90,1% das grávidas.

Na quarta questão “*O leite adaptado é mais seguro*” (afirmação falsa), verificamos que 83,1% respondeu corretamente.

No que respeita à quinta questão sobre conhecimentos “*O leite materno é insuficiente para o bebé*” (afirmação falsa), verificamos que a mesma foi respondida de forma correta por 80,3% das grávidas.

“*O bebé pode beber leite de vaca antes do ano de idade*” (afirmação falsa), foi assim assinalada também por 80,3% das grávidas.

Por último, quanto à questão “*O leite adaptado é mais vantajoso para o bebé que o leite materno*” (afirmação falsa), foi assinalada corretamente pela maioria das grávidas (80,3%).

Tabela 23.

Distribuição das respostas dadas pelas grávidas relativas aos conhecimentos sobre o AM

	Frequências	
	N	%*
<i>O AM é mais rápido e económico</i>		
Verdadeiro	61	85,9
Falso	10	14,1
<i>O leite adaptado é mais rico em nutrientes</i>		
Verdadeiro	20	28,2
Falso	51	71,8
<i>O leite materno confere maior proteção ao bebé</i>		
Verdadeiro	64	90,1
Falso	7	9,9
<i>O leite adaptado é mais seguro</i>		
Verdadeiro	12	16,9
Falso	59	83,1
<i>O leite materno é insuficiente para o bebé</i>		
Verdadeiro	14	19,7
Falso	57	80,3
<i>O bebé pode beber leite de vaca antes do ano de idade</i>		
Verdadeiro	14	19,7
Falso	57	80,3
<i>O leite adaptado é mais vantajoso para o bebé que o leite materno</i>		
Verdadeiro	14	19,7
Falso	57	80,3

Somatório das respostas corretas no questionário de avaliação de conhecimentos

Na tentativa de clarificar e identificar os verdadeiros conhecimentos sobre AM das gestantes, criámos uma nova variável no ficheiro de dados, a qual designamos “conhecimentos sobre AM” e que resultou, para cada participante no estudo, do número de respostas respondidas corretamente.

Apresentamos nas estatísticas descritivas dessa nova variável numérica. Como podemos verificar, o número de respostas assinaladas corretamente variou entre 1 e 7. Em média, as grávidas da amostra em estudo acertaram em cerca de 6 respostas (5.73 ± 1.25).

Concluimos também, pela estatística descritiva, que as gestantes obtiveram boas pontuações no teste de conhecimentos. Note-se que 25% respondeu corretamente à totalidade das sete questões por nós colocadas. No entanto, como verificamos anteriormente, a escolaridade das grávidas não influencia o nível de conhecimentos acerca do AM.

Tabela 24.

Distribuição das estatísticas descritivas para a variável "conhecimentos sobre o aleitamento materno"

	Conhecimentos sobre AM	N válido
N	71	71
Amplitude	6,0	
Valor mínimo	1,0	
Máximo	7,0	
Média	5,73	
Mediana	6,0	
Desvio padrão	1,25	
Percentil 25	5,0	
Percentil 50	6,0	
Percentil 75	7,0	
Variância	1,57	

Fatores que contribuem para a decisão de aceitação ou não do AM

Quando questionadas sobre os fatores que poderão contribuir para a decisão de vir ou não a amamentar, ressalta o peso dos fatores socioeconômicos com 29,6% do total de registros. Declararam que o interesse próprio era o fator mais preponderante (25,4%). A opinião dos profissionais de saúde é preponderante para 21,1% das grávidas da amostra em estudo.

Seis grávidas assinalaram um outro fator, neste caso “a saúde do bebê” como sendo o mais importante para a sua decisão.

Tabela 25.

Distribuição das grávidas de acordo com os fatores que contribuem para a tomada de decisão sobre o AM

	N	%
Fatores socioeconômicos	21	29,6
Fatores sociais	4	5,6
Mudança de imagem corporal	3	4,2
Opinião de familiares e amigos	1	1,4
Opinião dos profissionais de saúde	15	21,1
Fatores profissionais	3	4,2
Interesse próprio	18	25,4
Outro	6	8,5
Total	71	100,0

Amamentar após o parto

Questionadas sobre se pensam amamentar após o parto, a maioria (90,1%) respondeu afirmativamente. Apenas 3 gestantes referiram que não estão a pensar fazê-lo e 4 ainda não sabem se o farão (Tabela 26).

Tabela 26.

Distribuição dos resultados para a questão “Pensa amamentar o seu filho?”

	N	%
Sim	64	90,1
Não	3	4,2
Não sei	4	5,6
Total	71	100,0

Relativamente aos motivos que as três gestantes que não estão a pensar amamentar apontaram podemos expor os seguintes dados. Uma delas referiu motivos pessoais; uma outra referiu não ter direito a tempo para amamentar e a terceira simplesmente não respondeu a esta questão.

Estes dados vão de acordo ao estudo realizado por Cardoso, 2006, que considera que a prevalência do AM é favorecida quando a gravidez é desejada.

3.4. Análise das hipóteses em estudo

H₁- Os conhecimentos sobre AM estão correlacionados com a idade.

Para testar a hipótese dos conhecimentos sobre AM estarem correlacionados com a idade, começamos por construir um gráfico de correlações ou diagrama de dispersão que nos permite observar o comportamento conjunto das duas variáveis e inferir da existência de alguma relação entre elas. Nas coordenadas apresentam-se os valores das duas variáveis e cada ponto no gráfico representa um elemento da amostra (Figura 14).

A observação da nuvem de pontos e o sentido da reta de regressão permite-nos visualizar que à medida que aumentam os valores de uma variável também parecem aumentar de um modo geral os valores da outra variável.

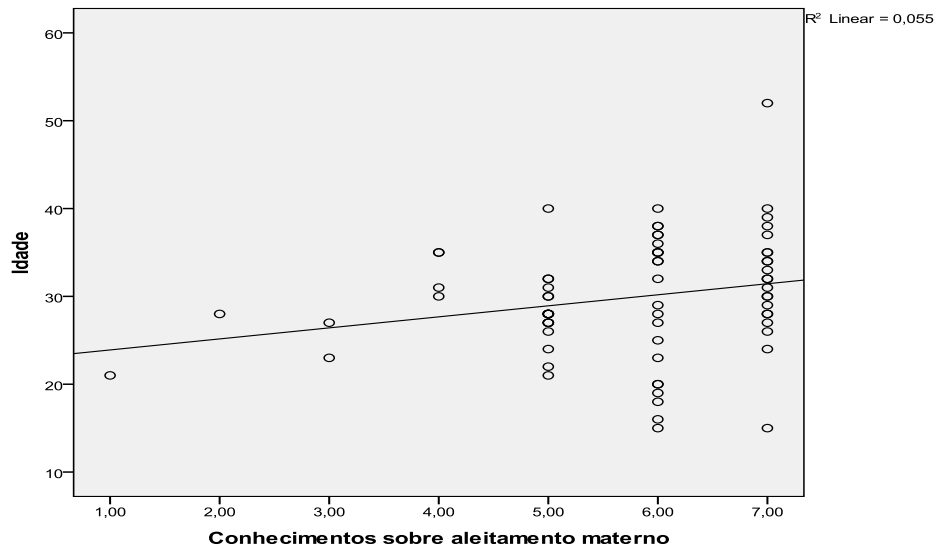


Figura 14. Diagrama de dispersão resultante do cruzamento das variáveis idade das gestantes e AM

Para estimar o grau de relacionamento entre as variáveis aplicamos como teste de hipóteses um coeficiente de correlação, neste caso o teste não-paramétrico de *Spearman's rho*. Um coeficiente de correlação varia sempre entre -1 e 1 e quanto mais os resultados se aproximarem desses valores extremos mais forte é a associação.

Pelos resultados do teste de correlações, e como se denota na Tabela 27, verificamos que a pontuação nas questões de avaliação de conhecimentos sobre o AM na amostra estudada tendem a aumentar com a idade ($r = 0.250$), com significância estatística já que o valor da prova é inferior a 0.05 ($p = 0.035 < 0.05$), pelo que aceitamos a hipótese enunciada dos conhecimentos sobre AM estarem correlacionados com a idade, com um grau de confiança de 95%.

Isto não significa necessariamente uma relação de causa efeito entre as duas variáveis, mas tão somente a existência de uma associação entre essas variáveis.

Tabela 27.

Distribuição da correlação de Spearman entre a idade e os conhecimentos sobre AM

		Idade	Conhecimentos	
Spearman's rho		Coeficiente	1.000	
	Idade	Sig (bi-caudal)	.	
		N	71	
		Coeficiente	.250*	1.000
	Conhecimentos sobre AM	Sig (bi-caudal)	.035	.
		N	71	71

*. A Correlação é significativa ao nível 0,05 (bi-caudal)

H₂ - A média do número de respostas corretas nas questões de avaliação de conhecimentos varia em função da residência das gestantes em meio rural ou urbano.

Para o estudo de H₂, iniciámos por comparar os resultados médios obtidos no teste de conhecimentos sobre aleitamento, pelas categorias da variável residência (Figura 15).

Concluimos que as gestantes que vivem em meio urbano tiveram um maior número de respostas certas e apresentam, em média, conhecimentos ligeiramente superiores, quando comparadas com aquelas que referiram viver em meio rural (5.8 contra 5.6).

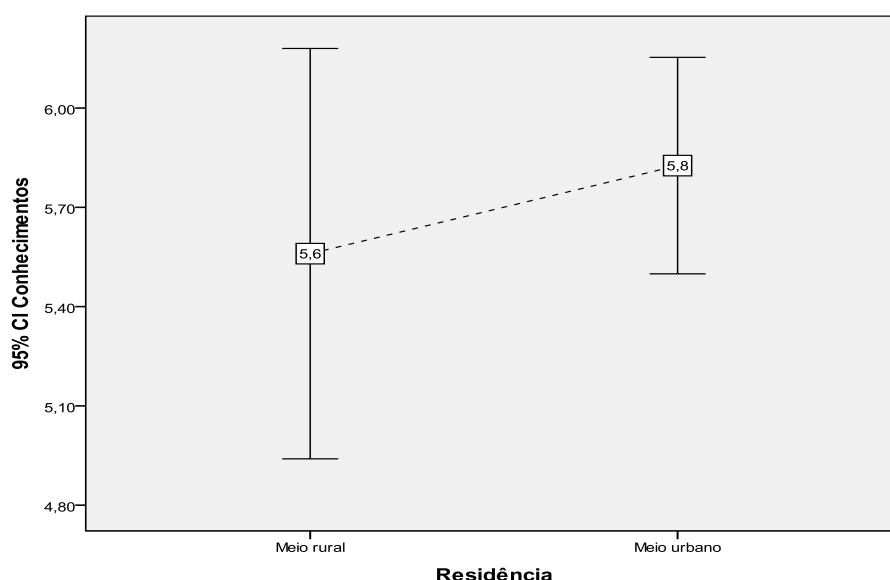


Figura 15. Comparação das pontuações médias obtidas no teste de conhecimentos pelas categorias da variável residência (meio rural/meio urbano)

Para verificar se essas diferenças são importantes em termos estatísticos, utilizamos o teste não paramétrico de comparação de médias *Mann-Whitney Test* para duas amostras independentes.

Na Tabela 28, verificamos que as diferenças obtidas nas pontuações médias no teste de conhecimentos sobre aleitamento entre os dois grupos não são estatisticamente significativas pelo que rejeitamos H_2 .

Tabela 28.

Cálculo do teste de hipóteses relativo a H_2

Residência	N	Média	Mediana	Rank médias
Meio rural	25	5.56	6.00	34.68
Meio urbano	46	5.83	6.00	36.72
Total	71			
Valor do teste= -0,414; significância= 0,679 > 0,05				

H_3 - *Os conhecimentos que as grávidas possuem acerca do AM dependem da sua escolaridade.*

Para testar a hipótese dos conhecimentos acerca do AM dependerem da escolaridade, comparamos as médias obtidas no teste de conhecimentos pelas categorias da variável habilitações literárias. Verificamos que quem não frequentou a escola obteve em média 5 de respostas certas nas perguntas sobre AM. Observando a variação das médias pelas várias categorias, constatamos que as médias mais elevadas se obtiveram no grupo de grávidas que detêm ensino secundário -10º a 12º ano (5.83) e ensino superior (6.12).

Tabela 29.

Distribuição das médias obtidas sobre os conhecimentos acerca do AM de acordo com as habilitações literárias

Habilitações literárias	Média	N	Desvio padrão
Não frequentou a escola	5.00	3	1.00
Primeiro ciclo EB (1º ao 4º ano)	5.50	2	2.12
Segundo ciclo EB (5º ao 6º ano)	5.00	4	1.15
Terceiro ciclo EB (7º ao 9º ano)	5.29	14	1.94
Ensino secundário (10º ao 12º)	5.83	24	1.05
Ensino superior	6.12	24	.80
Total	5.73	71	1.25

No sentido de verificarmos se as diferenças obtidas nos conhecimentos sobre AM de acordo com as habilitações são significativas, recorreremos ao teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis*.

Para o seu cálculo elimina as categorias “Não frequentou a escola” e “Primeiro ciclo EB (1º ao 4º ano)” devido ao seu baixo N amostral. Pelos resultados do teste, concluímos que as diferenças médias nos conhecimentos não são estatisticamente significativas ($z=3.703$; $gl=3$; $p=0.295 > 0.05$), pelo que não aceitamos H_3 .

Estes resultados contrariam o estudo realizado por Ferreira, 2004, que refere que as mães com menos escolaridade têm menor probabilidade de manter o AM.

H₄ - *As grávidas múltiparas têm mais conhecimentos acerca do AM.*

Relativamente à hipótese acima enunciada, comparamos na representação gráfica subsequente (Figura 16) as médias obtidas no teste de conhecimentos sobre AM entre primíparas (N=38) e múltiparas (N=33).

Como nos é dado verificar, as múltiparas tiveram uma pontuação média superior no teste de conhecimentos comparativamente às primíparas (5.82 contra 5.66).

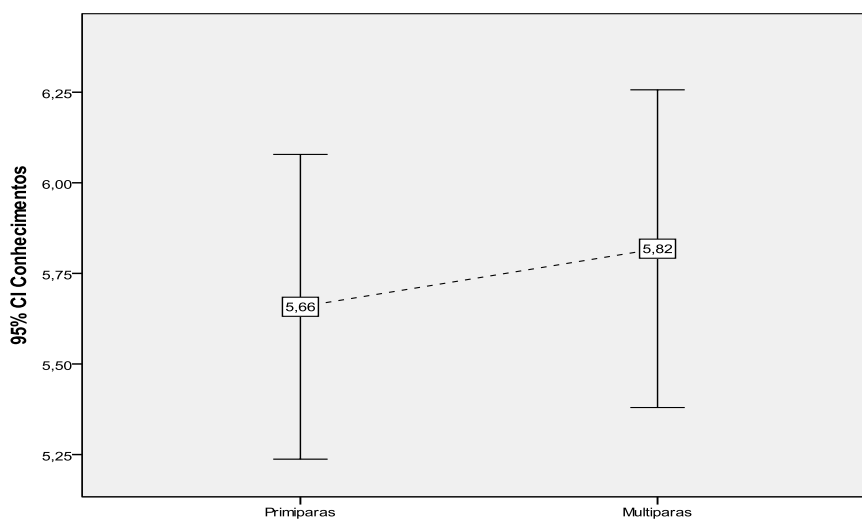


Figura 16. Comparação das médias obtidas no teste de conhecimentos sobre AM entre primíparas e múltiparas

A diferença de médias é no entanto bastante reduzida e para determinar o significado estatístico, recorreremos ao teste paramétrico *t de Student* para amostras independentes já que em ambas as categorias possuímos um N amostral superior a 30.

Pela aplicação do teste para a hipótese em questão, concluímos que a diferença de médias não é significativa em termos estatísticos pelo que não aceitamos H_4 .

Tabela 30.

Distribuição das estatísticas para o cálculo e resultados do teste t para amostras independentes

	N	Média	Desvio padrão	Erro padrão
Primíparas	38	5.66	1.279	.207
Múltiparas	33	5.82	1.236	.215
Teste t= -0.535; gl= 69; p= 0.594				

H₅ - As grávidas que pensam amamentar o seu filho detêm mais conhecimentos sobre o AM do que aquelas que referem que não irão amamentar, ou ainda não sabem se o vão fazer após o parto.

A estratégia de análise para a H₅ começou por comparar as médias de respostas corretas no teste de conhecimentos sobre AM de acordo com as gestantes que referem que irão amamentar os seus filhos no pós-parto e aquelas que referem que não o vão fazer ou não sabem ainda se o irão fazer. Na representação gráfica que elaborámos para este efeito (Figura 17) é visível que, em termos médios, as mulheres que pensam amamentar conseguiram melhores resultados nos testes de conhecimentos sobre aleitamento (5.91 contra 4.14).

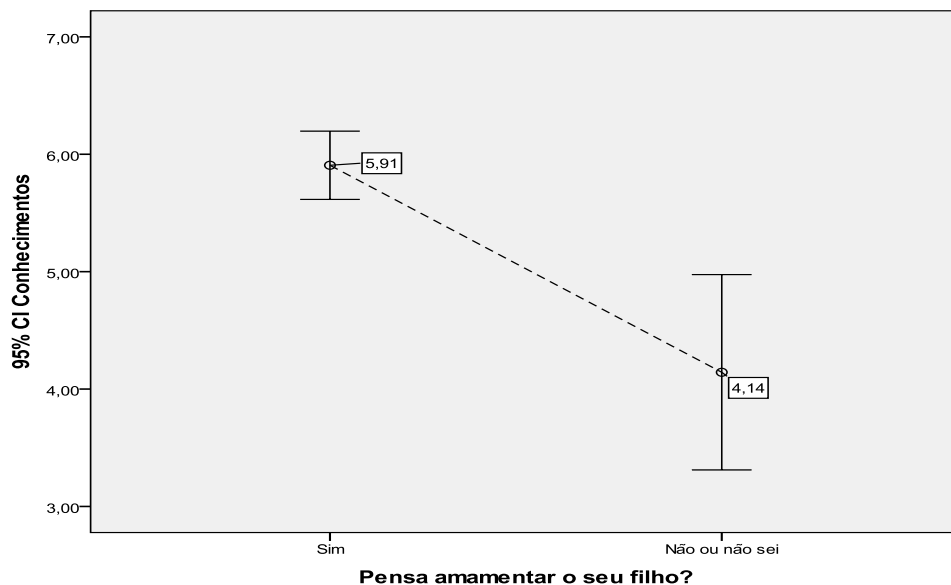


Figura 17. Médias do número de respostas corretas no questionário de conhecimentos pelas categorias da variável "Pensa alimentar o seu filho?"

Podemos verificar pela análise da Tabela 31 e pelo cálculo do teste não paramétrico de *Mann-Whitney* que as diferenças são significativas e não se devem ao acaso ($p=0.00<0.05$). Aceitamos assim a H_5 .

Para Fonseca (1995), 92,6% das puérperas iniciaram o AM até ao 4º mês e apenas 48% deram continuidade ao mesmo.

Tabela 31.

Cálculo do teste de hipóteses relativo a H_5

Pensa amamentar o seu filho?	N	Média	Rank das médias
Sim	64	38.80	2483.50
Não ou ainda não sabem	7	10.36	72.50
Total	71		

Valor do teste= -3.610; significância= 0.00<0.05

Finalizado este capítulo, o qual representa o cerne deste trabalho no que respeita à apresentação e análise dos dados, seguimos para a etapa final desta investigação com as conclusões e, por último, as sugestões/considerações finais.

CAPITULO IV

CONCLUSÃO E SUGESTÕES

4.1. Conclusão

Com o presente estudo, pretende-se averiguar a importância que as grávidas da amostra em estudo, em acompanhamento na consulta de vigilância pré-natal nos Centros de Saúde de Mirandela, Carrazeda, Vila flor, Moncorvo e Macedo atribuem ao AM. Assim sendo, procurou-se identificar “ A importância do Aleitamento Materno na Perspetiva da Grávida“.

São inúmeras e inquestionáveis as vantagens do AM. Este deve ser perspectivado como uma medida e procedimentos a salvaguardar e implementar boas práticas cruciais e fundamentais para a melhoria da qualidade de vida da mãe e do bebé.

Dado que as futuras mães são o alvo das ações educativas a realizar durante a gravidez, o conhecimento dos benefícios maternos da amamentação poderá sensibilizar as grávidas para a sua prática, porque associa o AM a uma relação de benefício também para a mãe.

Assim, é importante que se integrem estes conceitos nas ações de educação para a saúde a realizar durante a vigilância pré-natal, ou ainda noutros contextos escolares, com a inclusão nos currículos de conteúdos de sensibilização/informação sobre AM numa perspetiva de educação para a saúde.

Tal como consideram os autores referidos na fundamentação teórica, a educação para a saúde assume um papel decisivo na prática da amamentação. Também Sanches (2004) fundamenta ao referir que “na avaliação da mamada, é importante observar dois pontos-chave: posicionamento e pega. A posição inadequada da mãe e/ou do bebé na amamentação dificulta o posicionamento correto da boca do bebé em relação ao complexo aréolo-mamilar, resultando no que se denomina de má pega” (p.157).

Face à nossa realidade em cuidados de saúde primários e dada a expressão do problema a nível mundial, optamos por estudar os conhecimentos acerca do AM na perspetiva da grávida, com o intuito de tentar influir na tomada de decisão de amamentar a efetuar pela grávida, incentivando a sua consciencialização e responsabilidade parental, promovendo a mudança de comportamentos, desmitificando os mitos e estereótipos, promovendo ações de sensibilização, informação na área de educação para a saúde promotoras de conhecimentos fundamentados, certificados e validados sobre os benefícios e vantagens do AM exclusivo nos primeiros anos de vida.

Vários projetos têm sido encetados no sentido de apoiar as grávidas na decisão de amamentar. O cantinho da amamentação, as dez medidas desenvolvidas pela OMS/UNICEF para o sucesso da amamentação, a criação dos Hospitais Amigos do Bebê, a criação de alguns sites na internet revestem-se de grande importância dada a sua relevância. No Centro de Saúde onde desempenhamos funções, foi organizado o cantinho da amamentação, programadas aulas de preparação para o parto, efetuadas consultas de vigilância materno-infantil pela enfermeira especialista. Pretendemos desenvolver algumas atividades no sentido de dar a conhecer à população os projetos a realizar no Centro de Saúde.

O enfermeiro de família e o enfermeiro especialista em saúde materna constituem um pilar essencial através da relação de ajuda e parceria de cuidados, fornecendo conhecimentos e definindo estratégias adequadas à especificidade de cada grávida. Conforme o consignado pela Ordem dos Enfermeiros (2010) nas competências do enfermeiro de cuidados gerais e dos enfermeiros especialistas, desenvolvemos competências, com base na metodologia do planeamento em saúde, ao nível da avaliação do estado de saúde da grávida, do processo de capacitação da grávida inserida no meio familiar, coordenando o programa de saúde materna para a consecução dos seus objetivos (regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária).

Com a realização deste trabalho podemos concluir que as grávidas atribuem, de facto, importância à prática do AM, procurando junto dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, participação na resolução de problemas relacionados com a amamentação.

Perante os resultados obtidos, será possível refletir e repensar práticas de enfermagem, melhorar a prestação de cuidados de enfermagem à grávida, desenvolver e aperfeiçoar conhecimentos, tendo em conta as necessidades identificadas.

Neste estudo, verificamos que a média de idades da amostra rondou os 30 anos. As participantes no estudo eram maioritariamente casadas e viviam em meio urbano. Quanto ao grau de escolaridade, este mostrou-se relativamente elevado, visto que a maior parte detinha habilitação de nível secundário entre o 10º e 12º ano (33,8%) e de nível superior (licenciatura, mestrado e doutoramento, 33,8%).

Relativamente ao nível de instrução das grávidas, importa referir que não existe grande diferença na assertividade das respostas, ou seja, contraria o senso comum de que as grávidas com maiores habilitações literárias têm mais conhecimentos acerca desta temática. Uma das justificações que me parece viável será o fato de todas as grávidas terem tido um acompanhamento multidisciplinar individualizado, colmatando as dúvidas por elas apresentadas.

Já relativamente à situação laboral, a variabilidade de situações foi a nota dominante. Assim, trabalham no setor terciário 49% das grávidas e estão numa situação de desemprego 33,8%.

A maioria afirmou frequentar as consultas de vigilância de saúde materna com assiduidade (94,5%) e apenas 4 participantes referiram fazê-lo por vezes. O papel do enfermeiro nas consultas de vigilância de saúde materna é preponderante para 91,5% das participantes.

Sobre a temática do AM, foram salientadas pelas inquiridas diversas fontes de informação entre as quais os profissionais de saúde, mencionados por 98% das inquiridas.

A maioria das inquiridas (53,5%) é primípara. Tendo em conta aquelas que tiveram gravidez anterior, encontramos uma taxa de amamentação aproximada de 91%. À semelhança de outros estudos nacionais, os resultados deste estudo revelaram uma elevada incidência do AM ao nascimento, sendo que as mulheres múltiparas amamentaram, em média, durante 10 meses.

A maioria das inquiridas (97,2%) é de opinião que o AM é prioritário relativamente aos leites adaptados. Interrogadas sobre quais os fatores (intrínsecos e extrínsecos) que poderão contribuir para a decisão de amamentar, ressalta o peso dos fatores socioeconómicos com 29,6% do total de registos.

Concluimos que os conhecimentos sobre AM estão correlacionados com a idade e que as grávidas que pensam amamentar detêm mais conhecimentos sobre o AM do que aquelas que ainda não decidiram sobre o ato de amamentar.

Ao finalizarmos esta investigação, não poderemos deixar de referir os ensinamentos e contributos obtidos. Face aos objetivos traçados, pensamos que os mesmos foram alcançados na globalidade. Os resultados do estudo identificam alguns aspetos fundamentais da importância dada pelas grávidas ao AM.

Por outro lado, verificamos também aspetos inerentes ao resultado do acompanhamento e supervisão das grávidas na vigilância pré-natal nos respetivos Centros de Saúde.

Confirmamos que as mesmas revelaram ter conhecimentos sobre o aleitamento, com a valorização em termos de instrução e reconhecimento de que são os profissionais de saúde, neste caso os enfermeiros os principais veículos de informação. O que por si, denotam a visibilidade das intervenções dos enfermeiros em termos de comunicação, relação terapêutica, das técnicas e procedimentos utilizados no dia a dia em termos da educação para a saúde, bem como das boas práticas em uso na área da saúde materno-infantil. A continuidade do acompanhamento, durante um longo período pode ser o fator que de certa forma justifica e contribui para a visibilidade do papel e das intervenções do enfermeiro nesta área.

Em conformidade com os resultados desta investigação, os programas e recomendações das Entidades, Instituições, Organismos Nacionais e Internacionais, bem como dos investigadores e estudos referidos ao longo desta investigação, torna-se pertinente e fundamental continuar a investir nesta área quer na sensibilização, informação, no acompanhamento das grávidas na vigilância pré-natal, na vigilância das puérperas e do RN (até aos 28 dias) e nos períodos subsequentes para que o aleitamento seja uma realidade, quer em termos de tempo de duração, quer como um recurso natural, humano, económico, protetor em termos de saúde para a mãe e filho, bem como vinculativo da díade e da relação mãe e filho.

Os fatores associados ao sucesso do AM são e atuam em momentos diferentes, nomeadamente antes e durante a gravidez, durante e após o parto e ainda depois da alta clínica. As intervenções aumentam o sucesso do AM (Pereira, 2004).

4.2. Sugestões/Considerações finais

A prática do AM exclusivo é considerada pela OMS uma recomendação mundial de Saúde Pública, sendo reconhecido por esta organização o importante papel dos profissionais de saúde na proteção, promoção e apoio ao AM.

Atualmente, as políticas de saúde proporcionam condições favoráveis para a gravidez e conseqüentemente, numa fase posterior, para o AM. Consideramos que muito ainda poderá ser feito, no entanto, já foi dado um grande passo na valorização e no incentivo para o AM.

Dado que neste estudo verificamos que algumas grávidas são vigiadas fora do Centro de Saúde da área de residência, consideramos ser importante estudar a vantagem da realização de todas as consultas de saúde materna na mesma instituição para evitar a dispersão de informação.

Da nossa experiência no âmbito da consulta de vigilância de saúde materna, verificamos que a maior parte das grávidas recorre isoladamente à consulta. Seria importante motivar os pais a estarem presentes na consulta, como elemento ativo.

Após a conclusão deste trabalho de investigação, pretendemos:

- Divulgar os resultados deste estudo junto das grávidas intervenientes, nos diversos Centros de Saúde;
- Promover medidas para a divulgação dos resultados na ULSNE, com a participação de várias entidades especialistas nesta área;
- Publicar os resultados obtidos relativamente à problemática em estudo em artigos científicos sobretudo na área de enfermagem;
- Promover ações de sensibilização e informação sobre as boas práticas e de incentivo ao AM.

Por último, gostaríamos de agradecer a disponibilidade de todas as grávidas, dos profissionais de saúde que colaboraram no estudo, bem como da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real – UTAD e professores que sempre nos apoiaram.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L.S., & Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (2a ed.). Braga: Artes Gráficas.
- Andrade, L. (2000). Puerpério e lactação. In L.M. Graça, *Medicina materno fetal* (2a ed., vol. 1, cap. 30, pp. 423-429.). Lisboa: Lidel.
- Araújo, R.M.A., & Almeida, J.A.G.D. (2007). Aleitamento materno: O desafio de compreender a vivência. *Revista de Nutrição*, 20 (4), 431-438.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bellamy, C. (1999). *A situação mundial da infância 1999*. Brasília: UNICEF.
- Black, R.E., Allen, L.H., Bhutta, Z.A., Caulfield, L.E., A.B., Laura, E.C., Onis, M., Ezzati, M., Mathers, C., Rivera, J., & The Maternal and Child Undernutrition Study Group. (2008, January 19). Maternal and child undernutrition: Global and regional exposures and health consequences. *The Lancet*, 371 (9608), 243-260.
- Canavarro, M.C. (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade* (2a ed.). Coimbra: Quarteto.
- Cardoso, Lidia. (2006). Aleitamento materno: uma prática de educação para a saúde no âmbito da enfermagem obstétrica. Dissertação de Mestrado em Educação. Braga. Universidade do Minho.
- Carvalho, M.R. (2005). Amamentar es un acto ecológico. In M.J. Aguilar Cordero, *Lactancia materna* (pp. 555-561). Madrid: Elsevier.
- Carvalho, M.R., & Tamez, R.N. (2002).. *Amamentação: Bases científicas para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Centeno, M. (2005). Puerpério e lactação. In L.M. Graça, *Medicina materno-fetal* (3ª ed., vol. 1, pp. 327-332). Lisboa: Lidel.
- Cordero, M.J. (2005). Composición, propiedades y bioquímica de la leche humana. Principios inmediatos. In M.J. Aguilar Cordero, *Lactancia materna* (pp. 53-63). Madrid: Elsevier.
- Cunningham, A. S. (1991). Role of the paediatrician in promoting breast-feeding (reply). *J Pediatr*, 119, 843-844.
- Davies, M. (1993). *O livro da amamentação*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Decreto-Lei n.º 89/2009*, de 9 de abril. Regulamenta a proteção na parentalidade, no âmbito da eventualidade maternidade, paternidade e adoção, dos trabalhadores que exercem funções públicas integrados no regime de proteção social convergente. Diário da República, 70. Série I.

- Direção Geral da saúde. (2003). Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários: *Orientações técnicas: Vigilância pré-natal e revisão do puerpério*. Lisboa: Autor.
- Direção Geral da Saúde. (2012). *Programa nacional de saúde materna*. Lisboa: Autor.
- Direção Geral da Saúde. (2004). *Plano nacional de saúde: Orientações estratégicas*. Recuperado e 22 setembro, 2012, de http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns /media/pns_vol2.pdf.
- Falcão, M.C. (2003). *Nutrição do recém-nascido*. São Paulo: Atheneu.
- Ferreira, Inês; Alarcão, Violeta; Simões, Rui; Fernandes, Milene; Nicola, Paulo.(2004). Prevalência e determinantes do AM em Portugal.Instituto de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Fortin, M.-F., Vissandjee, B., & Côté, J. (2003). *Escolher um problema de investigação*. In M.-F. Fortin. *O processo de investigação: Da concepção à realização* (Cap. 4, pp. 47-60). Loures: Lusociência.
- Fortin, M-F., Côté, J., & Vissandjée, B. (2003). A investigação científica. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (Cap. 1, pp. 15-24). Loures: Lusociência.
- Giugliani, E.R.J. (2005). Amamentação exclusiva e sua promoção. In M.R. Carvalho, & R.N. Tamez, *Amamentação: Bases científicas para a prática profissional* (2a ed., pp. 11-24). Rio de Janeiro: Guanabra Koogan.
- Gonçalves, A.C, & Bonilha, L.L, (2005). Crenças e práticas da nutriz e seus familiares relacionadas com o aleitamento materno. *Rev.Gáucha Enferm.*, 26 (3), 333-334.
- Hernandez, J. A. E. & Hutz, C. S. (2008). *Gravidez do primeiro filho: papéis sexuais, ajustamento conjugal e emocional. Psicologia: teoria e pesquisa*, 24 (2), 133-141. Recuperado em 16 novembro, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v24n2/ 01.pdf>
- Ingram, J., Johnson, D., & Greenwood, R. (2002). Breastfeeding in Bristol: Teaching good positioning, and support from fathers and families. *Midwifery*, 18 (2), 87-101.
- Issler, H. (2003). Orientação clínica da lactação. In R. Feferbaum & M.C. Falcão, *Nutrição do recém-nascido* (Cap.19, pp. 243-249). São Paulo: Atheneu.
- Lagacé, L. (2000). *A alimentação da criança*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Leitão, M.L.H. (1998). *A gravidez de alto risco genético: Contributo para a compreensão dos fenómenos psicológicos envolvidos*. Tese de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Levy, L., & Bértolo, H. (1993). *Manual de aleitamento materno*. Comité Português para a UNICEF / Comissão Nacional – Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- Levy, L., & Bértolo, H. (2002). *Manual do aleitamento materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos do Bebé.
- Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Bobak, I.M. (2002). *O cuidado em enfermagem materna* (5a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Maiá, M.J.C. (2007). *O papel do enfermeiro num estudo de adesão ao aleitamento materno*. Dissertação de mestrado não publicada. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

- Maldonado, M.T.P. (2002). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério* (16a ed.). São Paulo: Saraiva.
- Martins, M. (2001). Aleitamento materno: Um dom a não perder. *Revista Sinais Vitais*, 35, 21-27.
- Meireles, A., & Costa, M.E. (2003). *A vivência do corpo e a relação mãe-bebê na gravidez*. Recuperado em 16 novembro, 2012, de http://sigarra.up.pt/fpceup/pubs_web.show_public_file?p_id=37061.
- Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde: Orientações Estratégicas para 2004-2010*. Lisboa: Autor.
- Montenegro, E.E. (2001). *Evolução do aleitamento materno no município do Rio de Janeiro 1996-2003*. Produção Técnico-Científica.
- Montenegro, R. (1992). *Obstetrícia fundamental* (6a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Nestlé (1997). *O livro da mamã*. Linda-a-Velha: Autor.
- Northrup, C. (2004). *Corpo de mulher sabedoria de mulher* (3a ed.). Porto: Sinais de Fogo.
- Nunes, E., & Breda, J. (s.d.). *Manual para uma alimentação saudável em jardins de infância*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Oliveira, A. M. (2002). *O auto-conceito no doente psoriático adulto em internamento*. Tese de Mestrado em Toxicodependência e Patologias Psicossociais não publicada, Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Competências dos enfermeiros especialistas*. Recuperado em 10 maio, 2012, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>.
- Organização Mundial de Saúde. (1985). *As metas da saúde para todos: Metas da estratégia regional europeia da saúde para todos*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Nutrition: World declaration and plan of action for nutrition*. International conference on nutrition. Recuperado em 11 novembro, 2012, de <http://www.who.int/nut/publications.htm#pol>.
- Organização Mundial de Saúde. (2007). *Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington, DC, USA*. Genève: Author.
- Organização Mundial de Saúde/Fundo das Nações Unidas para a Infância. (1993). *Aconselhamento em amamentação. Um curso de treinamento. Guia do treinador*. Lisboa: OMS, UNICEF.
- Organização Mundial de Saúde/UNICEF (1992). *Baby friendly initiative Hospital Level Implementation*
- Pereira, M.A. (2004). *Aleitamento materno: Importância da correção da pega no sucesso da amamentação*. Loures: Lusociência.
- Pereira, M.A. (2005). *Aleitamento materno. Estabelecimento e prolongamento da amamentação. Intervenções para o seu sucesso*. Tese de doutoramento não publicada. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédica de Abel Salazar, Porto.
- Pessoa, O. Jr. (2010). *Teoria do conhecimento e filosofia da ciência I. Definição de conhecimento*. Capítulo II.

- Platão (s/d), Mênon. In *Diálogos I: Mênon, Banquete, Fedro*. Rio de Janeiro, pp. 44-74 (orig. c. 387-380 a.C.), p. 72 (98a).
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (1999). *Fundamentos de enfermagem* (4a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rato, P.I. (1998). Ansiedade *perinatais em mulheres com gravidez de risco e em mulheres com gravidez normal*. *Análise Psicológica*, 16 (3), 405-413.
- Relvas, A.P., & Lourenço, M.C. (2001). Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade. Perspectiva sistémica. In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto.
- Roy, J. (2000). O aleitamento materno. *Servir*, 48 (4), 203-208.
- Sanches, M.T.C. (2004). Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. *Jornal de Pediatria*, 80 (5), Suppl., S155-S162.
- Sandes, A.R., Nascimento, C., Figueira, J., Gouveia, R., Valente, S., Martins, S., Correia, S., Rocha, E., & Silva, L.J. (2007). Breastfeeding: Prevalence and determinant factors. *Acta Med Port*; 20 (3), 193-200.
- Seeley, R., Stephens, T.D., & Tate, P. (1997). *Anatomia e fisiologia*. Lisboa: Lusodidacta.
- Smeltzer, S.C., & Bare, B.G. (2002). *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica* (9a ed., vol.3). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Teruya, K., & Coutinho, S.B. (2002). Sobrevivência infantil e aleitamento materno. In J.D. Rego (Org.), *Aleitamento materno* (pp. 5-20). São Paulo: Atheneu.
- World Health Organization. (1989). *Protecting and supporting breastfeeding: The special role of maternity services*. Geneve: A joint WHO/UNICEF Statement. WHO/UNICAF Guidelines. New York: WHO and UNICEF.

APÊNDICES

Apêndice A

Declaração de Innocenti

Com o intuito de combater o desmame precoce e contribuir para o crescimento saudável da criança, a **OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)**, emitiram a **"Declaração de Innocenti"**, estabelecendo um conjunto de medidas para promoção, proteção e apoio ao AM, **"Os Dez Passos para o Sucesso do AM"** :

- 1** – Ter uma norma escrita sobre o AM, que deve ser rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde.
- 2** – Treinar toda a equipe de saúde, capacitando-a para implementar essa norma.
- 3** – Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do AM.
- 4** – Ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento.
- 5** – Mostrar as mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
- 6** – Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico.
- 7** – Praticar o alojamento conjunto – permitir que as mães e bebês permaneçam juntos – vinte e quatro horas por dia.
- 8** – Encorajar o aleitamento sob livre demanda.
- 9** – Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio.
- 10** – Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento, para onde as mães deverão ser encaminhadas, por ocasião da alta do hospital ou ambulatório.

Apêndice B

Questionário

“Importância do AM na perspectiva da Grávida”



Escola Superior de Enfermagem de Vila Real

Mestrado em Enfermagem Comunitária

“Importância do aleitamento materno na perspectiva da puérpera”

Este questionário faz parte integrante de um trabalho de investigação sobre a importância do aleitamento materno. Para a sua execução é necessária a vossa colaboração no preenchimento do mesmo.

Este estudo tem como finalidade entender a importância que as grávidas conferem à prática do aleitamento materno, em diferentes Centros de Saúde pertencentes à ULS Nordeste.

Neste âmbito, peço-lhe que leia e responda a todas as questões de forma verdadeira. Não existem respostas corretas ou incorretas, o que interessa é a sua opinião.

O questionário é anónimo e confidencial. Desde já agradeço a colaboração e disponibilidade.

Assinale com uma cruz (X) a(s) alínea(s) que está(ão) de acordo com a sua opinião, nas questões com um espaço em branco procure responder de forma legível.

Por favor, não deixe nenhuma questão por responder para que possa validar o seu questionário.

MUITO OBRIGADO

Parte I – Dados sócio - demográficos

1. Idade: _____

2. Estado civil:

- Solteira
- Casada
- Divorciada
- Viúva
- Outro, qual? _____

3. Residência?

- Meio rural
- Meio urbano

4. Habilitações literárias:

- Não frequentou a escola
- Primeiro ciclo do ensino básico (1º ao 4º ano)
- Segundo ciclo do ensino básico (5º ao 6º ano)
- Terceiro ciclo do ensino básico (7º ao 9º ano)
- Ensino Secundário (10º ao 12º ano)
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

5. Situação perante o trabalho:

- Reformada
- Desempregada
- Estudante
- Trabalhador estudante
- Trabalhador sector primário (agricultura, mineração, pesca, pecuária)
- Trabalhador sector secundário (produção de roupas, máquinas, automóveis, casas, alimentos industrializados, etc.)
- Trabalhador sector terciário (comércio, educação, saúde, telecomunicações, serviços de informática, seguros, transporte, serviços de limpeza, serviços de alimentação, turismo, serviços bancários e administrativos, transportes, etc.)

6. Com quem vive?

- Sozinho (a)
- Cônjuge
- Cônjuge e filho (s)
- Filho (s)
- Com os pais
- Pais e avós
- Outros Quais? ____

Parte II – Vigilância de Saúde

7. Qual o Centro de saúde a que pertence?

- Carrazeda de Ansiães
- Vila Flor
- Mirandela
- Moncorvo
- Macedo de Cavaleiros

8. Realiza habitualmente as consultas de saúde materna no Centro de Saúde?

- Sim
- Não
- Por vezes

8.1 Se sim, por que profissionais de saúde são realizadas as suas consultas ?

- Médico
- Enfermeiro
- Outros profissionais de saúde, quais? _____

9. É a primeira gravidez?

- Sim
- Não

9.1 Se não, alguma vez amamentou o (s) seu (s) filho(s)?

- Sim
- Não

9.1.2 Se sim, durante quanto tempo (meses)? _____

10. Tem conhecimentos acerca das vantagens do Aleitamento materno?

- Sim
- Não
- Alguns

10.1 Se sim, quais as principais fontes de informação?

- Profissionais de saúde
- Media (rádio, televisão , jornais ...)
- Literatura da área
- Familiares
- Outros, quais? _____

11. Na sua opinião, o aleitamento materno deverá ser prioritário relativamente ao leite adaptado?

- Sim
- Não

12. O Aleitamento Materno (AM) encerra inúmeras e inquestionáveis vantagens, das seguintes afirmações seleccione com (V) as verdadeiras e com (F) as falsas.

- O AM é mais rápido e económico.
- O leite adaptado é mais rico em nutrientes.
- O leite materno confere maior proteção ao bebé.
- O leite adaptado é mais seguro.
- O leite materno é insuficiente para o bebé.
- O bebé pode beber leite de vaca antes do ano de idade.
- O leite adaptado é mais vantajoso para o bebé que o leite materno.

13. No seu caso, quais os fatores que contribuem para a decisão da aceitação ou não do A.M?

- Fatores socioeconómicos.
- Fatores sociais.
- Mudança da imagem corporal.
- Opinião de familiares e amigos.
- Opinião dos profissionais de saúde.
- Fatores profissionais.
- Interesse próprio.
- Outros, quais? _____

14. Pensa amamentar o seu filho?

- Sim
- Não
- Não sei

14.1 Se não, qual o motivo? _____

MUITO OBRIGADO!

Enfermeiro : Aníbal Manuel Cardoso

Apêndice C

Pedido de autorização para aplicação do instrumento de recolha de dados

EX.MO SENHOR PRESIDENTE
DA ADMINISTRAÇÃO DA ULS
NORDESTE E.P.E

Aníbal Manuel Cardoso, Enfermeiro no Centro de Saúde de Carrazeda de Ansiães e aluno do 1º Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária, da UTAD- Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, vem muito respeitosamente pedir autorização para a aplicação de questionários, às grávidas dos Centros de Saúde de Carrazeda de Ansiães, Mirandela, Vila Flor e Macedo de Cavaleiros e Moncorvo subordinados ao tema: “*Importância do aleitamento materno na perspetiva da grávida.*”.

Com este questionário pretendemos identificar os conhecimentos das grávidas acerca do aleitamento materno e de que forma poderão ser um fator determinante na decisão de amamentar e posteriormente poderem ser repensadas linhas de orientação no âmbito do programa de saúde materna. Atenção por objetivo do estudo e as finalidades tal como estão no resumo.

Após a conclusão desta investigação daremos conhecimento dos resultados obtidos, bem como divulgar os resultados junto dos intervenientes e na comunidade, nomeadamente na ULSNE.

Carrazeda de Ansiães, 10 Março de 2012

Desde já agradeço a colaboração.

Com os melhores cumprimentos

Aníbal Manuel Cardoso

Apêndice D

Termo de Consentimento Informado

Aluno : Aníbal Manuel Cardoso

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Sou enfermeiro do Centro de Saúde de Carrazeda de Ansiães que se encontra a realizar um estudo de investigação sobre “Importância do aleitamento materno na perspetiva da grávida”, e necessito da sua colaboração no preenchimento deste questionário.

Este é dirigido a todas as mães que voluntariamente queiram participar no estudo e o seu preenchimento requer apenas alguns minutos.

As respostas dadas serão confidenciais.

É importante que responda a todas as questões com o máximo de rigor, e espontaneidade.

Peço-lhe que responda segundo as instruções que lhe vão sendo dadas ao longo do questionário, assinalando com um X a resposta ou respostas que escolher.

Se concordar participar neste estudo, assine no espaço abaixo indicado.

Tomei conhecimento do objetivo do estudo, tendo sido esclarecida sobre todos os aspetos que considere importantes e obtida resposta às questões por mim colocadas.

Fui informada que tenho direito a recusar participar e a retirar-me do estudo a qualquer momento, não tendo por isso qualquer consequência.

Declaro assim, que aceito participar neste estudo.

_____ Data ____/____/____

Obrigado pela sua colaboração,

Enfermeiro Aníbal Manuel Cardoso