

Luísa Isabel Amorim Mota Almeida

Fatores que influenciam a Amamentação à Alta em Recém-Nascidos após o internamento numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria



Janeiro de 2017

Luísa Isabel Amorim Mota Almeida

Fatores que influenciam a Amamentação à Alta em Recém-Nascidos após o internamento numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Graça Aparício

Coorientador:

Professor Doutor João Carvalho Duarte



Janeiro de 2017

“Ter desafios é o que faz
a vida interessante,
e superá-los é o que faz
a vida ter sentido.”

Joshua J. Marine

Agradecimentos

Na elaboração deste trabalho, contribuíram, para o seu desenvolvimento, várias pessoas, sem as quais não teria sido possível a sua concretização. A todos queria expressar a minha profunda gratidão.

À professora Doutora Graça Aparício, por me ter dado o privilégio de ser orientadora deste trabalho e pelo seu profissionalismo, dedicação, acompanhando, dando o estímulo necessário para que esta etapa fosse percorrida e alcançada;

Ao Professor Doutor João Duarte, por todo o acompanhamento, disponibilidade, rigor imprescindível no tratamento estatístico.

A todos as mães que participaram neste estudo, porque sem a sua colaboração este trabalho não seria possível;

Aos meus amigos e colegas, principalmente Laurentina Andrade e Nuno Ribeiro, que desde o primeiro momento, me apoiaram e incentivaram neste percurso;

Ao meu marido, filhos, pais, família, sempre disponíveis para ajudar e colaborar nas tarefas que não pude estar mais presente.

A todos vós, o **meu sincero e profundo reconhecimento!**

Resumo

Introdução: O leite materno é um alimento vivo, completo e natural, adequado a todos os recém-nascidos, salvo raras exceções, sendo uma das formas mais eficientes de suprir necessidades nutricionais, imunológicas e emocionais do bebé, ainda com maior relevo nos Recém-nascidos doentes e internados em Neonatologia.

Inúmeras estratégias hospitalares têm sido implementadas com o objetivo de valorizar a amamentação de recém-nascidos doentes nas Unidades de Apoio Perinatal Diferenciado, promovendo a amamentação e o vínculo afetivo da díade mãe-bebé.

Objetivos: Identificar a relação entre as características sociodemográficas maternas, as variáveis obstétricas e clínicas do Recém-Nascidos e os conhecimentos e dificuldades das mães na amamentação à alta de recém-nascidos internados numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado; Identificar os fatores maternos e do Recém-Nascido que se relacionam com a amamentação à alta do recém-nascidos internados numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado.

Metodologia: Estudo quantitativo, do tipo descritivo analítico-correlacional de corte transversal, realizado numa amostra não probabilística, composta por 100 mães, com média de idade de 29,63 anos (DP= 5,395) que acompanhavam os seus filhos numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado num hospital público do Norte de Portugal. Para a recolha de dados utilizou-se um questionário de autorrelato da vivência das mães sobre a amamentação, desenvolvido por Sousa (2014).

Resultados: Registou-se um predomínio de mães com o 2º e 3º ciclo do ensino básico, empregadas, a viver numa zona urbana, com companheiro. Do ponto de vista obstétrico, 56% tiveram parto distócico, 69% não frequentaram aulas de preparação para o parto e 51% tinham apenas aquele filho. Clinicamente os bebés nasceram de termo 61% e a patologia mais frequente foi o Risco Infecioso, seguida da prematuridade (32%).

Todas as mães consideram que a Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado promove a Amamentação e consideraram os enfermeiros como o profissional mais indicado para prestar apoio (92%) e esclarecer as dúvidas (96%). O nível de conhecimentos sobre amamentação foi classificado como suficiente para 48% das mães e 53% apresentaram dificuldades com a amamentação. O estudo revelou ainda que os conhecimentos eram mais elevados nas mães com ensino superior, que tiveram um parto distócico, que tinham apenas um filho, nas mães de recém-nascidos com *outras patologias* e nas que não tinham amamentado anteriormente.

As dificuldades evidenciaram-se nas mães que tiveram parto eutócico e nas que tiveram um filho macrossómico.

Conclusão: A passagem do conhecimento do profissional para a capacitação da mãe para a amamentação, sobretudo perante um bebé com patologia é uma tarefa árdua a ser ultrapassada. Os profissionais de saúde deverão iniciar uma reflexão conjunta sobre as suas práticas e formação sobre aleitamento materno, confrontando as simetrias e/ou assimetrias entre os pontos de vista dos enfermeiros e utentes, para melhor serem ultrapassadas as dificuldades.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento materno; Conhecimentos; Dificuldades; Enfermeiros; Mães; Neonatologia.

Abstract

Background: Breast milk is a living, complete and natural food suitable for all newborns, with rare exceptions, being one of the most efficient ways of suppressing the nutritional, immunological and emotional needs of the baby, even more important in sick babies admitted in a Neonatology unit.

Numerous hospital strategies have been implemented with the objective of valuing breastfeeding of sick newborns in the Differentiated Perinatal Support Units, promoting breastfeeding and the affective bond of the mother-baby dyad.

Objectives: To identify the relationship between maternal sociodemographic characteristics, obstetric and clinical variables of the Newborn and the knowledge and difficulties of mothers in breastfeeding newborns hospitalized in Differentiated Perinatal Support Units; to identify maternal and Newborn factors related to breastfeeding at the discharge of newborns hospitalized in a Differentiated Perinatal Support Units.

Methodology: A quantitative, cross-sectional, descriptive and correlational study was performed in a non-probabilistic sample, composed of 100 mothers, with mean age of 29.63 years ($SD = 5,395$) who followed their children in a Differentiated Perinatal Support Unit in a public hospital in northern of Portugal. For data collection we used a self-report questionnaire of experience living of mothers about breastfeeding, developed by Sousa (2014).

Results: There was a predominance of mothers with the 2nd and 3rd cycle of basic education, employed, living in an urban area with a partner. From the obstetric point of view, 56% had dystocia delivery, 69% did not attend childbirth classes and 51% had only that child. Clinically 61% of babies were born in term pregnancy and the most frequent pathology was Infectious risk, followed by prematurity (32%).

All mothers consider that the Differentiated Perinatal Support Unit promotes Breastfeeding and the nurses to be the most appropriate professional to provide support (92%) and clarify doubts (96%). The level of knowledge about breastfeeding was classified as sufficient for 48% of mothers and 53% presented difficulties with breastfeeding. The study also revealed that knowledge was higher in mothers with higher education, who had a single child, with dystocia delivery, in mothers of newborns with other health conditions and those who had not previously breastfed. The difficulties were evidenced in mothers who had eutocic delivery and those who had a overgrowth baby.

Conclusion: The crossover from the knowledge of the professional to the skills training in mothers for breastfeeding, especially when the baby has pathology, is an arduous task to be overcome. Health professionals should initiate a joint reflection on their practices and training on breastfeeding, comparing the symmetries and / or asymmetries between the points of view of nurses and users, in order to better overcome the difficulties.

Keywords: Breastfeeding; Knowledge; Difficulties; Nurses; Mothers; Neonatology.

Sumário

	Pág.
Lista de Tabelas	15
Lista de Figuras	18
Lista de Gráficos	18
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos	20
Lista de Símbolos	21
Introdução	23
PARTE I - Fundamentação Teórica	27
1 – O leite materno	29
1.1. Fisiologia da Lactação	30
1.2. Composição do leite materno	33
1.3. Vantagens e desvantagens do aleitamento materno	34
1.4. Aleitamento correto	35
1.5. Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento	38
2. Amamentar ontem e hoje	41
2.1. Prevalência da amamentação	43
2.2. Conhecimentos sobre amamentação	47
2.3. Influências do nível socioeconómico/habitações literárias	48
2.4. Atitudes/experiências durante a gravidez e parto	49
2.5. Fatores facilitadores	53
2.5.1. Efeitos da comunicação	54
2.5.2. Organização dos serviços de saúde e atitudes dos profissionais de saúde	56
2.6. Principais dificuldades	59
2.6.1. Dificuldades Fisiológicas maternas	62
2.6.2. Dificuldades relacionadas com o bebé	62
3. Internamento do recém-nascido em Neonatologia/UCIN	65
3.1. Aleitamento Materno em Recém-nascidos internados	65
3.1.1. Condicionantes da amamentação relacionadas com o recém-nascido	66
3.1.2. Condicionantes da amamentação relacionadas com a mãe	71
PARTE II - Investigação Empírica	75
1. Metodologia	77
1.1. Métodos	77
1.2. Critérios de recodificação e operacionalização e das variáveis	79
1.3. Caracterização sociodemográfica da amostra	83
1.4. Instrumento de Colheita de Dados	84
1.5. Procedimentos formais e éticos	85
1.6. Análise de Dados	87
2. Resultados	89
2.1. Análise descritiva	89

	Pág.
2.2. Análise Inferencial	99
3. Discussão	121
3.1. Discussão Metodológica	121
3.2. Discussão dos Resultados	122
4. Conclusão	133
Referências bibliográficas	139
Anexos	145
Anexo I - Instrumento de Recolha de Dados	147
Anexo II - Autorização para Utilização do Instrumento	151
Anexo III - Autorização da Instituição	152
Anexo IV - Consentimento Informado	153

Lista de Tabelas

	Pág.
Tabela 1. Alguns indicadores de aleitamento materno	46
Tabela 2. Identificação das mulheres com alto risco de insucesso do AM	50
Tabela 3. Recodificação e operacionalização das variáveis	80
Tabela 4. Operacionalização dos conhecimentos globais das mães	81
Tabela 5. Pontos de corte para classificação dos conhecimentos globais das mães	82
Tabela 6. Operacionalização das dificuldades/problemas das mães	82
Tabela 7. Pontos de corte para classificação das dificuldades globais das mães	83
Tabela 8. Estatísticas da idade das mães	83
Tabela 9. Caracterização sociodemográfica das mães	84
Tabela 10. Caracterização obstétrica das mães	90
Tabela 11. Estatísticas relativas ao número de filhos	90
Tabela 12. Caracterização dos recém-nascidos.....	91
Tabela 13. Estatísticas relativas a Idade Gestacional	91
Tabela 14. Estatísticas relativas ao peso ao nascer dos recém-nascidos	92
Tabela 15. Informações sobre Aleitamento materno	92
Tabela 16. Local onde obteve informações sobre aleitamento materno	93
Tabela 17. Conhecimentos das mães	93
Tabela 18. Duração da Amamentação exclusiva	94
Tabela 19. Teste binomial dos conhecimentos das mães em relação a amamentação	95
Tabela 20. Conhecimentos das mães sobre a pega	95
Tabela 21. Tipo de amamentação anterior	96
Tabela 22. Amamentação atual	96
Tabela 23. Amamentação atual correspondeu às expectativas	96
Tabela 24. Experiência atual na amamentação	97
Tabela 25. Estatísticas relativas ao início da amamentação	97
Tabela 26. Dificuldades na amamentação atual	97
Tabela 27. Problemas durante a amamentação	98
Tabela 28. Classificação do mamilo	98
Tabela 29. Apoio ao início da amamentação	98
Tabela 30. Apoio quando surgiam dúvidas na amamentação	99
Tabela 31. Neonatologia promove a amamentação	99

Tabela 32.	Teste de Chi-Square entre o nível de conhecimentos e grupos etários das mães	100
Tabela 33.	Teste de Likelihood entre o nível de conhecimentos e a escolaridade	101
Tabela 34.	Teste de Chi-Square entre o nível de conhecimentos e o estado civil	101
Tabela 35.	Teste de Chi-Square entre o nível de conhecimentos e o nº de filhos	102
Tabela 36.	Teste de Likelihood entre as dificuldades e a idade	102
Tabela 37.	Teste de Likelihood entre as dificuldades e a escolaridade	103
Tabela 38.	Teste de Fisher entre as dificuldades e o estado civil	103
Tabela 39.	Teste de Fisher entre as dificuldades e o número de filhos	104
Tabela 40.	Teste de Chi-Square entre o nível de conhecimentos e o tipo de parto	105
Tabela 41.	Teste de Likelihood entre o nível de conhecimentos e a amamentação anterior	105
Tabela 42.	Teste de Chi-Square entre o nível de conhecimentos e a preparação para o parto	106
Tabela 43.	Teste de Chi-Square entre as dificuldades e o tipo de parto	107
Tabela 44.	Teste de Fisher entre as dificuldades e a amamentação anterior	107
Tabela 45.	Teste de Fisher entre as dificuldades e a preparação para o parto	108
Tabela 46.	Teste de Chi-Square entre o nível de conhecimentos e a idade gestacional ..	108
Tabela 47.	Teste de Likelihood entre o nível de conhecimentos e patologia do RN	109
Tabela 48.	Teste de Likelihood entre o nível de conhecimentos e o peso ao nascer.....	110
Tabela 49.	Teste de Fisher entre as dificuldades e idade gestacional	110
Tabela 50.	Teste de Likelihood entre as dificuldades e a patologia	111
Tabela 51.	Teste de Likelihood entre dificuldades e o peso ao nascer	112
Tabela 52.	Teste de Likelihood entre amamentar e nível de conhecimentos	112
Tabela 53.	Teste de Fisher entre o amamentar e as dificuldades.....	113
Tabela 54.	Teste de Fisher entre o amamentar e experiência da amamentação anterior	113
Tabela 55.	Teste de Fisher entre o amamentar e a preparação para o parto	114
Tabela 56.	Teste de Likelihood entre amamentar e idade	114
Tabela 57.	Teste Likelihood entre amamentar e a escolaridade	115
Tabela 58.	Teste de Fisher entre o amamentar e estado civil	115
Tabela 59.	Teste de Fisher entre o amamentar e o tipo de parto	116
Tabela 60.	Teste de Fisher entre o amamentar e o número de filhos	116

	Pág
Tabela 61. Teste de Fisher entre o amamentar e a idade gestacional	117
Tabela 62. Teste de Likelihood entre o amamentar e a patologia do RN	117
Tabela 63. Teste de Likelihood entre o amamentar e o peso a nascer	118
Tabela 64. Teste de Fisher entre o amamentar e o apoio de enfermagem	118
Tabela 65. Teste de Fisher entre amamentar e o apoio médico	119
Tabela 66. Teste de Fisher entre amamentar e o esclarecimento de dúvidas por parte da equipa de enfermagem	119
Tabela 67. Teste de Fisher entre o amamentar e o esclarecimento de dúvidas pela equipa médica	120

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1. Anatomia da mama	30
Figura 2. Mecanismo de produção de leite	31
Figura 3. Produção do leite durante a noite	32
Figura 4. Pega correta	36
Figura 5. Adaptação à mama correta	36
Figura 6. Percentagem de crianças <6 meses com amamentação exclusiva	46
Figura 7. Utilização de seringa no mamilo	61
Figura 8. Pouca produção de leite	62
Figura 9. Representação esquemática da relação prevista entre s variáveis estudadas	79

Lista de Gráficos

	Pág.
Gráfico 1. Evolução da duração do aleitamento materno exclusivo até aos 3 meses em Portugal de 1995 a 2006	44
Gráfico 2. Evolução da duração do aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses em Portugal de 1995 a 2006	44

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
AM	Aleitamento Materno
cf.	Confira
Cit por	Citado por
Col.	Colaboradores
CV	Coeficiente de variação
DGS	Direção Geral de Saúde
Dp	Desvio padrão
Dr.	Doutor
e.g.	Por exemplo
ed.	Edição
Ed. (Eds)	Editor (Editores)
E.P.E.	Entidade Pública Empresarial
et al.	E colaboradores
<i>H</i>	Teste de <i>Kruskal Wallis</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HLP	Hormona Lactogénica Placentar
i.e.	Isto é
IBFAN	<i>International Baby Food Action Network</i>
IHAB	Iniciativa do Hospital Amigos dos Bebés
k	Medida de kurtose
Max	Máximo
Min	Mínimo
n	Frequência
<i>ns</i>	Não significativo

OM	Ordenação Média
OMS	Organização Mundial de Saúde
Org.	Organizador
p	Nível de significância
p. (pp.)	Página (páginas)
r	Coeficiente de correlação
RAM	Registro do Aleitamento Materno
R.N.	Recém-Nascido
sk	Medida de simetria
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
Supl.	Suplemento
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i>
UAPD	Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado
WHO	<i>World Health Organization</i>
x^2	Teste de Qui-Quadrado

Lista de Símbolos

%	Porcentagem
<	Menor
>	Maior
≤	Menor ou igual
≥	Maior ou igual

Introdução

Hoje, como sempre, o leite materno é o melhor alimento para recém-nascidos e lactentes. As suas virtudes são universalmente reconhecidas. A amamentação é um ato natural e fisiológico e a sua promoção continua a ser uma prioridade para os cuidados de saúde perinatais, feita através de políticas de atuação bem definidas e de execução simples.

A decisão de amamentar é da inteira e soberana vontade da mãe e o sucesso do aleitamento materno depende dela, do recém-nascido e da intervenção segura e confiante de médicos e enfermeiras no acompanhamento e apoio à prática da amamentação. Esta vontade coletiva e institucional e uma ação coerente, partilhada e bem aceite por todos, são condições essenciais para o êxito.

O local de excelência para a concretização deste grande objetivo é a maternidade. Cabe a todos os profissionais de saúde acarinhar esses desejos, desvanecer receios e ansiedades, transmitir conhecimentos e práticas facilitadoras da alimentação ao peito.

O valor alimentar – nutritivo, biológico e afetivo – do leite materno é inquestionável, e as suas vantagens são tão evidentes que justificam um enorme esforço dos serviços de saúde. Amamentar é a melhor e a mais fácil e económica forma de promover a saúde das nossas crianças.

É extremamente importante que os recém-nascidos saiam das maternidades a mamar e que o façam até o mais tarde possível em exclusividade.

A admitir como verdadeiro o facto de mais de 90% dos recém-nascidos saírem das maternidades a mamar e ao mês de idade só o fazerem 50%, destaca o primeiro mês de vida como o mês de todas as dificuldades, onde a díade mãe/bebé são o principal foco e área de atenção relevante para a prática de cuidados de enfermagem em tempo útil (Consensos Neonatologia, 2004).

É com base nestes pressupostos que me proponho realizar o presente trabalho cujo tema é: “Fatores que influenciam a amamentação à alta em Recém-Nascidos após o Internamento numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado”.

Justifica-se a opção por esta temática com a premência de se perceber quais as intervenções educativas e de sensibilização são desenvolvidas pelos profissionais de saúde em prol do aleitamento materno, às mães de recém-nascidos internados numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado e desta forma se elencar novas práticas para que os profissionais assumam uma postura de autoconfiança e de segurança, no apoio efetivo às dúvidas e dificuldades práticas da amamentação neste âmbito.

Assim, delinear-se as seguintes questões que norteiam esta investigação: i) Qual a relação entre as características sociodemográficas e os conhecimentos e dificuldades das mães na amamentação à alta de recém-nascidos internados numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado? ii) Qual a influência das variáveis obstétricas e clínicas do Recém-nascido nos conhecimentos e dificuldades da mãe na amamentação, à alta dos recém-nascidos internados numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado? iii) Quais os fatores maternos e do Recém-Nascido se relacionam com a amamentação à alta dos recém-nascidos internados numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado?

Das questões supramencionadas, delineou-se um conjunto de objetivos: i) Identificar a relação entre as características sociodemográficas e os conhecimentos e dificuldades das mães na amamentação à alta de recém-nascidos internados numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado; ii) Analisar a influência das variáveis obstétricas e clínicas do Recém-Nascidos nos conhecimentos e dificuldades da mãe na amamentação, à alta do recém-nascidos internados numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado; iii) Identificar os fatores maternos e do Recém-Nascido que se relacionam com a amamentação à alta do recém-nascidos internados numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado.

Este trabalho encontra-se dividido em duas partes distintas. A primeira remete para a revisão da literatura, fazendo-se o enquadramento teórico. Deste modo, começa-se por contextualizar a amamentação quanto à sua fisiologia, composição do leite, vantagens e desvantagens. De seguida menciona-se a prevalência da amamentação, conhecimentos sobre a amamentação, fatores facilitadores da amamentação e as principais dificuldades. A segunda parte engloba a metodologia empregue no estudo e, consecutivamente, a contribuição pessoal para a investigação, nomeadamente a apresentação e discussão dos resultados e finalmente são tecidas as principais conclusões.

Consciente de que todo o esforço foi efetuado para que esta experiência se tornasse significativa, espera-se atingir os objetivos propostos e, desta forma, constituir um momento de crescimento pessoal e profissional, indispensáveis a um desenvolvimento saudável na formação. Espera-se igualmente que os resultados obtidos com este estudo tragam alguns contributos para se conhecer melhor o fenómeno na população estudada e para melhorar a prática de cuidados nas Unidades de Apoio Perinatal Diferenciado neste âmbito.

Parte I - Fundamentação Teórica

1. O leite Materno

O leite humano é muito diferente do leite de fórmula.

O leite materno contém todas as proteínas, açúcar, gordura, vitaminas e água que o bebé necessita para ser saudável. Além disso, contém determinados elementos que o leite de fórmula não consegue incorporar, tais como anticorpos e glóbulos brancos. É por isso que o leite materno protege o bebé de certas doenças e infeções (Levy e Bértolo, 2012).

Desde 1991, a Organização Mundial de Saúde, em associação com a UNICEF, têm vindo a empreender um esforço mundial no sentido de proteger, promover e apoiar o aleitamento materno.

As recomendações da Organização Mundial de Saúde relativas à amamentação são as seguintes:

- As crianças devem fazer aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade. Ou seja, até essa idade, o bebé deve tomar apenas leite materno e não deve dar-se nenhum outro alimento complementar ou bebida.

- A partir dos 6 meses de idade todas as crianças devem receber alimentos complementares (sopas, papas, etc.) e manter o aleitamento materno.

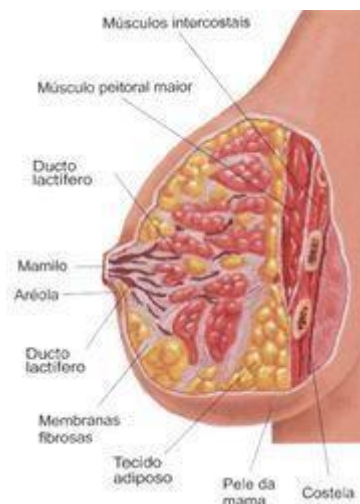
- As crianças devem continuar a ser amamentadas, pelo menos, até completarem os 2 anos de idade (OMS), se essa for a vontade da mãe.

É indiscutivelmente, que na fase inicial da vida, o leite humano é o alimento que reúne as características nutricionais ideais, com o equilíbrio adequado de nutrientes, além de desenvolver inúmeras vantagens imunológicas e psicológicas, importantes na diminuição da morbidade e mortalidade infantil. A amamentação é, então, importante para a criança, para a mãe, para a família e para a sociedade em geral (Marques, 2004).

1.1 – Fisiologia da lactação

A mama é constituída pelo mamilo e a área de pele mais escura que o rodeia e que se chama aréola mamária. Na aréola encontram-se as pequenas glândulas chamadas glândulas de Montgomery que segregam um fluido oleoso para manter a pele saudável. Dentro da mama estão os alvéolos que são pequeninos sacos feitos de células secretoras de leite. Há milhões de alvéolos – a figura mostra apenas alguns deles. A hormona prolactina faz com que estas células produzam leite. Em torno dos alvéolos há células musculares, as células mioepiteliais, que se contraem e expulsam o leite para fora dos alvéolos. A ocitocina provoca a contração dessas células musculares. Pequenos tubos, ou ductos, levam o leite dos alvéolos para o exterior. Sob a aréola, os ductos tornam-se mais largos permitindo que ao sugar o bebé recolha o leite. Os ductos tornam-se outra vez mais estreitos à medida que passam através do mamilo (Levy e Bértolo, 2012).

Figura 1 - Anatomia da mama

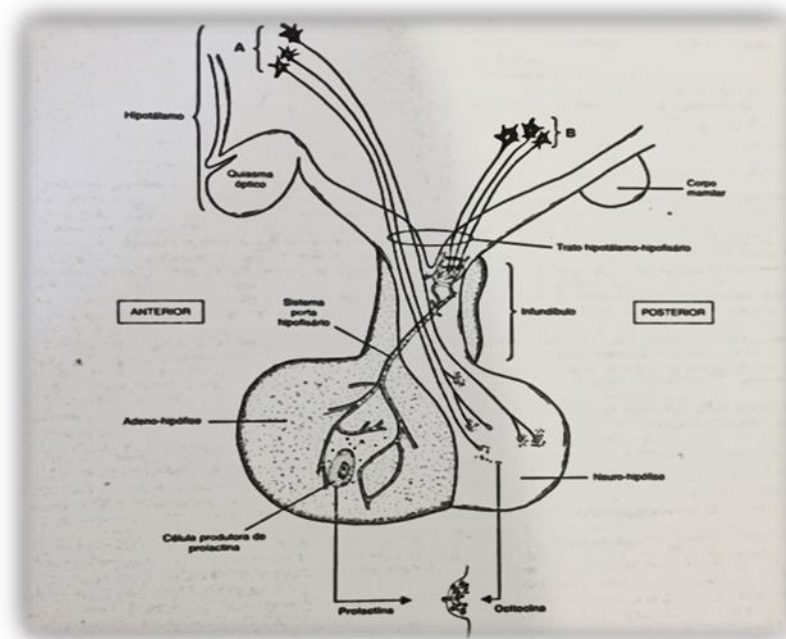


Fonte: Moore, L. K.; Dalley, A. F. and AGUR, A. M. R. (2007). *Anatomia Orientada Para Clínica*. 5ª. ed. Rio de Janeiro,. Acedido em: http://pt-br.infomedica.wikia.com/wiki/Fisiologia_da_Lacta%C3%A7%C3%A3o .

Os alvéolos e os ductos estão rodeados por tecido de sustentação e por gordura.

A gordura e o tecido de sustentação é que dão a forma à mama e fazem a maior parte da diferença entre uma mama grande e uma pequena. Tanto as mamas grandes como as pequenas contêm a mesma quantidade de tecido glandular e podem produzir uma grande quantidade de leite (Levy e Bértolo, 2012).

Figura 2 – Mecanismo de produção do leite



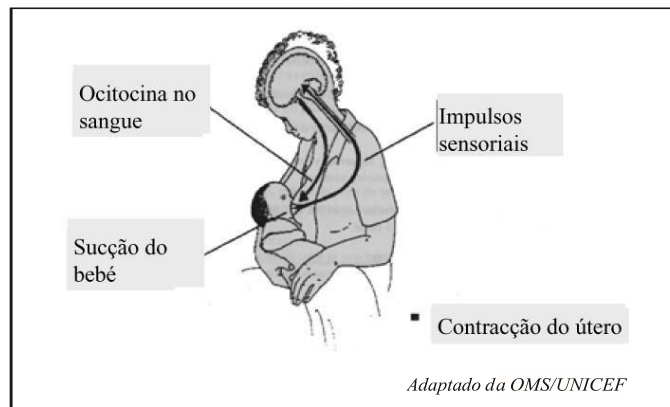
Fonte: Carvalho, M.R., Tamez, R.N. (2002). *Amamentação, bases científicas para a prática profissional*. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan S.A.

Quando um bebé mama, impulsos sensoriais vão do mamilo para o cérebro. Em resposta, a parte anterior da hipófise na base do cérebro segrega prolactina. A prolactina vai através do sangue para a mama, fazendo com que as células secretoras produzam leite (Levy e Bértolo, 2012).

A ocitocina alcança a mama através da corrente sanguínea e produz a concentração das células mioepiteliais dos alvéolos mamários, resultando a ejeção do leite para os ductos e seu fluxo pelo mamilo. Esse processo ocorre após cerca de um minuto que o bebé começou a sugar, porém, nas mulheres primíparas demora 3 a 5 minutos (Carvalho, 2002).

O primeiro contacto maternal do bebé é importante para o estabelecimento e desenvolvimento dos reflexos motores que vão garantir uma amamentação adequada. Quanto maior o contacto inicial entre o bebé e a mãe melhor é a amamentação. O bebé que recebe a primeira amamentação durante a primeira hora de vida aprende rapidamente essa técnica (Carvalho, 2002).

Figura 3 – Produção do leite durante a noite



Fonte: Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de aleitamento materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF e Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.

Quando um bebé suga, impulsos sensoriais vão do mamilo para o cérebro. Em resposta, a parte posterior da hipófise na base do cérebro segrega uma hormona chamada ocitocina.

A ocitocina vai através do sangue para a mama e produz a contração das células musculares, ou células mioepiteliais, em torno dos alvéolos. Isto faz com que o leite coletado nos alvéolos flua através dos ductos até ao mamilo. Chama-se a isto reflexo da ocitocina ou reflexo de ejeção.

A ocitocina é produzida mais rapidamente que a prolactina. A ocitocina faz com que o leite que já está na mama flua para essa mamada. A ocitocina pode começar a atuar antes que o bebé sugue, quando a mãe está preparada para amamentar. Se o reflexo da ocitocina não funciona bem, o bebé pode ter dificuldade em receber leite. Pode ter-se a impressão que as mamas deixaram de produzir leite. De facto as mamas continuam a produzir leite, mas este

não flui. A ocitocina provoca a contração do útero no pós-parto, o que ajuda a reduzir as perdas de sangue, para além de acelerar a involução uterina. Por vezes, nos primeiros dias aparecem dores uterinas, que podem ser bastante fortes, e também pequenas perdas de sangue (Levy e Bértolo, 2012).

1.2 . Composição do leite materno

A concentração de lactose presente no leite humano é praticamente o dobro da concentração no leite de vaca, porém a concentração proteica é três vezes maior no leite de vaca. E apenas um terço de cálcio e outros minerais estão presentes no leite humano, comparado com o leite de vaca.

Uma mulher pode produzir até 1,5 litros de leite por dia no seu auge da lactação. Com esse alto grau de lactação, grandes quantidade de substratos metabólicos são drenados da mãe, como gordura, lactose e fosfato de cálcio. Para suprir as possíveis necessidades de fósforo e cálcio, as glândulas paratiroides aumentam muito, e então, os ossos tornam-se progressivamente descalcificados. A descalcificação óssea durante a gravidez não representa grande problemas à mãe, mas pode tornar-se mais importante durante a lactação.

Além do leite proporcionar importante fonte de nutrientes ao recém-nascido, promove também importante proteção contra infeções. Há presença de grande quantidade de anticorpos e outros agentes anti-infeciosos, que são secretados no leite em conjunto com outros nutrientes. também diversos tipos de leucócitos são secretados, incluindo neutrófilos e macrófagos, alguns dos quais são especialmente letais contra bactérias que poderiam causar infeções mortais aos recém-nascidos. Existe uma particularidade em anticorpos e macrófagos que destroem a bactéria *Escherichia coli*, a qual tem grande incidência de causa de diarreia letal em bebés. Quando o leite de vaca é utilizado para suprir a nutrição no lugar do leite materno, os agentes protetores são perdidos, pois estes possuem pouco valor, sendo destruídos em questão de minutos no ambiente interno do ser humano.

1.3 – Vantagens e desvantagens do aleitamento materno

O leite materno é um alimento vivo, completo e natural, adequado para quase todos os recém-nascidos, salvo raras exceções.

As vantagens do aleitamento materno são múltiplas e já bastante reconhecidas, quer a curto, quer a longo prazo, existindo um consenso mundial de que a sua prática exclusiva é a melhor maneira de alimentar as crianças até aos 6 meses de vida.

O aleitamento materno tem vantagens para a mãe e para o bebé: previne infeções gastrintestinais, respiratórias e urinárias; tem um efeito protetor sobre as alergias, nomeadamente as específicas para as proteínas do leite de vaca e faz com que os bebés tenham uma melhor adaptação a outros alimentos. A longo prazo, é referida também a importância do aleitamento materno na prevenção da diabetes e de linfomas.

No que diz respeito às vantagens para a mãe, o aleitamento materno facilita uma involução uterina mais precoce, e associa-se a uma menor probabilidade de ter cancro da mama entre outros. Sobretudo, permite à mãe sentir o prazer único de amamentar.

Para além de todas estas vantagens, o leite materno constitui o método mais barato e seguro de alimentar os bebés e, na maioria das situações, protege as mães de uma nova gravidez. No entanto, é fundamental que todas as seguintes condições sejam cumpridas: aleitamento materno praticado em regime livre, sem intervalos noturnos, sem suplementos de outro leite, nem complementado com qualquer outro tipo de comida. Esta proteção pode prolongar-se até aos 6 meses do bebé e enquanto a menstruação não voltar (Levy e Bértolo, 2012).

Existem também algumas desvantagens para a mãe, pois o aleitamento materno é restritivo para a mãe, dado que mais ninguém pode cuidar do bebé por qualquer período de tempo.

As instalações para aleitamento materno em lugares públicos ainda são limitadas (Clayden, 2003). Para o bebé as desvantagens são que não se pode calcular o volume de leite que o bebé está retirando da mama, pelo que o peso do bebé deve ser verificado regularmente,

nas primeiras semanas, depois uma vez por semana até que a lactação esteja bem estabelecida (Clayden, 2003).

1.4 – Aleitamento correto

A amamentação bem sucedida é um processo interativo das necessidades físicas e psicológicas da mãe e do bebé. Para além da duração da amamentação e da ausência de problemas físicos, implica “uma opção fundamentada em vivências familiares, sociais e educacionais favorecedoras da amamentação, apoio familiar, confiança da mãe na sua capacidade de lactação e de cuidar do bebé, um bebé capaz de mamar eficazmente e que cresce e se desenvolve bem, assistência por profissionais de saúde capazes de atuar e ensinar a agir de modo a tornar a amamentação um êxito, um prazer e satisfação em amamentar e mamar” (Saraiva, 2010).

Para que a amamentação seja bem sucedida é fundamental para prevenir as alterações das funções orais é importante cuidar de estabelecer corretas estruturas, duras e moles, que possibilitem tonicidade adequada de toda a musculatura, correta postura da língua e lábios em perfeito encaixe bucal. Respiração com padrão nasal. Maturidade neural, a evolução e a adequação das funções orais. A amamentação faz isto e nada a pode substituir em qualidade e em eficiência.

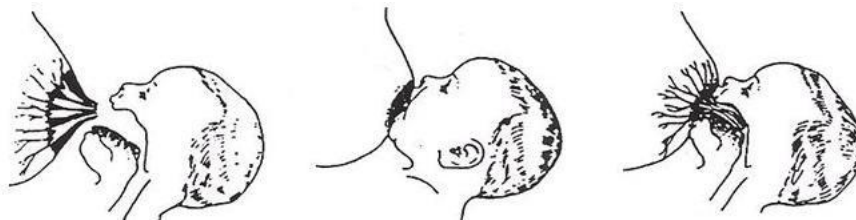
Para que a adaptação à mama seja correta o primeiro passo é a correta “pega”. Para que tal aconteça deve conseguir-se que o bebé apresente uma grande abertura da boca; após isso a criança deve abocanhar grande parte da aréola (2cm além do mamilo). O bico é distendido para o interior da boca, de tal forma que todo o palato duro entre em contacto com ele. A gordura das bochechas asseguram a ausência de ar ao se encaixarem e obliterarem os espaços entre cada um dos lados da língua.

O recém-nascido leva a ponta do bico até a região entre o palato mole e o palato duro, alongando-o cerca de 3 vezes o seu tamanho.

Logo após o mamilo ser abocanhado pela criança, a língua começa a se posicionar entre o rodete inferior e a base do mamilo, porém à frente da mandíbula. Nesta posição, todo o dorso da língua entra em contacto com a parte inferior do mamilo, da aréola à ponta que fica no limite do palato duro e palato mole, libertando totalmente a orofaringe, que fica

desobstruída para a passagem de ar. Este movimento receberá o leite da mama e o levará até a orofaringe para ser deglutido. Este tipo de posicionamento lingual é típico de crianças e é um reflexo visceral. Todos estes processos fazem parte dum movimento sinérgico e não estático, que podem acontecer concomitantemente. O bebé bem posicionado e com uma boa pega, inclina levemente o pescoço para trás, empurra o queixo contra o peito e mantém as narinas livres.

Figura 4 – Pega correta



Fonte: Moore, L. K.; Dalley, A. F. and AGUR, A. M. R. (2007). *Anatomia Orientada Para Clínica*. 5ª. ed. Rio de Janeiro,. Acedido em: http://pt-br.infomedica.wikia.com/wiki/Fisiologia_da_Lacta%C3%A7%C3%A3o .

Figura 5 – Adaptação à mama correta



Fonte: Moore, L. K.; Dalley, A. F. and AGUR, A. M. R. (2007). *Anatomia Orientada Para Clínica*. 5ª. ed. Rio de Janeiro,. Acedido em: http://pt-br.infomedica.wikia.com/wiki/Fisiologia_da_Lacta%C3%A7%C3%A3o .

Para uma amamentação correta:

- O bebé deve ser posicionado na altura das mamas;

- A barriga do bebé deve estar encostada na barriga da mãe (barriga-com-barriga). Assim, evitamos que o corpo do bebé esteja voltado para cima e apenas a cabeça esteja voltada para a mama. Além disto, o corpo do bebé deve ficar bem apoiado e não apenas a cabeça;
- O bebé e a mãe devem estar com o mínimo de roupa possível, possibilitando uma melhor movimentação e melhor “encaixe” do bebé no colo da mãe (durante o inverno, o bebé deve ser desenrolado de cobertores e mantas e aconchegado ao seio. As cobertas devem ser recolocadas sobre mãe e bebé. O corpo da mãe é mais quente e transmite o carinho do contacto para o bebé);
- A mãe deve estar bem acomodada. Se não estiver em poltrona, coloque travesseiros ou almofadas nas costas. Mantenha os joelhos mais altos do que o nível do quadril. Para isto, pode ser feito uso de um banquinho para acomodar os pés;
- A mãe pode amamentar deitada, sempre ajustando a posição de “barriga-com-barriga”;
- - A mãe deve prestar atenção no modo como o bebé pega a mama. A boca dele deve estar bem aberta. Abocanhando não apenas o mamilo, mas parte ou toda a aréola;
- O queixo do bebé deve encostar na mama. A boca do bebé deve estar bem aberta. Os lábios do bebé devem estar voltados para fora, e não curvados para dentro. Você pode encorajar a abertura da boca do bebé estimulando o lábio inferior com o mamilo, e também o queixo com toques suaves;
- A cabeça do bebé deve ficar centrada na mama. Assim, fica apoiada na dobra do braço materno, sem que a mãe tenha que afastar o braço do corpo;
- As mãos da mãe devem ficar livres para segurar o bebé e oferecer carinho durante a mamada. Sendo assim NÃO é necessário que a mãe segure o seio para o bebé sugar. Principalmente pinçando o mamilo e aréola entre o dedo médio e o indicador, pois este meio de pega da mama faz com que o mamilo seja deslocado do céu da boca do bebé, dificultando a sucção. Caso seja necessário apoiar a mama para acomodá-la à boca do bebé, a melhor forma é a mãe segurar com a mão em forma de C. e assim que o bebé abocanhar a mama, ela deve ser libertada;
- A mamada não tem tempo de duração. Alguns bebés dormem enquanto mamam, mas não necessariamente estão satisfeitos. Para saber, a mãe deve fazer movimentos suaves e circulares na bochecha do pequeno. Isto vai acordá-lo e estimular o recomeço da sucção;

- Se as mamas estiverem muito cheias o bebé não vai conseguir abocanhá-las corretamente. Para que isto não aconteça a mãe pode fazer a expressão manual do leite, amaciando a aréola e esvaziando um pouco a mama antes de oferecer ao bebé. Estas medidas contribuirão para aumentar as possibilidades de as mães poderem fornecer o seu leite ao seu bebé em quantidades suficientes.

1.5 – Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento

Nos últimos anos tem-se feito um grande investimento na promoção da amamentação quer pelos seus benefícios, quer pelo seu impacto na saúde pública, verificando-se inúmeras iniciativas marcantes. Os conceitos de promoção, proteção e apoio do aleitamento materno tornam-se, então, importantes para a compreensão destas iniciativas. A promoção tem o intuito de criar valores e comportamentos culturais favoráveis ao aleitamento materno para que este possa ser assumido como norma, tendo sempre como base as recomendações dos serviços de saúde, sociais e das políticas nacionais (Pinto, 2008). Por outro lado, a proteção permite o estabelecimento e o cumprimento de um conjunto de leis que possibilitam à mulher gozar o seu direito de amamentar. Relativamente ao apoio, este consiste em aconselhar, transmitindo informações corretas nos momentos oportunos e requer empenho e mobilização social no sentido de restabelecer padrões de boas práticas nas instituições (Pinto, 2008).

Em Portugal, para aumentar a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, foi definida como meta de saúde nacional par 2002 que “pelo menos 50% do recém-nascidos deverão beneficiar de aleitamento materno até pelo menos aos 3 meses” (Ministério da Saúde, 1999).

No sentido de atingir as metas nacionais para o aleitamento materno em 2002 foram definidas orientações de atuação que passam por:

- Desenvolver estratégias adequadas para a promoção do aleitamento materno, nomeadamente o apoio domiciliário durante o período neonatal precoce e divulgar o projeto Hospitais Amigos dos Bebés.

- Efetuar uma avaliação da prática do aleitamento materno e da alimentação do lactente, por intermédio de um inquérito realizado às mães, de 3 em 3 meses (Ministério da Saúde, 1999).

A importância do aleitamento materno é acentuada pela OMS, constituindo a sua promoção uma prioridade mundial; as suas implicações abrangem áreas como a antropologia, a epidemiologia, a nutrição, a economia e a demografia, podendo ser considerado um fator decisivo para o crescimento e desenvolvimento (OMS/UNICEF, 1990).

Existem várias instituições que dão Apoio à amamentação:

Centro de Saúde: O centro de saúde é das instituições que estão na primeira linha na promoção do aleitamento materno, pois é lá que muitas mães são seguidas durante a gravidez e no pós-parto, recorrendo posteriormente com o bebé às consultas de saúde infantil e vacinação.

La Leche League: É uma organização internacional sem fins lucrativos que foi fundada em 1956, nos EUA, para dar informação, encorajamento e apoio a todas as mães que queiram amamentar. A sua ação de mãe-para-mãe estende-se a mais de 50 países e é uma das principais autoridades mundiais em matéria de amamentação.

Linha SOS Amamentação: Existe desde 1998 e funciona 24 horas por dia, sendo o atendimento telefónico feito por voluntários que tiveram formação em Aconselhamento em Aleitamento Materno, segundo as orientações da OMS e UNICEF.

Associação SOS Amamentação: Associação sem fins lucrativos, formada em 2003, tendo como objetivo a promoção do aleitamento materno através de ações de formação, informação, divulgação e educação dirigidas a grávidas, mães e profissionais de saúde; dando especial apoio às mães lactantes.

Mama Mater: É uma instituição que dá apoio à amamentação, apoiando a publicação de alguns livros sobre o tema.

Serviço de informação sobre medicamentos e gravidez (SIMeG): É um serviço do Ministério da Saúde que tem como objetivo a disponibilização e divulgação de informação fidedigna às

questões específicas da utilização de medicamentos e meios de diagnóstico em função da gravidez e aleitamento.

A equipa multidisciplinar deve, portanto, aproveitar todas as oportunidades para promover, proteger e apoiar a amamentação, ensinando medidas facilitadoras da manutenção do aleitamento materno (Saraiva, 2010).

2. Amamentar ontem e hoje

As evidências sustentam que a prática do aleitamento materno e o valor que lhe é atribuído e às suas vantagens nutricionais e afetivas, decorrendo de uma complexa rede de sentimentos e relações, foi sofrendo oscilações em diferentes momentos históricos e em distintos contextos sociais, acompanhando as flutuações sociais também observadas ao longo da história. O ato da amamentar ou não ao peito, apesar de possuir uma inegável expressão biológica, decorre de processos que transcendem esse plano, sendo histórica e culturalmente condicionado (Bosi e Machado, 2005).

Os problemas relacionados com a amamentação no contexto da alimentação infantil são muito antigos e foram acompanhando a atitude de indiferença que existia em relação à criança. As crianças eram representadas por homens em miniatura, expressando o sentimento vigente de que esta se diferenciava do adulto apenas pelo seu tamanho e na sua força. Essa concepção, apesar de ir evoluindo lentamente, predominou até o fim do século XVIII. Com o advento da modernidade, a “descoberta da infância” expande-se, e a amamentação era apenas reconhecida como método materno regulador de nova gravidez. As mulheres preferiam dar à luz do que amamentar e frequentemente recorriam a amas de leite. No séc. XIX, com a implantação das faculdades e academias de medicina, surgiram vários projetos destinados a combater as altas taxas de mortalidade. As mulheres que não podiam amamentar e que tinham recursos eram orientadas a contratar uma ama-de-leite, fiscalizando todos os cuidados proporcionados ao bebé. Ressaltavam que “essa conduta só deveria ser adotada em casos desesperados e que a ama - segunda mãe, seria o personagem central da família burguesa, que logo adquire autoridade sobre a mãe ignorante. O sistema de amas-de-leite prosperou até fins do século XIX. Depois disso, o aleitamento artificial, sob forma de biberão com leite de vaca, possibilitado pelo progresso da esterilização, viria a substituir a amamentação mercenária.

Na década de 70 surgiu o “desmame comercial”, direcionado a combater a prática indiscriminada de substitutos do leite materno, já que muitos profissionais de saúde acreditavam que o leite materno deveria ser complementado com fórmulas industrializadas. Os médicos prescreviam as mães, assegurando ser um produto confiável, incentivando sua prática com a ideia de ser mais cómodo e viável para seus filhos. (Cardoso et al. 2005 cit. in Moro; Mesquita, 2008). De acordo com Monteiro, (2006) citado pelos mesmos autores, na década de 70 e 90 ressurgiu a preocupação em retomar a prática da amamentação, no intuito

de reduzir a elevada taxa de mortalidade infantil, a desnutrição e poder elevar as taxas de aleitamento materno exclusivo considerada baixa na época. Foram ainda criadas medidas estratégicas para o incentivo, promoção e proteção do aleitamento materno. (Cardoso et al. 2005 cit. in Moro e Mesquita, 2008).

Em 1979, foi assinada a declaração OMS/UNICEF para promover a valorização do aleitamento materno. Já no ano de 1981, 118 países aprovaram o Código Internacional de Substitutos do leite materno, sendo que uma década mais tarde, foi assinado o acordo firmado pela Associação de Fabricantes de Alimentos Infantis, que propunha o fim da distribuição gratuita de leites artificiais a baixo custo aos serviços de saúde. (Carvalho; Tamez, (2003) cit in Juruena, Malfatti, 2009).

De acordo com Badinter, 1985 (cit in Juruena, Malfatti, 2009), a OMS e UNICEF lançaram um documento considerado de elevada importância para história da amamentação denominado “Declaração conjunta sobre o papel dos serviços de Saúde e Maternidades”, neste documento eram descritas as dez ações relacionadas ao incentivo e apoio ao aleitamento materno, com o resumo das atividades que as maternidades deveriam realizar. Estes viriam a ser os dez passos para o aleitamento materno, recomendações atualmente em vigor na maioria das maternidades Portuguesas.

Baseado nesta declaração, Clark, 1984 (cit in Juruena, Malfatti, 2009, p.1) realçaram que:

Para haver o cumprimento dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento materno e os hospitais receberem o título de Hospital Amigo do bebé, eram necessárias mudanças de rotinas hospitalares, que objetivavam mobilizar profissionais e demais funcionários de hospitais e maternidades para promover mudanças de condutas e rotinas que visassem a prevenção do desmame precoce.

Nos anos de 1996 a 2002, constatou-se que houve um aumento na duração da amamentação com um período médio que vai de sete meses a dez meses. Nesta época foram desenvolvidas atividades que também ajudaram a incentivar o desenvolvimento da duração da prática do aleitamento materno. (American Academy of Pediatrics, 2006 cit in Juruena, Malfatti, 2009).

Juruena, Malfatti, (2009, p.1) afirmam que a história tem-nos mostrado que o ato de amamentar é uma decisão da mulher, de forma consciente, embora essa conscientização seja negada.

Em Portugal, no começo de 1990, a taxa de amamentação à nascença era estimada como bastante elevada e continuava a aumentar lentamente, embora logo após, se observasse uma queda acentuada nos primeiros tempos de vida da criança, principalmente a partir do primeiro mês (Neto, Alves e Almeida, 1992, cit in Cardoso, L. 2006, p.9).

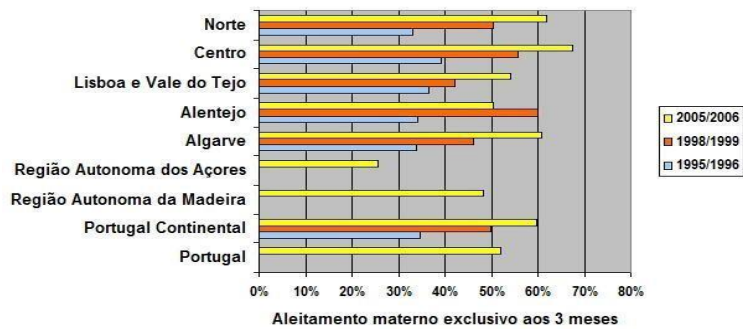
2.1 - Prevalência da amamentação

Atualmente e segundo Levy e Bértolo (2008, pp. 7, 8) alguns estudos realizados em Portugal indicam uma elevada incidência do aleitamento materno após o nascimento, com mais de 90% de adesão das mães portuguesas, entretanto os mesmos estudos revelam que quase metade destas mães abandonam precocemente esta prática, ainda no 1º mês de vida da criança.

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde recomenda o incentivo da prática do AM e aponta como meta para 2010 uma percentagem >50% de mulheres que amamentem exclusivamente até aos 3 meses, (Ministério da Saúde/Portugal, DGS, 2004). Contudo, os registos provenientes dos Cuidados de Saúde Primários (DGS, 2014) mostraram que o AM exclusivo entre a 5ª/6ª semana foi de 88,1% tendo esta percentagem declinado para 22,1% aos 5 meses de vida.

Podemos verificar no gráfico 1 que num período de 10 anos, houve uma evolução da prevalência do aleitamento materno exclusivo até aos 3 meses, praticamente em todas as regiões, com exceção do Alentejo. Sendo que nas regiões autónomas dos Açores e da Madeira, os dados apresentados são referentes apenas ao último inquérito, não podendo ser comparado com os dois inquéritos anteriores (Inquéritos Nacionais de Saúde [INS], cit in Portal amamentar, 2007).

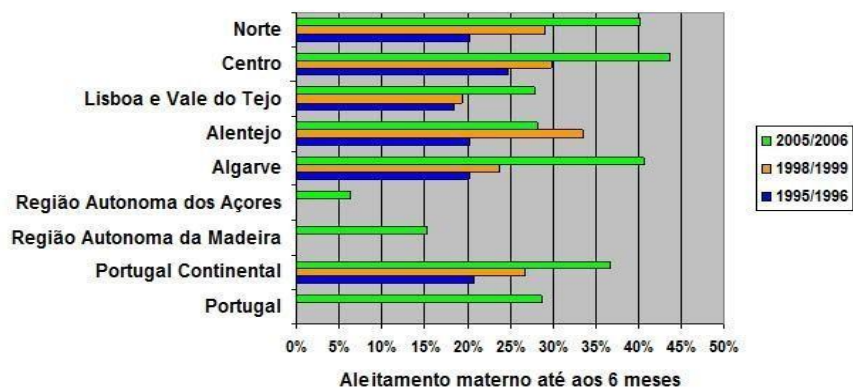
Gráfico 1 - Evolução da duração do Aleitamento Materno exclusivo até aos 3 meses em Portugal de 1995 a 2006



Fonte: Portal amamentar, (2007). [Disponível em: <http://www.amamentar.net>], [Consultado em: 04/03/2012].

Através do gráfico 2, verificamos que também houve evolução do aleitamento materno exclusivo, porém até aos 6 meses. “É de salientar, no entanto, que é mais baixa a prevalência do Aleitamento Materno em ambas as Regiões Autónomas do que no resto do país, sendo a Região Autónoma dos Açores a que apresenta valores mais baixos” (INS, *cit in* Portal amamentar, 2007).

Gráfico 2 - Evolução da duração do Aleitamento Materno exclusivo até aos 6 meses em Portugal, de 1995 a 2006



Fonte: Portal amamentar, (2007). [Disponível em: <http://www.amamentar.net>], [Consultado em: 04/03/2012].

Em Portugal, os dados existentes sobre a prevalência do aleitamento materno resultam dos três Inquéritos Nacionais de Saúde e de estudos parcelares realizados em diferentes regiões do país. Apesar de difícil comparação, alguns desses estudos, publicados entre 1998 e 2010, encontraram uma elevada prevalência de aleitamento materno à alta da maternidade, variando entre os 88,1% e os 99,2%. Aos seis meses, verificaram um declínio acentuado, variando a prevalência entre os 22,4% e os 36% (Silva, 2013).

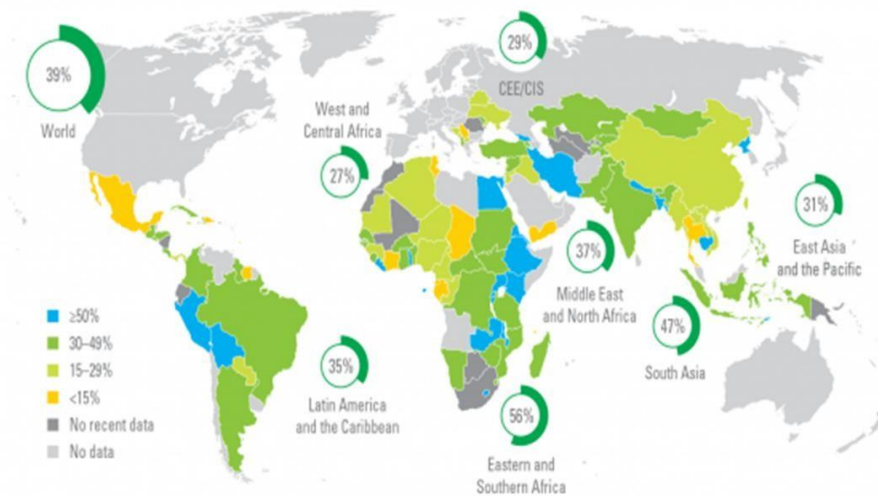
Em 2014, o relatório do Observatório do Aleitamento Materno constatou que nos hospitais, 98,6% (n=31.097) iniciaram Aleitamento Materno antes da alta, 76,7% (n=31.097) mamavam exclusivamente leite materno do nascimento até ao dia da alta e 1,4% (n=31.097) não receberam Aleitamento Materno até ao dia da alta (Observatório do Aleitamento Materno, 2014).

Em relação á prevalência da amamentação pelos vários países de Mundo, a política brasileira de aleitamento materno recebeu reconhecimento especial da Organização PanAmericana de Saúde (OPAS) e da revista científica britânica por ser referência mundial em aleitamento. A publicação científica destaca os avanços do Brasil em amamentação. Considerado o mais abrangente estudo comparativo já publicado na área, a série analisou dados de aleitamento de 153 países. O Brasil aparece em posição de destaque em relação a outras nações como a China, Estados Unidos e Reino Unido. De acordo com a série, as crianças brasileiras eram amamentadas por 2,5 meses em média em 1974. Em 2006, esse número subiu para 14 meses. Em 1986, apenas 2% das crianças de até 6 meses recebiam exclusivamente leite materno. Em 2006, essa taxa saltou para 39%. Ao contrário do Brasil, a China teve redução de 5%. O estudo mostra que as brasileiras amamentam mais que as britânicas, americanas e chinesas. A taxa de amamentação exclusiva aos 6 meses no Brasil é de 39%, a dos EUA 19%, Reino Unido 1% e a da China de 28%.

Tabela 1 – Alguns indicadores de aleitamento materno

Continentes (Região)	Países	Ano	Aleitamento materno exclusivo (≤ 4 meses)	Aleitamento materno complementado (6-9 meses)	Aleitamento materno continuado (12-15 meses)	Aleitamento materno continuado (20-23 meses)
África Sub-Saariana	Angola	1996	12,0	69,6		48,6
	Malawi	1995	10,9	77,6	94,1	67,5
	Tanzânia	1999	41,4	64,1	88,2	48,0
	Zimbábue	1999	38,9	89,5	94,3	35,2
	Botswana	2000	29,0	57	53,4	10,7
	Moçambique	1997	37,6	86,6	93,9	57,6
	Cabo Verde	1998	57,3	64,4	60,1	13,3
	Guiné Bissau	2000	41,5	35,6	90,5	67,0
	África do Sul	1998	10,4	45,5	---	---
	S. Tomé e Príncipe	1998	55,6	---	23,8	---
América Latina e Caraíbas	Brasil	1996			32,8	
	Bolívia	1998	60,9	30,0	76,8	16,9
	Chile	2000	73,2	79,7	49,0	31,5
	Colômbia	2000	33,5	58,2	49,4	25,3
	Ecuador	1994	28,8	51,6	62,8	33,6
Médio Oriente e norte de África	Turquia	1998	9,4	33,8	50,5	20,7
	Marrocos	1995	30,5	33,0	56,9	19,6
	Egipto	2000	67,9	71,3	79,9	30,1
	Irão	1997	65,8	96,0	86,0	41,0
	Iraque	1996	-	-	64,2	24,9
	Jordânia	1997	15,0	68,2	42,1	12,3
Ásia	Bangladesh	1999-2000	52,8	64,0	---	---
	Indonésia	1997	51,9	80,8	85,8	65,4
	Pakistão	1995	16,0	31,0	88,0	56,0
	Viet Nam	2000	31,2	51,5	87,8	20,8
	Philippines	1998	47,3	57,4	47,5	23,2
Países desenvolvidos*		2004	38,7	55,7	85,8	68,3

Fonte: UNICEF global database, 2001 (disponível em www.childinfo.org)

Figura 6 – Percentagem de crianças < 6 meses com amamentação exclusiva

Fonte: UNICEF global databases, 2015, based on MICS, DHS and other nationally representative sources, 2008–2014, disponível em www.childinfo.org.

2.2 – Conhecimentos sobre amamentação

O conhecimento sobre o aleitamento materno vem sendo relacionado como indicador de maior tempo de amamentação.

Segundo Almeida, Fernandes e Araújo (2004, p. 363), "o papel de informação é de responsabilidade de todos os profissionais de saúde, além disso, estes devem assumir um papel de apoio. Porém, é necessário ter conhecimento e dominar o assunto". Acrescenta Batista et al. (2004), quanto mais a equipe de saúde estiver consciente da importância da amamentação, menos as crianças serão privadas do contacto com o seio materno. Por isso, as atividades desempenhadas pela equipe multiprofissional de informar, apoiar, aconselhar e orientar a puérpera durante o aleitamento materno tem como objetivo comum a adesão da mãe ao aleitamento materno e à nutrição adequada do recém-nascido.

Alguns estudos têm destacado que o conhecimento das mães sobre amamentação é um dos fatores que influencia a interrupção precoce da amamentação. Num estudo realizado com primíparas, constatou que a taxa de amamentação exclusiva nos três primeiros meses de vida do bebé, foi significativamente maior entre aquelas que receberam orientação sobre aleitamento materno. De acordo com a OMS/UNICEF (2000) um dos motivos alegados pelas mães para não amamentar ou para interromperem a amamentação precocemente é a falta de orientação e de apoio no períodos pré-natal por parte da equipa de saúde.

A utilização de medidas profiláticas como educação e preparação para a lactação, assim como o aconselhamento, sabendo ouvir e desenvolver a confiança das gestantes no período pré-natal é visto como estratégia fundamental para o sucesso do aleitamento materno, como demonstrado por Kistin et al (1990), estudo desenvolvido nos Estados Unidos no qual se notou aumento de 22% na incidência da amamentação após a introdução de aulas sobre este procedimento durante o período pré-natal (Braun, 2007).

Também Lolin (1998), elaborou um estudo onde confirmou que a orientação das mães sobre aleitamento materno no período pós-natal aumenta os seus conhecimentos sobre o assunto e, conseqüentemente, a prevalência dessa prática nos seis primeiros meses. Embora as mães tenham aumentado os seus conhecimentos um mês após o nascimento de seus filhos, independentemente de terem recebido ou não a intervenção, esta fez diferença no nível de conhecimento, que, por sua vez, mostrou-se associado positivamente com a prevalência da

amamentação, em especial a amamentação exclusiva, em diferentes momentos, mesmo controlando para variáveis frequentemente descritas como associadas à prática do aleitamento materno. As mães com score acima da média no teste de conhecimento em aleitamento materno tiveram uma probabilidade 8,2 vezes maior de darem leite materno como alimento exclusivo aos seus filhos até ao final do terceiro mês e duas vezes, de estarem a amamentar no final do sexto mês.

2.3- Influência do nível socioeconómico/habilitações literárias

A amamentação e o leite materno são o padrão global para a alimentação infantil nos países em desenvolvimento e desenvolvidos. Infelizmente, encontramos grandes dificuldades para atingir esses objetivos, pois a maioria das crianças não são exclusivamente amamentadas por um período adequado de tempo.

Populações específicas estão em maior risco de não iniciar ou dar continuidade ao aleitamento materno. Entre estas estão as mulheres com menor nível socioeconómico, menos escolaridade e adolescentes, quando comparadas àquelas mais maduras, com nível socioeconómico mais alto, apenas metade a dois terços delas iniciam a amamentação.

Segundo (Gabbe, 2015) pode constatar-se alguns fatores facilitadores e de risco do início da amamentação e da manutenção da amamentação a partir das 10 semanas:

- Preditores do início do Aleitamento materno:

Fatores facilitadores: ser casada, ter um ou mais filhos, não ter aulas de preparação para o parto e peso ao nascimento normal.

Fatores de risco: raça negra, idade materna <20 anos, idade materna entre 20-29 anos, escolaridade materna inferior ou igual a escola secundária, sem ter tido aulas de preparação para o parto e parto distócico por cesariana.

- Preditores da manutenção do Aleitamento materno a partir das 10 semanas:

Fatores facilitadores: ser casada e peso ao nascimento normal.

Fatores de risco: idade materna <20 anos, idade materna entre 20-29 anos, escolaridade materna inferior ou igual a escola secundária ter um ou mais filhos e parto distócico por cesariana.

Um outro estudo realizado no Hospital Evangélico de Curitiba, por Fukumitsu (2012) mostrou, através de uma pesquisa quantitativa, que são muitos os fatores que influenciam as mães, tanto fatores socioeconômicos como culturais, tais como, idade, nível de conhecimentos, nível sócio económico, realização de preparação para o parto, informações adquiridas sobre o processo de amamentação, sendo avaliado também a causa do desmame e a época do mesmo. Observa-se que a ausência de amamentação ou a sua interrupção precoce e a introdução de outros tipos de alimentos na dieta da criança têm sido frequentes, com consequências potencialmente danosas para a saúde do bebê, tais como a exposição precoce a agentes infecciosos, contacto com proteínas estranhas e prejuízos ao processo de digestão.

Embora as atitudes culturais e familiares disfuncionais estejam fora do controle direto dos profissionais de saúde, também estas podem afetar diretamente a capacidade materna de manter a amamentação (Gabbe, 2015).

2.4 - Atitudes/experiências durante a gravidez e parto

Embora a gravidez, o trabalho de parto e o parto sejam processos normais e naturais, poderão surgir, ocasionalmente, problemas que afetem a amamentação. Estas complicações poderão alterar o plano de parto da mãe e ter impacto ao acesso ao lactente após o parto. Durante a gravidez, a equipa de saúde desempenha um papel primário na iniciação da amamentação, defendendo a amamentação na comunidade, no ambiente de trabalho e nas escolhas pessoais. Deve prestar um apoio visível e ativo na amamentação incluindo expondo a grávida à presença de mães a amamentar, programas educacionais sobre o aleitamento materno, uma área tranquila para as mães amamentarem, a ausência de material fornecido pelas empresas de fórmulas lácteas e suporte visível para as mulheres escolherem amamentar.

Na tabela seguinte pode constatar-se quais são as mulheres com alto risco de insucesso do aleitamento materno.

Tabela 2 – Identificação das mulheres com alto risco de insucesso do aleitamento materno

Condição	Risco
HIV nos EUA	
Tuberculose ativa não tratada	Contraindicado
Herpes de mamilo	Contraindicado do lado infetado
Medicamentos antineoplásicos	Contraindicado
Galactosemia neonatal	Contraindicado leite materno e adaptado
Cirurgia de redução da mama	Alto risco
Aumento das mamas	Risco moderado a elevado
Mamas tubulares	Risco moderado a elevado
Amamentação anterior mal sucedida	Risco moderado

Fonte: Steven G. Gabbe, Jennifer R. Niebyl, J. et all. (2015). *Gravidez Normal e Patológica*. 6ª edição. Elsevier Editora. Brasil.

A utilização de consultores de lactação, o uso de galactagogos, e dispositivos de tubos de alimentação podem mediar objeções relacionadas com a produção de leite materno.

A manutenção do aleitamento materno requer a cooperação da mãe, seu grupo de apoio, toda a equipa que presta cuidados obstétricos e toda a equipa que presta cuidados ao bebé.

Cerca de 15% das mulheres que afirmam a pretensão de amamentar no início do trabalho da parto de termo desistem ou alimentam os seus bebés total ou parcialmente com leite artificial. Uma combinação da assistência obstétrica, política hospitalar e assistência neonatal contribuem para essa situação. Intervenções obstétricas são muitas vezes fundamentais para a saúde da mãe e do bebé e podem afetar o sucesso da lactação. Poucas intervenções inibem diretamente a fisiologia da lactação, contudo .em algumas situações as intervenções obstétricas reduzem a probabilidade do contacto pele-a-pele ainda na sala de parto e nas primeiras 24 horas após o nascimento, o que está bem documentado como interferindo com o início da lactação.

Existem distúrbios hipertensivos da gravidez (pré-eclampsia, eclampsia e o síndrome HELLP) que vão influenciar a amamentação, pois, esta dependerá do estado da mãe e do

bebé; uma vez que é importante reduzir o stress e outros estímulos nocivos que podem provocar convulsões. A amamentação com a mãe e o bebé em contacto pele-a-pele pode, efetivamente, ser terapêutico, devido aos efeitos calmantes e sedativos da prolactina e da ocitocina. Se o bebé não for capaz de se aproximar da mama, é necessário planear a expressão do leite materno pouco tempo após o parto.

No parto por cesariana o ato de amamentar não deve ser atrasado, exceto se o estado da mãe e/ou do bebé o impossibilitar.

A mãe pode amamentar o seu filho, desde que esteja acordada e com capacidade de resposta. Os agentes anestésicos, como o tiopental sódico e o halotano, consideram-se geralmente compatíveis com o aleitamento materno. A mãe poderá amamentar a sua criança, inclusive na sala de recobro. A maior parte das incisões corresponde a um corte transversal do segmento uterino inferior, permitindo a mãe posicionar mais comodamente o seu bebé, no colo, para a amamentação.

As mães que recebem medicamentos para o alívio de dor, por via intratecal, sentem-se, geralmente, bastante confortáveis e prontas para amamentar pouco depois da cirurgia. Uma cirurgia urgente pode resultar no atraso da lactogénese, sendo que o contacto pele a pele na sequência da cirurgia e/ou expresso manual frequente podem ajudar a ultrapassar este atraso precoce.

A aspiração da boca e da garganta do bebé poderá causar problemas de amamentação, dado que pode originar, temporariamente, uma atitude oral defensiva do lactente.

Outra situação emergente bastante comum é a hemorragia pós-parto, em que são administrados agentes ocitócicos por via intravenosa, e, se o seu uso for prolongado, podem afetar a produção de leite. A mãe necessitará de ajuda com o posicionamento de bebé para uma pega fácil; poderá estar exausta e terá níveis de energia reduzidos durante 6 a 12 semanas; durante este período, a amamentação poderá ser uma excelente oportunidade para a mãe descansar.

Durante o trabalho de parto eutócico, é frequente ser necessário realizar episiotomia, este procedimento implica que as mães podem sentir dores durante duas ou mais semanas, sendo-lhes muito difícil adotar uma posição confortável; por essa razão, as mães poderão

necessitar de ajuda para se posicionarem a si e aos seus bebés numa posição deitada lateral ou, se estiverem sentadas, com uma almofada macia por baixo das nádegas por forma a conseguirem amamentar.

Outra situação, que pode afetar a lactogénese é a retenção placentária, mantendo as hormonas inibidoras a níveis atípicos da gravidez. As mães podem sentir as mamas pouco ou nada cheias, aos 3º e 5º dias, e continuar a produzir colostro quando se devia observar leite de transição. A ausência de mamas cheias pode ocorrer antes de um sangramento excessivo ou de uma hemorragia.

Existe também outro problema que é a trombose venosa que é uma situação grave, que para ser diagnosticada, necessita rastreios usando um meio de contraste; apesar disso, não é necessário interromper ou adiar o aleitamento materno, se forem utilizados agentes radiopacos ou de radiocontraste.

Algumas mães poderão estar sujeitas a uma estadia hospitalar prolongada ou readmissão e possível separação do bebé. Deverá planificar-se a continuação da amamentação e/ou expressão do leite materno.

As infeções pós-parto também podem influenciar a amamentação; se for necessário intervenção cirúrgica, o bebé tem de mamar ou a mãe extrair leite imediatamente antes da cirurgia, para que a amamentação/extração possa ser retomada logo que a mãe recupere a consciência após a cirurgia. Os antibióticos e os agentes anestésicos são compatíveis com o aleitamento materno, contudo poderá ocorrer uma separação e conseqüente interrupção do aleitamento materno. Neste caso, será necessário tomar medidas para permitir o acesso ao bebé e/ou providenciar uma bomba para extração do leite.

Além dos problemas que podem surgir, existem também efeitos secundários da medicação administrada durante o trabalho de parto que podem afetar o aleitamento materno. Em cenários de parto ideais, as mães são encorajadas a manter ininterruptamente contacto pele-a-pele com o bebé e a optar pelo alojamento conjunto, o que minimiza os efeitos da medicação administrada durante o trabalho de parto e favorece o sucesso da lactação. Verifica-se que tanto as mães como os bebés são afetados por esta medicação durante o períodos pós-parto imediato; algumas mães sentem-se drogadas ou “ressacadas”, podendo ficar imobilizadas devido à epidural e os bebés poderão apresentar débeis habilidades para a

amamentação durante o período pós-parto imediato. As mães poderão necessitar de ajuda para o posicionamento e a pega dos seus bebés e as que estão sob o efeito da analgesia/anestesia e cujos bebés estão em contacto pele-a-pele devem permanecer sob constante vigilância, até que passe o efeito da medicação.

A medicação epidural é mensurável na circulação fetal num espaço de 10 minutos após a administração. Assim o comportamento/reactividade do bebé pode ficar alterada a seguir ao parto (Mannel, 2011):

- 1 - Os bebés que se encontram separados das mães após partos medicados apresentam um comportamento de sucção e de busca atrasado e menos acentuado;
- 2 - As habilidades dos bebés na amamentação podem ficar afetadas pelo metabolito da meperidina (normeperidina), durante 63 horas após a administração;
- 3 - Os bebés apresentam um estado de alerta e orientação neonatal debilitado, caso, no período pós-natal, as suas mães tomem analgésicos intravenosos controlados pela paciente, com meperidina.

Os metabolitos de alguns medicamentos, particularmente a meperidina/demerol (petidina) (independentemente da via de administração) e fentanil intratecal, podem afetar o bebé até serem excretados (Martí, 1998).

A única questão de gestão mais difícil é o controle de rotinas e atitudes do hospital prejudiciais à lactação. Por norma, as políticas trabalham contra a fisiologia da lactação e incluem distribuição de fórmulas e suplementação sem uma indicação médica, sobre amamentação, ordens pré-impresas de medicação para supressão da lactação, afastamento pediátrico antes da primeira mamada, acesso materno limitado ao bebé e pouco material educacional para novas mães ou equipa. Quando os prestadores não são bem informados ou são apáticos, o sucesso da lactação é improvável (Gabbe, 2015).

2.5 – Fatores facilitadores

Na prática da amamentação um dos grandes desafios tem sido lidar com os multifatores que influenciam a decisão materna de terminar ou de manutenção do aleitamento,

uma vez que esta prática é construída no quotidiano das famílias, influenciada, portanto, por fatores sociais e culturais.

Segundo um estudo realizado por Reis (2011), existem diferentes fatores que podem influir positiva ou negativamente nesta prática condicionando o sucesso ou insucesso do processo de amamentação. Neste sentido, este estudo, teve como objetivo levantar e analisar o estado da arte da produção científica da última década acerca dos condicionantes da prática do aleitamento materno no Brasil, e discutir sobre os fatores facilitadores, definiu como principais facilitadores :

- Multiparidade, Tipo de parto, Renda familiar (menor), Grau de escolaridade (maior), Situação conjugal (casadas ou em união estável), Não trabalhar fora do lar, Condições adequadas no local de trabalho, Intenção/desejo/prazer/satisfação em amamentar, Experiência prévia positiva, Não utilização de chupetas, Conhecimento/compreensão das vantagens sobre a amamentação (tempo ideal para amamentar, económica, operacional, crescimento e desenvolvimento da criança, saúde do bebé, evita doenças), Orientações/informações sobre amamentação (pré-natal, médicas, programa de incentivo ao aleitamento materno), Assistência pós-parto no alojamento conjunto (amamentação exclusiva, início nas primeiras horas, permanência em alojamento conjunto, cuidados - posição para amamentar), Suporte/Apoio (rede social, familiar, comunidade, profissional, governamental), Uso de lactogogos/galactogogos/crenças familiares.

Compreender os condicionantes da prática do aleitamento materno é imprescindível na busca de alternativas que visem otimizá-lo. Assim, espera-se que o conhecimento sobre os desafios relacionados aos condicionantes da prática do aleitamento materno, possam contribuir para um redireccionamento do planeamento das ações de saúde.

2.5.1 – Efeitos da comunicação

A efetividade das ações voltadas para a recuperação, manutenção e proteção à saúde da criança está na dependência da adequada comunicação entre o pessoal de saúde e as mães ou responsáveis. Em outras palavras, a comunicação é a base para o desenvolvimento das ações de saúde e para o alcance dos objetivos propostos. Assim, é possível compreender por

que os profissionais de saúde podem ser chamados pessoas significativas, aquelas que exercem influência marcante sobre a vida dos outros.

Deste modo, desenvolver o processo de comunicação torna-se uma questão importante para nós. Podem-se utilizar várias habilidades e técnicas, segundo a finalidade que se pretende. Entretanto, o uso das técnicas de comunicação por si só não garante o processo comunicativo. Essas formas facilitadoras de comunicação poderão ser utilizadas de maneira adequada ou inadequada, pois não são apenas modos diferentes de usar palavras. A sua utilização adequada envolve mudanças de atitudes e de perspectiva: essencialmente, depende da nossa capacidade de aprender a captar, respeitar e responder ao outro a partir do seu ponto de vista e não apenas do nosso. (...) Quando as usamos de forma mecânica - como fórmulas, receitas ou técnicas impessoais na tentativa de manipular e controlar os outros, esvaziamos a riqueza do relacionamento e anulamos seus efeitos benéficos. A base para estabelecer uma relação interpessoal, significativa e construtiva, voltada para ajudar ao outro, pode ser encontrada nos princípios da Abordagem Centrada na Pessoa. Segundo Rezende (2002), aquele que deseja ajudar o outro, contribuindo para seu crescimento pessoal, deve apresentar três qualidades ou características essenciais: autenticidade, aceitação incondicional ou confiança e compreensão empática. Essas qualidades permitem ao profissional de saúde entrar em sintonia com a cliente, contribuindo para que o profissional de saúde atinja o objetivo de ajuda-la a viver sua a experiência de forma positiva e integrada. Para ser autêntico, o profissional da área da saúde deve apresentar-se diante da mãe tal como é. Para isso, é necessário que entre em contacto consigo mesmo, vivendo, reconhecendo e se apropriando dos seus sentimentos. Enfim, constituir-se uma pessoa viva e consciente de si, o que é possível mediante o exercício constante de auto-análise. Desse modo, o trabalhador de saúde estará apto a compreender-se a si mesmo e ao outro (Rezende MA, 2002).

Um projeto realizado pela Proama (Projeto Amamentar) é um projeto de extensão à comunidade que existe desde 1999, no Campus da UNESP de Rio Claro, desenvolvido no Departamento de Educação; em que os seus principais objetivos são: defender, incentivar e apoiar o aleitamento materno, usar das diferentes linguagens e comunicações para criar uma cultura do aleitamento materno. Desde que foi idealizado, em 1998, vem utilizando da comunicação e vários métodos de conscientização e divulgação sobre os benefícios do Aleitamento Materno, tais como: confecção de material impresso e educativo (folders e

bonecas que dão à luz e amamentam); entrevistas concedidas na rádio e TV; exposição itinerante de fotos de recentes mães; participação em grupos de discussão virtual (nacional e internacional); desenvolvimento de pesquisas e divulgação da prática por meio eletrônico, palestras, eventos, semanas do aleitamento materno. Este estudo pretendeu demonstrar como a comunicação e as diferentes linguagens são importantes para a promoção do Aleitamento Materno a partir do projeto de extensão à comunidade.

Após a análise do projeto concluiu-se que as mães, de um modo geral, desconhecem os seus direitos e a necessidade de amamentar o seu filho. Esta falta de conhecimento pode, na realidade, ser um obstáculo à amamentação devido a informações incorretas transmitidas às mães. O projeto funciona como um veículo de comunicação dos mais importantes, que conseguiu seu reconhecimento científico e da comunidade, levando conhecimento sobre um tema de extrema importância para a mãe, o bebé e a sociedade em geral. Os participantes esforçam-se em cada vez mais levar o conhecimento às pessoas de diferentes formas e temos tido resultados muito positivos. Consideramos que a comunicação é essencial quando pretendemos ensinar e transmitir informações de utilidade pública, ainda mais quando nos referimos à saúde materna e do bebé (Abdalla, 2012).

2.5.2 – Organização dos serviços de saúde e atitudes dos profissionais de saúde

Para que a iniciação e o estabelecimento do aleitamento tenham êxito, as mães necessitam de apoio ativo, durante a gravidez e após o parto, não apenas de suas famílias e comunidades, mas também de todo o sistema de saúde. Idealmente, todos os agentes de saúde com quem as grávidas e puérperas entram em contacto deveriam estar comprometidas com a promoção do aleitamento materno, e ser capazes de fornecer informações apropriadas, assim como de demonstrar completo conhecimento prático da manutenção do aleitamento.

Entretanto, muito frequentemente, a realidade é bastante diferente: os profissionais de saúde podem ter conhecimento insuficiente sobre o aleitamento, e pouca experiência em fornecer apoio apropriado às mães, e pode ignorar os principais fatores que determinam se e por quanto tempo elas amamentarão. Muitas vezes, ignoram o impacto negativo que rotinas e procedimentos hospitalares (muitas vezes estabelecidos com base em eficiência, limitações de recursos, ou por razões supostamente científicas) possam ter sobre o êxito da iniciação e

manutenção do aleitamento materno. Obstáculos à iniciação do aleitamento vão desde a disposição física dos hospitais e enfermarias obstétricas e organização dos seus serviços, até às atitudes de médicos, enfermeiras, administradores e outros funcionários.

A OMS e a UNICEF acreditam que, entre os muitos fatores que afetam a iniciação e o estabelecimento normais do aleitamento materno, as práticas de cuidados de saúde, particularmente aquelas dirigidas às mães e recém-nascidos, destacam-se como uma das maneiras mais promissoras de aumentar a prevalência e a duração da amamentação. Os motivos para isto incluem a predisposição de agentes de saúde para promoverem comportamentos que favoreçam a saúde, a própria natureza e função dos estabelecimentos de saúde, e o fato de que são necessários poucos recursos adicionais, além de boa vontade, para manter ou introduzir rotinas e procedimentos adequados.

Por estas razões, a OMS e a UNICEF apresentam diversas propostas para encorajar uma revisão nos serviços de saúde que colocam obstáculos ao aleitamento, de modo que as políticas, práticas e rotinas aumentam a sua iniciação e estabelecimento precoces, possam ser reforçadas, e aquelas que causam interferência possam ser modificadas.

1ª Proposta – As instituições e programas que prestam serviços obstétricos e cuidados aos recém-nascidos devem realizar uma revisão das suas normas e práticas relacionadas ao aleitamento materno. Se ainda não o fizeram, devem desenvolver normas de uma política de amamentação, abrangendo os cuidados para as grávidas e puérperas e para recém-nascidos, e informações, educação e treino relevantes. Devem assegurar que essas normas sejam transmitidas a todos os funcionários envolvidos, e avaliar periodicamente a sua eficácia.

2ª Proposta – As instituições que fornecem serviços obstétricos e de berçário devem assegurar que as mensagens essenciais sobre o aleitamento materno sejam transmitidas a todos os membros da equipa envolvidos.

3ª Proposta – As equipas de ambulatório materno-infantil, de planeamento familiar e de obstetrícia devem receber treino básico e em serviço apropriado sobre as vantagens do aleitamento e sobre a manutenção do mesmo. Todos os profissionais de saúde devem ser consciencializados da importância do aleitamento.

4ª Proposta – Os profissionais de saúde devem liderar a preservação ou o restabelecimento de uma cultura do aleitamento, promovendo uma atitude positiva de toda a sociedade em relação a amamentação, e estimulando líderes comunitários, trabalhando intimamente com eles, para atingir este fim. Os administradores de estabelecimentos de saúde deveriam assegurar que as políticas de emprego, instalações físicas, e turnos de trabalho possibilitem que as funcionárias amamentem seus filhos, tanto para benefício das mães e crianças envolvidas quanto como modelos para outros.

5ª Proposta – Como parte da sua revisão geral de políticas e práticas relacionadas com aleitamento, administradores de saúde devem determinar quais os aspetos da estrutura e funcionamento de seus serviços facilitam ou interferem com possíveis ações da sua equipa para proteger, promover e apoiar o aleitamento.

6ª Proposta – As associações profissionais de trabalhadores de saúde devem estar ativamente envolvidas na promoção de currículos apropriados para a formação de pessoal nesta área, e no desenvolvimento de políticas socialmente responsáveis para estimular e apoiar o aleitamento em maternidades e outros serviços de saúde. As autoridades nacionais competentes devem apoiar o envolvimento de organizações de profissionais de saúde e encorajar um diálogo construtivo entre todas as partes envolvidas.

7ª Proposta – A história de saúde de uma mulher fornece uma base para compreender a sua disposição quanto ao aleitamento, e os profissionais de saúde devem aconselhar as mulheres sobre esse assunto, à luz de conhecimentos tanto do indivíduo quanto do seu ambiente social. Deve-se preparar e adaptar materiais educativos e instrutivos, para assegurar que toda a grávida seja plenamente informada sobre as vantagens nutricionais e de saúde do aleitamento, e sobre técnicas para garantir o êxito do seu início e manutenção.

8ª Proposta – Deve assegurar-se uma dieta materna adequada, através de vários modos, entre eles a educação apropriada sobre nutrição e saúde de mulheres. Deve desencorajar-se o uso de álcool, tabaco e cafeína em excesso e outras drogas não medicinais durante a gravidez e a lactação; também deve ser evitado o uso desnecessário de medicações.

9ª Proposta – Deve dar-se atenção especial ao estabelecimento dum ambiente de apoio ao conforto físico e emocional das mães durante o trabalho de parto. A necessidade de sedativos, analgésicos e anestésicos durante este período deve ser cuidadosamente avaliada,

individualmente, dadas as implicações tanto para a mãe quanto para o bebê. Deve facilitar-se o contacto íntimo entre a mãe e o bebê, imediatamente após o nascimento.

10ª Proposta – O peso ao nascer de todas as crianças deve ser marcado num gráfico de crescimento. O alojamento conjunto deve ser a norma para todos os recém-nascidos saudáveis, e deve-se estimular as mães a amamentarem seus filhos sob horário livre. Deve promover-se o aleitamento materno exclusivo, e não fornecer qualquer outro alimento ou bebida ao recém-nascido, a não ser que seja indicado pelo médico.

11ª Proposta – No momento da alta hospitalar, as mães devem ter sido informadas apropriadamente sobre a fisiologia e a mecânica da lactação, de modo que estejam seguras sobre como amamentar; devem também ser informadas da existência de grupos de apoio social, se esses e; ser aconselhados sobre as necessidades nutricionais durante a lactação; e ter consultas de acompanhamento marcadas, para si e para seus filhos.

Em todos os países, as autoridades competentes devem implementar as medidas sanitárias e sociais necessárias para proteger, promover e apoiar a amamentação. Devem garantir que as famílias tomem a decisão mais apropriada sobre a alimentação infantil, e que os serviços de saúde apoiem essa decisão de todos os modos possíveis. Isto implica que as mães sejam informadas adequadamente sobre assuntos relacionados a alimentação de lactentes, recebam apoio familiar e comunitário apropriados para facilitar e estimular a amamentação, e sejam protegidas de influências inibidoras. Deve-se particularmente realizar todos os esforços para promover, proteger e apoiar a amamentação dentro e através dos serviços de saúde (Organização Mundial de Saúde, 1989).

2.6 – Principais dificuldades

A espécie humana é a única entre os mamíferos em que a amamentação e o desmame não são processos desencadeados unicamente pelo instinto. Por isso, eles devem ser aprendidos. Atualmente, sobretudo nas sociedades modernas, as mulheres têm poucas oportunidades de ter aulas com temas relacionados à amamentação, já que as fontes tradicionais de aprendizagem, as mulheres mais experientes da família, foram perdidas à medida que as famílias extensivas foram sendo substituídas pelas famílias nucleares. Como consequência, as mulheres tornam-se

mães com pouca ou nenhuma habilidade em levar adiante a amamentação, o que as deixa mais vulneráveis a apresentarem dificuldades ao longo do processo. O profissional de saúde tem um papel importante na prevenção e manutenção dessas dificuldades, o que requer conhecimentos, atitudes e habilidades específicos (Giugliani, 2004).

2.6.1 – Dificuldades Fisiológicas Maternas

Nas primeiras semanas e principalmente nas mães com menos conhecimentos, poderão surgir algumas dificuldades que podem levá-las a suspenderem precocemente a amamentação.

As dificuldades mais comuns são:

Ingurgitamento mamário: ocorre devido ao aumento da quantidade de sangue e fluidos nos tecidos de sustentação (denominada congestão vascular) e pelo leite que fica retido na glândula mamária. Nesta situação as mamas ficam edemaciadas, dolorosas, quentes, vermelhas, brilhantes e tensas. A mãe refere dor e pode ter febre e pode não ser possível esvaziar a mama. O ingurgitamento ocorre geralmente 2 a 5 dias após o nascimento, mas pode acontecer em qualquer outro período durante a amamentação.

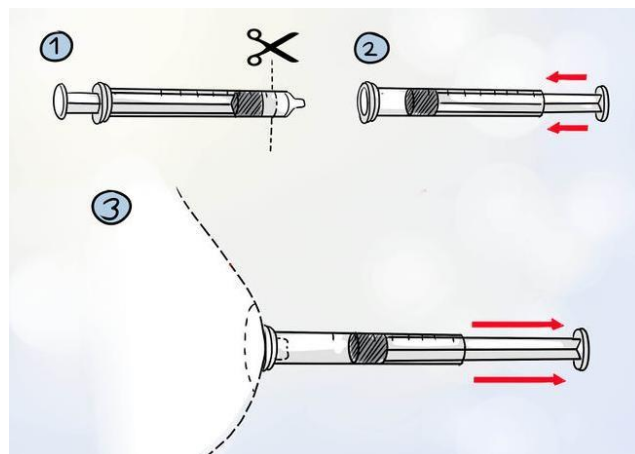
Bloqueio dos ductos mamários: quando algum dos canais que drenam o leite fica obstruído, provavelmente devido a leite espesso, a mãe pode sentir um nódulo doloroso numa parte da mama, o local fica avermelhado mas a mulher não tem febre e sente-se bem. Esta situação tem como causas prováveis o uso de roupas apertadas ou porque a criança não consegue drenar aquela parte da mama.

Mastite: A mastite ou “febre do leite” é uma infecção bacteriana no interior do seio, localizada num ducto ou no sistema ductal. Essa zona da mama fica ruborizada, quente, com tumefação e dolorosa. Geralmente a mãe tem febre elevada e sente muito desconforto, nesta situação estamos na presença de mastite.

Mamilos dolorosos e/ou fissuras: Os mamilos dolorosos podem ocorrer na primeira ou segunda semana de amamentação, altura em que a recente mãe não tem apoio suficiente ou informação necessária. É a principal causa de abandono da amamentação. As causas mais frequentes são: má pega e número e duração inadequada das mamadas.

Mamilos planos e invertidos: a mãe pode sentir que os seus mamilos são muito pequenos para amamentar e que a criança não consegue pegar na mama. Aspetos a considerar durante o tratamento: a mãe deve permitir o contato “pele a pele” com o bebé e tentar várias posições de amamentar; se a mama estiver muito cheia, o mamilo fica menos saliente pelo que é favorável retirar uma porção de leite antes de pôr o bebé à mama; a mãe pode ainda tentar espremer um pouco de leite para dentro da boca do bebé, de forma a este ficar mais motivado para mamar; pode também tentar que o mamilo fique mais saliente, utilizando uma bomba própria ou uma seringa de 20 ml várias vezes ao dia, durante 30 a 60 segundos, e sempre antes de ir amamentar, como demonstra a figura.

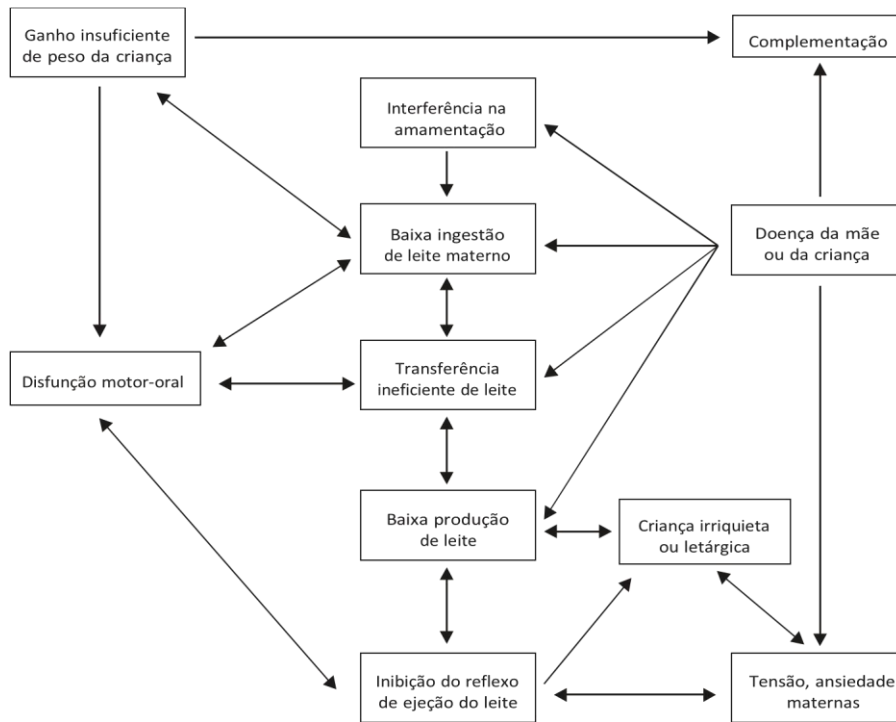
Figura 7 – Utilização da seringa no mamilo



Fonte: Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de aleitamento materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF e Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.

Se a mãe continuar com dificuldades, após tentar estas técnicas, pode pedir ajuda a um profissional de saúde ou a alguém com experiência em amamentação.

Hipogalactia: os sinais e sintomas mais frequentes são: chora mais que o habitual; quer mamar mais frequentemente; demora muito a mamar; adormece ao mamar (Helena Saraiva, 2010). No esquema seguinte pode verificar-se o como se verifica a pouca produção de leite:

Figura 8 – Pouca produção de leite

Fonte: Giugliani, E. R.J. (2004). *Problemas comuns na lactação e seu manejo*. *Jornal de Pediatria – Vol. 80, nº 5 (supl)*. Brasil.

O tratamento, tem como finalidade, aumentar a quantidade de leite produzido, para isso, a mãe deve: amamentar bebê em horário livre; o bebê deve esvaziar uma mama até ao fim e só depois a mãe deve oferecer a outra. Na mamada seguinte deve alternar; acordar o bebê e não o deixar muito agasalhado; aumentar a frequência das mamadas durante alguns dias; amamentar também de noite; retirar o leite, sempre que não esteja com o bebê; se a criança está a aumentar de peso, é sinal de que se está a alimentar em quantidade suficiente (Saraiva, 2010).

2.6.2 – Dificuldades relacionadas com o bebê

Uma das causas do fracasso na amamentação é quando o bebê recusa o peito. Isto poderá ocorrer por insuficiência ou excesso de leite, pelo uso de biberão ou por outros problemas que o impeçam de mamar.

Alguns desses problemas são: alterações na sucção do bebê na mama, tais como intercorrências clínicas, baixo peso ao nascer (em especial prematuridade), distúrbios metabólicos, alterações neurológicas, síndromes e anomalias congénitas (fissuras labiopalatais, fissuras submucosas, anquiloglossia e laringomalacia). Algumas práticas clínicas relacionadas ao tratamento de bebês prematuros, como, por exemplo, intubação prolongada e uso sondas oro ou nasogástricas também podem interferir no desenvolvimento normal da coordenação sucção/deglutição/respiração, bem como ocasionar problemas respiratórios, devido ao refluxo gastresofágico e aspiração. Além dos fatores já mencionados, podem ocorrer transtornos de sucção mais específicos em bebês de termo, saudáveis e sem intercorrências clínicas, denominados disfunções motoras-orais. Estas são consequência de imaturidade neurológica do RN, dor facial (como a decorrente do uso de fórceps), características anatómicas individuais e fatores iatrogênicos, como o uso de bicos artificiais. Logo após o nascimento, alguns RN apresentam incoordenação dos reflexos orais, necessitando de alguns dias para desenvolver um padrão mais maduro, o que pode ocorrer simultaneamente ao processo de apojadura, no terceiro ou quarto dia pós-parto. Podem ocorrer, ainda, alterações de natureza anatómica no funcionamento oral tanto do bebê (palato mais alto, mandíbula mais retraída ou freio lingual encurtado ou totalmente fixo – anquiloglossia – apresentando, assim, maior dificuldade de pega) (Sanchez, 2004).

Disfunção Motora Oral: lactentes por imaturidade, problemas neurológicos ou dor facial (uso do fórceps ou chupeta) podem apresentar dificuldades para sugar. Apresentam características como Hipertonia: posição de extensão (cabeça para trás); as extremidades tensas e lábios invertidos (o lactente morde o mamilo, que fica branco e deformado). Hipotonia: mais comum em lactente pré-termo, ou de baixo peso, o tônus fica reduzido, flexão diminuída nas extremidades e a sucção é frágil.

Disfunção Motora Oral Secundária ao biberão e à Chupeta: o bebê faz com o mamilo o mesmo movimento de sugar a chupeta, empurrando-o para fora da boca ao invés de comprimi-lo contra o palato. Morde só sua ponta, sem obter o leite e causando dor.

Problemas Anatômicos da Boca do Lactente: o mais comum é a fissura labial ou palatina. É possível que o bebê com fissura mame. A mãe pode ajudar pressionando a auréola, facilitando a ejeção do leite. A posição terá que ser sentada o mais vertical possível.

Aumento de Peso Inadequado: para melhorar o ganho ponderal, é preciso verificar a frequência das mamadas (dia e noite), se não estão escassas e se o bebé está satisfeito. Deve-se descartar cardiopatia congénita, problemas neurológicos, metabólicos e infecciosos. Verificar se há problemas nas mamas. Neste caso, extrair com a bomba após as mamadas e oferecer o leite ao bebé.

Alimentação em Situação de Separação: se o recém-nascido estiver hospitalizado, a mãe deve amamentar e/ou extrair o leite. Retirar e deixá-lo guardado e refrigerado, para que seja dado ao seu bebé. Deve amamentá-lo pelo menos oito vezes durante as vinte e quatro horas (Fernandes, 2000).

Nestes casos, torna-se necessário intervir para auxiliar os bebés a realizarem adequadamente a pega e a extração de leite da mama de suas mães.

3 – Internamento do recém-nascido em Neonatologia/UCIN

A Neonatologia/UCIN apresenta um ambiente terapêutico, uma série de equipamentos e uma equipa multidisciplinar dedicada a cuidar do recém-nascido e possui conhecimentos científicos relevantes, segue protocolos específicos, constituindo um organismo integrado, e não uma simples pessoa ou conjunto de pessoas que cuida do RN doente. São consideradas de alta complexidade assistencial pela gravidade das condições de vitalidade dos RN e pelo uso de tecnologia de ponta.

Na Neonatologia/UCIN, são internados, principalmente, os RN de termo (idade Gestacional ≥ 37 semanas) com problemas ao nascimento e os prematuros (< 37 semanas) que necessitam de cuidados 24 horas por dia, atendendo pacientes de 0 a 28 dias de vida (Tragante, 2009).

3.1 – Aleitamento Materno em Recém-Nascidos Internados

A hospitalização de um filho recém-nascido é um acontecimento que envolve aspetos emocionais, socioeconómicos e culturais que podem dificultar o processo de amamentação. É fácil perceber esse processo como uma experiência difícil, que exige esforço, pois para além das dificuldades de ordem técnica, os sentimentos de medo e ansiedade gerados pela situação inesperada exigem persistência para superar as dificuldades. Nesta situação o profissional de enfermagem deve estar presente em todos os momentos, oferecendo ajuda prática e emocional, auxiliando a mãe a adquirir autoconfiança na sua capacidade de amamentar apesar da situação do bebé.

O sucesso do aleitamento materno em bebés que necessitam de cuidados especiais depende do conhecimento das suas necessidades e das circunstâncias que envolvem o processo da sua alimentação. Apesar desses bebés, na grande maioria das vezes, beneficiarem muito da amamentação, estão mais expostos ao desmame precoce, apesar de somente em situações muito raras o leite materno estar contraindicado.

3.1.1 - Condicionantes da amamentação relacionadas com o recém-nascido

A hospitalização de um filho numa Unidade Neonatal é uma situação que pode gerar danos emocionais em toda a família, mas principalmente na mãe, por se tratar de um ambiente assustador que inibe o contacto espontâneo entre mãe e filho. Comumente, o prolongamento da permanência hospitalar desses neonatos desperta nos pais sentimentos de ansiedade, insegurança e culpa.

Existem determinadas condições dos recém-nascidos admitidos em UCIN que podem transformar-se em dificuldades para a amamentação tais como o estado clínico do RN, que frequentemente está instável nesse período, a sua dimensão corporal, no caso de prematuros e de baixo peso, ou outras situações que irão configurar-se como obstáculos para a mãe.

Prematuridade

O leite materno é reconhecidamente o melhor alimento para o bebé prematuro, representando um importante fator protetor contra as infeções e no seu desenvolvimento cerebral, na maturação gastrintestinal e formação do vínculo mãe-filho, aumento do desempenho neurocomportamental, melhor desenvolvimento cognitivo e psicomotor e menor incidência de re-hospitalizações. O leite da própria mãe é o mais indicado para o prematuro, contendo, nas primeiras quatro semanas, alta concentração de nitrogênio, proteínas com funções imunológicas, lípidos totais, ácidos gordos, vitaminas A, D e E, cálcio e energia, quando comparado ao leite de mães de neonatos de termo (Nascimento, 2003).

O leite materno contém também fatores de crescimento específico que estimulam a maturação da mucosa e da motilidade intestinal, proporcionando uma absorção mais adequada de nutrientes.

A alimentação, é portanto, um fator de sobrevivência para os seres vivos. Após o nascimento, o bebé de termo saudável pode ser levado ao seio iniciar o processo fisiológico da alimentação. Os bebés doentes ou prematuros frequentemente são colocados em pausa alimentar, interrompendo esse ciclo precocemente. Todo o bebé prematuro deve ter a sua nutrição monitorizada individualmente. Um planeamento deve ser proposto no sentido de garantir suporte nutricional adequado para o seu desenvolvimento. Quando ainda não tolera a dieta enteral total, devem receber suporte nutricional por nutrição parenteral. Juntamente com

isso deve-se iniciar a nutrição enteral mínima, que deve ser considerada não como alimentação, mas como estímulo trófico para o intestino. Deve ser oferecido leite materno em pequenos volumes (cerca de 1ml) por gavagem desde as primeiras horas de vida.

Na alimentação de bebês prematuros dois desafios se impõem, manter a lactação da mãe e estabelecer de forma efetiva uma amamentação exclusiva.

Cada bebê deve ser avaliado individualmente dentro da sua capacidade de se alimentar. Bebês muito pequenos, abaixo das 32 semanas de gestação, geralmente não apresentam um padrão oral maduro o suficiente para realizar uma mamada efetiva.

É importante observar, portanto, dois aspetos: a produção de leite pela mãe e a capacidade do bebê coordenar a sucção, a deglutição e a respiração. A alimentação ao seio deve ser iniciada com cautela e sob supervisão. No início devem-se observar os períodos de atividade do bebê e aproveitar esses momentos para levá-lo ao seio. Espera-se que as primeiras tentativas ele apenas lamba o seio e aos poucos desenvolva seu próprio ritmo de mamar. Se ele dormir ou não conseguir retirar o suficiente, deverá ser alimentado com o leite materno por biberão.

É importante observar a curva de peso e crescimento para avaliar o adequado desenvolvimento nutricional do bebê prematuro.

Icterícia Neonatal

Definida como uma elevação fisiológica da bilirrubina indireta em torno do 4º dia, . é um processo que pode ser identificado clinicamente em cerca de dois terços dos bebês na primeira semana de vida. Sendo resultado da interação de vários mecanismos que envolvem o ciclo da bilirrubina, desenvolve-se independentemente da alimentação que o bebê recebe. No entanto, bebês amamentados à mama apresentam maiores taxas de hiperbilirrubinemia quando comparados com leite artificial, devido às características do próprio leite materno e da sua capacidade de facilitar a reabsorção intestinal. Contudo, o próprio leite materno vai ajudar na excreção da bilirrubina em excesso ao manter a hidratação do bebê e o peristaltismo intestinal, pelo que se aconselha aumentar o número de mamadas (Consensos 2013).

O tratamento da icterícia neonatal é a fototerapia. Os bebês em fototerapia podem ficar mais sonolentos e podem mamar menos. É importante que a mãe seja orientada a retirar o

leite e oferecê-lo ao bebê (nesses casos, deve-se oferecer de 10% a 20% a mais do volume diário recomendado).

Síndrome de Dificuldade Respiratória

Bebês com problemas respiratórios constituem uma importante causa de mortalidade e morbidade. No período neonatal, a imaturidade pulmonar em decorrência da prematuridade representa a maioria dos problemas respiratórios; outro problema é a infecção respiratória.

A alimentação, mesmo de bebês submetidos a ventilação mecânica, é possível através de sonda orogástrica. Quando o recém-nascido está estável e não necessita de suporte ventilatório invasivo, a colocação ao seio pode ser possível dependendo da necessidade de oxigênio. O bebê deve ser posicionado confortavelmente, semi-elevado e com as narinas livres. Se estiver dependente de oxigênio o fluxo deve ser mantido, adaptado às narinas ou administrado por máscara fixada à mama da mãe, A colocação ao seio deve ser precedida de avaliação clínica e o bebê deverá permanecer com a frequência cardíaca e saturação de oxigênio monitorizados.

Patologia Neurológica

Bebês prematuros, bebês com diagnóstico pré-natal de patologias do sistema nervoso central, assim como bebês de termo gravemente doentes, apresentam várias intercorrências clínicas que aumentam o risco de apresentarem sequelas neurológicas. Esses bebês beneficiam da amamentação, não só por todas as vantagens já conhecidas, como por poderem contar com nutrientes específicos que atuam no desenvolvimento do sistema nervoso central.

Bebês com problemas neurológicos apresentam muitas vezes distúrbios de coordenação de sucção, deglutição e respiração. Estes bebês apresentam dificuldades em se alimentar por via oral, correm maior risco de broncoaspiração e não conseguem regular o fluxo de leite ingerido. Apresentam irritação, dificuldade em se deixarem consolar, hipotonia ou hiperextensão da cabeça e tronco, dificultando o posicionamento em mamar.

O sucesso da amamentação depende, além do tratamento específico para a sua situação clínica, do estabelecimento dum bom vínculo afetivo com a sua mãe. É necessário que esta receba apoio da equipa, pois o bebê pode apresentar hipersensibilidade oral (por intubação traqueal prolongada, alimentação por gavagem) e inicialmente recusar contato com o seio.

A estimulação oral deve iniciar-se o mais precocemente possível para diminuir as funções orais.

Fissura Labial e/ou Palatina

Bebés com má formação orofacial são encontrados com relativa frequência, a sua incidência varia de 1:1000 nascimentos para fissura labial e/ou fenda palatina e cerca de 1:2500 para fissura palatina isolada.

Diante do nascimento dum criança com má formação congénita a família vivencia um processo de luto do seu bebé imaginário. O aleitamento materno, mais do que nunca, deve ser conduzido sob uma perspectiva global, valorizando os aspetos emocionais/afetivos da relação da família com esse bebé.

Deve avaliar-se a localização, tamanho da lesão e da protractibilidade da mama e só depois o bebé deve ser colocado a mama. O bebé deve ser ajudado a fazer a pega numa posição de maneira que a mama possa ser usada para tapar a fissura. As tentativas de sucção devem ser cuidadosas, pois as dificuldades podem aumentar a sensação de fracasso da mãe.

Em lesões bilaterais extensas, às vezes tanto a amamentação como a alimentação por biberão não é possível. Neste caso será necessário usar colher, copinho ou seringa.

Hipoglicemia:

Em recém-nascidos a hipoglicemia é definida como uma concentração de glicose plasmática menor que 30mg/dl nas primeiras 72 horas e menor que 40mg/dl após esse período.

Mesmo se assintomática, pode provocar lesões irreparáveis no tecido cerebral, aumentando esse risco se forem observados tremores, apneia, cianose, letargia, convulsão, agitação, hipoatividade, sucção débil, choro fraco ou se apresentar hipoglicemia prolongada.

Os bebés em risco de hipoglicemia devem ser monitorizados nas primeiras 24 horas de vida. Se estão bem, a amamentação deve ser iniciada precocemente e sem restrição. Se não conseguirem mamar eficazmente ao seio, devem ser alimentados por copo ou por gavagem com leite materno. Em todos os casos, se não conseguem manter os níveis de glicose dentro da normalidade devem ser tratados com infusão venosa (Carvalho, 2002).

Os recém-nascidos prematuros e/ou doentes, além de tratamento e cuidados especiais, apresentam também especial atenção no sentido de incentivar e apoiar a prática do aleitamento materno, a fim de lhes assegurar uma melhor qualidade de assistência e de vida a partir do nascimento.

Um estudo realizado por Bicalho-Mancini (2004) revelou fatores relativos a práticas relacionadas com os serviços de saúde (número de consultas pré-natais, Hospital Amigo dos Bebés), práticas hospitalares (dieta por sonda, translactação) e fatores biológicos (baixo peso) seriam potenciais fatores independentes, que dificultam o sucesso da amamentação exclusiva em crianças recém-nascidas internadas numa UCIN. E, diante desses fatores, existe um aumento de 2,75% da probabilidade de uma criança sair sem aleitamento materno exclusivo, se internada antes da introdução das políticas dos Hospitais Amigos dos Bebés. Assim, justifica-se o investimento dos serviços de saúde e do governo no sentido de garantir que os hospitais que prestam assistência à saúde da mulher e da criança adotem as normas adequadas.

Sabe-se que poucos dias de separação do binômio mãe e bebê são suficientes para interferir negativamente na amamentação. As mães precisam ser orientadas, entre outros aspetos, quanto à retirada manual do leite para a manutenção da lactação, pois a ansiedade, a preocupação com o bebê e a expressão tardia do leite podem determinar a insuficiência láctea. Assim, além dos fatores sociais e culturais, o peso ao nascer, a idade gestacional e o tempo prolongado de internamento podem interferir no processo de amamentação. Os RNPTs precisam de cuidados especializados e estão mais suscetíveis à superestimulação ambiental. Além disso, permanecem por mais tempo internados, o que concorre para a baixa produção de leite ou até mesmo para o comprometimento do vínculo mãe-bebê, podendo diminuir as probabilidades de estabelecer o AM plenamente (Scochi, 2008).

Outro aspeto importante é o uso da chupeta no RN que tem sido atualmente desaconselhado. Porém, a estimulação oral de recém-nascidos prematuros pode acelerar a aquisição da habilidade de sucção, facilitando a aceitação precoce de maiores volumes de leite por via oral. Esta prática na UCIN pode de alguma forma justificar a grande percentagem de mães que ofereceram sucção não nutritiva (SNN) ao seu bebê, pois estudos sugerem que dez minutos de SNN tendem a resultar em pouca mudança no estado comportamental durante a alimentação, podendo contudo refletir-se numa ótima organização neurológica, possibilitando

o RN a melhorar sua coordenação entre sugar, engolir e respirar (Fucile, Gisel & Lau, 2002; Pinelli (2005).

3.1.2 Condicionantes da amamentação relacionadas com a mãe

A relação do uso de tecnologias de alta complexidade e a separação mãe e filho prejudicam o relacionamento entre eles, criam dificuldades para estabelecer o aleitamento materno, dificultam o vínculo, podendo levar ao desmame precoce. Num estudo sobre as dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UCIN, vários autores dizem que, para se alcançar o sucesso na amamentação desses recém-nascidos, é necessária a criação de condições de apoio às mães, fornecer orientação e local para retirar o leite artificialmente, facilidade de acesso às unidades neonatais, criação de normas e rotinas hospitalares para a promoção do aleitamento materno (Faria, 2010).

Silva e Silva (2009), citado por (Faria, 2010), realizaram um estudo sobre a vivência das mães de prematuros com o aleitamento materno durante o internamento de seus filhos e concluíram que a amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros à alta hospitalar, pode estar relacionada ao apoio oferecido pela equipe de saúde às mulheres.

Estes mesmos autores, Silva e Sila (2009), realizaram um estudo qualitativo, que teve como objetivo compreender a vivência da amamentação em mães de recém-nascidos prematuros durante o internamento dos seus filhos e descrever a performance de amamentação e condições das mamas e da lactação, por ocasião da alta dos bebês. Verificaram que ao exame físico, a maior parte das mulheres tinha mamas consideradas aptas para a lactação e amamentação, a produção láctea em média quantidade foi observada em 54,5%, e as mulheres que amamentavam os seus bebês exclusivamente ao peito, por ocasião da alta, tinham mantido regularidade na frequência das ordenhas e permaneciam com o filho, em média, 12 horas diariamente na UCIN.

Lee et al. (2009) estudaram as experiências de amamentação de mães de recém nascidos de muito baixo peso e evidenciaram que as mulheres podem-se sentir culpadas pelo nascimento prematuro de seus filhos e que a retirada manual do leite materno é uma maneira de estarem próximas a eles. Os autores concluíram que a experiência das mães de recém-nascidos prematuros com o aleitamento materno é desafiadora e exaustiva. Portanto torna-se

necessário a implementação de protocolos educativos nas UCIN e o apoio às famílias pela equipe de enfermagem.

Charpak (2005) relata que o método canguru está diretamente relacionado a melhores índices de aleitamento materno em recém-nascidos prematuros mas, para isso, é importante que a equipa de saúde realize ações de promoção e incentivo ao aleitamento materno com orientação quanto à retirada manual do leite, oportunidade de sucção não nutritiva, monitorizar e aconselhar as mães durante o estabelecimento da amamentação direta ao seio e o acompanhamento após a alta hospitalar.

Em relação aos fatores maternos que podem potenciar ou ser desvantagem para a amamentação, num estudo realizado por Mancini (2004), verificou-se que as prevalências de ausência de aleitamento materno exclusivo foram significativamente maiores nas mães com idade igual ou maior que 35 anos quando comparadas com as de 20-34 anos. Não se registrou associação com escolaridade, estado civil e tipo de parto. Em relação às variáveis relacionadas com a história obstétrica materna, pode-se observar que o grupo de primigestas apresentou um risco maior de não estar a amamentar exclusivamente quando comparado ao de não-primigestas.

Em relação ao RN, segundo Mancini (2004), observam-se prevalências maiores de ausência de aleitamento materno exclusivo no grupo de crianças com baixo peso ao nascer, idade gestacional menor que 37 semanas, índice de Apgar no 1º minuto igual ou menor que 7 pontos e gemelaridade. Não houve associação estatisticamente significativa em relação ao sexo e à relação peso/idade gestacional. As frequências de recém-nascidos sem aleitamento materno exclusivo na alta foram maiores nos grupos que apresentaram um maior número de doenças (três a seis), que permaneceram internados mais que 30 dias e que foram internados no período anterior ao título de Hospital Amigo dos Bebés pela maternidade.

Um outro estudo de Scochi (2008), verificou que prevalência do aleitamento materno exclusivo aumenta com o aumento do peso ao nascer, sendo maior entre os RNPTs nascidos com peso superior ou igual a 2500g; a prevalência do aleitamento materno misto foi maior nos RNPTs nascidos com peso entre 1000 e 1999g e o aleitamento artificial entre aqueles com peso inferior a 1000g ou de extremo baixo peso. Foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre o tipo de alimentação e o peso ao nascer. Um outro estudo realizado na mesma instituição onde se desenvolveu esta investigação verificou que entre os 222 recém-nascidos (RNs) avaliados, 192 eram de baixo peso e foram amamentados; dentre estes, 51

(26,5%) tinham peso inferior a 2000g e 141 (73,4%) pesavam entre 2000/2500g. Analisando o tipo de alimentação na alta hospitalar segundo a idade gestacional, verificou-se que a prevalência do aleitamento materno foi maior entre os nascidos com prematuridade moderada (31 a 34 semanas de gestação); o aleitamento artificial foi mais prevalente entre os mais imaturos (≤ 30 semanas de gestação) e o aleitamento materno misto entre aqueles nascidos com prematuridade limítrofe (35 a 36 semanas de gestação). Foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre o tipo de alimentação e a idade gestacional.

Por fim, Mancini (2004), fala-nos num estudo onde foram encontradas taxas de aleitamento materno na alta superiores às encontradas em outros estudos entre os 244 RNPTs filhos de mães que receberam orientações sobre o aleitamento materno e foram encorajadas a manter a lactação através da extração manual. Do total, 231 (94,6%) saíram de alta com leite materno, sendo 84,4% em aleitamento materno exclusivo e 10,2% em aleitamento misto. Tais taxas devem-se às intervenções adotadas na instituição - como o apoio às mães, o uso de copo ou gavagem para impedir o uso de bicos artificiais, o estímulo à permanência materna no hospital a partir do momento em que as condições clínicas do prematuro permitiam o aleitamento materno e o apoio social do serviço social às mães carentes.

Gorgulho, (2009) elaborou um estudo qualitativo onde concluiu que as mães, ao se defrontarem com a vivência da hospitalização de seu filho, e posteriormente com a impossibilidade de amamentá-lo logo após o nascimento, mostram-se ansiosas e com algumas dificuldades nessa nova realidade. A retirada manual do leite foi apontada como uma dificuldade nesse processo de amamentar. Houve reclamações, principalmente relacionadas à dor de compressão repetida no local e pequena quantidade de leite retirado que incomoda e desaponta as mães. Outro problema revelado foi a dificuldade em cumprir os horários das mamadas dos RNs. A frequência em que ocorrem, geralmente de três em três horas, incomoda as mães que não têm um descanso adequado e sentem-se cansadas para acompanhar a rotina da unidade. O apoio recebido pelas mães pelos profissionais de saúde quanto ao processo de amamentação foi exagerado e desgastante; esse apoio deu-se de forma restrita, limitando-se às técnicas de amamentação; as mães acham que deve ser um processo de aprendizagem contínuo e constante.

Independentemente da patologia de cada recém-nascido e tendo em conta a dinâmica e experiência de cada serviço, é importante:

- Conhecer o desejo da mãe sobre a alimentação do filho;
- Ouvir e compreender as suas dúvidas;
- Esclarecer e acompanhar as práticas adequadas à amamentação;
- Assumir como norma o aleitamento materno e como exceção o leite adaptado;
- Respeitar a decisão da mãe, sem culpabilizar (A. Moleiro, et al, consensos 2004).

Parte II - Investigação Empírica

1 - Metodologia

A segunda parte deste estudo descreve os procedimentos metodológicos adotados, que compreendem os métodos, nos quais se incluem as questões, os objetivos e o tipo de estudo efetuado, os participantes, os instrumentos de colheita de dados, os procedimentos formais e éticos e os procedimentos estatísticos adotados. Esta abordagem vai ser realizada a fim de desenvolver a problemática em estudo: Amamentação à Alta em Recém-Nascidos após o internamento numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado.

1.1. Métodos

A promoção do aleitamento materno deve ser vista como uma ação prioritária para a melhoria da saúde e da qualidade de vida das crianças e de suas famílias. As estratégias de promoção da amamentação devem variar de acordo com a população, sua cultura, seus hábitos, suas crenças, sua posição socioeconómica, entre outras características, no entanto, de fundamental importância em qualquer estratégia, é a conscientização da importância do aleitamento materno para a saúde da criança e estabelecimento de laços afetivos.

Devido à escassez de estudos publicados sobre esta temática, com este trabalho de investigação pretende-se conhecer melhor a realidade da amamentação em ambiente de Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado. Este trabalho de investigação foi realizado para assim se refletir sobre quais os conhecimentos e dificuldades das mães que amamentam em situação de maiores dificuldades, melhorando as práticas e as estratégias de intervenção, com vista à obtenção de mais ganhos em saúde.

Tendo por base a problemática, delinearão-se as seguintes questões que norteiam esta investigação:

- 1) Qual é a relação entre as características sociodemográficas e os conhecimentos e dificuldades das mães na amamentação à alta de recém-nascidos internados numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado?
- 2) Qual é a influência das variáveis obstétricas e clínicas do Recém-Nascido nos conhecimentos e dificuldades da mãe na amamentação, à alta do recém-nascidos internados numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado?

3) Quais são os fatores maternos e do Recém-Nascido se relacionam com a amamentação à alta do recém-nascidos internados numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado?

Depois de formuladas as questões de investigação, o investigador deve precisar qual a direção que pretende dar à investigação (Fortin, 2009), definindo os objetivos do estudo. Deste modo, o presente trabalho de investigação tem como objetivo geral determinar que fatores influenciam a Amamentação à Alta em Recém-Nascidos após o internamento numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado, sendo que os objetivos específicos são:

- 1 - Identificar a relação entre as características sociodemográficas e os conhecimentos e dificuldades das mães na amamentação à alta de recém-nascidos internados numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado;
- 2 - Analisar a influência das variáveis obstétricas e clínicas do Recém-Nascido nos conhecimentos e dificuldades da mãe na amamentação, à alta do recém-nascidos internados numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado;
- 3 - Identificar os fatores maternos e do Recém-Nascido que se relacionam com a amamentação à alta do recém-nascidos internados numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado.

Em suma, este estudo vai permitir obter um conjunto de resultados que relacionem as características maternas e do recém-nascido com a amamentação à alta, após permanência numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado.

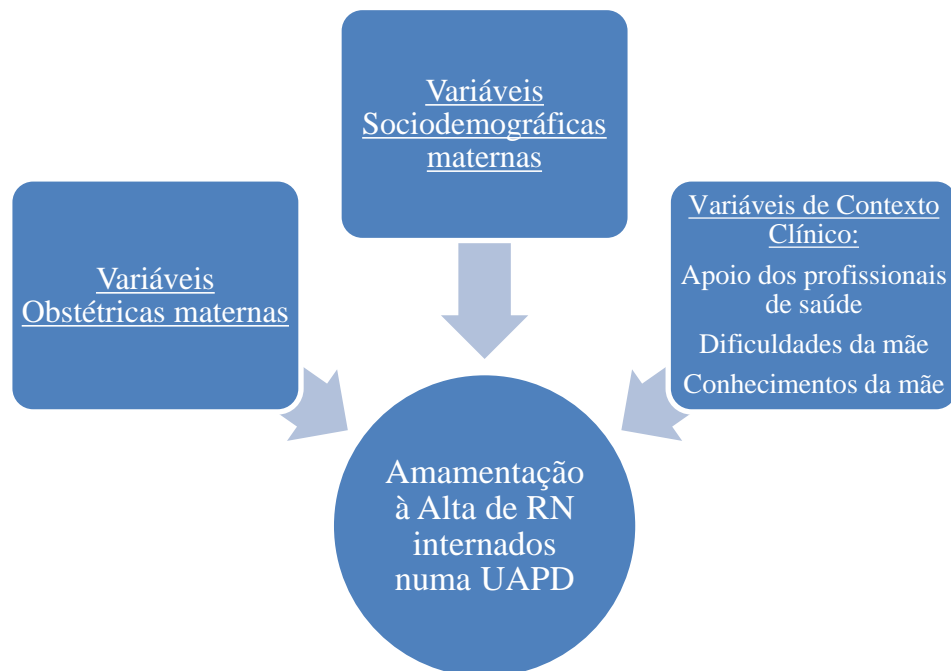
Como o tipo de estudo varia em função do que se pretende para a investigação em causa e como a formulação das questões de investigação já prediz qual o método de investigação empregue (Fortin, 2009), desenvolveu-se um estudo situado no paradigma quantitativo, pois é baseado em resultados numéricos, suscetíveis de serem generalizados a outras populações (Fortin, 2009). “O objetivo da investigação quantitativa é estabelecer factos, pôr em evidência relações entre variáveis por meio de verificação de hipóteses, predizer resultados de causa efeito” (Fortin, 2009, p. 30).

Dentro do paradigma quantitativo, este estudo também é definido como um tipo de estudo descritivo, analítico-correlacional de corte transversal, pois permite a descoberta de novos conhecimentos através da descrição das características de um fenómeno ou de uma

população num período pré-definido e limitado e estabelece relação entre as variáveis (Fortin, 2009).

O desenho de investigação é um plano lógico criado pelo investigador, que permite responder validamente às questões de investigação colocadas (Fortin, 2009). Através do desenho de investigação patente na Figura 15, pretende expor-se uma representação gráfica das principais variáveis intervenientes, procurando estabelecer a relação entre as variáveis independentes e a variável dependente.

Figura 9 - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica



1.2. Critérios de recodificação e operacionalização das variáveis

De modo a tornarem-se as variáveis mais explícitas e com o intuito de tornar mensuráveis os dados recolhidos relativamente às variáveis independentes, procedeu-se à sua operacionalização empírica e à sua recodificação, permitindo uma melhor interpretação dos resultados (cf tabela 3).

Tabela 3 - Recodificação e operacionalização das variáveis

	Variável	Tipo Variável	Questão	Recodificação/operacionalização
Mãe	Idade	Quantitativa ordinal	Questão I -1	≤ 25 anos 26 -30 anos ≥ 31 anos
	Escolaridade	Qualitativa nominal	1º Ciclo (1º- 4º ano) 2º Ciclo (5º- 6º ano) 3º Ciclo (7º - 9º ano) Ensino Secundário (10º - 12º) Ensino Superior	≤3º ciclo Secundário Ensino Superior
	Profissão	Quantitativa nominal	Situação Laboral	Empregada Desempregada
	Residência	Quantitativa nominal	Rural Urbana	Rural Urbana
	Estado Civil	Qualitativa nominal	Solteira Casada/União de facto Divorciada	Com companheiro Sem companheiro
	Parto	Qualitativa ordinal	Eutócico Distócico fórceps Distócico ventosa Cesariana	Eutócico Distócico
	Número de filhos	Qualitativa ordinal	Questão II-2	Um filho Dois ou mais filhos
	Idade Gestacional	Qualitativa Nominal		Pré-termo Termo
	Patologia do RN	Qualitativa nominal		Prematuridade Risco Infecioso SDR Outros
	Nível conhecimentos	Qualitativa nominal		Fraco (≤8) Moderado (9) Bom (≥10)
Dificuldades	Qualitativa Nominal		Com dificuldades (>1) Sem Dificuldades (≤1)	

As questões que se seguem visam identificar os conhecimentos e dificuldades maternas, quantificando-as, por forma a ser possível realizar uma leitura adequada das respostas colocadas pelas mães.

Cada uma destas dimensões comporta várias questões e cada uma foi atribuído uma cotação numérica, para cada resposta certa foi atribuída a cotação 1(um) e para as erradas

0(zero), oscilando o score desta dimensão entre o 0 e 12, a questão 5 é de leitura invertida, como patente no tabela 4.

Tabela 4 - Operacionalização dos Conhecimentos globais das mães

Nº	QUESTÃO	OPÇÃO DE RESPOSTA	COTAÇÃO		Subtotal
IV - 2	Qual a duração adequada para fazer amamentação exclusiva (só leite materno)?	Até ao bebé querer	0		0 – 1
		Enquanto tiver leite	0		
		Até aos 6 meses	1		
		Enquanto for satisfatório para a mãe, bebé e pai	0		
IV – 3	Afirmações corretas em relação à amamentação		Sim	Não	0 – 11
		1 O leite materno é rico em água, proteínas e sais minerais, contém todos os nutrientes que o bebé precisa consumir.	1	0	
		2 A amamentação ajuda a desenvolver o sistema imunológico da criança e é o recurso mais eficiente para protegê-la de alergias e infeções nos primeiros meses.	1	0	
		3 Os bebés que foram amamentados falam, respiram e mastigam melhor; sofrem menos cólicas e o seu intestino passa a funcionar de forma mais regular.	1	0	
		4 Amamentar faz muito bem para a saúde da mãe e diminuí as probabilidades de ter cancro de mama ou de ovário.	1	0	
		5 O leite artificial é mais completo que o leite materno.	0	1	
		6 O stress e o nervosismo atrapalham a amamentação.	1	0	
		7 A alimentação da mãe condiciona a qualidade do leite materno.	1	0	
		8 Após a amamentação o bebé precisa sempre de leite artificial.	0	1	
		9 Após a amamentação o bebé nunca precisa de leite artificial.	0	1	
		10 O tipo de parto altera a produção de leite materno.	0	1	
		11 Devo esvaziar sempre as duas mamas em cada mamada.	0	1	
TOTAL					0 – 12

Para obter a classificação dos conhecimentos das mães foram obtidos pontos de corte de acordo com a identificação dos percentis. Assim para o percentil 25 as pontuações foram ≤ 8 , ou seja, os conhecimentos foram considerados fracos; a pontuação 9 corresponde a conhecimentos moderados (entre o percentil 25 e 75) e para o percentil 75 as pontuações foram ≥ 10 e os conhecimentos definidos de Bons (cf tabela 5).

Tabela 5 – Pontos de corte para classificação dos conhecimentos globais das mães

Pontuação	Classificação
≤ 8	Fraco
9	Moderado
≥ 10	Bom

Sobre as dificuldades/problemas durante a amamentação, cada uma destas dimensões comporta várias questões e cada uma foi atribuído uma cotação numérica, para cada resposta certa foi atribuída a cotação 1(um) e para as erradas 0(zero), oscilando o score desta dimensão entre o 0 e 5, conforme exposto na tabela 6.

Tabela 6 – Operacionalização das dificuldades/problemas da mãe

Nº	QUESTÃO	OPÇÃO DE RESPOSTA	COTAÇÃO		Subtotal
			Sim	Não	
VI – 1	Teve algum destes problemas	1 Fissuras nos mamilos	1	0	0 – 5
		2 Ingurgitamento mamário (mamas muito “inchadas, duras”)	1	0	
		3 Mastite	1	0	
		4 Abscesso mamário	1	0	
		5 Dificuldade na pega	1	0	
TOTAL					0 – 5

Para obter a classificação das dificuldades das mães foram obtidos pontos de corte de acordo com os percentis identificados. Assim para o percentil 25 foram colocadas todas as

pontuações ≤ 1 e foram considerados sem dificuldades; para o percentil 75 foram consideradas todas as respostas > 1 e definidas como dificuldades (cf tabela 7).

Tabela 7 – Pontos de corte para classificação das dificuldades globais das mães

Pontuação	Classificação
≤ 1	Sem dificuldades
>1	Com dificuldades

1.3. Caracterização sociodemográfica da amostra

A amostra foi constituída por 100 mães que na data da colheita tinham os seus recém-nascidos internados numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado.

Conforme observado na tabela 8, as mães apresentavam idades entre um mínimo de 19 e máximo de 45 anos, com média de idades de 29,6 anos (Dp= 5,395) e coeficiente de variação de 18,21%, o que nos indica uma dispersão moderada em relação á média. Os valores de simetria indicam para o global da amostra uma distribuição simétrica e os valores de achatamento indicam uma distribuição mesocúrtica.

Tabela 8 - Estatísticas da idade das mães

	Min	Max	Média	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Idade mãe	19	45	29,63	5,395	18,21%	1,69	-0,44

Analisando a idade das mães, verifica-se que estas são muito semelhantes, existindo um número ligeiramente menor com idade inferior a 25 anos (27%), entre 26 e 30 anos (36%) e com mais de 31 anos (37%).

Em relação à escolaridade predominam as mães que têm escolaridade até ao 2º e 3º ciclo do ensino básico (54,0%), 33,0% frequentaram o ensino secundário e apenas 13,0% frequentou o ensino superior. Quanto à profissão a maioria está empregada (71%), existindo ainda (29%) de mães desempregadas. Relativamente à residência, (43%) vive numa zona rural e (57%) vive numa zona Urbana. A maioria tem companheiro (72%) e apenas 28% estão sem companheiro. (cf tabela 9).

Tabela 9- Caracterização sociodemográfica das mães

	n	%
Idade das mães		
≤ 25 anos	27	27,0
26-30 anos	36	36,0
≥31 anos	37	37,0
Escolaridade		
Até 3º ciclo secundário	54	54,0
superior	33	33,0
13	13,0	
Profissão		
Desempregada	29	29,0
Empregada	71	71,0
Residência		
Rural	43	43,0
Urbana	57	57,0
Estado Civil		
Sem companheiro	28	28,0
Com companheiro	72	72,0

1.4 - Instrumento de colheita de dados

Para operacionalizar os objetivos estabelecidos para este estudo, escolheu-se como métodos de colheita de dados o questionário (Anexo I), a ser preenchido pela mãe, tendo em vista obter a sua opinião o mais rápida e sincera possível e com o mínimo de interferência e influência externa. Para além disso, o questionário não necessita muitos recursos humanos nem financeiros, quer na sua distribuição, quer no seu preenchimento e recolha.

O instrumento de colheita de dados será aplicado um questionário da autoria de Sousa (2014) a qual foi feito o pedido de autorização por mail (Anexo II).

O questionário é composto por seis grupos e é aplicado por administração direta, ou seja, é a própria inquirida que responde. É constituído por 37 questões na sua maior parte de respostas fechadas, e algumas questões de resposta aberta.

No 1º grupo foram incluídas 4 questões dirigidas à caracterização sociodemográfica da amostra, avaliada através de perguntas abertas de resposta rápida e de escolha múltipla, que avaliam dados como a idade, a escolaridade e outros dados que permitirão caracterizar a amostra.

No 2º grupo apresentamos 8 questões dirigidas a caracterização de dados obstétricos, que avaliam dados como tipo de parto, nº de filhos e outros dados que permitirão caracterizar a amostra.

No 3º grupo apresentamos 3 questões que pretendem obter informações sobre aleitamento materno.

No 4º grupo apresentamos 7 questões sobre os conhecimentos das mães.

Cada uma destas dimensões comporta várias questões e cada uma foi atribuído uma cotação numérica, para cada resposta certa foi atribuída a cotação 1 (um) e para as erradas 0 (zero), oscilando o score desta dimensão entre o 0 e 12, conforme o que se verifica no quadro 1.

No 5º grupo apresentamos 11 questões sobre a experiência prática da amamentação e sobre as dificuldades sentidas durante a amamentação, cada uma destas dimensões comporta várias questões e cada uma foi atribuído uma cotação numérica, para cada resposta certa foi atribuída a cotação 1(um) e para as erradas 0(zero), oscilando o score desta dimensão entre o 0 e 1.

No 6º grupo apresentamos 4 questões sobre o contexto clínico vivido durante a amamentação.

1.5 - Procedimentos formais e éticos

Qualquer investigação feita com seres humanos levanta questões morais e éticas. Fortin (2009, p.113) refere que “a ética coloca problemas particulares aos investigadores decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação. Na persecução da aquisição dos

conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado: este limite refere-se ao respeito pela pessoa e à proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano”.

Na elaboração deste estudo vão ser cumpridas as normas éticas e deontológicas, pelo que foi solicitada a autorização prévia da aplicação do questionário á respetiva autora por mail.

Foi feito o pedido de autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados, ao Ex.º. SR. Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa E.P.E. (Anexo III), este pedido foi avaliado pela comissão de ética da instituição e apos ter sido concedida a autorização, a colheita de dados efetivou-se.

Antes de se proceder à colheita de dados, foi evidenciado a cada mãe que o investigador não ia partilhar informação com os elementos do serviço nem a possibilidade de terem acesso aos dados. As mães receberam informação sobre quem ia desenvolver o estudo, seus objetivos e sobre a confidencialidade, anonimato e ao carácter sigiloso de todos os dados, para que a sua colaboração seja voluntária. Foi-lhe fornecido um consentimento informado sobre a sua participação (Anexo IV), só depois de a mãe ter compreendido a informação dada é que assinou o termo de consentimento informado, iniciando-se de seguida a colheita de dados.

Antes do preenchimento do instrumento de colheita de dados pelas mães, houve por parte da investigadora a preocupação de proporcionar um ambiente calmo e com privacidade, sem interferências externas, porém com a indicação do possível esclarecimento de dúvidas de modo a serem respeitados os princípios éticos da Declaração de Helsínquia e a legislação em vigor que regem a pesquisa com seres humanos.

Aquando da colheita de dados (Anexo IV) foi distribuído um envelope individual, sem qualquer identificação, no qual foi colocado cada um dos questionários após serem preenchidos, devendo o enfermeiro/investigador, fechar o envelope e introduzi-lo numa caixa identificada para o efeito, para que seja garantido o anonimato.

A colheita de dados foi efetuada as mães que se encontravam com ao seus recém-nascidos internados num Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado.

Os questionários foram sempre entregues pelo investigador e a recolha dos questionários preenchidos foi feita também pelo investigador.

1.6 – Análise de dados

A análise de dados inicia-se com a colheita dos mesmos prolongando-se até à análise e interpretação de resultados que serão processados através da estatística descritiva e da estatística inferencial. Para o tratamento dos dados utilizamos o programa informático de estatísticas SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 22 para Windows. A estatística descritiva foi utilizada para estruturar a informação numérica e assim, obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra, que, neste estudo, foram determinadas pelas seguintes medidas estatísticas: frequências absolutas (n°) e relativas (%); medidas de tendência central ou de localização, como a média; medidas de dispersão, tal como o desvio padrão (σ), mínimos (X_{\min}) e máximos (X_{\max}); medidas de forma (assimetria e achatamento) e medidas de associação como o coeficiente de correlação de Pearson/coeficiente de variação. No que se refere à medida de simetria Skewness (Sk), foi efetuado o quociente entre Sk com o erro padrão. Se $Sk/erro$ oscilar entre -2 e 2, a distribuição é considerada simétrica. Se $Sk/erro$ for inferior a -2, a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita, no entanto se $Sk/erro$ for superior a 2, a distribuição é considerada de assimétrica positiva com enviesamento à esquerda (Pestana & Gajairo, 2014).

Quanto às medidas de achatamento foram alcançados resultados pela kurtose ($K/erro$), em que, se oscilar entre -2 e 2, a distribuição é considerada de mesocúrtica, se os valores forem inferiores a -2, a distribuição é platicúrtica, e se forem superior a 2, a distribuição é leptocúrtica (Pestana & Gajairo, 2014).

No que concerne ao coeficiente de variação este possibilita comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos ser interpretados em conformidade com os valores de referência expostos (Pestana & Gajairo 2014).

Para coeficientes de variação entre 0 e 15% é considerada uma dispersão baixa; entre 16 e 30% é considerada uma dispersão moderada e superior a 30% é considerada uma dispersão alta.

Para estudar a relação entre as variáveis, usou-se a análise inferencial, através do Teste de qui-quadrado (χ^2) e quando a percentagem do teste é superior a 20% foi utilizado o Teste de Fisher (se tabela 2x2) ou o Teste de Likelihood ratio.

O teste de qui-quadrado é aplicado a uma amostra na qual a variável tem duas ou mais categorias, comparando as frequências observadas com as esperadas, para se inferir sobre a existência de relação entre as variáveis. Se entre os valores observados e esperados não houver diferença significativa, aceita-se a hipótese e as variáveis são independentes. Caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência das variáveis e considera-se que existe relação entre as variáveis (Pestana & Gajairo, 2014).

Na análise estatística utilizam-se os seguintes valores de significância (Pestana & Gajairo, 2014): $p \geq 0,05$ – diferença estatística não significativa $p < 0,05$ – diferença estatística significativa $p < 0,01$ – diferença estatística bastante significativa $p < 0,001$ – diferença estatística altamente significativa.

Os dados e resultados obtidos serão apresentados maioritariamente através de tabelas para ilustrar a distribuição de algumas das variáveis, nos quais se omitiu a fonte, dado que são o resultado dos dados obtidos neste trabalho de investigação.

2 - Resultados

Os resultados que seguidamente serão apresentados dizem respeito à análise estatística dos dados recolhidos na amostra que serão organizados a fim de descrever e dar resposta às questões de investigação formuladas.

Este capítulo encontra-se estruturado em duas partes, começando pela apresentação dos resultados referentes à análise estatística descritiva e de seguida à análise dos dados pertencentes à estatística inferencial.

2.1 Análise descritiva

Neste subcapítulo será realizada a análise descritiva da caracterização da amostra segundo as variáveis relacionadas com os dados obstétricos, informações sobre o aleitamento materno, conhecimentos das mães, experiência da prática da amamentação, as dificuldades/problemas e por último o contexto clínico durante a amamentação de recém-nascidos internados numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado.

Caracterização obstétrica das mães

Relativamente à caracterização da história obstétrica das mães, conforme se pode observar na tabela 10, a maior parte destas teve um parto Distócico (56%) e não frequentou aulas de Preparação para o Parto (69%); em relação ao número de filhos 51% só tem um filho e 49% têm 2 ou mais; sendo que as mães que têm mais do que um filho 83,7% amamentou, tendo essa experiência sido agradável (95,1%) e em apenas 4,9% das mães foi uma experiência desagradável.

Tabela 10 - Caracterização obstétrica das mães

Variáveis	n	%
Tipo de Parto		
Eutócico	44	44,0
Distócico	56	56,0
Preparação para o Parto		
Sim	31	44,0
Não	69	56,0
Número de Filhos		
1 filho	51	51,0
≥2 filhos	49	49,0
Filhos Amamentados		
Sim	41	83,7
Não	8	16,3
Amamentação anterior		
Agradável	39	95,1
Desagradável	2	4,9

Conforme observado na tabela 11, as mães inquiridas apresentam no mínimo um filho e no máximo 4 filhos, com uma média de 1,6 filhos ($DP= 0,696$) e coeficiente de variação de 43,5%, o que nos indica uma dispersão alta em relação à média. Os valores de simetria indicam para o global da amostra uma distribuição assimétrica positiva e os valores de achatamento indicam uma distribuição mesocúrtica.

Tabela 11 - Estatísticas relativas ao número de filhos

	Min	Max	Média	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Número de filhos	1	4	1,60	0,696	43,5%	3,80	0,72

Analisando a tabela 12, constata-se que a maior parte dos recém-nascidos foi de Termo (61%) sendo que 39% nasceram prematuros. A patologia mais frequente é o Risco infeccioso (41%), sendo que a prematuridade também é bastante usual (32%); SDR (15%) e Outros (12%) surgem como as menos frequentes.

Tabela 12 - Caracterização dos recém-nascidos

Variáveis	n	%
Idade Gestacional		
Pré-termo	39	39,0
Termo	61	61,0
Patologia do RN		
Prematuridade	32	32,0
Risco Infecioso	41	41,0
SDR	15	15,0
Outros	12	12,0

A tabela 13 mostra-nos que o recém-nascido com a idade gestacional inferior apresentava 30 semanas e a superior tinha 41 semanas ao nascer, com uma média de idade gestacional de 37,07 semanas ($Dp= 2,678$) e coeficiente de variação de 7,22%, o que nos indica uma dispersão baixa em relação à média. Os valores de simetria indicam para o global da amostra uma distribuição assimétrica negativa e os valores de achatamento indicam uma distribuição placúrtica.

Tabela 13 - Estatísticas relativas a Idade Gestacional

	Min	Max	Média	DP	CV	Sk/erro	K/erro
Idade Gestacional	30	41	37,07	2,678	7,22%	-2,84	-0,736

Analisando a tabela 14, o recém-nascido mais leve pesava 1150 gramas ao nascer e um máximo de 4100 gramas de peso, com uma média de peso de nascimento de 2778,45 ($Dp= 682,751$) e coeficiente de variação de 24,57%, o que nos indica uma dispersão moderada em relação à média. Os valores de simetria indicam para o global da amostra uma distribuição simétrica e os valores de achatamento indicam uma distribuição mesocúrtica.

Tabela 14 - Estatísticas relativas ao peso ao nascer dos recém-nascidos

	Min	Max	Média	DP	CV	Sk/erro	K/erro
Peso ao Nascer	1150	4100	2778,45	682,751	24,57%	-1,92	-1,004

Informações sobre aleitamento Materno

Das mães inquiridas 80% dizem ter sido informadas acerca das vantagens e desvantagens do Aleitamento Materno e 20% dizem não ter tido qualquer informação (cf tabela 15).

Tabela 15 - Informações sobre Aleitamento materno

Informação sobre aleitamento materno	n	%
Sim	80	80,0
Não	20	20,0

Relativamente a onde obteve as informações sobre Aleitamento materno, verifica-se que 65% das mães obteve informações no Centro de Saúde, 20% foi informada no Hospital/Maternidade, 13,8% nos Cursos de Preparação para o Parto e apenas 1,3% em Consultas Privadas (cf tabela 16).

Quem mais informou as mães acerca do Aleitamento Materno foram os Enfermeiros (71,3%); o médico de família (15%) e o Obstetra (12,5%) também forneceu alguma informação, o Pediatra apenas 1,3% das mães diz tê-las informado acerca do Aleitamento Materno.

Tabela 16 – Local onde obteve informações sobre Aleitamento materno

Variáveis	n	%
Onde		
Centro de Saúde	52	65,0
Consulta Privada	1	1,3
Hospital/Maternidade	16	20,0
Curso Preparação para o Parto	11	13,8
Quem		
Enfermeiro	57	71,3
Médico de Família	12	15,0
Pediatra	1	1,3
Obstetra	10	12,5

Conhecimentos das mães

Como se observa na tabela 17, no global os conhecimentos das mães foram classificados como fracos (51%) ou moderado (39%) e revelam conhecimentos bons 10% das mães.

Tabela 17 - Conhecimentos das mães

Conhecimentos	n	%
Fraco	51	51,0
Moderado	39	39,0
Bom	10	10,0

Pode constatar-se que a maior parte das mães considera correto a amamentação exclusiva enquanto tiver leite (46%), existem algumas mães (25%) que acham que a amamentação exclusiva é até o bebé querer (25%); apenas 15% respondeu que deveria ser até aos 6 meses e 14% define como amamentação exclusiva enquanto for satisfatório para a mãe, bebé e pai.

Tabela 18 - Duração da Amamentação exclusiva

Duração da Amamentação exclusiva	n	%
Até o bebé querer	25	25,0
Enquanto tiver leite	46	46,0
Até aos 6 meses	15	15,0
Enquanto for satisfatório para a mãe, bebé e pai	14	14,0

Analisando a tabela 19, referente aos conhecimentos das mães em relação a amamentação para a qual foi efetuado o teste binomial. A grande maioria (86%) considera que o leite materno contém todos os nutrientes que o bebé precisa consumir e protege de alergias e infeções (89%); 71% considera que o stress e o nervosismo atrapalham a amamentação e que a alimentação materna condiciona a qualidade do leite materno(64%). Algumas mães (54%) consideram verdadeiro que amamentar faz bem para a saúde da mãe e diminui a probabilidade de ter cancro da mama ou de ovário. Como vantagens para o bebé (36%) assinalam que os bebés amamentados sofrem menos cólicas, falam, respiram e mastigam melhor. A maioria das mães reconhece que o leite artificial não é mais completo que o leite materno (99%), assim como 95% considera que após a amamentação o bebé não precisa de leite artificial e 87% não considera que o tipo de parto altera o leite materno. Das mães 20% afirma que deve sempre esvaziar as duas mamas em cada mamada. A diferença entre as mães que responderam sim (de forma adequada) e não, é estatisticamente significativa para todas as afirmações ($P < 0,05$), exceto na afirmação correspondente ás vantagens para a mãe ($p = 0,484$).

Tabela 19 – Teste binomial dos conhecimentos das mães em relação à amamentação

Afirmações corretas sobre o leite materno	Sim		Não		p
	n	%	n	%	
Composição do leite materno	86	86,0	14	14,0	0,000
Proteção imunológica	89	89,0	11	11,0	0,000
Vantagens para o bebé	36	36,0	64	64,0	0,007
Vantagem para a mãe	54	54,0	46	46,0	0,484
Leite artificial mais completo	1	1,0	99	99,0	0,000
Implicações do stress	71	71,0	29	29,0	0,000
Alimentação materna	64	64,0	36	36,0	0,007
Necessidade de leite artificial	5	5,0	95	95,0	0,000
Não necessita de leite artificial	8	8,0	92	92,0	0,000
Tipo de parto altera o leite materno	13	13,0	87	87,0	0,000
Esvaziar sempre as mamas	20	20,0	80	80,0	0,000

Verifica-se, após análise da tabela 18, que a maior parte das mães sabe identificar os sinais de pega correta (97%) e em 41% o bebé não teve dificuldades na pega. A chupeta foi oferecida em 92% dos casos pois apenas 23% acham que a chupeta pode desfavorecer a amamentação.

Tabela 20 - Conhecimentos das mães sobre a pega

	Sim		Não	
	n	%	n	%
Sabe identificar a pega correta	97	97,0	3	3,0
O bebé teve dificuldades na pega	41	41,0	59	59,0
Ofereceu chupeta	92	92,0	8	8,0
Chupeta ou biberão desfavorecem a amamentação	23	23,0	77	77,0

Experiência Prática da Amamentação

Das mães inquiridas 41% afirmou já ter amamentado anteriormente, 59% nunca amamentaram.

Na tabela 19, constata-se que 53,7% das mães amamentaram exclusivamente os filhos anteriores; 46,3% fizeram aleitamento misto (alimentaram com leite materno e leite artificial).

Tabela 21 - Tipo de amamentação anterior

Amamentação anterior	n	%
Exclusivo	22	53,7
Misto	19	46,3

Na tabela 22, constata-se que a grande maioria das mães amamenta atualmente os recém-nascidos (96%) e apenas 4% não o faz.

Tabela 22 – Amamentação atual

Amamentação atual	n	%
Sim	96	96,0
Não	4	4,0

Analisando a tabela 23, verifica-se quem em 82% das mães amamentar, mesmo durante um internamento, correspondeu às expectativas enquanto 18% refere que a amamentação atual não correspondeu às expectativas.

Tabela 23 - Amamentação atual correspondeu às expectativas

Expectativas	n	%
Sim	82	82,0
Não	18	18,0

Em relação as sensações da experiência atual de amamentação, pode-se constatar na tabela 24, que para 58,5% foi uma experiência muito agradável, 39% acharam agradável e apenas 2,4% acharam que não foi nada agradável.

Tabela 24 - Experiência atual na amamentação

Experiência atual	n	%
Nada agradável	2	2,4
Agradável	32	39,0
Muito agradável	48	58,5

Conforme observado na tabela 25, existe uma grande variação em relação ao tempo em que se inicia a amamentação após o parto. O recém-nascido que iniciou mais precocemente tinha 1 hora de vida, o que iniciou mais tardiamente tinha 504 horas de vida (21 dias), com uma média de horas de 73,55 (Dp= 106,367) (cerca de 3 dias) e coeficiente de variação de 144,62%, o que nos indica uma dispersão alta em relação á média. Os valores de simetria indicam para o global da amostra uma distribuição assimétrica positiva e os valores de achatamento indicam uma distribuição leptocúrtica.

Tabela 25 - Estatísticas relativas ao Início da Amamentação

	Min	Max	Média	DP	CV	Sk/erro	K/erro
Início da Amamentação (horas)	1	504	73,55	106,367	144,62%	12,56	20,157

Dificuldades/Problemas durante a amamentação

Observando a tabela 26, verifica-se que 53% tiveram dificuldades na amamentação e em apenas 47% a amamentação decorreu sem dificuldades.

Tabela 26 - Dificuldades na Amamentação atual

Dificuldades atuais	n	%
Sim	53	53,0
Não	47	47,0

Pode constatar-se na tabela 27, que os problemas mais frequentes foram o ingurgitamento mamário (40%), enquanto as fissuras são a segunda causa de problemas para as mães (29%).

Tabela 27 - Problemas durante a amamentação

Problemas	Sim		Não	
	n	%	n	%
Fissuras	29	29,0	71	71,0
Ingurgitamento	40	40,0	60	60,0
Mastite	0	0,0	100	100,0
Abcesso	0	0,0	100	100,0

Ao analisar a tabela 28, verifica-se que a maior parte das mães tem o mamilo normal (83%), apenas 16% apresenta mamilo plano e 1% o mamilo invertido ou umbilicado.

Tabela 28 - Classificação do mamilo

Mamilo	n	%
Normal	83	83,0
Plano	16	16,0
Invertido ou Umbilicado	1	1,0

Na maior parte dos casos (92%) as mães referiram que são os enfermeiros que ajudam e apoiam as mães para o início da amamentação; apenas 12% dizem que os médicos deram esse apoio (cf tabela 29).

Tabela 29 - Apoio ao início da Amamentação

	Sim		Não	
	n	%	n	%
Enfermeiros	92	92,0	8	8,0
Médicos	12	12,0	88	88,0

Quando surgem dúvidas são os enfermeiros na maior parte as vezes a dar apoio às mães (96%); os médicos surgem como segundo grupo profissional com 24% das mães a referir (cf tabela 30).

Tabela 30 - Apoio quando surgiam dúvidas na Amamentação

Apoio profissionais	Sim		Não	
	n	%	n	%
Enfermeiros	96	96,0	4	4,0
Médicos	24	24,0	76	76,0

Como se constata a tabela 31, a Neonatologia promove a todas as mães a possibilidade de Amamentação.

Tabela 31 - Neonatologia promove a Amamentação

Promoção	Sim		Não	
	n	%	n	%
Mães	100	100,0	0	0,0

2.2 - Análise Inferencial

Após a apresentação da análise descritiva procedemos à análise inferencial dos dados obtidos, de forma a respondermos às questões de investigação.

Questão 1 – *Qual a relação entre as características sociodemográficas e os conhecimentos e dificuldades da mãe na amamentação á alta de recém-nascidos internados numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado?*

Características sociodemográficas versus Conhecimentos

Pela análise da tabela 32, verifica-se que, a relação do nível de conhecimentos e os grupos etários da mãe, indica que o nível de conhecimentos fracos são mais frequentes nas mães com idade \geq a 31 anos (45,9%), assim como em 44,4% daquelas com idade \leq 25 anos. Os conhecimentos bons são igualmente mais frequentes em mães com idade \geq 31 anos (43,2%) e em 38,9% das que têm entre 26-30 anos. As diferenças entre os grupos não apresentam significância estatística ($\chi^2= 3,732$; $p= 0,443$).

Tabela 32 - Teste Chi-Square entre o nível de conhecimentos e grupos etários das mães

Grupos Etários	≤ 25 anos		26-30 anos		≥ 31 anos		Total		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Nível Conhecimentos										
Fracos	12	44,4	13	36,1	17	45,9	42	42,0	3,732	0,443
Moderados	7	25,9	9	25,0	4	10,8	20	20,0		
Bons	8	29,6	14	38,9	16	43,2	38	38,0		
Total	27	100	36	100	37	100	100	100		

No que se refere à escolaridade, constata-se que os conhecimentos bons são mais frequentes nas mães com escolaridade superior (69,2%) e em 39,4% das que têm ensino secundário, enquanto o nível fraco de conhecimentos é mais frequente nas mães com escolaridade até ao 3º ciclo do ensino básico. As diferenças entre os grupos apresentam significância estatística (Teste= 10,179; $p= 0,038$), que os resíduos ajustados localizam nas mães com escolaridade até ao 3º ciclo e nível de conhecimentos baixos e nas mães com ensino superior e nível de conhecimentos elevados.

Tabela 33- Teste de Likelihood entre o nível de conhecimentos e a escolaridade

Escolaridade	Até 3º ciclo		Secundário		Superior		Total		Resíduos Ajustados			Teste	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	1	2	3		
Nível Conhecimentos													
Fracos	29	53,7	11	33,3	2	15,4	42	42,0	2,6	-1,2	-2,1	10,179	0,038
Moderados	9	16,7	9	27,3	2	15,4	20	20,0	-0,9	1,3	-0,4		
Bons	16	29,6	13	39,4	9	69,2	38	38,0	-1,9	0,2	2,5		
Total	54	100	33	100	13	100	100	100					

Relativamente ao estado civil, constata-se que o nível fraco de conhecimentos é mais frequente nas mães sem companheiro (50,0%), contudo 38,9% das mães com companheiro também tem fracos conhecimentos. Os conhecimentos bons são mais frequentes em mães com companheiro (40,3%) e em 32,1% das não têm companheiro. As diferenças entre os grupos não apresentam significância estatística ($\chi^2 = 1,033$; $p = 0,597$) (cf tabela 34).

Tabela 34- Teste Chi-Square entre o nível de conhecimentos e o estado civil

Estado civil	Sem companheiro		Com companheiro		Total		χ^2	P
	n	%	n	%	n	%		
Nível Conhecimentos								
Fracos	14	50,0	28	38,9	42	42,0	1,030	0,597
Moderados	5	17,9	15	20,8	20	20,0		
Bons	9	32,1	29	40,3	38	38,0		
Total	28	100	72	100	100	100		

No que se refere ao número de filhos, constata-se que os conhecimentos fracos são mais frequentes nas mães com dois ou mais filhos (49%), assim como em 35,3% daquelas com um filho. Os conhecimentos bons são mais frequentes em mães com dois ou mais filhos (40,8%) e em 35,3% das que têm um filho. As diferenças entre os grupos apresentam significância estatística marginal ($\chi^2 = 5,925$; $p = 0,052$), que os resíduos ajustados localizam nas mães com um filho e nível de conhecimentos moderados (cf tabela 35).

Tabela 35- Teste de Chi-Square entre o nível de conhecimentos e o número de filhos

Número de filhos	Um filho		Dois ou mais filhos		Total		Resíduos Ajustados		x ²	p
	n	%	n	%	n	%	1	2		
Nível Conhecimentos										
Fracos	18	35,3	24	49,0	42	42,0	-1,4	1,4	5,925	0,052
Moderados	15	29,4	5	10,2	20	20,0	2,4	-2,4		
Bons	18	35,3	20	40,8	38	38,0	-0,6	0,6		
Total	51	100	49	100	100	100	-	-		

Características sociodemográficas versus Dificuldades

Pela análise da tabela 36, em que se analisa a relação entre as dificuldades da mãe na amamentação e a idade, verifica-se que, no grupo etário ≥ 31 anos, 94,6% revela não ter dificuldades, assim como, com idade ≤ 25 anos (88,9%) e entre 26-30 anos (83,3%). As mães que revelaram dificuldades têm idade entre 26-30 anos (16,7%), assim como as mães com ≤ 25 anos (11,1%) e ≥ 31 anos (5,4%). As diferenças entre os grupos não apresentam significância estatística (Teste = 2,465; p= 0,292).

Tabela 36- Teste de Likelihood entre as dificuldades e a idade

Idade	≤ 25 anos		26-30 anos		≥ 31 anos		Total		Teste	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Dificuldades										
Sem dificuldades	24	88,9	30	83,3	35	94,6	89	89,0	2,465	0,292
Com dificuldades	3	11,1	6	16,7	2	5,4	11	11,0		
Total	27	100	36	100	37	100	100	100		

Analisando a relação com a escolaridade, apura-se que as mães com ensino superior, 92,3% revela não ter dificuldades, assim como, com escolaridade até ao 3º ciclo (88,9%) e

secundário (87,9%). As mães com dificuldades tinham o ensino secundário (12,1%), assim como com escolaridade até ao 3º ciclo (11,1%) e com ensino superior (7,7%).

As diferenças entre os grupos não apresentam significância estatística (Teste = 0,202; $p=0,904$).

Tabela 37- Teste de Likelihood entre as dificuldades e a escolaridade

Escolaridade	Até 3ºciclo		Secundário		Superior		Total		Teste p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Dificuldades									
Sem dificuldades	48	88,9	29	87,9	12	92,3	89	89,0	0,202 0,904
Com dificuldades	6	11,1	4	12,1	1	7,7	11	11,0	
Total	54	100	33	100	13	100	100	100	

Analisando o estado civil, verifica-se que as mães sem companheiro, 89,3% revelam não ter dificuldades, assim como 88,9% das mães com companheiro. Com dificuldades na amamentação surgem 11,1% das mães com companheiro, assim como 10,7% sem companheiro. As diferenças entre os grupos não apresentam significância estatística ($p=1,000$).

Tabela 38 - Teste de Fisher entre as dificuldades e o estado civil

Estado Civil	Sem Companheiro		Com Companheiro		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Dificuldades							
Sem dificuldades	25	89,3%	64	88,9	89	89,0	1,000
Com dificuldades	3	10,7	8	11,1	11	11,0	
Total	28	100	72	100	100	100	

Analisando o número de filhos, verifica-se que as mães com um filho, 94,1% revela não

ter dificuldades, assim como, as mães com dois ou mais filhos (83,7%). As mães que revelaram ter dificuldades são as que têm dois ou mais filhos (16,3%), assim como com um filho (5,9%). As diferenças entre os grupos não apresentam significância estatística ($p= 0,118$).

Tabela 39 - Teste de Fisher entre as dificuldades e o número de filhos

Nº de filhos	Um filho		Dois ou mais filhos		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Sem dificuldades	48	94,1	41	83,7	89	89,0	0,118
Com dificuldades	3	5,9	8	16,3	11	11,0	
Total	51	100	49	100	100	100	

Dando resposta à questão 1, verifica-se que, da relação estabelecida entre as variáveis analisadas, apenas a escolaridade e o número de filhos revelam relação entre os conhecimentos maternos sobre amamentação e nenhuma das variáveis se relacionam com as dificuldades.

Questão 2 – *Qual a influência das variáveis obstétricas e clínicas do Recém-Nascido nos conhecimentos e dificuldades da mãe na amamentação á alta de recém-nascidos internados numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado?*

Variáveis obstétricas versus Conhecimentos

Analisando a relação do nível de conhecimentos com as variáveis obstétricas da mãe e relativamente ao tipo de parto, constata-se que o nível fraco de conhecimentos é mais frequente nas mães que tiveram parto eutócico (47,7%), contudo 37,5% das mães com parto distócico também tem fracos conhecimentos. Os conhecimentos bons são mais frequentes em mães com parto distócico (46,4%) e em 27,3% das que tiveram parto eutócico. As diferenças entre os grupos não apresentam significância estatística ($\chi^2= 3,975$; $p= 0,137$); mas os

resíduos ajustados apontam significância nas mães com parto distócico e que revelam conhecimentos altos (cf tabela 40).

Tabela 40- Teste Chi-Square entre o nível de conhecimentos e o tipo de parto

Tipo de Parto Nível Conhecimentos	Eutócico		Distócico		Total		Resíduos Ajustados		x ²	p
	n	%	n	%	n	%	1	2		
Fracos	21	47,7	21	37,5	42	42,0	1,0	-1,0	3,975	0,137
Moderados	11	25,0	9	16,1	20	20,0	1,1	-1,1		
Bons	12	27,3	26	46,4	38	38,0	-2,0	2,0		
Total	44	100	56	100	100	100				

No que se refere a amamentação anterior, constata-se que os conhecimentos fracos são mais frequentes nas mães que já amamentaram anteriormente (51,3%), assim como em 50,0% daquelas que nunca amamentaram. Os conhecimentos bons apenas existem nas mães que amamentaram anteriormente (41,0%). As diferenças entre os grupos não apresenta significância estatística (Teste= 3,443; p= 0,179), mas os resíduos ajustados revelam significância e localizam nas mães que não amamentaram anteriormente e nível de conhecimentos moderados (cf tabela 41).

Tabela 41 - Teste de Likelihood entre o nível de conhecimentos e a amamentação anterior

Amamentação anterior Nível Conhecimentos	Sim		Não		Total		Resíduos Ajustados		Teste	p
	n	%	n	%	n	%	1	2		
Fracos	20	51,3	1	50,0	21	51,2	0,0	0,0	3,443	0,179
Moderados	3	7,7	1	50,0	4	9,8	-2,0	2,0		
Bons	16	41,0	0	0,0	16	39,0	1,2	-1,2		
Total	39	100	2	100	41	100				

Relativamente a preparação para o parto, constata-se que o nível fraco de conhecimentos é mais frequente nas mães que não realizaram preparação para o parto

(44,9%), contudo 35,5% das mães que fizeram preparação para o parto também tem fracos conhecimentos. Os conhecimentos bons são mais frequentes em mães que fizeram preparação para o parto (41,9%) e em 36,2% das que não frequentaram aulas de preparação para o parto. As diferenças entre os grupos não apresentam significância estatística ($\chi^2=0,787$; $p=0,675$)(cf tabela 42).

Tabela 42- Teste de Chi-Square entre o nível de conhecimentos e a preparação para o parto

Preparação para o Parto	Sim		Não		Total		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Fracos	11	35,5	31	44,9	42	42,0	0,787	0,675
Moderados	7	22,6	13	18,8	20	20,0		
Bons	13	41,9	25	36,2	38	38,0		
Total	31	100	69	100	100	100		

Variáveis obstétricas versus Dificuldades

No que se refere ao tipo de parto, constata-se que quem revela *não ter dificuldades* mais frequentemente são as mães que tiveram parto distócico (94,6%), assim como em 81,8% daquelas que tiveram parto eutócico. As mães com parto eutócico (18,2%) revelaram *ter dificuldades*, tal como as que tiveram parto distócico (5,4%). As diferenças entre os grupos apresentam significância estatística ($\chi^2=4,140$; $p=0,042$), que os resíduos ajustados localizam nas mães que tiveram parto distócico e não tiveram dificuldades e nas mães com parto eutócico e tiveram dificuldades (cf tabela 43).

Tabela 43 - Teste de Chi-Square entre as dificuldades e o tipo de parto

Tipo de Parto	Eutócico		Distócico		Total		Resíduos Ajustados		X ²	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sem dificuldades	36	81,8	53	94,6	89	89,0	-2,0	2,0	4,140	0,042
Com dificuldades	8	18,2	3	5,4	11	11,0	2,0	-2,0		
Total	44	100	56	100	100	100				

Tendo em conta a amamentação anterior, verifica-se que as mães que não tinham experiência em amamentação anterior (100%) revela não ter dificuldades, assim como, as mães que já tinham amamentado anteriormente (82,1%). As mães que revelaram que têm dificuldades são as mães que já tinham experiência anterior em amamentação (17,9%). As diferenças entre os grupos não apresentam significância estatística ($p= 1,000$).

Tabela 44 - Teste de Fisher entre as dificuldades e a amamentação anterior

Amamentação Anterior	Sim		Não		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Sem dificuldades	32	82,1	2	100,0	34	82,9	1,000
Com dificuldades	7	17,9	0	0,0	7	17,1	
Total	39	100	2	100	100	100	

Tendo em conta a preparação para o parto, verifica-se que as mães que tiveram preparação para o parto (93,5%) revela não ter dificuldades, assim como, as mães que não frequentaram aulas de preparação para o parto (87,0%). As mães que revelaram que têm dificuldades são mais frequentes as mães que não tiveram preparação para o parto (13,0%), assim como as que

tiveram preparação para o parto (6,5%). As diferenças entre os grupos não apresentam significância estatística ($p=0,495$).

Tabela 45 - Teste de Fisher entre as dificuldades e a Preparação para o Parto

Preparação para o Parto	Sim		Não		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Dificuldades							0,495
Sem dificuldades	29	93,5	60	87,0	89	89,0	
Com dificuldades	2	6,5	9	13,0	11	11,0	
Total	31	100	69	100	100	100	

Variáveis clínicas do Recém-Nascido versus Conhecimentos

Relativamente a idade gestacional, constata-se que o nível fraco de conhecimentos é mais frequente nas mães em que o filho nasceu pré-termo (48,7%), contudo 37,7% das mães que o filho nasceu de termo também tem fracos conhecimentos. Os conhecimentos bons são mais frequentes em mães com filhos que nasceram de termo (42,6%) e em 30,8% das que tiveram filhos pré-termo. As diferenças entre os grupos não apresentam significância estatística ($\chi^2=1,575$; $p=0,455$)(cf tabela 46).

Tabela 46 - Teste de Chi-Square entre o nível de conhecimentos e a idade gestacional

Idade Gestacional	Pré-Termo		Termo		Total		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Nível Conhecimentos							1,575	0,455
Fracos	19	48,7	23	37,7	42	42,0		
Moderados	8	20,5	12	19,7	20	20,0		
Bons	12	30,8	26	42,6	38	38,0		
Total	39	100	61	100	100	100		

No que se refere a patologia do Recém-nascido, constata-se que os conhecimentos fracos são mais frequentes nas mães em que a patologia do Rn é prematuridade (53,1%), logo

de seguida as mães em que a patologia do Rn é SDR (40%), assim como em 39% daquelas com Rn com Risco infeccioso. Os conhecimentos bons são mais frequentes em mães com Outras patologias do Rn (66,7%), assim como em mães com patologia do Rn de Risco Infeccioso (41,5%), com prematuridade (28,1%) e SDR (26,7%). As diferenças entre os grupos não apresentam significância estatística (Teste = 7,837; $p= 0,250$), porém os resíduos ajustados indicam significância que localizam nas mães com nível de conhecimentos bons cujo RN tinha com *Outras* patologias (cf tabela 47).

Tabela 47- Teste de Likelihood entre o nível de conhecimentos e patologia do RN

Patologia	Prematuridade		Risco Infeccioso		SDR		Outras		Total		Resíduos Ajustados				Teste	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	1	2	3	4		
Nível Conhecimentos																
Fracos	17	53,1	16	39,0	6	25,0	3	25,0	42	42,0	1,5	-0,5	-0,2	-1,3	7,837	0,250
Moderados	6	18,8	8	19,5	5	8,3	1	8,3	20	20,0	-0,2	-0,1	1,4	1,1		
Bons	9	28,1	17	41,5	4	66,7	8	66,7	38	38,0	-1,4	0,6	-1,0	2,2		
Total	39	100	41	100	12	100	12	100	100	100						

Relativamente ao peso ao nascer, constata-se que o nível fraco de conhecimentos é mais frequente nas mães em que o filho nasceu com baixo peso (51,5%), contudo 36,4% das mães que o filho nasceu com peso normal também tem fracos conhecimentos. Os conhecimentos bons são mais frequentes em mães que o filho nasceu com peso normal (39,4%) e em 36,4% das que tiveram filhos com baixo peso ao nascer. As diferenças entre os grupos não apresentam significância estatística (Teste = 4,478; $p= 0,316$) (cf tabela 48).

Tabela 48 - Teste de Likelihood entre o nível de conhecimentos e o peso ao nascer

Peso o nascer	Baixo Peso		Normal		Macrossómico		Total		Teste	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Nível Conhecimentos										
Fracos	17	51,5	24	36,4	1	100,0	42	42,0	4,478	0,316
Moderados	4	12,1	16	24,2	0	0,0	20	20,0		
Bons	12	36,4	24	39,4	0	0,0	38	38,0		
Total	33	100	66	100	1	100	100	100		

Variáveis clínicas do Recém-Nascido versus Dificuldades

Tendo em conta a idade gestacional , verifica-se que as mães em que os filhos nasceram de termo (90,2%) revela não ter dificuldades, assim como, as mães que os filhos nasceram pré-termo (87,2%). As mães que revelaram que têm dificuldades são mais frequentes as mães em que os filhos nasceram pré-termo (12,8%), assim como de termo (9,8%). As diferenças entre os grupos não apresentam significância estatística ($p= 0,747$).

Tabela 49 - Teste de Fisher entre as dificuldades e a idade gestacional

Idade Gestacional	Pré- Termo		Termo		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Dificuldades							0,747
Sem dificuldades	34	87,2	55	90,2	89	89,0	
Com dificuldades	5	12,8	6	9,8	11	11,0	
Total	39	100	61	100	100	100	

Analisando a patologia dos recém-nascidos, verifica-se que as mães com o filho com SDR (100%) revela não ter dificuldades, assim como, as mães com o filho com a patologia de Risco infeccioso (87,8%) e as mães com filhos prematuros (87,5%). As mães que revelaram que têm dificuldades são mais frequentes as mães com prematuros (12,5%), assim como com um filho com Risco infeccioso (12,2%). As diferenças entre os grupos não apresentam significância estatística (teste = 3,971; $p= 0,265$).

Tabela 50- Teste de Likelihood entre as dificuldades e a patologia

Patologia	Prematuridade		Risco Infeccioso		SDR		Outros		Total		Teste p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sem dificuldades	28	87,5	36	87,8	15	100	10	83,3	89	89,0	3,971 0,265
Com dificuldades	4	12,5	5	12,2	0	0	2	16,7	11	11,0	
Total	32	100	41	100	15	100	12	100	100	100	

No que se refere ao peso ao nascer, constata-se que quem revela não ter dificuldades mais frequentemente são as mães que tiveram filhos com baixo peso (90,9%), assim como em 89,4% daquelas que tiveram filhos com peso normal. As mães com filho macrossômico (100%) revelaram ter dificuldades, tal como as que tiveram filhos com peso normal (10,6%) e as com baixo peso (9,1%). As diferenças entre os grupos não apresentam significância estatística (Teste = 4,555; $p= 0,103$), porém os resíduos ajustados localizam significância nas mães que tiveram filho macrossômico e tiveram dificuldades. (cf tabela 51).

Tabela 51 - Teste de Likelihood entre as dificuldades e o peso ao nascer

Peso ao nascer	Baixo Peso		Normal		Macrossômico		Total		Resíduos Ajustados			Teste p
	n	%	n	%	n	%	n	%	1	2	3	
Sem dificuldades	30	90,9	59	88,4	0	0,0	89	89,0	0,4	0,2	-2,9	4,555 0,103
Com dificuldades	3	9,1	7	10,6	1	100,0	11	11,0	-0,4	-0,2	2,9	
Total	33	100	66	100	1	100	12	100				

No final da análise das variáveis obstétricas e clínicas do Recém-Nascido e a sua relação com os conhecimentos e dificuldades da mãe, constata-se que apenas o tipo de parto e o peso ao nascer e relacionam com a dificuldades; nenhuma das variáveis estudadas se relacionam com os conhecimentos.

Questão 3 – *Quais os fatores maternos e do Recém-Nascido se relacionam com a amamentação á alta de recém-nascidos internados numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado?*

Pela análise da tabela 52, verifica-se que, no global 96% das mães amamentam e apenas 4% não amamenta. Das mães que atualmente amamentavam em 40,6% o nível de conhecimentos são classificados de fracos, 38,5% refere ter conhecimentos bons e 20,8% conhecimentos fracos. As mães que não amamentavam, 75,0% tinham conhecimentos fracos e 25,0% conhecimentos bons. As diferenças entre os grupos não apresentam significância estatística ($p= 0,256$).

Tabela 52 - Teste de Likelihood entre o Amamentar e o nível de Conhecimentos

Conhecimentos	Fracos		Moderados		Bons		Total		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Amamentar									0,256
Sim	39	40,6	20	20,8	37	38,5	96	100,0	
Não	3	75,0	0	0,0	1	25,0	4	100,0	

Pela análise da tabela 53, verifica-se que, das mães que não amamentam, todas referem não ter dificuldades; das que amamentam 88,5% refere não ter dificuldades. As diferenças entre os grupos não apresentam significância estatística ($p= 1,000$).

Tabela 53 - Teste Fisher entre o Amamentar e as Dificuldades

Dificuldades	Sem dificuldades		Com dificuldades		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Amamentar							1,000
Sim	85	88,5	11	11,5	96	100,0	
Não	4	100,0	0	0,0	4	100,0	

Pela análise da tabela 54, verifica-se que, das mães que amamentam 92,3% já tinham experiência anterior em amamentação, enquanto as restantes 5,3% mães não tinham experiência anterior. As mães que não amamentavam atualmente, todas referem ter tido experiência anterior em amamentação. As diferenças entre os grupos não apresentam significância estatística ($p= 1,000$).

Tabela 54 - Teste de Fisher entre o Amamentar e a experiência da Amamentação anterior

Amamentação anterior	Sim		Não		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Amamentar							1,000
Sim	36	92,3	2	5,3	38	100,0	
Não	3	75,0	0	0,0	3	100,0	

Pela análise da tabela 55, verifica-se que, das mães que amamentam, 31,3% frequentaram aulas de preparação para o parto, enquanto as restantes referem não ter frequentado essas

aulas. As mães que não amamentam 25% refere ter frequentado aulas de preparação para o parto e 75% não frequentou qualquer aula. As diferenças entre os grupos não apresentam significância estatística ($p= 1,000$).

Tabela 55 - Teste de Fisher entre o Amamentar e a preparação para o Parto

Preparação para o parto	Sim		Não		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Amamentar							1,000
Sim	30	31,3	66	68,8	96	100,0	
Não	1	25,0	3	75,0	4	100,0	

Analisando a tabela 56 verifica-se que 37,5% das mães que amamentam estão na faixa etária 26-30 anos, assim como ≥ 31 anos 36,5% e em menor número as com idade ≤ 25 anos 26%. As mães que não amamentam 50% estão na faixa etária ≤ 25 anos e 50% encontram-se na faixa etária ≥ 31 anos. As diferenças entre os grupos não apresentam significância estatística ($p= 0,152$).

Tabela 56 - Teste de Likelihood entre o Amamentar e Idade

Idade	≤ 25 anos		26-30 anos		≥ 31 anos		Total		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Amamentar									0,152
Sim	25	20,0	36	37,5	35	36,5	96	100,0	
Não	2	50,0	0	0,0	2	50,0	4	100,0	

Analisando a tabela 57, constata-se que 54,2% das mães que amamentavam frequentaram até o 3º ciclo, assim como o ensino secundário 32,3% e em menor número as mães que frequentaram o ensino superior 13,5%. As mães que não amamentam 50% frequentaram até o

3º ciclo e 50% o ensino secundário. As diferenças entre os grupos não apresentam significância estatística ($p= 0,499$).

Tabela 57 - Teste de Likelihood entre o Amamentar e a Escolaridade

Escolaridade	até 3º ciclo		secundário		superior		Total		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Amamentar									
Sim	52	54,2	31	32,3	13	13,5	96	100,0	0,499
Não	2	50,0	2	50,0	0	0,0	4	100,0	

Verifica-se que 71,9% das mães que amamentam apresentam companheiro e em menor número 28,1% não apresentam companheiro. As mães que não amamentam, 25% não tinham companheiro e 75% tinham companheiro. As diferenças entre os grupos não apresentam significância estatística ($p= 1,000$).

Tabela 58 - Teste de Fisher entre o Amamentar e o Estado Civil

Estado civil	Sem companheiro		Com companheiro		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Amamentar							
Sim	27	28,1	69	71,9	96	100,0	1,000
Não	1	25,0	3	75,0	4	100,0	

Verifica-se que das mães que amamentavam 56,3% teve parto distócico e em menor número 43,8% tiveram parto eutócico. As mães que não amamentavam, 50% tiveram parto eutócico e 50% tiveram parto distócico. As diferenças entre os grupos não apresentam significância estatística ($p= 1,000$).

Tabela 59 - Teste de Fisher entre o Amamentar e o Tipo de Parto

Tipo de Parto	Eutócico		Distócico		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Amamentar							
Sim	42	43,8	54	56,3	96	100,0	1,000
Não	2	50,0	2	50,0	4	100,0	

Verifica-se que 52,1% das mães que amamentam têm um filho e 47,9% dois ou mais filhos. As mães que não amamentam 25% tem um filho e 75% têm dois ou mais filhos. As diferenças entre os grupos não apresentam significância estatística ($p= 0,357$).

Tabela 60 - Teste de Fisher entre o Amamentar e o Número de Filhos

Número de filhos	Um filho		Dois ou mais filhos		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Amamentar							
Sim	50	52,1	46	47,9	96	100,0	0,357
Não	1	25,0	3	75,0	4	100,0	

Em relação á idade gestacional, constata-se que 62,5% das mães que amamentam apresentaram um parto de termo e em menor número 37,5% tiveram um parto pré-termo. As mães que não amamentam 75% teve parto pré-termo e 25% teve parto de termo. As diferenças entre os grupos não apresentam significância estatística ($p= 0,296$).

Tabela 61 - Teste de Fisher entre o Amamentar e a Idade Gestacional

Idade Gestacional	Pré-termo		Termo		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Amamentar							
Sim	36	37,5	60	62,5	96	100,0	0,296
Não	3	75,0	1	25,0	4	100,0	

Observando a tabela 62, verifica-se que 41,7% das mães que amamentam apresentam filhos com patologia de risco infeccioso, assim como prematuridade 31,3%, SDR 14,6% e em menor número 12,5% outro tipo de patologias. As mães que não amamentam 50% apresentam recém-nascidos com prematuridade, 25% com risco infeccioso e 25% com SDR. As diferenças entre os grupos não apresentam significância estatística ($p= 0,599$).

Tabela 62 - Teste de Likelihood entre o Amamentar e a Patologia do RN

Patologia	Prematuridade		Risco infeccioso		SDR		Outros		Total		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Amamentar											
Sim	30	31,3	40	41,7	14	14,6	12	12,5	96	100,0	0,599
Não	2	50,0	1	25,0	1	25,0	0	0,0	4	100,0	

Analisando a tabela 63 constata-se que a maioria das mães que amamentam tiveram recém-nascidos com peso normal 66,7%, assim como baixo peso 32,3% e apenas 1% mãe teve um recém-nascido macrossômico. As mães que não amamentam 50% tiveram recém-nascidos com peso normal e 50% com baixo peso ao nascer. As diferenças entre os grupos não apresentam significância estatística ($p= 0,750$).

Tabela 63 - Teste de Likelihood entre o Amamentar e o Peso ao Nascer

Peso ao nascer	Baixo peso		Peso Normal		Macrossômico		Total		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Amamentar									0,750
Sim	31	32,3	64	66,7	1	1,0	96	100,0	
Não	2	50,0	2	50,0	0	0,0	4	100,0	

Em relação ao Apoio de enfermagem, constata-se que a grande maioria das mães que amamentam (91,7%) referem terem tido apoio da equipa de enfermagem e em menor número (8,3%) referem não ter tido apoio de enfermagem. As mães que não amamentam todas referem ter tido Apoio de enfermagem. As diferenças entre os grupos não apresentam significância estatística ($p= 1,000$).

Tabela 64 - Teste de Fisher entre o Amamentar e o Apoio de Enfermagem

Apoio de Enfermagem	Sim		Não		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Amamentar							1,000
Sim	88	91,7	8	8,3	96	100,0	
Não	4	100,0	0	0,0	4	100,0	

Em relação ao Apoio Médico, constata-se que 87,5% das mães que amamentam referem não terem tido apoio da equipa de médica e em menor número 12,5% referem ter tido apoio médico. As mães que não amamentam todas referem não ter tido Apoio Médico. As diferenças entre os grupos não apresentam significância estatística ($p= 1,000$).

Tabela 65 - Teste de Fisher entre o Amamentar e o Apoio Médico

Apoio médico	Sim		Não		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Amamentar							1,000
Sim	12	12,5	84	87,5	96	100,0	
Não	0	0,0	4	100,0	4	100,0	

Em relação ao esclarecimento de dúvidas por parte da equipa de enfermagem, constata-se que a grande maioria das mães 95,8% que amamentam referem terem sido esclarecidas as dúvidas por parte da equipa de enfermagem e em menor número 4,2% referem não ter sido esclarecidas as dúvidas pelos enfermeiros. As mães que não amamentam todas referem ter sido esclarecidas por parte da equipa de enfermagem. As diferenças entre os grupos não apresentam significância estatística ($p= 1,000$).

Tabela 66 - Teste de Fisher entre o Amamentar e o Esclarecimento de Dúvidas por parte da Equipa de Enfermagem

Esclarecer dúvidas Enfermagem	Sim		Não		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Amamentar							1,000
Sim	92	95,8	4	4,2	96	100,0	
Não	4	100,0	0	0,0	4	100,0	

Em relação ao esclarecimento de dúvidas por parte da equipa médica, constata-se que das mães que amamentam 76% referem não terem sido esclarecidas as dúvidas por parte da equipa médica e em menor número 24% referem ter sido esclarecidas as dúvidas pelos médicos. As mães que não amamentam 75% referem não ter sido esclarecidas dúvidas por

parte da equipa médica e 25% diz que sim, que todas as dúvidas foram esclarecidas. As diferenças entre os grupos não apresentam significância estatística ($p= 1,000$).

Tabela 67 - Teste de Fisher entre o Amamentar e o Esclarecimento de Dúvidas por parte da Equipa Médica

Esclarecer dúvidas Médicos	Sim		Não		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Amamentar							
Sim	23	24,0	73	76,0	96	100,0	1,000
Não	1	25,0	3	75,0	4	100,0	

No final da análise dos fatores maternos e do RN e a sua relação com a amamentação, verificou-se que nenhuma das variáveis revelou influenciar a amamentação à Alta da Unidade de Apoio Perinatal.

3. Discussão

O presente capítulo inicia-se com a discussão metodológica, seguindo-se a discussão dos resultados obtidos, tendo-se como ponto de partida as questões de investigação e os objetivos delineados para o presente estudo.

3.1. Discussão metodológica

Os procedimentos metodológicos usados nesta investigação pretenderam seguir um caminho rigoroso e concordante com os objetivos delineados, bem como com as características do estudo. Optou-se pelo questionário enquanto instrumento de recolha de dados da autoria de Sousa (2014), instrumento simples, contudo algo extenso, o que pensamos não ter sido facilitador de preenchimento e da adesão das mães, sobretudo pelo facto de se encontrarem a acompanhar os seus filhos recém-nascidos numa Unidade Neonatal diferenciada. Nestas situações as mães encontram-se frequentemente perturbadas e pouco disponíveis para desviar o foco da sua atenção para outros assuntos que não os respeitantes ao seu bebé.

Considera-se, mesmo assim, que o instrumento de colheita de dados foi adequado ao tipo de estudo, tendo em conta as questões de investigação e respetivos objetivos. Apesar dos aspetos referidos, consideramos que persistem algumas limitações metodológicas que não poderemos deixar de referenciar, já que estas deverão ser alvo de análise em investigações futuras.

As principais limitações prendem-se com o carater transversal da investigação e tipo e tamanho da amostra. O carácter transversal, cuja avaliação foi feita num único momento, num ambiente estranho, sob stress constante devido ao recém-nascido doente, pode de facto constituir uma limitação para obtenção de respostas consistentes.

Considera-se ainda que a presente investigação esteve condicionada com o tipo e dimensão da amostra. De facto, as suas características enquanto amostra não probabilística por conveniência, tendo sido composta por pessoas facilmente acessíveis à investigadora e limitada no seu tamanho, sublinha a necessidade de alguma parcimónia na análise dos

resultados, nomeadamente na sua generalização o que só seria possível com a corroboração de outros estudos da mesma área, todavia com amostras mais dilatadas.

Contudo, apesar destas limitações, podemos afirmar que os resultados possibilitaram um conhecimento mais efetivo dos fatores principais que influenciam a amamentação materna à alta do recém-nascido internado numa unidade de apoio perinatal diferenciado.

3.2. Discussão dos resultados

A discussão dos resultados permite examinar as ligações lógicas entre o problema em estudo, as variáveis e as questões de investigação formuladas, procurando interpretar os dados de forma reflexiva e crítica, contrapondo com a opinião de alguns autores consultados.

Neste capítulo a análise dos resultados obtidos, permitiram atribuir-lhe uma maior relevância e significado, de forma a permitir uma reflexão crítica das suas implicações e procurando conciliá-los face à bibliografia de que dispomos sobre a temática em estudo.

É importante salientar que a decisão de amamentar é da inteira e soberana vontade da mãe e o sucesso do aleitamento materno depende dela, das condições do recém-nascido e da intervenção segura e confiante dos profissionais de saúde, nomeadamente de médicos e enfermeiros no acompanhamento e apoio a esta prática. Esta vontade coletiva e institucional e uma ação coerente, partilhada e bem aceite por todos, são condições essenciais para o êxito do aleitamento materno (Gomes, 2004).

Expostas estas considerações, tidas como pertinentes, passa-se, de seguida, a discutir os resultados obtidos pelo estudo descritivo realizado, em corte transversal.

A amostra deste estudo foi composta por 100 mães que se encontravam a acompanhar os seus filhos numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado do Norte de Portugal.

Os resultados apurados permitiram traçar o perfil sociodemográfico deste grupo de mães. Constatou-se tratar-se de mães com idade entre 19 e 45 anos, correspondendo a uma média de idade de 29,63 anos ($Dp = 5,395$). Estes resultados vão ao encontro da tendência atual, em que o nascimento do primeiro filho tem sido adiado, e atingia em 2014 em Portugal,

uma média de idades materna de 30,0 anos, revelando uma subida crescente nos últimos anos (Pordata, 2014).

Apurou-se também que há um predomínio de participantes com a escolaridade até ao 2º e 3º ciclo do ensino básico (54,0%), seguindo-se as mães que frequentaram o ensino secundário e apenas 13% frequentaram o ensino superior.

A educação será, cada vez mais, considerada como a principal dimensão de identificação, integração, promoção social e realização pessoal, todavia, as condições de vida e de trabalho das mulheres ainda evidenciam diferença de oportunidades. No nosso estudo constatou-se que grande parte das participantes (71,0%) encontrava-se empregada, existindo contudo 29% de mães desempregadas.

Em relação á residência 43% vivia numa zona rural e 57% em zona urbana, na sua maioria (72%) com companheiro.

Relativamente à caracterização obstétrica das mães, pode constatar-se que a maior parte teve parto distócico (56%), também a maior parte das mães não frequentou aulas de Preparação para o Parto (69%). Esta realidade obstétrica pode ser justificada pela situação de não normalidade associada à permanência numa Unidade Neonatal, e que indicia algum problema no decurso da gravidez. De facto numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado encontram-se situações clínicas diferentes da normalidade; pois trata-se dum local onde prevalecem patologias dos RN e/ou patologias maternas que levam ao internamento do RN.

Em relação ao número de filhos a média foi de 1,60 filhos, sendo que 51% das mães só tem um filho enquanto 49% têm 2 ou mais. Estes dados estão ligeiramente acima da realidade de baixa fecundidade e de maternidade tardia em Portugal e que não sendo um exclusivo português, no nosso país ganham uma dimensão importante, tornando-o no país do filho único. Todavia os dados de 2015 deixam antever alguma mudança positiva, visto que o índice de fecundidade aumentou de 1,23 em 2014 para 1,30 em 2015.

Das mães que tinham mais do que um filho 83,7% amamentou-o, referindo essa experiência como tendo sido agradável (95,1%) e apenas uma pequena percentagem a referiu como uma experiência desagradável.

Realizamos também a caracterização dos recém-nascidos e observamos que a maior parte nasceu de Termo (61%) , contudo 39% nasceram prematuros, sendo a patologia mais frequente o Risco infeccioso (41%), seguida da prematuridade (32%); SDR (15%) e *outras* patologias surgem como as menos frequentes (12%).

Conseguimos verificar que o recém-nascido com a idade gestacional (IG) mais baixa apresentava 30 semanas e a superior 41 semanas de IG, com uma média de 37,07 (Dp= 2,678). Em relação ao peso, o recém-nascido mais leve pesava 1150 gramas e o mais pesado apresentava um peso de 4100 gramas, com uma média de peso de 2778,45 (Dp= 682,751). Estes resultados retratam a realidade das unidades neonatais diferenciadas, onde a prematuridade é bastante frequente.

Relativamente à informação sobre o aleitamento materno, verificou-se que 80% das mães obteve essa informação, sobretudo nas consultas no centro de saúde (65%) e 13,8% nos Cursos de Preparação para o Parto. O profissional que mais informou as mães acerca do Aleitamento Materno foram os Enfermeiros (71,3%), seguido do médico de família (15%).

Em relação à perceção materna dos conhecimentos sobre amamentação, no global as mães avaliaram os seus conhecimentos como suficientes (48%) ou bons (39%); algumas mães (10%) definiram os seus conhecimentos como Muito Bons e 3% como Insuficientes. Todavia, ao realizar-se a classificação desses conhecimentos, constatou-se que apenas 10% das mães apresentou bons conhecimentos, 51% fracos e 39% moderados.. Esta diferença entre a autoperceção e a realidade encontra-se bem presente em alguns estudos (Juez & Cordero, 2005) citado por Andrade (2016), que refere que as mães nem sempre assumem não ter conhecimentos sobre determinados aspetos da amamentação ou, contrariamente, possuem ideias/ações que revelam poucos conhecimentos neste âmbito e que resultam de mitos culturais bastante enraizados na população.

Quando questionamos acerca da amamentação exclusiva, a maior parte das mães (46%), considera correto a amamentação exclusiva enquanto tiver leite 25% que acham que a amamentação exclusiva é até o bebé querer e apenas 15% respondeu que deveria ser até aos 6 meses.

Segundo a OMS/UNICEF (1989), as vantagens do aleitamento materno são múltiplas e já bastante reconhecidas, quer a curto, quer a longo prazo, existindo um consenso mundial de

que a sua prática exclusiva é a melhor maneira de alimentar as crianças até aos 6 meses de vida. Apesar de esta informação ser divulgada e fazer parte das informações sobre o aleitamento materno passadas à grávida, persistem as ideias menos adequadas neste âmbito. É um facto que apesar das vantagens do LM assinaladas por diversos autores (Levy e Bértolo, 2012; OMS/UNICEF, 1989) e de a sua proteção, promoção e suporte serem consideradas uma prioridade de saúde pública (Ministério da Saúde/Portugal, DGS, 2014), a sua manutenção até aos 6 meses de vida do bebé está ainda longe das metas estabelecidas. Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde recomenda o incentivo da prática do AM e aponta como meta para 2010 uma percentagem >50% de mulheres que amamentem exclusivamente até aos 3 meses, (Ministério da Saúde/Portugal, DGS, 2004). Contudo, os registos provenientes dos Cuidados de Saúde Primários (DGS, 2014) mostraram que o AM exclusivo entre a 5^a/6^a semana foi de 88,1% tendo esta percentagem declinado para 22,1% aos 5 meses de vida.

Constatou-se que, quando confrontadas com questões corretas e incorretas acerca da amamentação, a grande maioria (86%) considera que o leite materno contém todos os nutrientes que o bebé precisa consumir e protege de alergias e infeções (89%); 71% considera que o stress e o nervosismo atrapalham a amamentação e que a alimentação materna condiciona a qualidade do leite materno (64%); algumas mães (54%) consideram verdadeiro que amamentar faz bem para a saúde da mãe e diminui a probabilidade de ter cancro da mama ou de ovário. Como vantagens para o bebé(36%) define que os bebés amamentados sofrem menos cólicas, falam, respiram e mastigam melhor.

Segundo Marques (2004), é indiscutível, que na fase inicial da vida, o leite humano é o alimento que reúne as características nutricionais ideais, com o equilíbrio adequado de nutrientes, além de desenvolver inúmeras vantagens imunológicas e psicológicas, importantes na diminuição da morbidade e mortalidade infantil. O aleitamento materno é, então, importante para a criança, para a mãe, para a família e para a sociedade em geral.

Constatou-se ainda que a maior parte das mães sabe identificar os sinais de pega correta (97%) e para 41% o bebé não teve dificuldades na pega. Para que a adaptação à mama seja correta o primeiro passo é a correta “pega”. Para que tal aconteça deve conseguir-se que o bebé apresente uma grande abertura a boca; após isso a criança deve abocanhar grande parte da aréola (2cm além do mamilo).A gordura das bochechas asseguram a ausência de ar ao se encaixarem e obliterarem os espaços entre cada um dos lados da língua.

A chupeta foi oferecida em 92% dos casos, pois apenas 23% acham que a chupeta pode desfavorecer a amamentação.

O uso da chupeta no RN tem sido atualmente desaconselhado. Porém, a estimulação oral de recém-nascidos prematuros pode acelerar a aquisição da habilidade de sucção, facilitando a aceitação precoce de maiores volumes de leite por via oral. Esta prática na UCIN pode de alguma forma justificar a grande percentagem de mães que ofereceram sucção não nutritiva (SNN) ao seu bebé, pois estudos sugerem que dez minutos de SNN tendem a resultar em pouca mudança no estado comportamental durante a alimentação, podendo contudo refletir-se numa ótima organização neurológica, possibilitando o RN a melhorar a sua coordenação entre sugar, engolir e respirar (Fucile, Gisel & Lau, 2002; Pinelli (2005).

Das 41 mães inquiridas que afirmaram já ter amamentado anteriormente 53,7% amamentaram em exclusivo os filhos anteriores e 46,3% alimentaram de forma mista (seio materno e leite artificial); destas, a grande maioria (96%) amamenta atualmente o recém-nascido.

Quando questionadas acerca da experiência atual de amamentação 82% respondeu ter correspondido às suas expectativas e mesmo estando o recém-nascido internado numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado, para 58,5% das mães foi uma experiência muito agradável e apenas 18% referiram que não correspondeu às expectativas criadas.

O início da amamentação, mais precoce foi na 1ª hora de vida do RN, e o que iniciou mais tardiamente tinha 504 horas de vida, ou seja, 21 dias.

Um dos Dez passos da Organização Mundial de Saúde para o sucesso da amamentação, segundo as recomendações da OMS/UNICEF (1989) é ajudar as mães a iniciarem a amamentação na primeira meia hora após o parto. pois é muito importante que os bebés recebam o colostro das primeiras mamadas e que a primeira seja dentro da primeira hora de vida, logo que a mãe e o bebé estejam prontos. Esta prática favorece a descida do leite e o bebé ficará mais protegido contra as adversidades que vai estar sujeito após o nascimento (Pereira 2007). Contudo, perante um RN doente essa prática nem sempre é possível, o que justifica os resultados encontrados.

Quando questionadas acerca das dificuldades, constatou-se que 53% das mães tiveram dificuldades, nomeadamente ingurgitamento mamário (40%) e fissuras (29%).

Também Giugliani (2004), revelava que “atualmente, sobretudo nas sociedades modernas, as mulheres têm poucas oportunidades de ter aulas com temas relacionados à amamentação, já que as fontes tradicionais de aprendizagem, as mulheres mais experientes da família, foram perdidas à medida que as famílias alargadas foram sendo substituídas pelas famílias nucleares. Como consequência, as mulheres tornam-se mães com pouca ou nenhuma habilidade em levar adiante a amamentação, o que as deixa mais vulneráveis a apresentarem dificuldades ao longo do processo”.

Segundo Saraiva em 2010, “o Ingurgitamento mamário pode surgir ao segundo ou terceiro dia, aquando da subida de leite, melhorando quando as mamas recebem o sinal certo sobre a quantidade de leite de que o bebé necessita” e os “mamilos dolorosos e/ou fissuras podem ocorrer na primeira ou segunda semana de amamentação, altura em que a mãe não tem apoio suficiente ou informação necessária para adequar a pega,. Esta tem sido considerada a principal causa de abandono precoce da amamentação”.

Outro fator que pode determinar dificuldades na amamentação são as características do mamilo e na nossa amostra verifica-se que maior parte das mães referiu ter o mamilo normal (83%). Saraiva (2010) também referiu que quando a mãe tem mamilos planos e invertidos pode sentir que os seus mamilos são muito pequenos para amamentar e que a criança não consegue pegar na mama; sendo importante explicar às mães que o tamanho dos mamilos “em repouso” não é importante, dado que o mamilo é só 1/3 da porção da mama que o bebé deve introduzir na boca; o mamilo fica mais saliente nas últimas semanas de gravidez e/ou logo após o parto, pelo que não é necessário fazer qualquer manobra durante a gravidez; mas a mãe pode tentar rodar o mamilo entre os dedos de modo a ficar mais saliente; sendo a utilização de moldes de mamilos durante a gravidez desaconselhada. A mãe deve pôr o bebé à mama logo após o nascimento (durante a primeira hora de vida), evitar o uso de tetinas e chupetas, para evitar que o bebé passe pela “confusão mamilo/tetina” e tenha maior dificuldade em pegar na mama. além disso deve permitir o contacto “pele-a-pele” com o bebé e tentar várias posições de amamentar; se a mama estiver muito cheia. Nesta situação o mamilo fica menos saliente pelo que é favorável retirar uma porção de leite antes de pôr o

bebé à mama e a mãe pode ainda tentar espremer um pouco de leite para dentro da boca do bebé, de forma a este ficar mais motivado para mamar”.

Para superar as dificuldades, 92% das mães referiram que tiveram o apoio dos enfermeiros sendo eles igualmente quem lhes esclareceu as dúvidas (96%). 100% das mães assumiram que a Unidade de Cuidados onde tinham o seu RN internado promovia a Amamentação.

É importante que o profissional de enfermagem estabeleça uma “parceria de confiança” com a mãe, isto é, aumente a sua autoestima e assim a confiança no ato de amamentar, levando-a a tornar-se independente no cuidado do bebé. A função do profissional de saúde é fundamental para a introdução da educação sobre o aleitamento materno desde os primeiros meses do período pré-natal. Uma equipe de enfermagem preparada e bem treinada no processo da lactação pode influenciar significativamente, sendo imprescindível investir na preparação e aperfeiçoamento destes profissionais (Carvalho, 2011).

O sucesso do aleitamento materno em bebés que necessitam de cuidados especiais depende do conhecimento das suas necessidades e das circunstâncias que envolvem o processo da sua alimentação. Apesar desses bebés, na grande maioria das vezes, beneficiarem muito da amamentação, estão mais expostos ao desmame precoce, mas somente em situações muito raras o leite materno está contra-indicado (Carvalho, 2002).

Ao observarmos os resultados entre as variáveis sociodemográficas e os conhecimentos das mães sobre amamentação apenas se verificou relação estatística significativa ($X^2 = 10,042$; $p = 0,037$) no que respeita à escolaridade, apurando-se que os conhecimentos elevados são mais frequentes em mães com escolaridade superior (69,2%) e nível de conhecimentos baixos em 39,4% das que tinham ensino secundário. Estes resultados corroboram os alcançados por Gabbe e Steven (2015) que refere que populações específicas estão em maior risco por não iniciar ou dar continuidade ao aleitamento materno. Das mulheres com menor status socioeconómico, menos escolaridade e adolescentes, quando comparadas àquelas mais maduras, com status socioeconómico mais alto apenas metade a dois terços delas iniciam a amamentação.

Relativamente à relação entre conhecimentos sobre amamentação e as variáveis obstétricas, encontrou-se relação significativa com o tipo de parto, constatando-se que o nível

baixo de conhecimentos é mais frequente nas mães que tiveram parto eutócico (47,7%), e os conhecimentos mais elevados foram mais frequentes em mães com parto distócico (46,4%). As diferenças entre os grupos não apresentaram significância estatística ($\chi^2 = 3,975$; $p = 0,137$); mas os resíduos ajustados demonstram significância marginal nas mães com parto distócico e conhecimentos altos (RA= 2,0).

Segundo Gabbe (2015), cerca de 15% das mulheres que afirmam a pretensão de amamentar no início do trabalho da parto a termo, desistem ou alimentam seus bebês total ou parcialmente com leite artificial. Uma combinação da assistência obstétrica, política hospitalar e assistência neonatal contribuem para essa situação. Intervenções obstétricas são muitas vezes fundamentais para a saúde da mãe e do bebê e podem afetar o sucesso da lactação. Poucas intervenções inibem diretamente a fisiologia da lactação. Além disso, a maioria das intervenções obstétricas reduzem a probabilidade do contacto pele-a-pele ainda na sala de parto e nas primeiras 24 horas após o nascimento”.

Da comparação entre o nível de conhecimentos e o número de filhos, os resultados apurados revelam que, os conhecimentos baixos são mais frequentes nas mães com dois ou mais filhos (49%) e os conhecimentos elevados são mais frequentes em mães com dois ou mais filhos (40,8%). As diferenças entre os grupos apresentaram significância estatística marginal ($X^2 = 5,925$; $p = 0,052$), que os resíduos ajustados localizam nas mães com um filho e nível de conhecimentos moderados.

Num estudo realizado por Mancini (2004), verificou relação entre variáveis relacionadas com a história obstétrica materna, pode observar-se que o grupo de primigestas apresentou um risco maior de não estar a amamentar exclusivamente quando comparado ao de não-primigestas.

Quando relacionamos nível de conhecimentos e a patologia do Recém-nascido, apuramos também que os conhecimentos baixos são mais frequentes nas mães em que a patologia do RN é prematuridade(53,1%), e os conhecimentos elevados eram mais frequentes em mães com bebês com outras patologias (66,7%). As diferenças entre os grupos não apresentaram significância estatística (Likelihood = 7,837; $p = 0,250$), mas os resíduos ajustados localizam significância nas mães de bebês com outras patologias e nível de conhecimentos altos.

Tal como nos corrobora Sanches (2004), uma das causas do fracasso na amamentação é quando o bebé recusa o peito. Isto poderá ocorrer por insuficiência ou excesso de leite, pelo uso de biberão ou por outros problemas que o impeçam de mamar. Alguns desses problemas são alterações na sucção do bebé na mama, tais como intercorrências clínicas, baixo peso ao nascer (em especial prematuridade), distúrbios metabólicos, alterações neurológicas, síndromes e anomalias congénitas (fissuras labiopalatais, fissuras submucosas, anquiloglossia e laringomalacia). Algumas práticas clínicas relacionadas ao tratamento de bebés prematuros, como, por exemplo, intubação prolongada e uso sondas oro ou nasogástricas também podem interferir no desenvolvimento normal da coordenação sucção/deglutição/respiração, bem como ocasionar problemas respiratórios, devido ao refluxo gastroesofágico e aspiração.

Constatou-se também, ao relacionar o nível de conhecimentos e a amamentação anterior, que os conhecimentos baixos eram mais frequentes nas mães que já amamentaram anteriormente (51,3%), os conhecimentos elevados apenas surgem nas mães que amamentaram anteriormente (41,0%). As diferenças entre os grupos não apresentaram significância estatística (Likelihood= 3,443; $p = 0,179$), mas os resíduos ajustados localizam significância nas mães que não amamentaram anteriormente e nível de conhecimentos moderados.

Apesar dos poucos estudos que corroborem essa informação, Castro (2013) afirma que as mulheres que são mães pela 1ª vez estão mais recetivas a todos os ensinamentos no geral por ser uma novidade e desta forma apresentam níveis mais elevados na perceção das práticas dos enfermeiros na Promoção do Aleitamento Materno no global.

Na relação com as dificuldades sentidas pelas mães na amamentação e as variáveis obstétricas verificou-se significância estatística marginal com o tipo de parto (Fisher= 0,056), apurando-se que as mães que tiveram parto distócico (94,6%), não tiveram dificuldades e as mães com parto eutócico (18,2%) revelaram ter dificuldades, os resíduos ajustados localizam nas mães que tiveram parto distócico e não tiveram dificuldades e as mães com parto eutócico e que tiveram dificuldades.

A mãe pode amamentar o seu filho, desde que esteja acordada e com capacidade de resposta. Os agentes anestésicos, como o tiopental sódico e o halotano, consideram-se geralmente compatíveis com o aleitamento materno e a mãe poderá amamentar a sua criança, inclusive na sala de recobro (Gabbe, 2015).

Por último, comparamos as dificuldades da mãe e o peso do bebé ao nascer verificando-se que as mães que tiveram filhos com baixo peso (90,9%), não tiveram dificuldades na amamentação assim como em 89,4% daquelas que tiveram filhos com peso normal. As mães com filho macrossómico (100%) revelaram ter dificuldades, as diferenças entre os grupos não apresentaram significância estatística (Likelihood= 4,555; p= 0,103), contudo os RA localizaram resultados significativos nas mães que tiveram filho macrossómico e tiveram dificuldades na amamentação.

Na vivência na prática clínica os recém-nascidos macrossómicos têm características muito específicas e as mães destes recém-nascidos têm maior dificuldade em gerir e otimizar a amamentação.

Neste âmbito, ressalva-se que Amamentar é o ato em que a criança obtém o leite materno através da sucção da mama da mulher, no entanto apesar de quase todas as mulheres serem fisiologicamente dotadas para amamentar, esse potencial inato não assegura a ocorrência da amamentação (Castro, 2013). Existem várias situações nas quais um bebé pode precisar de ajuda para aprender (ou reaprender) a mamar na mama tais como, quando passa por períodos longos de internamento sem a possibilidade de mamar e quando passa por confusão mamilo/tetina. Por outro lado algumas interferências sofridas no nascimento, que levam à separação entre o bebé e a mãe, podem atrapalhar o instinto de sucção do recém nascido, por exemplo: prematuridade (mesmo tardia) e hipoglicemia, situação frequente nos RN macrossómicos, o peso normal ao nascer tem igualmente sido considerado fator facilitador do aleitamento Materno (Gabbe e Steven, 2015).

O aleitamento materno caracteriza-se por ser um fenómeno híbrido pois sendo biologicamente determinado acaba por ser condicionado socioculturalmente, sendo influenciado por diversos fatores de índole histórica, social, económica e cultural. Este fenómeno exige abordagens que contemplem informações técnicas referentes aos aspetos biológicos da lactação e as questões subjetivas da mulher (Castro, 2013).

4 - Conclusão

Com este trabalho de investigação, procurou-se perceber quais os fatores que influenciam a amamentação à alta, numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado; refletindo sobre a influência dos fatores maternos e do bebé, tal como, os conhecimentos e as dificuldades e por fim perceber a relação entre as características sociodemográficas e clínicas da mãe e do recém-nascido para que a amamentação seja um sucesso.

Neste sentido, realizou-se um estudo de natureza quantitativa, descritivo, analítico, de enfoque transversal, com uma amostra constituída por 100 mães, que tinham os seus recém-nascidos internados numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciada do Norte de Portugal.

Assim, os resultados apurados possibilitaram traçar um perfil sociodemográfico das mães, verificando-se que:

- Tinham idade entre 19 anos e 45 anos, correspondendo-lhe uma idade média de 29,63 anos;
- Registou-se um predomínio de mães com o 2º e 3º ciclo do ensino básico, empregadas, a viver numa zona urbana e 72% com companheiro.

Em relação à caracterização obstétrica constatou-se que:

- Das mães, 56% teve um parto distócico, 69% não frequentaram aulas de preparação para o parto e 51% só tinham um filho.
- Das mães com dois ou mais filhos, 83,7% amamentou-os e para 95,1% esta foi uma experiência agradável.

A caracterização dos recém-nascidos, permitiu constatar que:

- Nasceram de termo 61% e a patologia mais frequente foi o Risco Infecioso, seguida da prematuridade (32%).
- A idade gestacional oscilou entre 30 e 41 semanas (média= 37,07), com um peso ao nascer entre 1150gr e 4100 gr (média= 2778,45 gr).

Foi importante percebermos quais as informações das mães acerca do aleitamento materno:

- Na globalidade, 80% das mães inquiridas revelou ter sido informada acerca das vantagens e desvantagens do aleitamento materno;
- A informação foi transmitida sobretudo no Centro de Saúde (65%) e os enfermeiros foram o grupo profissional que mais informou (71,3%);
- O nível de conhecimentos sobre amamentação foi classificado como suficientes para 48% e 53% revelou ter tido dificuldades com a amamentação;
- A auto percepção materna sobre o nível de conhecimentos revelou que 48% considerava os seus conhecimentos como suficientes e 39,0% bons;
- A classificação dos conhecimentos, feita com base nas afirmações do questionário indicou que para 51% eram fracos, 39% moderados e para 10% bons, salientando-se sobretudo que: 86% das mães reconhece a composição do LM, 89% salienta a proteção imunológica, 36% salienta as vantagens para o bebé e 54% defendem as vantagens para a mãe; 64% reconhecem a influência da alimentação materna na qualidade do leite e 92% defendem que o bebé não necessita de leite de fórmula.
- Constatou-se que 46% das mães considera correto a amamentação exclusiva enquanto tiver leite, para 25% até o bebé querer e apenas 15% respondeu que deveria ser até aos 6 meses;
- Sabem identificar os sinais de pega correta 97% das progenitoras, 41% tiveram dificuldades a este nível, 92% ofereceram chupeta e 77% não consideram que a chupeta ou biberão possam desfavorecer a amamentação;
- Das mães, 53,7% amamentaram exclusivamente os filhos anteriores e 96% amamentavam o bebé atual, considerada uma experiência muito agradável para 58,5%;
- Para prestar apoio e esclarecer as dúvidas do Aleitamento, foram os enfermeiros os mais referidos (92% e 96% respetivamente);
- Das mães 53% tiveram dificuldades na amamentação, sobretudo ingurgitamento (40%) e para 29% fissuras;

Por fim à questão sobre se achavam que a Unidade de Cuidados Perinatal Diferenciados promovia o aleitamento materno, 100% das mães responderam afirmativamente.

Quando relacionamos os conhecimentos e as variáveis em estudo concluímos que:

- Os conhecimentos são mais elevados nas mães com ensino superior, que tiveram um parto distócico, que tinham apenas um filho, nas mães de recém-nascidos com *outras* patologias e nas mães que não amamentaram anteriormente ($p < 0,05$).

A relação entre as dificuldades e as variáveis em estudo indicou que:

- As mães que revelam mais dificuldades foram as que tiveram parto eutócico e as que tiveram um filho macrossómico ($p < 0,05$).

Nenhuma das variáveis revelou influenciar a amamentação à Alta da Unidade de Apoio Perinatal.

Tendo em conta o que foi referido no presente trabalho, importa salientar que a razão que motivou este estudo foi considerarmos que identificar os elementos que possam interferir na lactação e no processo de amamentação das mães de bebés doentes, dar-nos-á melhores condições para o planeamento de uma assistência mais aproximada às necessidades destas famílias.

O leite materno é o alimento mais importante para o desenvolvimento do bebé, é a sua primeira alimentação e é a mais adequada tanto do ponto de vista nutritivo, como imunológico, quanto no plano emocional, pois promove mais eficazmente o vínculo mãe-filho. Numa situação de doença do RN todos estes factos ganham mais relevo e os obstáculos à amamentação são inúmeros, desde os relacionados diretamente com o bebé, como aqueles relacionados com as dificuldades da mãe em manter a produção de leite, ligados tanto a fatores fisiológicos como emocionais.

Cabe assim aos profissionais de saúde assumirem uma postura apoio efetivo e orientação das dúvidas e dificuldades práticas da amamentação, de forma a melhorarem a autoconfiança e a segurança das mães.

Uma mãe bem informada e confiante e um recém-nascido a mamar bem, são o melhor contributo para o sucesso do aleitamento, assim consideramos .

Implicações para a prática

Constatei que a performance como enfermeira, após a realização desta tese, traduziu-se numa prestação de cuidados de nível mais avançado, com segurança, competência e satisfação dos Recém- Nascidos e de suas famílias; antecipando os problemas do RN e família para a maximização do potencial de desenvolvimento e gestão do bem-estar.

Assim, considero importante dinamizar o desenvolvimento de práticas que estimulem a amamentação o mais precocemente possível, nomeadamente a extração mecânica do leite nos primeiros dias de vida do RN para estimulação do leite materno artificialmente e para que o início da alimentação seja efetuada com leite materno.

Pretendemos igualmente criar e manter um ambiente terapêutico e seguro para que as mães e os RN se sintam tranquilos e a amamentação decorra com o mínimo de dificuldades. Para isso será importante realizar (in)formação acerca das inúmeras vantagens e esclarecer as dúvidas do AM, sobre o posicionamento e a pega correta, divulgar os direitos do núcleo familiar durante o internamento e potenciar vínculo mãe-pai-família/RN através do método mãe/pai-canguru e das visitas alargadas dos irmãos sempre que necessário e pretendemos implementar no serviço o projeto “Crescer com Afetos” com apoio psicológico e curso de massagem aos RN.

Reconhecemos como fundamental uma articulação com a equipa multidisciplinar, só possível, gerindo os cuidados e otimizando a resposta da equipa de enfermagem. A formação tem um papel fundamental no autoconhecimento e na assertividade, suportando as decisões e princípios, valores e normas deontológicas, assim, consideramos fundamental divulgar os resultados desta investigação realizar formação neste âmbito. Participar em projetos pessoais e institucionais com o intuito de planear programas de melhoria contínua na amamentação, será uma forma facilitadora da aprendizagem, em contexto de trabalho.

Sabemos, ainda, que a ligação entre o conhecimento do profissional e o da mãe não é linear. O uso de estratégias que permitam personalizar cada abordagem às reais expectativas da mulher é fundamental, devendo o enfermeiro estar preparado para modificar a sua rotina, postura e atitudes, como forma de se ir adaptando às diversas interlocutoras que tem à sua frente.

Em suma, a realização deste estudo foi uma oportunidade única de aprendizagem e uma forte motivação para o desenvolvimento da prática quotidiana, junto das mães, recém-nascidos e família, tendo sempre presente que melhorar a qualidade de cuidados, proporcionando meios para uma melhor adesão á amamentação exclusiva, deve ser a meta para qualquer profissional de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria que trabalhe numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado.

A elaboração deste estudo serviu para alargar os conhecimentos da investigadora acerca do tema estudado, consciente que adquiriu mais competências para que possa (in)formar as mães, sobre a amamentação numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado, de forma a obterem sucesso no processo de AM.

Referências Bibliográficas

- Abdalla, A. P., Anaruma, S. M. (2012). A comunicação e as diferentes linguagens para o incentivo ao aleitamento materno. *Revista Ciência em Extensão*, 8(3), p. 192-204.
- Arroyo, M. A. S. (2007). *Aleitamento Materno em Prematuros: Conhecimentos e Caracterização Sociodemográfica de um Grupo de Mães*. Tese de Mestrado. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. São Paulo.
- Auler, F., Delpino, F. S. (2008). Terapia nutricional em recém-nascidos prematuros. *Revista Saúde e Pesquisa*, 1(2), p. 209-216.
- Azevedo M, Mendes ENW. (2008). *Manutenção da lactação: um desafio para mães de prematuros hospitalizados*. Ver Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS). Mar; 29(1): 68-75.
- Batistel, C., Tanaka, C., Ana, J. S., Paschoal, A. S. (2012). *A importância das orientações do enfermeiro no aleitamento materno considerando os fatores socioeconômicos e culturais da gestante no desmame precoce*. Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica do Paraná, v.2, n. 3, p.2-17, jul/set. Curitiba.
- Bomfim DAS, Nascimento MJP. *Cuidados de enfermagem, amamentação e prematuridade*. Rev Enferm UNISA 2007; 8: 17-22.
- Bosi, M.L.M., Machado, M.T. (2005). Amamentação: um resgate histórico. Cadernos Esp - Escola de Saúde Pública do Ceará, 1 (1), Acedido em 2 de Dezembro 2016 em: http://www.aleitamento.com.br/upload%5Carquivos%5Carquivo1_1688.pdf
- Calil, V. M. L. T., Falcão, M. C. (2003). *Composição do leite humano: o aleitamento ideal*. Revista Médica jan-dez; 82 (1-4): 1-10. São Paulo.
- Carvalho, J. K. M., Carvalho, C. G., Magalhães, S. R. (2011). *A importância da assistência de enfermagem no aleitamento materno*. E-Scientia, Vol4, Nº2, p. 11-20. Editora UniBH. Belo Horizonte.
- Carvalho, M.R., Tamez, R.N. (2002). *Amamentação, bases científicas para a prática profissional*. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan S.A.
- Castro, R. J. S. (2013). *Percepção das mães sobre as práticas dos Enfermeiros na promoção do aleitamento materno*. Tese de Mestrado. Viseu.
- Clayden, G., Lissauer, T. (2003). *Manual ilustrado de Pediatria*. 2ª edição. Editora Guanabara.
- Damião, J. J. (2008). *Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento exclusivo*. Ver. Bras. Epidemiol; 11 (3): 442-52. Rio de Janeiro.

- Direção- Geral da Saúde (2014). *Registo do aleitamento materno*. Relatório de Janeiro a Dezembro de 2013. Observatório do Aleitamento Materno.
- Escobar AM, Ogawa AR, Hiratsuka M, Kawashita MY, Teruya PY, Grisi S et al. (2002) *Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce*. Rev Bras Saude Mater Infant;2(3):253-61. Brasil.
- Falcão, M. C. (2003). *Suporte nutricional no recém-nascido doente ou prematuro*. Rev Med (São Paulo) jan.-dez.;82(1-4)11-2. São Paulo.
- Faria, C. M. (2010). *O aleitamento materno de recém-nascidos prematuros após a alta hospitalar*. Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte.
- Farias, S. E., Wisniewski, D. (2015). *Aleitamento materno X Desmame Precoce*. Revista UNINGÁ Review - Vol.22,n.1,pp.14-19(Abr- Jun). Paraná.
- Fernandes, F. B. U. (200). *Pensando no bebê – benefícios, técnicas e dificuldades do aleitamento materno*. Centro de especialização em fonoaudiologia clínica motricidade oral. Rio de Janeiro.
- Fortin, M. F. (2009). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Frota, M. A., Costa, F. L., Soares, S. D. (2009). *Fatores que interferem no Aleitamento Materno*. Rev. Rene. fortaleza, v. 10, n. 3, p. 61-67, jul./set. Brasil.
- Fucile S, Gisel E, Lau C. (2002). Oral stimulation accelerates the transition from tube to oral feeding in preterm infants. J Pediatr;141:230-6.
- Gabbe. S., Jennifer R. Niebyl, J. et all. (2015). *Gravidez Normal e Patológica*. 6ª edição. Elsevier Editora. Brasil.
- Giugliani, E. R.J. (2004). *Problemas comuns na lactação e seu manejo*. Jornal de Pediatria – Vol. 80, nº 5 (supl). Brasil.
- Gorgulho FR, Pacheco STA. (2008). *Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: a vivência materna*. Esc Anna Nery Rev Enferm. mar; 12(1):19-24.
- Hockenberry, M.W.D., & Winklestein, M. (2014). *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica*. Elsevier: Rio de Janeiro.
- Kistin N, Benton D, Rao S, Sullivan M. (1990) *Breastfeeding rates among black urban: effect of prenatal education*. Pediatrics. 86(5): 741-6.
- Lacerda, C. N., Santos, S. M. J. (2013). *Aleitamento materno exclusivo: O conhecimento das mães*. Rebes (Pombal), v. 3, nº2, p. 9-16, abr.-jun. Brasil.

- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de aleitamento materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF e Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- Lopes, A. (2007). *Aleitamento materno-um fator promotor de saúde*. Direção Geral de Saúde. Ministério da Saúde.
- Mancini, PG., Meléndez, G. (2004). *Aleitamento materno exclusivo na alta de recém-nascidos internados em berçário de alto risco e os fatores associados a essa prática*. J. Pediatr; 80(3):241-8. Rio J.
- Mannel, R., Martens P.J., Walter, M. (2011). *Manual Prático para consultores de Lactação*. Loures: Lusociência.
- Margotto, P. R.(2001). *Avaliação da Idade Gestacional*. J pediatr 77: 153. Brasil.
- Marinho, C. S. S. M. (2003). *Os Profissionais de saúde e o Aleitamento Materno – Um estudo exploratório sobre as atitudes de médicos e enfermeiros*. Mestrado em Psicologia da Saúde. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa.
- Maroco, J. (2014). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marques, R.F.S.V., Lopez, F.A., Braga, J. A. P. (2004). *O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida*. Jornal de Pediatria – Vol.80, Nº2.
- Matavel, O. A. (2004). *Conhecimentos sobre Aleitamento materno na cidade de Maputo*. Universidade do Porto. Tese de Mestrado em Saúde Pública. Porto.
- Matos, A.J. (1997)*Programa de Formação Maternidade e Puericultura vol.II*. Lisboa: Oceano Liarte Editores.
- Melo, C. S., Gonçalves R.M. (2014). *Aleitamento materno versus aleitamento artificial*. v.41, p. 7-14. Goiânia.
- Mendes, E. C. B. (2012). *Evolução do Aleitamento Materno em Portugal*. Universidade Fernando Pessoa – Faculdade Ciências da Saúde. Porto.
- Ministério da Saúde/Portugal. Plano Nacional de Saúde 2004-2010 Vol. II: Orientações Estratégicas. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Moleiro, A., Gomes, A., Nona, M. (2004). *Consensos de Neonatologia – Aleitamento Materno*. Sociedade Portuguesa de Pediatria. Coimbra.

Moore, L. K.; Dalley, A. F. and AGUR, A. M. R.. Anatomia Orientada Para Clínica. 5ª. ed. Rio de Janeiro, 2007. Acedido em: http://pt-br.infomedica.wikia.com/wiki/Fisiologia_da_Lacta%C3%A7%C3%A3o

Moro, G; Mesquita, M. (2008). *Leite materno e seus substitutos ao longo da história*, [Em Linha]. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, Ano 15, Nº 153, Febrero de 2011. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com>>.

Nascimento MBR, Issler H. (2003) Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. *Rev Hosp Clín Fac Méd S Paulo*; 58(1):49-60.

Niquini, R. P., Bittencourt, S. A., Lacerda, E. M. A., Leal, M. C. (2009). Fatores associados à introdução precoce de leite artificial. *Rev Bras Epidemiol*; 12(3): 446-57.

OMS/UNICEF (1989). Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno: O papel especial dos serviços materno-infantis.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (22 de outubro de 2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Genebra.

Organização Internacional do Trabalho. (2009) . *Proteção da Maternidade*. Lisboa.

Paiva, C., Saburido, K., Vasconcelos, M., Silva, M. (2013). *Aleitamento materno de recém-nascidos internados. Dificuldades de mães em filhos em Unidade de cuidados intensivos e intermédios neonatais*. *Revista Min Enferm*. out/dez; 17(4): 924-931

Pedroso, R. M. C. J., Galvão, D. M.G., Castro, F. V. (2013). Amamentação em mulheres trabalhadoras e alunas do ensino superior público de Coimbra. *INFAD Revista de Psicologia*, Nº 2-Vol. 1, pp: 419-424. Coimbra.

Pereira, A. (2007). *Amamentação na 1ª hora de vida salva um milhão de bebés: semana do aleitamento materno 2007*. Conferência. São Paulo.

Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2014). *Análise categórica, árvores de decisão e análise de conteúdo em ciências sociais e da saúde com o SPSS*. Lisboa: Edições Lidel.

- Pinelli J, Symington A.(2005). Non-nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev*, 4:CD 001071.
- Pinto, T. (2008). Promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno na comunidade. Revisão das estratégias no período pré-natal e após a alta. *Arquivos de Medicina*, 22(2/3), 57-68.
- Ribeiro, C. D. M. (2005). *Bioética e Neonatologia*. Publicado no livro “Bioética e Saúde. Novos Tempos para mulheres e crianças?” organizado por Schramm FR & Braz M. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Reis, R. S. (2011). *No seio da vida: Fatores facilitadores e dificultadores da práxis do aleitamento materno*. Dissertação da Universidade Federal de Viçosa. Minas Gerais. Brasil.
- Rezende, M. A., Sigaud, C. H. S., et all (2002). O Processo de comunicação na promoção do aleitamento materno. *Revista Latino-am Enfermagem*, março-abril; 10(2); 234-8. Brasil.
- Rodrigues NA, Gomes ACG. (2014). Aleitamento materno: fatores determinantes do desmame precoce. *Enfermagem Revista*, 17(1), jan/abr.
- Sanches, M. T. C. (2004). Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. *Jornal de Pediatria*. 80(5) (supl). São Paulo.
- Saraiva, H. (2010). *Aleitamento Materno – Promoção e Manutenção*. Lisboa: Edições Lidel.
- Scochi CG, Ferreira FY, Góes FS, Fujinaga CI, Ferecini GM, Leite AM. (2008). *Alimentação láctea e prevalência do aleitamento materno em prematuros durante internação em um Hospital Amigo da Criança*. *Cienc Cuid Saude*. Abr/Jun; 7(2):145-15.
- Sena, M. C. F., Silva, E. F., Pereira, M. G. (2007). Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras. *Revista Associação Médica Brasília*; 53 (6); 520-4.
- Serra SOA, Scochi CGS. (2004). *Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal*. *Rev Latino-am Enfermagem* julho-agosto; 12(4):597-605.
- Silva , C. (2007-2016). Ser Prematuro. Acedido em: <http://www.serprematuro.com>
- Silva, T. (2013). Aleitamento materno: prevalência e factores que influenciam a duração da ua modalidade exclusiva nos primeiros seis meses de vida. *Acta Pediátrica Portuguesa*; 44(5): 223-8.

- Silva RV da, Silva IA. (2009). *A vivência de mães de recém-nascidos prematuros*. Esc Anna Nery Rev Enfer; 13:108-15.
- Susin, L.R.O., Giugliani, E. R.J. et all. (1998). Uma estratégia simples que aumenta os conhecimentos das mães em aleitamento materno e melhora as taxas de amamentação. *Jornal de Pediatria*. 74(5). Sociedade Brasileira de Pediatria. Brasil.
- Tragante, C. R. (2009). *Estudo do perfil das famílias e de seus filhos internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*. Dissertação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Tronco C.S., Padoin S.M.M., Paula C.C.et all (2015). *Manutenção da lactação de recém-nascido pré-termo: rotina assistencial, relação mãe-filho e apoio*. Escola Anna Nery 19(4) Out-Dez. Brasil.
- UNICEF (2015). *Infant and young child feeding*. Global Databases. ISSO Code.
- UNICEF Data (2016). *Monitoring the Situation of Children and Women*. Acedido em: <http://data.unicef.org/nutrition/malnutrition.html>
- UNICEF UK. *Amamentar o seu bebé – Informações importantes para mães novas*. Baby Friendly Initiative. Pág 1-14. Reino Unido.
- Viana,V., Guimarães, H., Maia, T. et all. (2005). Apoio às mães em crise num serviço de Neonatologia. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (2), 119-130.
- Volpato, S. E., Braun, A., Pegorim, R. M. et all (2009). Avaliação do conhecimento da mãe em relação ao aleitamento materno durante o período pré-natal em gestantes atendidas no Ambulatório Materno Infantil em Tubarão. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 38(1).
- World Health Organization – *The optimal duration of exclusive breastfeeding – Report of an Expert Consultation – Geneva, Switzerland, March 2001* Acedido em <http://www.leitematerno.org/oms.htm>.

ANEXOS

Anexo I

Instrumento de recolha de dados

I- Caracterização da Amostra

1-Idade: _____

2-Escolaridade: _____

3-Residência: _____

4-Estado Civil:(1)Solteira (2)Casada/União de Facto (3)Divorciada (4)Viúva

II- Dados Obstétricos

1-Tipo de parto: (1)Eutócico (2)Distócico fórceps (3)Distócico ventosa (4)Cesariana

2-Nº de Filhos (incluindo o atual): _____

3- Se já tem filhos, estes foram amamentados: (1)Sim (2)Não

4- A experiência anterior de amamentar foi: (1)Agradável (2)Desagradável

5- Frequentou aulas de preparação para o parto: (1)Sim (2)Não

6- Idade Gestacional do recém-nascido: _____

7- Peso ao nascer: _____

8 – Patologia do recém-nascido: _____

III- Informações sobre Aleitamento Materno

1-Foi informada sobre o aleitamento materno durante a gravidez? (1)Sim (2) Não

1.1- Se sim, onde? (1) Centro de Saúde (2) Consulta Privada
(3) Hospital/Maternidade (4) Curso de preparação para o parto

2- Por quem foi informada sobre amamentação?

(1) Enfermeiro (2) Médico de Família (3) Pediatra
(4) Obstetra (5) Família e amigos (6) Livros e revistas

IV- Conhecimentos das mães

1-Assinale, na escala seguinte, o seu nível de conhecimentos sobre a amamentação:

(1)Insuficientes	<input type="checkbox"/>	(2)Suficientes	<input type="checkbox"/>	(3)Bons	<input type="checkbox"/>	(4)Muito bons	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------	----------------	--------------------------	---------	--------------------------	---------------	--------------------------

2- Qual a duração adequada para fazer amamentação exclusiva (só leite materno)?

- (1) Até ao bebé querer (2) Enquanto tiver leite
 (3) Até aos 6 meses (4) Enquanto for satisfatório para a mãe, bebé e pai

3- No quadro seguinte assinale as afirmações que considera corretas em relação á amamentação (pode assinalar mais que uma resposta):

(1) O leite materno é rico em água, proteínas e sais minerais, contém todos os nutrientes que o bebé precisa consumir.	
(2) A amamentação ajuda a desenvolver o sistema imunológico da criança e é o recurso mais eficiente para protegê-la de alergias e infeções nos primeiros meses.	
(3) Os bebés que foram amamentados falam, respiram e mastigam melhor; sofrerem menos cólicas e o seu intestino passa a funcionar de forma mais regular.	
(4) Amamentar faz muito bem para a saúde da mãe e diminuí as probabilidades de ter cancro de mama ou de ovário.	
(5) O leite artificial é mais completo que o leite materno.	
(6) O stress e o nervosismo atrapalham a amamentação.	
(7) A alimentação da mãe condiciona a qualidade do leite materno.	
(8) Após a amamentação o bebé precisa sempre de leite artificial.	
(9) Após a amamentação o bebé nunca precisa de leite artificial.	
(10) O tipo de parto altera a produção de leite materno.	
(11) Devo esvaziar sempre as duas mamas em cada mamada.	

4- Quando o seu filho está a mamar, sabe identificar os sinais de pega correta?

- (1) Sim (2) Não

5 – O seu bebé teve dificuldades na pega? (1) Sim (2) Não **6- Ofereceu chupeta ao seu filho? (1) Sim (2) Não** **6.1- Acha que a chupeta ou o biberão podem desfavorecer a amamentação?**

- (1) Sim (2) Não

V- Experiência Prática da Amamentação**1- Se já amamentou, qual o tipo de amamentação que fez:**

- (1) Exclusivo (só leite materno) (2) Misto (leite materno e leite artificial)

2- Motivos porque não amamentou?

Fatores que influenciam a Amamentação à Alta em Recém-Nascidos após o internamento numa UAPD

3-Atualmente está a amamentar? (1) Sim (2) Não

3.1-Se respondeu sim. Quando iniciou a amamentação?

_____ (dias ou horas após o nascimento do seu filho)

3.1.1 Que tipo de amamentação está a fazer:

(1) Exclusiva (só leite materno) (2) Misto (leite materno e leite artificial)

3. 2-Se respondeu não, razões porque não amamenta?

4-A primeira vez que amamentou o seu bebé correspondeu às suas expectativas?

(1) Sim (2) Não

4. 1-Se respondeu sim, assinale na escala como considera esta experiência:

(1) Nada agradável		(2) Pouco agradável		(3) Agradável		(4) Muito agradável	
--------------------	--	---------------------	--	---------------	--	---------------------	--

5-No decorrer da amamentação teve dificuldades?

(1) Sim (2) Não

5.1- No quadro seguinte assinale se teve algum destes problemas:

(1) Fissuras nos mamilos;	
(2) Ingurgitamento mamário (mamas muito “inchadas, duras”);	
(3) Mastite;	
(4) Abcesso Mamário;	
(5) Outra situação. Qual? _____	

6.No quadro seguinte assinale como classifica o seu mamilo:

(1) Normal (quando estimulado fica saliente e bem posicionado);	
(2) Plano (pouco saliente);	
(3) Mamilo invertido ou umbilicado (nunca fica saliente);	

VI- Contexto Clínico**1- Teve apoio para o início da amamentação por parte dos profissionais de saúde:**

	Sim	Não
(1) Enfermeiros		
(2) Médicos		
(3) Outros		

Sempre que teve uma dúvida sobre a amamentação, foi esclarecida pelos profissionais de saúde:

	Sim	Não
(1) Enfermeiros		
(2) Médicos		
(3) Outros		

2- Acha que a UCIN/Neonatologia promove condições para a amamentação:(1) Sim (2) Não **3.1 – Se respondeu não, que sugestões daria:**

OBRIGADA.**Sem a sua colaboração, este estudo não seria possível**

Anexo II

Pedido de autorização para utilizar o questionário

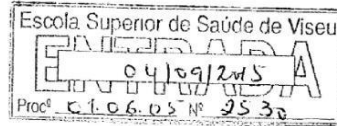
**Maria Filomena G. Sousa, docente na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, autorizo a utilização do instrumento de colheita de dados sobre conhecimentos e dificuldades das mães face à amamentação.
Caso necessite de mais alguma informação é só entrar em contato (filomena@ipb.pt)**

Cumprimentos pessoais

Maria Filomena Sousa

Anexo III

Pedidos de autorização para recolha de dados



995
GA

Exmo. Senhor:
Escola Superior de Saúde de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º102
3500-843 Viseu

Via e-mail

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência
Nº140
Proc.º

Data
28/08/2015

02.SET.2015

9545

ASSUNTO: Pedido de autorização para a realização de estudo sobre "Fatores que influenciam a amamentação à alta em recém-nascidos após internamento numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado".

Exma. Senhora,

Acusamos a recepção do seu pedido para realização de recolha de dados no âmbito do estudo "Fatores que influenciam a amamentação à alta em recém-nascidos após internamento numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado".

Agradecemos a preferência pela nossa instituição.

A CES apreciou, o pedido de parecer sobre o estudo acima identificado, e considera não haver objecção ética à realização do estudo, se forem cumpridos os seguintes requisitos:

- Será a investigadora quem pedirá a colaboração das mães dos recém-nascidos, em momento próximo da data da alta prevista para o seu filho, esclarecerá as suas dúvidas, recolherá o consentimento informado e os questionários.
- O preenchimento será feito pela mãe, em local próximo do internamento, mas que permita privacidade nas respostas.
- O termo de consentimento deve conter esclarecimento de que a resposta é voluntária e de que a recusa de responder não terá qualquer implicação no modo e qualidade dos cuidados a prestar ao seu filho, podendo abandonar o estudo a qualquer momento.

Estaremos ao dispor para qualquer informação ou esclarecimento que entenda solicitar.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.
C. Conselho de Administração

(Carlos Alberto Vaz, Dr.)

Consentimento informado das mães



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Eu, Luísa Isabel Amorim Mota Almeida, estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria do Instituto Politécnico de Viseu/Escola Superior de Saúde, encontro-me a realizar um estudo de investigação coordenada pela Prof^a. Doutora Graça Aparício, designado “*Fatores que influenciam a Amamentação à Alta em Recém- Nascidos após o internamento numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado*”.

Este estudo será realizado com mães de recém-nascidos internadas na Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado do Centro Hospitalar, sendo que o objetivo principal do estudo é identificar os fatores maternos e do recém-nascido que interferem na amamentação à alta, após permanência na Unidade. Tendo já autorização da instituição onde decorrerá o estudo, venho por este meio solicitar a sua colaboração através do preenchimento de um questionário. Não são colocadas questões de foro íntimo e será garantido, pela investigadora, o anonimato dos dados recolhidos. Se pretender, pode consultar o questionário.

Fica salvaguardado que a qualquer momento pode recusar participar sem prejuízo para o próprio.

Neste contexto e se concorda com o exposto, pedimos-lhe que assine este termo de consentimento

A equipa de investigação agradece a vossa preciosa colaboração!

O coordenador do estudo de investigação



Eu, _____ (nome completo), depois de devidamente informada, declaro que **aceito participar** neste estudo de investigação.

____ / ____ / 2015