

Cláudia Sofia Marques Lopes Costa

Dificuldades na amamentação no 1º mês de vida: contextos socio-demográficos e psicológicos

Viseu, julho de 2016

Cláudia Sofia Marques Lopes Costa

Dificuldades na amamentação no 1º mês de vida: contextos socio-demográficos e psicológicos

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

Trabalho efectuado sob a orientação de:
Professora Doutora Paula Nelas
Professor Doutor João Carvalho Duarte

Viseu, julho de 2016



“A amamentação é um vínculo físico de sustento – a mãe é o primeiro alimento; ela a chave da vida. Entre mãe e filho, há também um vínculo bio-elétrico-magnético, emocional e psíquico; intercâmbio; e, por último, um elo espiritual ocasionado por essa intimidade.”

(Carvalho & Tamez, 2005)

Agradecimentos

Esta tese resulta de um longo e árduo trabalho pessoal, no entanto para a sua concretização foi necessária a colaboração de várias pessoas, que com a sua disponibilidade e sabedoria, me facilitaram a sua realização, deixando assim o meu bem-haja.

Agradeço em especial aos meus pais toda a educação e formação que me ofereceram, tendo-me permitido chegar até aqui. À minha irmã e avó materna que ofereceram-me sempre muito amor, suporte emocional, para assim ultrapassar todos os problemas, dificuldades, nesta fase e em qualquer fase conturbada da minha vida.

À Professora Doutora Paula Nelas e ao Professor Doutor João Duarte por toda a colaboração incansável, motivação e disponibilidade sempre demonstrada;

Às mães que se disponibilizaram para preencher os questionários.

A todos os amigos e colegas que me apoiaram ao longo desta caminhada.

Finalmente, um obrigado muito especial ao meu marido e à minha filha – os dois amores da minha vida!

A todos o meu bem-haja!

RESUMO

Enquadramento: A amamentação nutre, protege e favorece o desenvolvimento cognitivo e a criação do vínculo afetivo entre mãe e filho. No entanto, há vários fatores que dificultam a manutenção da amamentação como os psicológicos, socioculturais, profissionais, nível de educação, ação dos profissionais de saúde entre outros.

Objetivos: Determinar o perfil sociodemográfico das puérperas; identificar as dificuldades mais frequentes associadas à amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento; analisar a influência das variáveis sociodemográficas associadas às dificuldades na amamentação nos dois momentos de avaliação; avaliar a influência das atitudes maternas e a da vinculação pós-natal nas dificuldades associadas à amamentação nos dois momentos de avaliação.

Métodos: Estudo quantitativo, longitudinal em painel de curta duração, descritivo-correlacional, numa amostra não probabilística por conveniência de 255 participantes (média de idades de 30,78 anos). Utilizou-se um questionário para caracterizar sociodemograficamente e os contextos de amamentação da amostra, a escala de atitudes maternas face à amamentação (Pereira, 2004) e a escala de vinculação pós-natal (Airosa, Silva & Bachu, 2012), versão portuguesa de Gomez e Leal (2007). Este foi aplicado às participantes em dois momentos (7º e 30º dias após o nascimento do bebé).

Resultados: As participantes são maioritariamente casadas, com o ensino superior, empregadas em tempo completo e residentes na cidade. Quanto às dificuldades mais frequentes associadas à amamentação nos dois momentos de avaliação do estudo (7º e 30º dia de vida do bebé) verificamos que as dificuldades sentidas ao 7º dia se mantêm no 30º, predominando as fissuras (7.º dia 41.7%; 39.3% 30.º dia), as dificuldades na pega (7.º dia 28.8%; 31.9% 30.º dia), o ingurgitamento mamário (7.º dia 16.7%; 14.8% 30.º dia). Em relação à influência das variáveis sociodemográficas nas dificuldades associadas à amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento, apurou-se que as diferenças são estatisticamente significativas em relação à escolaridade ($p=0,000$), situação profissional ($p=0,034$) e local de residência (0,042), sugerindo que estas variáveis têm poder explicativo sobre as dificuldades sentidas na amamentação pelas mães nos dois momentos de avaliação. Nenhuma das dimensões relativas às atitudes maternas face à amamentação e à vinculação pós-natal se assumiu preditora das dificuldades associadas à amamentação.

Conclusão: Os resultados sugerem que os enfermeiros, especialmente no âmbito da saúde materna, obstétrica e ginecológica, estejam mais despertos para as dificuldades que as mães possam ter na amamentação sobretudo no primeiro mês, considerado o mais crítico na adaptação ao aleitamento materno, de modo a conseguirem que estas ultrapassem essas complicações, evitando assim, o abandono precoce da amamentação.

Palavra-chave: Amamentação, Atitudes Maternas, Vinculação pós-natal, Dificuldades na amamentação.

Abstract

Background: Breastfeeding nourishes, protects and promotes cognitive development and the creation of the emotional bond between mother and child. However, there are several factors that hinder breastfeeding as the socio-cultural, professional, education level, share of health professionals among others.

Objectives: Determine the sociodemographic profile of the mothers ; identify the most common problems associated with breastfeeding at 7 and 30 days after birth ; analyze the influence of sociodemographic variables associated with difficulty breastfeeding in the two time points ; evaluate the influence of maternal attitudes and postnatal linking the difficulties associated with breastfeeding in both evaluation periods .

Methods: Quantitative, longitudinal study in short panel, descriptive and correlational, a non-probabilistic convenience sample (n=255). We used a characterization questionnaire sociodemographic and breastfeeding. It includes the range of maternal attitudes faces breastfeeding (Pereira, 2004) and Postnatal Attachment Scale (Airosa, Silva & Bachu, 2012), the English version of de Gomez and Leal (2007). The same was applied to mothers in two stages (7 and 30 days after the birth of the baby).

Results: The participants are mostly married, with higher education, employed full-time residents and the city. As the most frequent difficulties associated with breastfeeding in both time points of the study (7th and 30th day of life baby) found that the difficulties the 7th day remain in 30, predominantly cracks (7 day 41.7% ; 39.3% 30 day), difficulties in the handle (7 days 28.8%; 31.9% 30 day), breast engorgement (7 days 16.7%; 14.8% 30 day). Regarding the influence of sociodemographic variables on the difficulties associated with breastfeeding at 7 and 30 days after birth, it was found that the differences are statistically significant in relation to education ($p=0.000$), employment status ($p=0.034$) and location residence ($p=0.042$), suggesting that these variables have explanatory power over the difficulties experienced in breastfeeding by mothers in the two time points. None of the dimensions relating to maternal attitudes towards breastfeeding and postnatal attachment was assumed predictor of difficulties associated with breastfeeding.

Conclusion: The results suggest that nurses in the context of maternal, obstetric and gynecological health, are more aware of the difficulties that mothers can have on breastfeeding, especially in the first month, considered the most critical in adapting to breastfeeding, in order to achieve that these go beyond these complications and result in greater success of breastfeeding.

Keyword: Breastfeeding, Maternal Attitudes, postnatal attachment, Difficulties

Índice

Introdução.....	17
I Parte – Enquadramento teórico.....	21
1. Transição para a maternidade e amamentação.....	23
2. Dificuldades e fatores determinantes da amamentação	27
3. Atitudes maternas e vinculação da díade no estabelecimento e manutenção da amamentação.....	37
II Parte – Investigação empírica	43
1. Metodologia	45
1.1. Métodos	45
1.2 - Participantes	48
1.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra.....	48
1.3 – Instrumento	51
1.3.1 - Questionário.....	52
1.3.2 - Escalas.....	52
1.4 - Procedimentos.....	55
1.5. Análise dos dados.....	56
2. Resultados.....	61
2.1 - Análise descritiva.....	61
2.1.1. Caracterização relativa às variáveis contextuais da amamentação.....	61
2.2. Atitudes maternas face amamentação	72
2.3. Vinculação pós-natal	77
2.4- Análise inferencial.....	81
3. Discussão	87
3.1. Discussão Metodológica	87
3.2. Discussão dos Resultados.....	88
Conclusão.....	97
Referências bibliográficas	101
Anexo I – Instrumento de colheita de dados	
Anexo II – Pedido de autorização para a recolha de dados	
Anexo III – Pedidos de autorização para utilização das escalas	

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Estatística descritiva referente a idades das participantes	48
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra	51
Tabela 3 - Varáveis de contexto da amamentação	63
Tabela 4 - Experiência de amamentar ao 7º e ao 30º dia, segundo o grupo etário	63
Tabela 5 - Fontes de informação relativa à amamentação ao 7º dia de vida do bebé	64
Tabela 6 - Fontes de informação relativa à amamentação ao 30º dia de vida do bebé ...	65
Tabela 7 - Tipo de informação relativa à amamentação ao 7º dia de vida do bebé	66
Tabela 8 -Tipo de informação recebida relativa à amamentação ao 30º dia de vida do bebé.....	67
Tabela 9 - Dificuldades sobre a amamentação nos dois momentos de avaliação.....	68
Tabela 10 - Dificuldades da amamentação ultrapassadas nos dois momentos de avaliação.....	69
Tabela 11 - Oferta de leite artificial.....	70
Tabela 12 - Utilização do mamilo de silicone	71
Tabela 13 - Dúvidas relacionadas com a amamentação	72
Tabela 14- Estatística referente às atitudes maternas face à amamentação	73
Tabela 15 - Teste t para amostras emparelhadas entre atitude materna face à amamentação nos dois momentos de avaliação	74
Tabela 16 - Atitudes maternas face à amamentação e a sua idade ao 7º e 30º dia.....	75
Tabela 17 - Estado civil e atitude materna face à amamentação ao 7º e 30º dia	76
Tabela 18 - Dificuldade em amamentar e atitude materna face à amamentação ao 7º e 30º dia	77
Tabela 19 - Estatísticas relativas à vinculação pós-natal nos dois momentos de avaliação.....	78
Tabela 20- Teste t para amostras emparelhadas entre vinculação pós-natal nos dois momentos de avaliação.....	78
Tabela 21 - Vinculação pós-natal ao 7º e 30º dia e idade materna.....	79

Tabela 22 - Vinculação pós-natal ao 7º e 30º dia e estado civil.....	79
Tabela 23 - Tipo de vinculação pós-natal das mães em função de possuir dificuldades associadas à amamentação.....	80
Tabela 24 - Dificuldades de amamentação ao 7º e 30º dia.....	80
Tabela 25 - Relação entre as dificuldades sentidas na amamentação pelas mães ao 7º dia e 30º dia após o nascimento do filho e variáveis sociodemográficas.....	82
Tabela 26 - Dispersões entre os grupos para as atitudes maternas face à amamentação.....	83
Tabela 27 - Teste de igualdade de médias para as atitudes face à amamentação	84
Tabela 28 - Coeficiente da função discriminante para as atitudes maternas face à amamentação.....	84
Tabela 29 - Dispersões entre os grupos para a vinculação pós-natal	85
Tabela 30 - Teste de igualdade de médias para a vinculação pós-natal	85
Tabela 31 - Coeficiente da função discriminante da vinculação pós-natal.....	85

Abreviaturas e siglas

AM - Aleitamento Materno

DGS - Direção Geral da Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

Introdução

As vantagens do aleitamento materno são inúmeras e sobejamente reconhecidas, quer a curto, quer a longo prazo, resultando num consenso mundial de que a sua prática exclusiva é o melhor meio para alimentar as crianças até aos seis meses de vida (Levy & Bértolo, 2012). Os primeiros meses de vida de um bebé são capitais para que se estabeleçam as bases de uma boa saúde, sendo, deste modo, consensual que o leite materno é o melhor alimento nessa fase, todavia, as suas vantagens vão além da esfera da saúde infantil, pois não é unicamente a criança que beneficia com a amamentação, mas também a mãe (Pinho, 2013).

Como tal, têm-se enfatizado as vantagens do aleitamento materno para a saúde, o que se tem feito acompanhar de múltiplas recomendações para a sua prática (Fernandes, 2013). De acordo com a mesma autora, a Organização Mundial de Saúde (OMS) indica como principal vantagem a diminuição da mortalidade infantil e os benefícios de saúde que se prorrogam até à idade adulta. Na mesma linha, Sarafana, Abecasis, Tavares, Soares e Gomes (2006) referem que a amamentação é um dos fatores basilares para a promoção e proteção da saúde das crianças, pois, segundo os mesmos autores, para além de nutrir, ajuda no desenvolvimento cognitivo da criança, sendo também um momento único e repleto de carinho, afeto e partilha entre a díade mãe/bebé.

É importante amamentar na medida em que se constitui uma estratégia de proteção da espécie, ou seja, protege a mãe e o filho, fortalecendo a ligação entre ambos, porque contém uma fórmula única, específica da mãe, que é um organismo imunitariamente maduro que habita a mesma zona do bebé e o protege das agressões externas (Pinho, 2013). A mesma autora acrescenta que o leite materno contém todos os nutrientes e a água de que precisam nos seis primeiros meses de vida, isto é, possui muitas substâncias fundamentais para a construção de diferentes estruturas do organismo humano e que são impossíveis de reproduzir, não estando presentes em nenhum outro leite, uma vez que, depois dos seis meses, continua a constituir a alimentação ideal, enquanto de forma gradual se vão introduzindo os outros alimentos.

Criado pela Direção Geral da Saúde (DGS), em 2010, o observatório do aleitamento materno refere, no relatório de janeiro a dezembro de 2013, que em Portugal, numa amostra de 1.396 mães, 76,7% de lactentes até ao dia da alta hospitalar fez aleitamento materno exclusivo; aos dois meses de vida 51,6% de lactentes foram alimentados exclusivamente com leite materno e 25,4 % receberam alimentos complementares antes dos 6 meses.

Embora as evidências apontem para múltiplos benefícios já conhecidos e amplamente divulgados do aleitamento materno e da criação de programas de incentivo a essa prática, segundo Rocci e Fernandes (2014), as taxas mundiais de amamentação continuam a estar abaixo dos níveis recomendados. Por conseguinte, as mesmas autoras referem a necessidade de um reforço das ações de promoção, proteção e de apoio ao aleitamento materno para se poder alcançar a melhoria dos índices de aleitamento materno e a diminuição das taxas de morbimortalidade infantil.

Outro aspeto importante refere-se à identificação dos fatores que podem resultar em dificuldades na amamentação, bem como os períodos críticos de abandono do aleitamento materno, o que pode ajudar na elaboração de novas estratégias de intervenção, objetivando a sua promoção (Dias, Monteiro, Oliveira, Guedes, Godinho & Alexandrino, 2013).

As primeiras duas semanas de amamentação podem ser uma fase muito difícil, principalmente para as mães que estão a amamentar pela primeira vez, sendo numerosas as situações e as dúvidas relacionadas quer com a mãe, quer com a criança, que poderão estar na base do abandono precoce do aleitamento materno, contudo, a maioria poderá ser facilmente ultrapassada através de uma correta orientação e estímulo dos profissionais de saúde experientes e conscientes da importância da amamentação exclusiva e empenhados na sua promoção (Galvão, 2011). Entre os muitos fatores que afetam o início e o estabelecimento normais da amamentação, de acordo com a mesma autora, as práticas de cuidados de saúde, destacam-se como uma das maneiras mais promissoras de aumentar a prevalência e a duração da amamentação. Deste modo, o enfermeiro assume um papel facilitador no processo de transição para a maternidade, principalmente os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia, na medida em que desenvolvem competências globais e específicas com a finalidade de ajudarem a mãe a delinear um projeto de maternidade eficaz, devendo ser abrangido neste âmbito o apoio ao incentivo da prática de aleitamento materno (Fernandes, 2013).

Apesar da alta incidência do aleitamento materno ao nascimento, verifica-se que esta tendência decresce durante o primeiro mês de vida do bebé, sugerindo que a maior parte das mães não consegue cumprir o seu projeto de dar de mamar, desistindo precocemente da amamentação (Galvão, 2011). A decisão de amamentar é pessoal, mas sujeita a influências de socialização da mulher e fatores motivacionais. Assim, estudar os fatores associados às dificuldades da amamentação contribui para a promoção do seu sucesso. Só desta forma, os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia podem atuar de modo a reconhecer antecipadamente os aspetos negativos que influenciam a prática do aleitamento materno, prevenindo o seu abandono.

Face ao exposto e consubstanciando-se com o apreço pessoal por este tema, reforçado com o que é sugerido pela OMS, desde 2001, em termos de realização de investigações que possibilitem identificar os fatores inerentes às dificuldades no estabelecimento e na manutenção da amamentação, tem-se como finalidade perceber todo este processo na área profissional de influência, dando corpo ao presente trabalho de investigação.

Partindo destes pressupostos, delineou-se para o presente estudo, as seguintes questões de investigação:

- Qual o perfil sociodemográfico das puérperas?
- Quais as dificuldades mais frequentes associadas à amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento?
- Qual a influência das variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, escolaridade, situação profissional e local de residência) nas dificuldades associadas à amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento?
- Qual a influência das atitudes maternas nas dificuldades associadas à amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento?
- Que relação existe entre a vinculação pós-natal e as dificuldades associadas à amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento?

Para responder às inquietações que esta problemática suscita, formularam-se os seguintes objetivos :

- (I) Determinar o perfil sociodemográfico das puérperas que amamentam;
- (II) Identificar as dificuldades mais frequentes associadas à amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento;
- (III) Analisar a influência das variáveis sociodemográficas associadas às dificuldades na amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento;
- (IV) Avaliar a influência das atitudes maternas e da vinculação pós-natal nas dificuldades associadas à amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento;
- (V) Avaliar a relação existente entre a vinculação pós-natal e as dificuldades associadas à amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento.

Para a colheita de dados, utilizou-se um questionário composto por três partes, a primeira parte faz a caracterização sociodemográfica, seguindo-se a caracterização da amamentação atual, sendo a última parte constituída pelas escalas da Vinculação Pós-Natal de Airosa, Silva & Bachu (2012) e de Atitudes Maternas Face à Amamentação de Pereira (2004).

A colheita de dados foi realizada na consulta de vigilância de saúde infantil e/ou consulta de enfermagem, decorrentes nas Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados das Cidades de Viseu, Aveiro e Ílhavo, entre 1 de julho de 2013 a 15 de outubro de 2014.

O presente trabalho encontra-se estruturado em duas partes fundamentais. A primeira parte é constituída pelos fundamentos teóricos inerentes à investigação, na qual são apresentadas as temáticas dificuldades sentidas na amamentação, fatores determinantes nas dificuldades associadas à amamentação e a influência das atitudes maternas e vinculação da díade no estabelecimento e manutenção da amamentação. Na segunda parte é abordada a metodologia utilizada, onde se conceptualiza o processo de investigação empírica, as considerações metodológicas, descreve-se o tipo de estudo, designadamente os procedimentos metodológicos adotados, desde a seleção da amostra até à sua caracterização, descrevendo o instrumentos e métodos de recolha de dados. Posteriormente é feita a apresentação e análise estatística dos resultados e, por fim, procede-se à discussão das opções metodológicas e dos resultados encontrados, procurando-se efetuar um confronto entre os dados obtidos com a fundamentação teórica realizada na primeira parte do trabalho. O trabalho termina com as conclusões mais relevantes e respetivas sugestões daí decorrentes.

I Parte – Enquadramento teórico

1. Transição para a maternidade e amamentação

A transição para a maternidade e para a amamentação assume-se como um desafio com que se depara a família, sobretudo a mulher, que se confronta com um conjunto de tarefas desenvolvimentais de ajustamento à maternidade (Graça, 2010). O mesmo autor refere que a “transição para a maternidade é um compromisso intenso e um envolvimento ativo, que começa antes ou durante a gravidez e se prolonga para além do parto. Esta transição implica a passagem de uma realidade conhecida para uma outra desconhecida, o que requer a reestruturação de responsabilidades e comportamentos, para atingir uma nova conceção de si” (Graça, 2010, p. 32).

No âmbito da transição para a maternidade, Alves (2011) refere que o papel maternal é alcançado no momento em que a mãe está em sintonia interna com o papel desempenhado e com as suas expectativas, fatores intrinsecamente influenciados pelo apoio social, stresse, funcionalidade familiar e pela relação entre mãe e pai/companheiro. Para Alves (2011), a Consecução do Papel Maternal consiste num processo com quatro fases, as quais se sobrepõem e podem sofrer alterações à medida que o recém-nascido cresce e se desenvolve, sendo estas:

- *A fase antecipatória* cujo início ocorre na gravidez e abrange ajustamentos sociais e psicológicos que surgem no início da gravidez, ou seja, a mãe começa a desempenhar o papel alicerçado nas suas expectativas e fantasias no que se refere ao feto no útero.
- *A fase formal* que inicia com o nascimento do bebé e compreende a aprendizagem e o desempenho do papel de mãe, suportando-se nas expectativas formais daqueles que fazem parte do seu social. Nesta fase ocorre a aprendizagem proveniente da interação social, com destaque para o papel dos profissionais de saúde.
- *A fase informal* começa à medida que a mãe se afasta das expectativas sociais e acaba por adotar formas únicas de lidar com o novo papel, estando diretamente associadas aos seu estilo de vida, tendo por base as experiências anteriores e objetivos futuros.
- *A fase de identidade pessoal ou de identidade de papel* surge à medida que a mãe interioriza o seu papel. Esta experiência sentimentos de harmonia, de confiança e de competência relativamente à maneira como está a desempenhar o papel maternal, tendo em conta a forma como o mesmo está a ser alcançado. Esta fase pode desenvolver-se num mês ou levar vários meses, pois depende muito do contexto específico de cada mulher/família (Alves, 2011, p. 16).

Em função deste processo gradual e dinâmico de Consecução do Papel Maternal, a complexidade das transformações físicas, afetivas, relacional e social nos três meses após o parto, levaram Colman (1994) a ponderar que se trata do quarto trimestre da gravidez, o que implica que quer o homem, quer a mulher têm de ser alvo de cuidados e atenção primária (Alves, 2011). A autora considera que esta fase formal, descrita pela forte estruturação de pensamentos e práticas associadas ao desempenho de papel, corresponde ao primeiro mês após o parto, na qual ocorre a intervenção dos profissionais de saúde e a rede de apoio social, as quais assumem grande importâncias na construção progressiva da identidade desse papel.

Importa ressaltar que o suporte social assume-se como um fator de destaque na adaptação da mãe à maternidade, possibilitando que esta se sinta mais satisfeita e disponível para o seu novo papel, bem como para a construção de uma vinculação mãe-filho mais segura (Bárcia & Veríssimo, 2009).

A experiência de amamentação, relacionada com a transição para a maternidade, é uma preocupação basilar para a maioria das mães, sendo muitas vezes veiculada como um ato “instintivo e natural” e, como tal, trás consigo a mensagem de que a boa mãe deve estar apta para amamentar sem dificuldades (Almeida & Novak, 2004). Contudo, para Eulálio, Macedo, Gomes e Goes (2014), a experiência de amamentação, para além de ser subjetiva, é marcante e complexa, pois está envolvida de ideologias socioculturais. Portanto, na opinião destes autores, amamentar não é uma ação isolada, na medida que é parte integrante da vida da mulher e da família, sendo simultaneamente uma expressão cultural. A vivência da maternidade e da amamentação não é condicionada apenas por fatores compartilhados socialmente, mas envolve determinantes psicológicos, construídos na singularidade de cada mulher, a partir de sua personalidade e história de vida (André, Gomes, Pinto et al., 2006).

A maternidade e a experiência de amamentação assumem-se como um repto conjugal com repercussões no processo vincutivo à criança, resultando na necessidade de encarar esta fase transicional como um projeto familiar, que acarreta implicações individuais e coletivas (Graça 2010; Alves, 2011). Os mesmos autores são unânimes ao considerarem que um número significativo de homens conceituam-se excluídos do processo de amamentação, estando inclusive pouco envolvidos pelos próprios profissionais de saúde na fase antecipatória e formal do processo transicional. Assim, assume igual importância a promoção da Consecução do Papel Maternal, o que exige que se considere a experiência de amamentação determinante, com impacto a nível individual, familiar e coletivo, e a fase antecipatória e formal de consecução de papel fulcrais para a intervenção dos profissionais de saúde (Graça 2010; Alves, 2011).

Deste modo, não se pode reduzir a amamentação exclusivamente ao ato de alimentar o bebê, tendo a mesma de ser encarada como uma possibilidade de comunicação psicossocial entre a mãe e o seu filho, que, através dos movimentos rítmicos do corpo do bebê, num contacto pele-a-pele, permite uma transmissão recíproca do afeto através do olhar. Porém, a persuasão ou a imposição do ato de amamentar pode resultar num sentimento de obrigação, acarretando mais prejuízos do que benefícios para a díade, resultando inerentemente em sentimentos de angústia e de frustração para as mulheres que, por distintos motivos internos ou externos, se encontram impossibilitadas de amamentar, corroborados pelo mito e pela crença de que amamentar é parte integrante da responsabilidade materna na saúde do bebê (Rocha, Leal & Maroco, 2008).

De igual modo, o ato de amamentar pode deixar de ser prazeroso e passar a trazer dificuldades para a relação mãe/bebê, bem como para a construção do vínculo afetivo entre a díade. Deste modo, torna-se importante legitimar a mulher como sujeito da experiência da maternidade e ponderar o que significa a amamentação para cada uma, sem que se utilize alienadamente o discurso dos benefícios e os aspetos positivos desta prática. Assim, é necessário estar-se atento à real vivência de cada mulher, tendo em conta o que se constitui como um momento significativo para ela, a fim de que a mesma, em conformidade com o seu real desejo, manifeste a sua opção, independentemente das pressões sociais a que está sujeita (Cunha, Santos & Gonçalves, 2012).

A experiência da amamentação é um momento delicado para as mulheres, onde as orientações recebidas na maternidade nem sempre correspondem à prática vivida por elas, tornando essa fase repleta de várias dúvidas e dificuldades que podem surgir e tornar a mulher vulnerável e insegura. O puerpério representa uma importante fase de adaptação, onde os sentimentos maternos tornam-se, sem dúvida, grandes influenciadores do que irá ocorrer em relação à amamentação (Sabarense, 2008).

2. Dificuldades e fatores determinantes da amamentação

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001, cit. por Pinto, 2009, p.17) recomenda “alimentar o bebê exclusivamente à mama até aos seis meses de idade sem água, chá, nem leite em pó e, após a introdução de novos alimentos continuar a amamentar até pelo menos aos dois anos de idade”.

Segundo Pinto (2008, p. 58), “o aleitamento materno refere-se à ingestão de leite materno pelo bebê quer diretamente ou através de biberão ou copinho, podendo o leite ter sido retirado manual ou mecanicamente da mama. Já o conceito de amamentação diz respeito ao ato de extração do leite materno diretamente da mama e sempre pelo bebê”.

A experiência de amamentação é complexa e marcante. Assim, a promoção do aleitamento materno implica considerar aspetos biofisiológicos influenciados por condicionantes sociais, económicos, políticos e culturais. O vencer das dificuldades relacionadas com amamentação depende, em grande medida, das atitudes maternas, da vinculação entre a díade e do apoio familiar/social recebido pela mulher, no qual os profissionais de saúde assumem grande responsabilidade (Carvalho & Tavares, 2010; Graça, 2010). Trata-se de um momento crucial na trajetória de vida, que afeta a perceção da mulher acerca das suas diferentes dimensões: relacional, sexual, profissional e físico-corporal (Kuschnir, 2008).

Durante as primeiras semanas depois do nascimento podem surgir dificuldades na amamentação. São frequentes os casos em que as mulheres desconhecem o contexto da amamentação ou não se sentem prontas para tal ato, deixando-as ainda mais vulneráveis a dificuldades e dúvidas ao longo do processo. Neste sentido, os enfermeiros assumem um papel relevante na prevenção e na intervenção das dificuldades relacionadas com a amamentação, o que exige conhecimentos, atitudes e habilidades específicas (Castelli, Maahs, Bonamigo & Almeida, 2015).

Ao longo do processo de amamentação podem surgir dúvidas e dificuldades, as quais não ocorriam antes de a mãe se deparar com a prática da amamentação e com todo o impacto que este ato produz na sua vida. Este momento é determinante para a tomada de decisão acerca de continuar ou não a amamentar, pois, com essa experiência, fortalecem-se os conceitos específicos que cada uma vivencia (Lima & Souza, 2013).

De acordo com Levy e Bértolo (2012, p. 25), “no início da amamentação podem surgir algumas dificuldades, principalmente para as mães que estão a amamentar pela primeira vez”. Embora a maioria destas possa ser evitada ou melhorada, é necessária uma deteção precoce, um rápido tratamento e um acompanhamento para preservar a experiência de amamentação. Algumas destas dificuldades podem ser dolorosas e prolongarem-se por um

determinado período de tempo, o que pode ser decepcionante e frustrante para a mãe, levando ao desmame precoce (Rocci & Fernandes, 2014).

Mamilos dolorosos e/ou com fissuras

A causa mais comum de dor nos mamilos está relacionada com a posição e postura inadequadas para amamentar, bem como uma má adaptação do bebê à mama materna – pega incorreta (Gleason & Devaskar, 2012; Levy & Bértolo, 2012).

A dor pode ser considerada como uma grande dificuldade no processo de amamentação. Algumas mães sentem sensibilidade dolorosa no mamilo no início da mamada durante alguns dias. Essa sensibilidade inicial desaparece à medida que a mãe e o bebê melhoram a sua habilidade de aleitamento materno (Gomes, Lopes, Carvalho & Barbosa, 2011).

Segundo Carvalho e Tavares (2010, p. 175), “o uso de conchas e os protetores de mamilos (de silicone) só devem ser usados de forma individualizada, quando os benefícios se mostrarem claros (...). O único tratamento que se mostra realmente eficaz para evitar e tratar os traumatismos e os mamilos dolorosos é o correto posicionamento do bebê na mama”. É igualmente importante que se proceda ao esvaziamento das mamas para facilitar a pega, protegendo, assim, o mamilo (Carvalho & Tavares, 2010). Algumas destas dificuldades podem ser dolorosas e prolongarem-se, o que obriga a mãe a extrair o leite e oferecê-lo ao bebê através do copo ou da colher, até que o mamilo melhore ou cicatrize (Levy & Bértolo, 2012).

Ingurgitamento mamário e bloqueio dos ductos

É importante diferenciar o ingurgitamento mamário fisiológico do patológico. O primeiro é discreto e representa um sinal positivo de “descida do leite” e não requer intervenção farmacológica. No ingurgitamento patológico, a distensão tecidual é excessiva, causando grande desconforto, às vezes acompanhado de febre e mal-estar (Giugliani, 2004; Gleason & Devaskar, 2012).

Segundo Perry (2006), o ingurgitamento mamário que ocorre cerca de 72 a 96 horas após o parto deve-se a três componentes básicos, tais como: 1) congestão/aumento da vascularização; 2) acumulação de leite e 3) edema no tecido mamário, decorrente da congestão/obstrução da drenagem linfática.

O ingurgitamento mamário, caracterizado pela distensão dolorosa das mamas, pode ocorrer como resultado do esvaziamento mamário pouco frequente ou ineficaz, assim como consequência do incorreto posicionamento e pega do bebê (Carvalho & Tavares, 2010;

Gleason & Devaskar, 2012). A mama ingurgitada apresenta-se, dolorosa, firme, com áreas difusas avermelhadas, edemaciadas e brilhantes. As aréolas apresentam-se tensas e os mamilos podem tornar-se planos o que dificulta a boa pega do bebê (Levy & Bértolo, 2012).

O aumento da pressão intraductal inibe a produção de leite e, por este motivo, se o leite não for retirado das mamas, a produção do mesmo pode diminuir. Amamentar o bebê frequentemente, pelo menos a cada duas ou três horas, quando se dá a “descida” do leite, pode ajudar a prevenir o ingurgitamento, assim como a massagem das mamas otimiza o fluxo de leite (Gleason & Devaskar, 2012). O bebê deve alimentar-se da primeira mama até que fique flácida antes de mudar para o outro lado. Se a segunda mama ainda ficar tensa, a mãe pode esvaziá-la manualmente ou através de bomba. A aplicação de água fria ou gelo pode reduzir o edema, a vasculite e a dor, sendo a sua utilização realizada após a mamada ou da extração manual ou elétrica de leite (Perry, 2006; Carvalho & Tavares, 2010).

Por sua vez, o bloqueio dos ductos ocorre quando o leite produzido numa determinada área da mama por alguma razão não é drenado adequadamente, provocando o aparecimento de uma área avermelhada e tensa ou de uma pequena protuberância. Os ductos obstruídos resultam frequentemente do esvaziamento inadequado das mamas devido a uma amamentação pobre, atraso ou omissão de mamadas. Pode ocorrer também pelo uso frequente da mesma posição para amamentar, ou através do uso de roupa apertada ou de um sutiã inadequado (Pereira, 2006; Levy & Bértolo, 2012).

Mastite

A mastite consiste num processo inflamatório de um ou mais quadrantes da mama, podendo progredir para uma infecção bacteriana. A infecção do tecido mamário resulta da estase de leite por um ducto bloqueado ou aquando de ingurgitamento mamário grave. A mastite surge com frequência na segunda e terceira semanas depois do parto e raramente após a décima segunda semana. O leite acumulado, a resposta inflamatória e o dano tecidual consequente desenvolvem a infecção, sendo as fissuras, na maioria das vezes, responsáveis pela entrada de microrganismos infecciosos (Giugliani & Lamounier, 2004).

O fator que favorece a estase do leite materno tem uma predisposição ao surgimento de mastite, compreendendo o esvaziamento inadequado das mamas, associado ao ingurgitamento, aos ductos obstruídos, à diminuição repentina do número de mamadas, ao desmame repentino ou ao uso de roupa e de um soutien inadequado. A fadiga materna atua como um fator facilitador de mastite. As mulheres que já tiveram mastite na amamentação atual ou na anterior são mais suscetíveis a desenvolvê-la, o que se deve à perfuração da união entre as células alveolares (Perry, 2006; Carvalho & Tavares, 2010; Levy & Bértolo,

2012). A parte afetada da mama fica dolorosa, hiperemiada, edemaciada e quente. Se existir infecção, ocorrem importantes manifestações sistêmicas, nomeadamente: mal-estar geral, hipertermia (acima de 38°C) e calafrios. Ocorre igualmente um aumento dos níveis de sódio e cloreto no leite e uma redução dos níveis de lactose, deixando o leite mais salgado e, por consequência, o mesmo pode ser rejeitado pelo bebé. *Grosso modo*, a mastite é unilateral, podendo também ser bilateral (Giugliani & Lamounier, 2004).

As medidas de prevenção da mastite são idênticas às do ingurgitamento mamário, do bloqueio de ductos lactíferos e das fissuras, bem como a manutenção precoce dessas intercorrências. Todavia, o mais importante no tratamento da mastite consiste no esvaziamento ajustado da mama ao longo da amamentação e da extração manual do leite depois das mamadas ou com o recurso à bomba, caso seja necessário. Embora existam bactérias no leite materno na presença de mastite, a manutenção da amamentação continua a ser indicada por não oferecer riscos ao recém-nascido (Perry, 2006; Levy & Bértolo, 2012). Para além da antibioterapia e do esvaziamento completo da mama comprometida, o tratamento também engloba: repouso, analgésicos ou anti-inflamatórios não esteroides e reforço hídrico. O uso de compressas quentes antes das mamadas pode promover a drenagem do leite e o uso de compressas frias após as mamadas ou nos intervalos pode aliviar os sintomas. Outras medidas úteis para minimizar o desconforto consistem em iniciar a amamentação na mama não-afetada e usar um sutiã bem firme. Sendo a mastite uma situação muito dolorosa, com comprometimento do estado geral, o suporte emocional deve sempre fazer parte do tratamento (Giugliani & Lamounier, 2004; Perry, 2006; Carvalho & Tavares, 2010).

Dificuldade na pega e posicionamento para amamentar

Para Perry (2006, p. 660), “antes de amamentar, pode ser útil a mãe espremer umas gotas de colostro ou de leite e espalhar sobre o mamilo, permitindo ao recém-nascido abrir a boca ao sentir o sabor do leite, de forma a facilitar a adaptação à mama”.

Em conformidade com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (2010), a fim de ocorrer uma sucção efetiva, o recém-nascido deve abocanhar o mamilo e, sobretudo, toda ou a maior parte da aréola. *Grosso modo*, a boca do bebé deve abarcar o mamilo e cerca de 2 a 3 centímetros de raio da aréola. Esta pega correta faculta a formação de um grande e longo bico que toca o palato, desencadeando o processo de sucção. Os ductos lactíferos terminais, localizados abaixo da aréola, são pressionados pela língua contra o palato, o que origina a saída do leite, coadjuvada pelo reflexo de ejeção mediado pela ocitocina (Levy & Bértolo, 2012; Krutz, Maahs, Bonamigo & Almeida, 2015).

Caso a pega seja só no mamilo, pode haver erosão e/ou fissura mamilar por fricção continuada. O recém-nascido pode ficar inquieto, largar a mama, chorar ou recusar-se a mamar, pois sem a pressão dos ductos lactíferos contra o palato não há saída adequada de leite. Esta situação pode levar a mulher a acreditar que tem “pouco leite” e a sentir dor, podendo ser desencadeado o processo de desmame precoce (Perry, 2006; Carvalho & Tavares, 2010; Levy & Bértolo, 2012; Rodrigues & Gomes, 2014).

Qualquer que seja a posição utilizada na amamentação, o fundamental é que a díade esteja confortável e relaxada. O recém-nascido deverá ser colocado ao nível da mama, estando o braço da mãe a envolver a cabeça, o pescoço e a parte superior do seu tronco. Esta posição deverá ter o apoio de uma almofada de amamentação, de forma a que todo o seu corpo fique alinhado e encostado ao da mãe, estando a boca do bebé posicionada na frente do mamilo para favorecer uma pega correta (Perry, 2006; Carvalho & Tavares, 2010). Para Benedett, Silva, Ferraz, Oliveira, Fragoso e Ourique (2014, p. 137), “a postura, quando inadequada, torna-se incômoda, gera tensão muscular e interfere na lactação”. Igualmente Galvão (2011, p. 312), “uma posição inadequada da mãe dificulta o posicionamento correto do bebé à mama, o que pode resultar numa má pega e, conseqüentemente, em situações de ingurgitamento e traumas mamilares. Para que seja possível uma boa adaptação do bebé à mama, é também importante que a mãe esteja confortável e que se sinta relaxada”.

Desta feita, para o bebé estar bem adaptado à mama da mãe, Levy e Bértolo (2012) aconselham que: o queixo do bebé toque a mama; a boca do bebé esteja bem aberta; o seu lábio inferior está virado para fora; pode ver-se mais aréola acima do que abaixo da boca do bebé, o que revela que o bebé está a atingir os seios galactóforos com a sua língua, o que ajuda a expressão do leite.

Dificuldades relacionadas com o recém-nascido: pouco leite/choro do bebé

Por vezes, o choro e as mamadas frequentes da criança, comuns a esse período, acabam sendo interpretados como sinais de fome (Araújo, Sales, Melo, Mendes & Mistura, 2014). Apesar destes sinais, na maior parte das vezes, as mães têm bastante leite, “mas sentem falta de confiança de que o leite é suficiente” (Levy & Bértolo, 2012, p. 32). Algumas destas situações são “sinais de que o bebé não ingeriu a quantidade certa de alimento, pois o horário das mamadas é rigidamente seguido pela mãe, obrigando a criança a esperar muito tempo para mamar. Por vezes, também se troca de mama quando o bebé ainda não esvaziou por completo a primeira, assim este não ingere a quantidade de gordura presente no final da mamada” (Boas & Oliveira, 2013, p. 59).

De facto, o choro é algo que preocupa a mãe, levando-a a pensar que não possui leite suficiente, o que pode resultar no início de suplemento alimentar. A mãe deve ser esclarecida de que, apesar de o bebé chorar muito, pode ser apenas significado de desconforto, cansaço, dor, cólicas e, por isso, não é razão para iniciar suplemento alimentar artificial (Araújo et al., 2014).

Nestas ocasiões, Pereira (2006, p. 130) refere só há apenas dois sinais de certeza: “o bebé ganha pouco peso (menos de 500 gramas por mês; ou peso inferior ao peso de nascença após duas semanas de vida); a urina do bebé é muito concentrada e em pequena quantidade (menos de seis micções por dia, amarela e com cheiro intenso)”.

A mãe deve ser ensinada a amamentar o bebé sempre que este tenha fome (em horário livre) e deixá-lo esvaziar a mama até ao fim e só depois oferecer a outra, alternando na mamada seguinte (Levy & Bértolo, 2012). De acordo com as mesmas autoras, a mãe deve também acordar o bebé e não o manter muito agasalhado durante a mamada, de forma a não proporcionar o adormecimento. É igualmente importante que a mãe seja orientada a amamentar também durante a noite, pois a produção da prolactina é maior nesse período. A mãe pode também retirar o leite, manualmente ou por bomba, sempre que não esteja com o bebé. Ainda neste âmbito, as autoras citadas defendem que é muito importante que haja uma definição prévia da duração do aleitamento materno, devendo a mãe ser motivada para um maior compromisso no que se refere à amamentação.

Contudo, as dificuldades das mães em amamentar são fatores influentes na manutenção da amamentação. Algumas dessas complicações são sentidas como desvantagens do aleitamento materno, nomeadamente o aparecimento de fissuras, mastites, dificuldade do bebé em realizar a pega correta e o inadequado posicionamento. A grande maioria destas dificuldades a enfrentar é dolorosa e, a dor torna-se um fator preditor do desmame precoce ou pode mesmo desencadear a opção de não amamentar (Takushi Tanaka, Gallo & Machado, 2008; Junges, Ressel, Budó, Padoin, Hoffmann & Sehnem 2010; Henriques & Martins, 2011; Pedro, 2012; Benedett, Silva, Ferraz, Oliveira, Frago & Ourique 2014).

Segundo Pedro (2012, p. 46), “para prevenir estas complicações, os profissionais de saúde devem supervisionar a forma como a mãe amamenta e corrigi-la quando não é feita de forma correta. Outra medida que se tem revelado de sucesso é o incentivo de familiares próximos, para que possam, de forma favorável e informada, apoiar a mãe nas suas dúvidas quanto à capacidade de amamentar”. Assim, a prática da amamentação, no período puerperal, tem implícitos aspetos críticos associados com as dificuldades iniciais no estabelecimento da amamentação, sobretudo no que concerne aos problemas com a mama, posiciona-

mento e pega, ou problemas ao nível da interação que podem exacerbar os primeiros (Pinto, 2008).

Como já referido, a amamentação é determinada pela influência de múltiplos fatores que abarcam os aspetos individuais, familiares e os determinantes contextuais, sociodemográficos, não esquecendo a importância que os profissionais de saúde têm no seu estabelecimento e manutenção (Venâncio, Escuder, Kitoko, Réa & Monteiro, 2006; Barbosa, Santos & Silva 2013). Esta é uma prática que tem influência direta das ideologias socioculturais, sendo, simultaneamente, um processo complexo, no qual muitas variáveis a influenciam e cuja complexidade é vivenciada de forma diferente por cada mulher (Eulálio, Macedo, Gomes & Góes, 2014).

Dificuldades relacionadas com aspetos sociodemográficos

Um fator determinante nas dificuldades associadas com a amamentação é a idade materna. Vários autores relacionam a menor duração da amamentação à idade materna mais jovem, motivada pela sua associação com outras dificuldades nomeadamente o nível educacional e socioeconómico mais baixo (Caldeira, Moreira & Pinto, 2007; Aguiar & Silva, 2011; Cordeiro, 2011).

Os estudos de Nelas, Ferreira e Duarte (2008), Ferreira, Nelas e Duarte (2011) e de Pedro (2012) evidenciam que as mulheres mais velhas apresentam maior motivação para a amamentação. Ainda neste contexto, refere-se que a idade materna superior aos 34 anos, habilitações literárias mais elevadas e o acompanhamento pré-natal para o aleitamento materno são variáveis que contribuem para o sucesso da amamentação (Aguiar & Silva, 2011; Alves, 2011).

As condições socioeconómicas e demográficas, nomeadamente a idade materna, a escolaridade e o rendimento familiar, têm influência na autoeficácia da amamentação. A idade materna relaciona-se com a maior duração do aleitamento materno, sendo as mulheres mais velhas as que mantêm a prática por mais tempo quando comparadas com as mães mais jovens (Rodrigues, Padoin, Paula & Guido, 2013). Os estudos de Ferreira, Nelas e Duarte (2011), Ferreira (2012) e de Pedro (2012) constatam que são as mulheres com maior grau de escolaridade que se encontram mais motivadas para amamentar. A relação entre o nível de escolaridade da mãe e o tempo de amamentação, de acordo com a literatura, parece ser controversa, ainda que as habilitações literárias mais elevadas influenciem positivamente a amamentação (Alves, 2011). Os estudo de Saraiva (2010) e de Pedro (2012) corroboram esta relação de influência. Assim, pode dizer-se que a escolaridade se assume como uma variável que pode interferir na amamentação, na medida em que as mães com maiores

habilitações literárias propendem a amamentar por mais tempo, provavelmente pela possibilidade de maior acesso às informações no que se refere às vantagens do aleitamento materno (Rodrigues et al., 2013). Contudo, os estudos de Olímpio, Kochinski e Ravazzani (2010), Pinho (2013) e Benedett, Silva, Ferraz, Oliveira, Fragoso e Ourique (2014) mostram que o nível de escolaridade não influencia a prática do aleitamento materno exclusivo.

Apesar da situação profissional não ser apontada como principal determinante, alguns autores revelam que as mães trabalhadoras têm maior dificuldade na amamentação sobretudo de forma exclusiva, ou seja, a prevalência do aleitamento materno exclusivo é maior em mães desempregadas (Diniz, Barberino, Lima, Abreu, Mansú et al., 2007; Araújo, Cunha, Lustosa et al., 2008). No entanto, dados contraditórios foram verificados por Escobar, Ogawa, Hiratsoka, Kawashita, Teruya, Grisi et al. (2002), na medida em que observam uma maior prevalência de aleitamento materno em mães que trabalham fora de casa. Para Kuo, Hsu, Li, Lin et al. (2008), o emprego remunerado encontra-se significativamente associado a cessação da amamentação, sobretudo a partir do quarto mês, após o parto. Todavia, Olímpio, Kochinski, Ravazzani (2010) não encontraram relação estatisticamente significativa entre a prevalência do aleitamento materno exclusivo e o facto de as mães trabalharem fora de casa.

Relativamente ao estado civil, Carrascoza, Costa Junior e Moraes (2005) observam que as mães solteiras desmamam precocemente os seus filhos, enquanto as mães casadas amamentam durante mais tempo, o que foi corroborado por Faleiros, Trezza e Carandina, (2006) e Cordeiro (2011). De igual modo, no estudo de Araújo, Medeiros, Barros, Braga, Trigueiro e Dias (2013) confirma-se a existência de uma maior prevalência da amamentação nas mulheres casadas ou com relacionamento estável.

Alves (2011) salienta a importância do apoio social para uma maternidade mais responsável, considerando que as mães com uma rede de apoio social mais alargada mostram-se mais sensíveis na sua interação com o bebé, o que se relaciona com as conclusões de Erica, Ruowei, Kelley, Cria e Grummer-Strawn (2014) que consideram que o sucesso da amamentação depende, primordialmente, do apoio social recebido pela mulher durante o processo de lactação e que surge não só dos profissionais de saúde mas de amigos ou familiares, sobretudo o marido ou companheiro.

Por outro lado, na maternidade, a mulher sofre influência positiva ou negativa da história familiar de amamentação, tendo em conta as suas expectativas individuais. Os fatores centrais neste tipo de influência dizem respeito à mãe, irmãs mais velhas ou outras familiares mais próximas, tidas como exemplos desejados ou rejeitados de amamentação (Kuschnir, 2008). Cabe ressaltar que o apoio social às mães pode contribuir para o sucesso

desta prática. Este apoio, proveniente do companheiro, familiares e amigos, é enaltecido pelas mães como fator fundamental no estabelecimento e manutenção da amamentação (Rodrigues, Pelloso, França, Ichisato & Higarashi, 2014). Portanto, a transmissão de experiências positivas a nível familiar e social constitui um fator protetor no que se refere à prática do aleitamento materno (Araújo, Sales, Melo, Mendes & Mistura, 2014).

As dificuldades na amamentação relacionadas com os problemas mamários parecem determinantes na sua manutenção. O ingurgitamento mamário, a mastite, os mamilos dolorosos e com fissuras, o bloqueio dos ductos, a baixa produção de leite e a pega incorreta por parte do recém-nascido, são mencionados como causas frequentes de desmame precoce (Sandes, Nascimento, Figueira, Gouveia et al., 2007; Parizotto & Zorzi, 2008; Galvão, 2011; Gomes, Lopes, Carvalho & Barbosa, 2011; Barbosa, Santos & Silva 2013; Rodrigues, Padoin, Paula & Guido, 2013; Aparecida, Chaves, Filipini & Fernandes, 2014).

Segundo Pereira (2006), a chave para a amamentação bem sucedida assenta na pega correta, sendo que a sua correção contribui para aumentar o aleitamento materno exclusivo. Para Henriques e Martins (2011), o choro intenso do bebé e a quantidade insuficiente de leite são as principais razões apontadas pelas mães para o abandono precoce do aleitamento materno exclusivo. Sandes et al. (2007) referem que a hipo ou agalactia, má pega e o regresso ao trabalho foram descritos como a causa do abandono da amamentação. Segundo os mesmos autores, a decisão da mulher em manter o aleitamento materno aos três e aos seis meses é influenciada pela experiência positiva de amamentar, o nível educacional mais elevado e pela informação sobre as vantagens da amamentação para a saúde materna.

Sousa e Bernardes (2010) mencionam que o enfermeiro e o médico são as fontes de informação mais frequentes e precisas na promoção do aleitamento materno exclusivo. As autoras consideram que é necessário reforçar a informação sobre a amamentação prestada pelos profissionais de saúde. Sandes et al. (2007) demonstram, com base no seu estudo, que as mães que referem como fontes de informação sobre a amamentação os profissionais de saúde e os familiares/amigos amamentam durante mais tempo do que aquelas que identificam apenas os profissionais de saúde.

Em suma, o estabelecimento e a manutenção da amamentação dependem de fatores que podem influenciar positiva ou negativamente a sua prática. Alguns fatores estão diretamente relacionados com a mãe, como as características da sua personalidade, a sua atitude face ao ato de amamentar e os problemas com a mama; outros referem-se ao recém-nascido como a adaptação do recém-nascido à mama e a problemas decorrentes da interação da díade, existindo também fatores circunstanciais ou sociais, como a rede de

apoio familiar/social, a cultura, o nível socioeconômico, a idade, a escolaridade, o trabalho materno e falta de conhecimento sobre os benefícios do aleitamento materno (Araújo, Cunha, Lustosa, Nery, Mendonça & Campelo, 2008; Araújo, Medeiros, Barros, Braga, Trigueiro & Dias, 2013; Rodrigues & Gomes, 2014; Krutz, Maahs, Bonamigo & Almeida, 2015; Wilhelm, Demori, Alves, Barreto, Cremonese & Ressel, 2015)

Assim, as práticas dos profissionais e as políticas dos serviços de saúde e o acesso aos mesmos são determinantes para vencer as dificuldades da amamentação. Uma equipa de enfermagem preparada e bem treinada no processo da amamentação pode influenciar grandemente a incidência da mesma na comunidade em que atua. A abordagem do profissional junto à mulher/casal deve dar-se a partir de um diálogo sobre os seus desejos, fantasias e planos quanto à amamentação e sobre as suas circunstâncias familiares e sociais para a realização dos mesmos (Carvalho & Tavares, 2010; Barbosa, Santos & Silva 2013; Wilhelm, Demori, Alves, Barreto, Cremonese & Ressel, 2015).

3. Atitudes maternas e vinculação da díade no estabelecimento e manutenção da amamentação

A OMS, referenciada por Pereira (2006, p.77) salienta que “após o nascimento recomenda o contacto entre mãe e filho na primeira meia hora, para facilitar a vinculação bem como a amamentação”. No momento em que há o primeiro contacto entre díade, a vinculação inicia-se, intensificando-se com a amamentação. Segundo Galvão (2006, p. 30), “A interação entre díade a mãe/filho durante a mamada, que possibilita várias trocas sensoriais, afetuosas e desperta reflexos mútuos, revela-se como grandemente importante para uma amamentação de sucesso”.

A amamentação é um momento singular em que “a mãe e o filho podem ler-se, um ao outro, olhos nos olhos e sentir-se mais fundo um no outro, razão pela qual é importante observar aquando da avaliação da mamada, o vínculo entre a mãe e o filho através da forma de segurar o bebé, pelo toque e contato visual” (Galvão 2011, p. 132). Como tal, Levy e Bértolo (2012, p. 9) argumentam que “o sucesso do aleitamento materno pode ser definido por uma amamentação mais prolongada. (...) pode ainda ser definido pela qualidade da interação entre mãe e bebé, durante a mamada, pois este proporciona a oportunidade de contacto físico, visual e a vivência da cooperação mútua entre ambos”.

O aleitamento materno satisfaz as necessidades do bebé, fomenta a proximidade entre a díade e fortifica o vínculo iniciado na gestação. Ao amamentar, o bebé beneficia dos aspetos nutricionais e imunológicos, usufruiu da estimulação dos seus órgãos dos sentidos, na medida em que vê a face da mãe, escuta a sua voz, sente a sua pele, cheira o seu odor, sente o gosto do seu leite. Deste modo, o ato de amamentar está repleto de significados para a mãe e para o bebé (Nelas, Ferreira & Duarte, 2008).

Segundo Figueiredo (2003), as mulheres que apresentam mais dificuldades na amamentação acabam por ter uma vinculação menos adequada. A autora salienta que a vinculação materna ao bebé, é uma relação emocional única, específica e duradoura, que se estabelece de um modo gradual, desde os primeiros contactos entre a mãe e o bebé, traduz-se num processo de adaptação mútua no qual mãe e bebé ativamente participam.

A experiência de realizar o contato pele-a-pele precoce e amamentação ainda na sala de parto é um momento único e marcante. A vivência dessa experiência é recomendável para a promoção do aleitamento materno, alicerçando-se no conhecimento de que os laços afetivos são mais fortes nas primeiras duas horas de vida, e que este vínculo é de máxima importância para o início e manutenção do aleitamento materno exclusivo (Ferreira,

2012). Esse contacto entre a díade tem o poder de aproximá-los, com consequências positivas na amamentação (Almeida & Filho, 2004; Nascimento et. al, 2005; Barbosa 2008). Ou seja, a aproximação entre o binômio mãe-filho logo após o nascimento proporciona uma experiência única à mulher, desencadeando sensações diversas dentro do contexto biopsicossociocultural de cada uma delas, com sentimentos e significados favoráveis ao vínculo mãe-filho e ao início da amamentação (D'artibale & Bercini, 2014).

Por conseguinte e em conformidade com Pereira (2006, p. 77), “as primeiras experiências das mulheres vão influenciar as suas atitudes e performance em relação à amamentação, posteriormente. Quando a primeira mamada é satisfatória, reforça a união psicoafectiva mãe-filho, os sentimentos que nutre pelo bebé, assim como a continuidade a curto e a longo prazo da amamentação”. Segundo Junges, Ressel, Budó, Padoin, Hoffmann e Shenem (2010, p. 346), “as experiências vivenciadas pelas mulheres que interferem negativamente no processo de amamentação fazem emergir sentimentos de culpa devido à estreita relação entre a amamentação e o simbolismo do dever materno. Apesar de surgirem certos obstáculos face à prática do aleitamento materno, as mães acabam por superá-los porque acreditam que esta prática é um evento que deve ser vivenciado pela mulher de maneira natural e instintiva”.

Para Lima e Souza (2013), o significado da amamentação, expresso como forma de relação e interação entre mãe/filho, estabelece-se para além do que diz respeito ao benefício gerado para a díade. É um contexto amplo, permeado por sentimentos e necessidades tanto da criança quanto da mãe que amamenta e, que as dificuldades vividas são compensadas pelo sentimento que este momento proporciona para o binómio. Assim sendo, torna-se fundamental que a mãe transmita ao recém-nascido sentimentos de segurança e proteção para que possa existir uma boa relação mãe/filho, o que influencia positivamente a amamentação (Nelas, Ferreira & Duarte, 2008).

Algumas das alterações emocionais vivenciadas pelas mulheres no puerpério, tais como o medo, a ansiedade e a insegurança, podem interferir na produção do leite, na disponibilidade e no desejo de amamentar; se não houver um bom suporte por parte da rede de apoio informal (familiares, vizinhos, amigos) e formal (profissionais e serviços de saúde) estas emoções podem ser determinantes para o insucesso do aleitamento materno. A figura da mulher que amamenta surge como prova incontestável do exercício pleno de seu papel materno. Neste contexto, o sentir-se mãe aparece como uma condição à qual são encadeadas várias atitudes que delineiam o simbolismo desta experiência tão marcante da vida de uma mulher (Rodrigues, Pelloso, França, Ichisato & Higarashi, 2014). Essas atitudes que levam as mães a decidirem amamentar estão ligadas a crenças, estilo de vida e influência da sociedade (Pinho, 2013).

Ao definir-se atitude como a tendência ou predisposição adquirida e relativamente estável para agir, pensar ou sentir de uma determinada forma (positiva ou negativa) face a um objeto, pessoa, situação, grupo social, instituição, conceito ou valor; as atitudes das mulheres em relação à amamentação podem influenciar o seu comportamento face à forma de alimentar o seu filho.

Segundo Nelas, Ferreira & Duarte (2008, p. 42), a intensidade das atitudes, ou seja, “as atitudes mais intensas podem ser consideradas como o resultado dos mais elevados níveis de motivação. (...) parece bastante evidente que as atitudes, percepções, expectativas e representações que tenha o individuo em si mesmo, da tarefa a realizar e das metas que pretende alcançar, constituem fatores de primeira ordem que guiam e dirigem o seu comportamento”.

“O melhor preditor do comportamento é a intenção de o realizar, estando as atitudes relacionadas com as intenções sobre a alimentação do bebé e estas relacionados com o comportamento observável. Para se compreender melhor esse comportamento, é importante não esquecer que as normas sociais/subjetivas correspondem à percepção da mulher relativamente à pressão social para adotar ou não adotar esta prática e variam conforme a cultura em que ela está inserida. As normas sociais têm origem em fontes próximas e distantes da mulher e a sua importância é interpretada tendo em conta essa distância social: por exemplo, os maridos e as avós são socialmente mais próximos do que os profissionais de saúde ou as pessoas em geral e exercem influências diferentes. As normas sociais são percebidas segundo a atitude que a mulher apresenta sobre o tipo de alimentação desejável, ou seja, aquelas que amamentam percebem uma maior pressão social nesse sentido, enquanto que aquelas que não amamentam percebem uma pressão social favorável ao abandono” (Pinto, 2008, p. 61).

Por vezes, as atitudes maternas dificultam a amamentação, uma vez que não se trata de uma decisão livre da influência do seu meio social (Costa & Lamy, 2009). Neste sentido Prates, Schmalfuss e Lipinski (2014, p. 363) referem que “a participação e/ou influência de pessoas significativas para a mulher no processo da amamentação, sejam elas familiares ou amigos, é extremamente relevante para a mesma. Contudo, destaca-se que essas pessoas podem interferir na amamentação tanto de forma positiva, facilitando-a, quanto de forma negativa, limitando-a (Pinho, 2013).

Muitos são os fatores, anteriormente mencionados, que afetam as atitudes maternas relativas à amamentação. A experiência da amamentação é infinitamente variável, mas depende, em grande medida, do significado cultural que lhe é atribuído. Os benefícios do leite materno para a díade, a educação pré e pós-natal dos profissionais de saúde sobre a ama-

mentação e a rede de apoio social das mães são influências positivas nas atitudes maternas. As mães que foram amamentadas ou que viram outras mães a amamentar, apresentam atitudes positivas em relação à prática do aleitamento materno exclusivo; também a pressão exercida pelos familiares ou pelos amigos pode influenciar (positivamente ou negativamente) a decisão da mãe em amamentar. Se as experiências transmitidas não foram positivas, essa pressão exercida sobre mãe pode contribuir negativamente na sua atitude face à amamentação. As principais influências negativas sobre a decisão de amamentar incluem o constrangimento de amamentar em público, as experiências anteriores malsucedidas em relação ao aleitamento materno e a falta de apoio familiar, principalmente do pai e da avó materna, e social. A figura paterna tem sido fortemente demonstrada ser uma influência positiva sobre esta decisão e tem um papel importante no aumento das taxas do aleitamento materno (Wojcick et al., 2010; Kenosi, Hawkes, Dempsey & Ryan, 2011; Henriques & Martins, 2011; Odom, Li, Scanlon, Perrine & Grummer-Strawn, 2014).

Para Faleiros, Trezza e Carandina (2006) consideram que a associação que existe entre a decisão de amamentar e a idade das mães se deve ao facto de as mulheres com mais idade, por norma, já possuem experiências anteriores de amamentação. Faleiros et al (2006), Caldeira, Moreira, Pinto (2007) e Fernandes (2013) referem que o facto de as mães terem uma união estável e o apoio de outras pessoas, sobretudo do marido ou companheiro, parece exercer uma influência positiva nas atitudes face à amamentação e na duração do aleitamento materno. Também para Ferreira (2012) e Silva, Santiago e Lamonier (2011), são as mães casadas ou a viver em união de facto que manifestam maior motivação para a amamentação (nota global), na medida em que o pai estimula a decisão da mulher de amamentar e contribui para uma atitude mais positiva face à mesma, resultando, inclusive, na sua continuidade. Segundo, Caldeira, Moreira, Pinto (2007) as mães com melhor atitude face à amamentação são as que não revelam dificuldades associadas à mesma.

A atitude da mulher antes da amamentação influencia o seu desejo de a iniciar e de a manter, dependendo de influências culturais, experiências passadas de familiares ou de amigos e, inclusive, da própria mulher e das responsabilidades depois do parto, designadamente o regresso à atividade profissional. Se a mulher que amamenta considera como recompensa suficiente a saúde e a relação com o seu filho, facilmente lhe será possível iniciar e manter esse comportamento (Batistel, Tanaka, Sant'Ana, Paschoal, 2012; Boas & Oliveira, 2013).

As atitudes maternas em relação a amamentação tem um impacto positivo na sua duração. As mães que compreendem as vantagens do aleitamento materno têm atitudes maternas favoráveis à manutenção e duração da amamentação face às mães que entendem que o aleitamento materno é restritivo, inconveniente e desconfortável (Dieterich, Feli-

ce, O'Sullivan & Rasmussen, 2013). Assim, a compreensão das mulheres sobre amamentação influencia de forma direta a atitude das mesmas frente ao ato de amamentar (Araújo et al., 2008).

A capacidade da puérpera em amamentar é frequentemente alvo de atitudes e críticas desencorajadoras e, diante de qualquer problema com o bebê, é colocada a dúvida da quantidade e qualidade do leite materno. Esta atitude pode ser interpretada pela mãe como incapacidade de cuidar de seu filho e tem como consequência a inibição da lactação devido a sua ansiedade, interferindo assim no estabelecimento de uma ligação tranquila entre a mãe e o bebê (Sabarense, 2008; Spallicci, Albuquerque, Issler, Ramos & Zugaib, 2008).

Neste sentido, Fernandes (2013) e Boas e Oliveira (2013) referem que o conhecimento e a informação compreensível, por parte da mãe, acerca da importância da amamentação, quanto aos aspectos biológicos, imunológicos e fisiológicos da amamentação, bem como todos os aspectos relacionados com a técnica da amamentação, são fundamentais para o sucesso da amamentação. A falta de informação e apoio dos serviços de saúde e dos seus profissionais condiciona as mães em não conseguirem superar as dificuldades com que se deparam no decorrer da amamentação, apesar de todas as vantagens reconhecidas sobre o aleitamento materno. Por vezes, esta transforma-se numa situação desesperante, resultando no abandono precoce da amamentação.

“A promoção do aleitamento materno deve ser iniciada precocemente, ainda durante a gravidez, pois neste período a mulher encontra-se mais sensível a todas as informações e motivada para a adoção de práticas que promovam a saúde do seu filho” (Boas & Oliveira, 2013, p.35). É necessário haver um acompanhamento durante todo o período pós-parto para que as mulheres possam ser orientadas e estimuladas para a amamentação exclusiva e, conseqüentemente interferir na interrupção precoce da mesma (Catarino, 2007; Fernandes, 2013).

Deste modo, o acompanhamento do binómio mãe-filho no pós-parto tem sido reconhecido como um “momento propício para a verificação e correção de atitudes prejudiciais ao aleitamento materno” (Fonseca-Machado, Haas, Stefanello & Nakano, 2012, p. 813), tendo os profissionais de saúde um papel primordial no estabelecimento e manutenção da amamentação. Neste sentido, a amamentação não é completamente instintiva no ser humano, o que pressupõe que muitas vezes tem de ser aprendida para que possa ser prolongado com sucesso. Assim, o aleitamento materno depende de vários fatores que podem influir positiva ou negativamente no seu sucesso (Nelas, Ferreira & Duarte, 2011). De acordo com os mesmos autores, alguns desses fatores associam-se diretamente à mãe, nomeadamente as características da sua personalidade e a sua motivação face ao aleitamento materno,

enquanto outros dizem respeito à criança e ao ambiente, como, por exemplo, as suas condições de nascimento e o período pós-parto, existindo igualmente fatores circunstanciais, tais como o trabalho materno ou as condições socioculturais.

Acresce referir que a amamentação é da responsabilidade da mulher, do pai, da família, da sociedade, ou seja, é um processo biológico, cultural e psicossocial que, pela quantidade de benefícios que proporciona, deve continuar a ser promovida e apoiada (D'Artibale & Bercini, 2014).

II Parte – Investigação empírica

1. Metodologia

Depois de reunida toda a matéria bibliográfica para a compreensão do tema em estudo, tem agora lugar a apresentação metodológica.

Os métodos seguidos, vão sendo apresentados e explicados no decorrer das várias etapas do processo de pesquisa, integrando uma sequência de operações, que compreendem: conceptualização e objetivos do estudo; formulação de questões; definição de variáveis; instrumento de colheita de dados; determinação da amostra, procedimentos desenvolvidos e tratamento estatístico.

1.1. Métodos

A amamentação é de fundamental importância durante a maternidade. Contudo, as taxas de aleitamento materno exclusivo encontram-se bem inferiores ao considerado ideal pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo apenas 35% da população mundial infantil alimentada, exclusivamente, pelo leite materno dos 0 a 4 meses de idade (Rosa Marques et al, 2008).

Após a alta hospitalar o estabelecimento da amamentação coloca algumas barreiras para a díade que, sem apoio da família e dos profissionais de saúde, tende a interromper essa prática. Nesta fase, as intervenções devem focar-se na aquisição de competências relativamente à solução de dificuldades surgidas no estabelecimento amamentação, como o posicionamento, a pega correta, a extração e armazenamento do leite materno, as quais se associam ao aumento da duração do aleitamento materno (Pinto,2008).

Assim, esta pesquisa surgiu como resposta à necessidade de uma intervenção direcionada, no sentido de procurar melhorar a taxa de sucesso da amamentação. Para tal, achou-se pertinente investigar as dificuldades relacionadas com a amamentação no primeiro mês de vida, mais concretamente ao 7º e ao 30º dia após o nascimento.

A consulta bibliográfica efetuada revelou que não sobejam as pesquisas que se tem debruçado sobre as dificuldades associadas à amamentação. Neste estudo, focalizou-se o interesse naquilo que parece vir a ser mais pertinente, no sentido de dar possíveis respostas às seguintes questões:

- Qual o perfil sociodemográfico das puérperas?

- Quais as dificuldades mais frequentes associadas à amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento?
- Qual a influência das variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, escolaridade, situação profissional e local de residência) nas dificuldades associadas à amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento?
- Qual a influência das atitudes maternas nas dificuldades associadas à amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento?
- Que relação existe entre a vinculação pós-natal e as dificuldades associadas à amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento?

Para responder às questões formuladas delineou-se os seguintes objetivos que procuram dar resposta às inquietações que esta problemática suscita, ou seja:

- (I) Determinar o perfil sociodemográfico das puérperas que amamentam;
- (II) Identificar as dificuldades mais frequentes associadas à amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento;
- (III) Analisar a influencia das variáveis sociodemográficas associadas às dificuldades na amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento;
- (IV) Avaliar a influência das atitudes maternas e da vinculação pós-natal nas dificuldades associadas à amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento;
- (V) Avaliar a relação existente entre a vinculação pós-natal e as dificuldades associadas à amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento.

Tendo em conta a revisão teórica e os objetivos, elaborou-se em forma pictórica o esquema de investigação, que procura dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis independentes e a variável dependente.

Figura 1. Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica



Concebeu-se um estudo de natureza quantitativa, não experimental, longitudinal de curta duração em painel e descritivo-correlacional. É um estudo quantitativo pois pretende garantir a precisão dos resultados, para se evitar distorções de análise e interpretação. Insere-se no tipo de investigação não experimental, pois não procura manipular as variáveis em estudo, embora seja nossa intenção obter evidências para explicar por que ocorre um determinado fenómeno, ou seja, proporcionar um certo sentido de causalidade (Sampieri, 2003).

Trata-se de estudo longitudinal em painel de curta duração porque o mesmo grupo de participante é observada em dois momentos de avaliação com um mês de intervalo. Possui as características de um estudo descritivo e correlacional pois se por um lado recolhe informação de maneira independente ou conjunta sobre conceitos ou variáveis que se analisam especificando as suas propriedades e características oferecendo ainda a possibilidade de fazer predições, por outro, tem como propósito avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos categorias ou variáveis (Sampieri, 2003); ou como refere Fortin (2009), assenta no estudo das relações entre pelo menos duas variáveis, sem que o investigador intervenha ativamente para influenciar as variáveis.

1.2 - Participantes

O presente estudo foi desenvolvido nas Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) das cidades de Viseu, Aveiro e Ílhavo.

Recorreu-se a uma amostra não probabilística, visto que cada elemento da população, não tem a mesma probabilidade de ser escolhida para formar a amostra. Dentro desta considerou-se a do tipo conveniência ou acidental, tendo em conta que é formada por pessoas facilmente acessíveis e que estavam presentes num determinado local e num momento exato (Fortin, 2009). Este foi considerado o método mais adequado para o nosso estudo já que, e de acordo com Coutinho (2013), este tipo de amostragem tem algumas vantagens, como a economia, a rapidez e a facilidade de organização. Ocorre quando a participação é voluntária.

No global o estudo é constituído por 255 participantes, que cumpriram os seguintes critérios de admissão: participaram voluntariamente no estudo e amamentam o bebé nos dois momentos de colheita de dados.

1.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

As estatísticas relativas à idade revelam que as mães que amamentam apresentam uma idade mínima de 17 anos e uma máxima de 42 anos, ao que corresponde uma idade média de 30,78 anos com um desvio padrão de 4,09 anos. Atendendo à análise do enviesamento (Sk) e do achatamento (K), podemos aludir que se está perante uma variável simétrica e mesocúrtica e com uma dispersão moderada.

Tabela 1 - Estatística descritiva referente a idades das participantes

	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Idade	255	17	42	30.78	4.904	15.93	-2.37	0.85

Dada a amplitude de idades se situar nos 25 anos, para uma melhor visualização dos resultados procedemos à recodificação da variável, constituindo dois grupos: Grupo 1 idade inferior ou igual a 30 anos, Grupo 2, idade maior ou igual a 31 anos. Assim, pela Tabela 2,

constata-se que 54,1% possuem idade igual ou superior a 31 anos e 45,9% menor ou igual a 30 anos.

Estado civil

Quanto à distribuição das participantes segundo o seu estado civil e grupo etário, apurou-se que cerca de 9 em cada 10 são casadas ou vivem em união de facto e 11,4% são solteiras ou encontram-se noutra situação similar. Verifica-se que no grupo das participantes com idade igual ou inferior a 30 anos existe um maior número de mulheres solteiras (16,2% vs 7,2%); e ao invés nas de idade igual ou superior a 31 anos existe um maior predomínio de mulheres casadas ou que vivem em união de fato (92,8% vs 83,8). Os valores de ajustamento residual identificam diferenças ao nível das mulheres solteiras com idade igual ou inferior a 30 anos e das casadas com idade igual ou superior a 31 anos (cf. Tabela 2).

Habilitações literárias

No que concerne às habilitações literárias (cf. Tabela 2), constata-se que a maioria das participantes (42,0%) possui formação académica superior (licenciatura), 35,7% o ensino secundário e 22,4% o ensino básico. Nas participantes com idade igual ou inferior a 30 anos, o grupo mais representado corresponde às mulheres que possuem o ensino secundário (54,7%), seguido das com o ensino básico com 23,1% e, por fim, com 22,2 % as que detêm o ensino superior (licenciatura). No grupo das participantes com idade igual ou superior a 31 anos, verifica-se que 58,7% possuem a licenciatura, 21,7% o ensino básico e 19,6% o ensino secundário. Os valores de ajustamento residual indicam diferenças estatisticamente significativas ao nível do grupo de mães com idade igual ou inferior a 30 anos com ensino secundário e no grupo de mães com idade igual ou superior a 31 anos com ensino superior.

Situação profissional

Quando questionadas acerca da sua situação profissional atual (cf. Tabela 2), a maioria das participantes refere estar empregada a tempo completo (61,2%). Encontram-se desempregadas 29,8% e trabalha em tempo parcial 9%. Verifica-se que no grupo de participantes com idade igual ou inferior a 30 anos existe um maior número de mulheres desempregadas (43,6% vs 18,1%). Por sua vez no grupo de participantes com idade igual ou superior a 31 anos verifica-se que 68,1% possui emprego em tempo completo e 13,8% em tempo parcial. Os valores de ajustamento residual da tabela indicam diferenças significativas ao

nível do grupo de mulheres com idade igual ou inferior a 30 anos que estão desempregadas e ao nível das mulheres com idade igual ou superior a 31 anos com trabalho a tempo parcial e a tempo completo.

Profissão

Relativamente à profissão optou-se por a agrupar segundo a classificação nacional das profissões. Constata-se que a maior parte das mulheres (32,0%) são especialistas de profissões intelectuais e científicas, 23,3% encontram-se desempregadas e a minoria (0,4%) são trabalhadoras qualificadas da agricultura e pescas. Nas participantes com idade igual ou inferior a 30 anos, o grupo profissional mais representado é o das mulheres desempregadas (32,5%) e 3,4% refere ser estudante. No grupo de participantes com idade igual ou superior a 31 anos, observa-se que 47,8% são especialistas de profissões intelectuais e que 0,7% é estudante.

Residência

Quanto ao local de residência (cf. Tabela 2), anota-se que mais de metade das participantes vive na cidade (51,0%), seguindo-se as residentes em aldeias (36,1%) e por último as que habitam em vilas (12,9%). Por outro lado, 42,7% das mulheres com idade igual ou inferior a 30 anos vive numa aldeia, o mesmo ocorrendo para 30,4% com idade igual ou superior a 31 anos. Os valores de ajustamento residual indicam diferenças ao nível do grupo de participantes com idade igual ou inferior a 30 anos que residem numa aldeia e ao nível das participantes com idade igual a 31 anos que vivem numa cidade.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis	Idade	<= 30 anos		>= 31 anos		Total		Residuais		X ²	p
		Nº (117)	% (45.9)	Nº (138)	% (54.1)	Nº (255)	% (100.0)	1	2		
Estado civil											
	Casada/União de facto	98	83.8	128	92.8	226	88.6	-2,3	2,3	5.080	0.024
	Solteira	19	16.2	10	7.2	29	11.4	2,3	-2,3		
Habilitações literárias											
	Ensino básico	27	23.1	30	21.7	57	22.4	.3	-.3	42.029	0.000
	Ensino secundário	34	54.7	27	19.6	91	35.7	5.8	-5.8		
	Ensino superior	26	22.2	81	58.7	107	42.0	-5.9	5.9		
Situação profissional											
	Desempregada	51	43.6	25	18.1	76	29.8	4.4	-4.4	23.673	0.000
	Empregada em tempo parcial	4	3.4	19	13.8	23	9.0	-2.9	2.9		
	Empregada em tempo completo	62	53.0	94	68.1	156	61.2	-2.5	2.5		
Profissão											
		Nº (117)	% (46.2)	Nº (136)	% (53.8)	Nº (253)	% (100.0)			Não aplicável	Não aplicável
	Especialistas das profissões intelectuais e científicas	16	13.7	65	47.8	81	32.0	-5,8	5,8		
	Técnicos e profissionais de nível intermédio	5	4.3	2	1.5	-	-	1.4	-1.4		
	Pessoal administrativo e Similares	5	4.3	4	2.9	9	3.6	.6	-.6		
	Pessoal dos serviços e Vendedores	27	23.1	19	14.0	46	18.2	1.9	-1.9		
	Agricultores e trabalhadores Qualificados da agricultura e Pescas	-	-	1	0.7	-	-	-.9	.9		
	Operários, artífices e trabalhadores similares	17	14.5	20	14.7	37	14.6	.0	.0		
	Doméstica	5	4.3	3	2.2	8	3.2	.9	-.9		
	Desempregada	38	32.5	21	15.4	59	23.3	3.2	-3.2		
	Estudante	4	3.4	1	0.7	-	-	1.5	-1.5		
Zona de residência											
		Nº (117)	% (45.9)	Nº (138)	% (54.1)	Nº (255)	% (100.0)			7.164	0.028
	Aldeia	50	42.7	42	30.4	92	36.1	2.0	-2.0		
	Vila	18	15.4	15	10.9	33	12.9	1.1	-1.1		
	Cidade	49	41.9	81	58.7	130	51.0	-2.7	2.7		

Em suma:

Ao traçar o perfil sociodemográfico das puérperas procurando dar resposta à primeira questão formulada, afirmamos que se trata maioritariamente de mulheres com idade superior ou igual a 31 anos (54,1%), casadas (88.6%), possuindo o ensino superior (42.0%), empregadas em tempo completo (61.2%), a exercerem uma profissão enquadrada nas Especialistas das profissões intelectuais e científicas (32.0%), e residentes na cidade.

1.3 – Instrumento

Face à natureza do estudo que se pretendeu realizar, usou-se o instrumento de avaliação que se achou mais adequado à consecução do mesmo. **(Anexo I)**.

O instrumento de recolha de dados foi aplicado, pelas enfermeiras, das Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) das cidades de Viseu, Aveiro e Ílhavo

O instrumento encontra-se estruturado em três partes: a primeira parte refere-se à caracterização sócio demográfica, seguindo-se a caracterização da amamentação atual, sendo a última parte constituída pelas escalas das atitudes maternas face à amamentação (Pereira, 2004) e a da vinculação pós-natal (S. Airosa, I. Silva & H. Bachu, 2012).

1.3.1 - Questionário

Parte I - Caracterização sócio demográfica

Esta secção é composta por seis questões que permitem obter informações acerca da idade materna, estado civil, escolaridade materna, profissão materna, situação profissional e local de residência.

Parte II – Caracterização da amamentação

Esta secção é formada por catorze questões que permitem obter informações sobre a amamentação pelo que se questionaram as mães se amamentou pela primeira vez e se amamentou na 1º hora de vida, o tipo de aleitamento realizado no internamento, a experiência atual de amamentação, a decisão de amamentar, a altura em que considerou a possibilidade de amamentar, a informação sobre a amamentação, o tipo de informação recebida sobre amamentação, a presença de dificuldades sentidas na amamentação, a tipologia de dificuldades sentidas na amamentação, o apoio dos enfermeiros, a oferta de leite artificial, o uso de mamilo de silicone e finalmente a existência de dúvidas sobre amamentação.

1.3.2 - Escalas

Nesta secção inserimos as escalas de atitudes materna face à amamentação e escala de vinculação pós-natal ambas adaptadas e validadas para a população portuguesa.

Escala das atitudes maternas faces à amamentação (Pereira, 2004)

Para avaliar as atitudes maternas face à amamentação foi utilizado um instrumento da autoria de Levy (1996), baseado na Teoria da Ação Refletida desenvolvida por Fishbein e Ajzen (1974), modificada por Manstead, Proffitt e Smart (1983) e validado e aferido para a população Portuguesa por Pereira, (2004).

Esta teoria indica que a mãe terá mais probabilidade de decidir amamentar e manter a amamentação quando tem mais opiniões positivas sobre a prática do aleitamento do que sobre a alimentação artificial e quanto mais sensível é às opiniões positivas de pessoas significativas (pai da criança, avó materna, amiga especial e médico assistente). A teoria procura estabelecer uma relação entre a atitude e o comportamento e assenta em três constructos de base: crenças, intenção e ação. Defende que o fator que melhor prevê o comportamento é a intenção da pessoa para o realizar e nesse sentido a sensibilização da mulher para a amamentação, vai influenciar a sua decisão e o comportamento face a esta prática.

A escala das atitudes maternas face à amamentação está estruturada em cinco partes:

1ª Parte - Constituída por 16 questões, com a finalidade de avaliar a opinião das mães quanto às vantagens do aleitamento materno. É cotada numa escala de likert de 7 (Muito certo), 6, 5, 4 (Nem certo, nem errado), 3, 2, 1 (Muito errado), comportando as questões 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 15 e 16. Também serve para avaliar a opinião das mães quanto às vantagens do aleitamento artificial, e nesse sentido é cotada numa escala de likert de 1 (muito errado), 2, 3, 4 (nem certo, nem errado), 5, 6, 7 (Muito certo) através das questões 2, 4, 6, 8, 10, 12;

2ª Parte - Constituída por 16 questões e permite avaliar a importância atribuída pelas mães à prática do regime alimentar escolhido pelo bebé. É cotada numa escala do tipo diferencial semântico de +3 (muito importante), +2, +1, 0, -1, -2, -3 (nada importante)

3ª Parte - Constituída por 4 questões que permitem avaliar a opinião da mãe acerca das opiniões de pessoas significativas relativas à amamentação do bebé. É cotada numa escala de Likert de 7 (devo absolutamente), 6, 5, 4, 3, 2, 1 (Não devo);

4ª Parte - Constituída por 4 questões que permitem avaliar a opinião da mãe acerca das opiniões de pessoas significativas relativas à alimentação do bebé com leite artificial. É cotada numa escala de Lickert de 7 (devo absolutamente), 6, 5, 4, 3, 2, 1 (Não devo);

5ª Parte - Serve para avaliação da sensibilidade materna quanto às opiniões das pessoas significativas consideradas. Constituída por 4 questões cotadas numa escala de likert de +3 (importo-me muito), +2, +1, 0, -1, -2, -3 (não me importa nada).

Para facilidade de tratamento estatístico, procedemos a uma adaptação da cotação da escala nomeadamente na 2ª e 5ª parte, sendo que as questões cotadas inicialmente numa escala de diferencial semântico de +3 +2, +1, 0, -1, -2, -3, passaram a cotar-se: 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1.

De acordo com os autores, a escala é constituída por três dimensões: atitudes perante o comportamento (32 itens, 1ª e 2ª parte do questionário), norma subjetiva (12 itens correspondentes as 3ª, 4ª e 5ª partes do questionário) e decisão de amamentar (constituída pela totalidade dos itens).

Cada dimensão apresenta uma cotação que oscila entre 1 a 49. Quanto mais elevados são os índices em cada dimensão melhor é a atitude face à amamentação.

O valor final de cada dimensão é calculado da seguinte forma:

Dimensão atitudes perante o comportamento é determinada multiplicando a avaliação de cada consequência comportamental pelo valor atribuído à opinião e somando os resultados, no final divide-se o total por 16;

Dimensão norma subjetiva encontra-se multiplicando as opiniões normativas pela motivação para agir de acordo com as pessoas significativas e somando os resultados, no final divide-se por 8.

Decisão de amamentar resulta da soma das duas dimensões anteriores e que apresenta um valor mínimo de 1 e máximo 98.

Dada a alteração efetuada na cotação da escala, os scores acima apresentados sofreram alterações passando a oscilar entre 16 e 112. Para além disso, uma vez que o número de itens difere nas subescalas procuramos utilizar uma unidade de medida uniforme pelo que procedemos a transformação estatística através da seguinte fórmula (score bruto-score mínimo esperado/amplitude*100). Desta forma a amplitude de cada uma destas escalas oscila entre o 0 e o 100 %.

Considerando que, a autora da escala não apresenta grupos de corte, estes foram tidos em consideração para as atitudes maternas face à amamentação tendo por base a fórmula preconizada por Pestana e Gageiro (2014), Mediana \pm 0,25 intervalo interquartilico).

Do resultado da aplicação da fórmula apresentada é adotada a seguinte classificação para cada dimensão:

Baixo = \leq Md - $\frac{1}{4}$ intervalo interquartilico.

Moderado = \geq Md - $\frac{1}{4}$ intervalo interquartilico \geq Md \leq Md + $\frac{1}{4}$ intervalo interquartilico.

Alto = \geq Md + $\frac{1}{4}$ intervalo interquartilico.

Escala de Vinculação Pós-natal (Airosa, Silva & Bachu, 2012 adaptada da versão portuguesa: Gomez & Leal, 2007)

A Escala de Vinculação Pós-natal foi elaborada por Airosa, Silva & Bachu em 2012 a partir da versão pré-natal de Gomez & Leal, 2007. A versão pós-natal foi elaborada a partir da Escala de Vinculação Pré-natal que foi construída por Condon, em 1993, na sua versão original e foi adaptada para a população Portuguesa por Gomez e Leal, em 2007 e, tem como objetivo avaliar a vinculação das mães, focando especificamente sentimentos, atitudes e comportamentos dirigidos ao bebé.

A versão final deste instrumento é constituída por 16 itens de autorrelato, que se distribuem equitativamente por 2 subescalas: qualidade da vinculação (constituída pelos itens, 3,6,9,10,11,13,14) e intensidade da vinculação (constituída pelos itens, 1,2,4,5,8,12,15,16). Relativamente ao item 7 este tem um peso fatorial significativo nos dois domínios. A primeira, representa a qualidade das experiências afetivas e inclui sentimentos positivos de proximidade, ternura, prazer na interação, tensão perante a fantasia de perda do bebé e conceptualização do feto como uma “pessoa pequena”. A segunda, representa a força e a intensidade da preocupação com o feto, isto é, o grau em que o feto ocupa um lugar central na vida emocional da progenitora. Inclui a quantidade de tempo passado a pensar, falar e sonhar sobre o feto, bem como a intensidade dos sentimentos que acompanham estas experiências (Camarneiro & Justo, 2010).

Na escala, cada item é o início de uma afirmação com cinco opções de resposta para completar a frase e pontuam numa escala tipo Likert, que varia entre 1 (mínimo) e 5 (máximo), sendo necessário proceder à inversão dos itens: 1, 3, 5, 6, 7, 9, 13, 14, 16. Os totais de cada subescala são obtidos através da soma dos respetivos itens.

Genericamente, notas mais altas indicam um estilo de vinculação mais positivo. O preenchimento demora cerca de cinco minutos. É apropriada para mães com e sem filhos prévios. Relativamente às qualidades psicométricas, a versão portuguesa apresenta medidas de fidelidade e validade aceitáveis, evidenciando bons indicadores de consistência interna e de estabilidade teste-reteste (Airosa, Silva & Bachu, 2012).

1.4 - Procedimentos

Todas as investigações realizadas com seres humanos conduzem a questões éticas e morais. Sendo assim, para a recolha dos dados deste estudo, foram obtidas as devidas autorizações das instituições onde foi realizada a recolha de informação, por meio de um

pedido formal de autorização dirigido ao Conselho de Administração das respetivas instituições, apresentando a temática em estudo, os objetivos da investigação e as condições em que seria feita a colheita de dados (Anexo II).

Um dos parâmetros em consideração ao realizar este estudo foi tomar as disposições necessárias com o intuito de proteger os direitos e liberdades das participantes do estudo. As participantes foram informadas sobre os elementos fundamentais desta investigação, o que lhes seria pedido e a finalidade dessa informação. Também foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, para que a privacidade das mães não fosse invadida e desrespeitada.

Aos colaboradores foi-lhes esclarecido qualquer tipo de dúvidas aquando do preenchimento dos mesmos por parte das mães.

Consideramos que o respeito pelos princípios éticos foi assegurado durante a realização deste estudo.

1.5. Análise dos dados

Após a recolha de dados, realizamos uma primeira depuração a todos os questionários, com a finalidade de eliminarmos todos aqueles que se encontrassem mal preenchidos ou incompletos. Na análise dos dados, recorremos à estatística descritiva e analítica. No que diz respeito à primeira, determinámos frequências absolutas e relativas, medidas de localização (média e mediana), medidas de dispersão (desvio padrão, coeficiente de variação, amplitude) e medidas de forma (S_k e K) e de associação como correlação de Pearson.

O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos serem interpretados de acordo com Pestana e Gageiro, (2005), do seguinte modo:

Coeficiente de variação	Classificação do grau de dispersão
0% - 15% 16% - 30% > 30%	Dispersão baixa Dispersão moderada Dispersão alta

Associado à regressão linear encontra-se a correlação linear de Pearsom que é uma medida de associação. A correlação não testa hipóteses mas permite apenas determinar o grau de associação entre as variáveis em estudo.

Nos resultados que este tipo de teste gera, utilizamos como valores de referência, Pestana e Gageiro (2014) sugerem que:

<p>$r < 0.2$ – associação muito baixa $0.2 \leq r \leq 0.39$ – associação baixa $0.4 \leq r \leq 0.69$ – associação moderada $0.7 \leq r \leq 0.89$ – associação alta $0.9 \leq r \leq 1$ – associação muito alta</p>

A decisão dos designs estatísticos (paramétricos ou não paramétricos) a utilizar para o tratamento e análise de dados, ajustaram-se em função dos seguintes critérios: a medida de assimetria Skewness (SK) e medidas de achatamento curtose (K) cujos resultados se obtém através do cociente das estatísticas respetivas com o erro padrão (EP), considerando-se valores normais os que oscilam entre -2 e +2.

Recorremos à estatística não paramétrica quando as condições da aplicação da paramétrica não se verificaram nomeadamente a distribuição normal das variáveis observada através dos valores de assimetria e kurtose, da homogeneidade de variâncias através do teste de Levene e de grupos obtido através do cociente entre o n do grupo maior sobre o grupo menor que deve ser inferior a 1,5.

Quanto à estatística paramétrica e não paramétrica destacamos:

Testes t de Student ou teste de U-Mann Whitney (UMW) - para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais;

Análise de variância a um factor (ANOVA) e teste de Kruskal Wallis - para comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa), isto é, analisa o efeito de um fator na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si. O teste One-Way Anova é uma extensão do teste t de Student que permite comparar mais de dois grupos em estudo.

Todavia, quando se testa a igualdade de mais de duas médias e, dependendo da natureza nominal ou ordinal do fator, recorre-se habitualmente aos testes post-hoc, para saber quais as médias que se diferenciam entre si (Pestana & Gageiro, 2014);

Regressão linear- é um modelo estatístico que foi usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente ou endógena - Y) a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza intervalar ou rácio (variáveis independentes ou

exógenas - Xs) informando sobre as margens de erro dessas previsões, isto é permite-nos determinar quais as variáveis independentes que são preditoras da variável dependente.

Quando utilizamos apenas uma variável dependente e uma independente, efetuamos uma **regressão linear simples**. Por outro lado, quando comparamos uma variável dependente e mais que uma variável independente efetuamos a **regressão linear múltipla**. Na regressão a correlação que mede o grau de associação entre duas variáveis é usada para prever a variável dependente (Y). Quanto maior for a correlação entre X e Y melhor a previsão. Quanto menor for essa correlação maior a percentagem de erro na previsão.

Teste de qui quadrado (X²) - para o estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2014).

Para a análise bivariada, aplicamos o teste da percentagem residual, que nos dará as diferenças percentuais de variável a variável, em detrimento do teste de qui quadrado, devido ao tamanho dos grupos com determinadas variáveis, não é possível a sua utilização.

Como referem Pestana & Gageiro (2014, p.141), o uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de qui quadrado na medida em que (...) “os resíduos ajustados na forma estandardizada informam sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis”, ou (...) “os valores elevados dos resíduos indiciam uma relação de dependência entre as duas variáveis”.

Os autores citados consideram para uma probabilidade igual a 0.05, os seguintes valores de referência:

- ≥ 1.96 diferença estatística significativa;
- < 1.96 diferença estatística não significativa.

Na análise estatística utilizamos os seguintes valores de significância:

<p>p < 0,05* – Diferença estatística significativa p < 0,01** – Diferença estatística bastante significativa p < 0,001*** – Diferença estatística altamente significativa p \geq 0,05 – Diferença estatística não significativa</p>

Os dados foram processados no programa de tratamento estatístico *Statistical Package for Social Science 20,0* (SPSS) de forma a procedermos ao tratamento dos mesmos. Estes foram apresentados em quadros e tabelas, de acordo com a sequência do questionário, facilitando uma melhor compreensão e interpretação. A fonte destes dados nos quadros

e tabelas não será citada, pois todos os resultados foram obtidos por nós a partir da aplicação do instrumento de recolha de dados.

Postas estas considerações metodológicas iremos proceder à apresentação e análise dos resultados.

2. Resultados

Este capítulo diz respeito à apresentação e análise dos resultados obtidos através do instrumento de colheita de dados. Como referimos os dados serão apresentados através de tabelas de forma a organizar e sistematizar melhor a informação; utilizou-se a estatística descritiva para sumariar os dados obtidos, permitindo assim uma análise objetiva dos mesmos e recorreu-se à estatística inferencial para estabelecer relações entre as variáveis.

2.1 - Análise descritiva

Neste subcapítulo será realizada a análise descritiva da caracterização da amostra estudada tendo presente as variáveis contextuais da amamentação, uma vez que, já foi realizada anteriormente a caracterização sociodemográfica.

2.1.1. Caracterização relativa às variáveis contextuais da amamentação

Os resultados que se apresentam referem-se às variáveis de contextuais de amamentação comuns aos dois momentos de avaliação, ou seja, ao 7º dia e 30º dia de vida do bebé.

Primeira experiência de amamentação

Quando questionadas as participantes em estudo sobre a atual experiência de amamentação ser a primeira (cf. Tabela 3), a maioria responde afirmativamente (62,4%), contribuindo para este valor 75,2% das mulheres com idade igual ou inferior a 30 anos e 51,4% com idade superior ou igual a 31 anos.

Por outro lado 37,6% das participantes responderam não ter sido a primeira vez que amamentam, sendo que as diferenças entre grupos são significativas e se localizam pelos resíduos ajustados entre o grupo de mulheres com idade igual ou inferior a 30 anos sendo esta a primeira experiência de amamentação e, ao nível das mulheres com idade igual ou superior 31 anos que já tiveram experiência anterior de amamentação.

Amamentação na 1ª hora de vida

A análise da Tabela 3, permite constatar que 84,5% das participantes, amamentou o seu bebê na 1ª hora de vida. Destas 84,3% apresentam idade inferior ou igual a 30 anos e 84,6% pertencem ao grupo de mulheres com idade superior ou igual a 31 anos. Contudo, 15,5%, referiu não ter amamentado na 1ª hora após o parto. Porém pode-se verificar que existe uma grande homogeneidade nas percentagens observadas nos dois grupos em estudo. Perante os resultados obtidos verifica-se que não existe diferenças significativas.

Tipo de aleitamento realizado no internamento

Quanto ao tipo de aleitamento realizado no internamento (cf. Tabela 3), observa-se que a maioria das participantes referiu ter feito aleitamento materno em exclusivo (85,9%), É de salientar, que a percentagem de mulheres com idade ≥ 31 anos que referiram ter realizado aleitamento misto é de 16,7,% e que apenas 9,4% com idade ≤ 30 anos fez aleitamento misto no internamento. Todavia as diferenças não são estatisticamente significativas face ao grupo etário, o que leva a afirmar que o tipo de aleitamento realizado após o parto, no internamento não depende do grupo etário.

Decisão de amamentar

No que concerne à decisão de amamentar (cf. Tabela 3), a grande maioria das participantes (86,3%) refere ter sido por iniciativa própria, apenas 2,4% indicam que a sua decisão se deve ao conselho do enfermeiro, e a minoria das mulheres (0,4%) menciona que a sua decisão baseou-se no conselho médico.

Momento da decisão amamentar

Quando questionadas acerca do momento que consideraram pela primeira vez a possibilidade de amamentar (cf. Tabela 3), a grande maioria refere que foi no 1º trimestre da gravidez (90,1%), verificando-se que 88,0% das mulheres têm idade ≤ 30 anos e 91,9% têm idade ≥ 31 anos. Apenas 2,8% das mães menciona que a sua decisão concretizou-se após o nascimento e, destas 5,1% tem idade igual ou inferior a 30 anos e 0,7% tem 31 ou mais anos. Os valores de ajustamento residual da tabela indicam que essas diferenças são ao nível do grupo de mães com 30 ou menos anos e que decidiram amamentar após o nascimento do bebê.

Tabela 3 – Varáveis de contexto da amamentação

Variáveis	Idade	<= 30 anos		>= 31 anos		Total		Residuais		X ²	P
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2		
Primeira vez que amamenta		(117)	(45.9)	(138)	(54.1)	(255)	(100.0)				
Sim		88	75,2	71	51,4	159	62,4	3,9	-3,9	15,233	0,000
Não		29	24,8	67	48,6	96	37,6	-3,9	3,9		
Amamentar o bebê na 1ª hora de vida											
Sim		97	84,3	115	84,6	212	84,5	,0	,0	0,002	0,963
Não		18	15,7	31	15,4	39	15,5	,0	,0		
Tipo de aleitamento feito após o parto, no internamento											
Aleitamento materno em exclusivo (mama)		106	90,6	113	81,9	219	85,9	2,0	-2,0	Não aplicável	Não aplicável
Aleitamento artificial (biberão)		-	-	2	1,4	2	0,8	-1,3	1,3		
Aleitamento misto (mama + biberão)		11	9,4	23	16,7	34	13,3	-1,7	1,7		
A quem de seve a decisão de amamentar											
Iniciativa própria		104	88,9	116	84,1	220	86,3	1,1	-1,1	Não aplicável	Não aplicável
Conselho do médico		-	-	1	0,7	1	0,4	-,9	,9		
Conselho do enfermeiro		5	4,3	1	0,7	6	2,4	1,9	-1,9		
Iniciativa própria e conselho do enfermeiro		7	6,0	15	10,9	22	8,6	-1,4	1,4		
Iniciativa própria e conselho do enfermeiro e médico		1	0,9	5	3,6	6	2,4	-1,5	1,5		
Em que altura da gravidez considerou pela primeira vez a possibilidade de amamentar											
Primeiro trimestre		103	88,0	125	91,9	228	90,1	-1,0	1,0	Não aplicável	Não aplicável
Segundo trimestre		5	4,3	9	6,6	14	5,5	-,8	,8		
Terceiro trimestre		3	2,6	1	0,7	4	1,6	1,2	-1,2		
Após o nascimento		6	5,1	1	0,7	7	2,8	2,1	-2,1		

Satisfação com a experiência de amamentação ao 7º e ao 30º dia

Quanto à avaliação que as participantes fazem da sua experiência de amamentação (cf. Tabela 4), pode constatar-se que ao 7º dia a grande maioria das puérperas (96,8%) considera essa experiência agradável, sendo classificada da mesma forma para o grupo etário com idade ≤30 anos (93,9%) e com idade ≥31 anos (99,3%). Ao 30º dia, 98% das participantes classificam a experiência de amamentação como agradável, correspondendo 99,1% a mães com idade igual ou inferior a 30 anos e 97% com 31 ou mais anos.

Tabela 4 - Experiência de amamentar ao 7º e ao 30º dia, segundo o grupo etário

Idade	Variáveis	<= 30 anos		>= 31 anos		Total		Residuais		X ²	P
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2		
7º dia	Experiência de amamentar	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
	Agradável	(115)	(45.6)	(137)	(54.4)	(252)	(100.0)			Não aplicável	Não aplicável
	Degradável	108	93,9	136	99,3	244	96,8	-2,4	2,4		
30º dia	Experiência de amamentar	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
	Agradável	(113)	(45.7)	(134)	(54.3)	(247)	(100.0)			Não aplicável	Não aplicável
	Degradável	112	99,1	130	97,0	242	98,0	1,3	-1,3		
		1	0,9	4	3,0	4	1,3	-1,3	1,3		

Fontes de informação relativa à amamentação – 7º e 30º dia de vida do bebé

A Tabela 5 permite identificar as principais fontes de informação das participantes acerca da amamentação no primeiro momento de avaliação. Assim, para a maioria (89,8%) das mães, a principal fonte são os enfermeiros, seguindo-se os médicos (61,6%) e os familiares (33,7%), e por último os livros e revistas (31,4%). Apenas 19,6% das mães referem a internet como fonte de informação e 5,1% a televisão.

É de salientar, que apenas 5,5% das mães indicam as aulas de preparação para o parto como fonte de informação. Quando setenta perceber se existe diferença significativa entre os dois grupos de participantes em estudo, os valores de ajustamento residual da tabela indicam que essas diferenças se verificam ao nível dos familiares para as que responderam sim e, ao nível das revistas/livros para as que responderam não.

Tabela 5 – Fontes de informação relativa à amamentação ao 7º dia de vida do bebé

Fontes de informação para a amamentação	Idade	<= 30 anos		>= 31 anos		Total		Residuais		X ²	p
		Nº (117)	% (45.9)	Nº (138)	% (54.1)	Nº (255)	% (100.0)	1	2		
Médico											
Sim		69	59,0	88	63,8	157	61,6	-,8	,8	0,615	0,433
Não		48	41,0	50	36,2	98	38,4	,8	-,8		
Enfermeiro											
Sim		106	90,6	123	89,1	229	89,8	,4	-,4	1,149	0,700
Não		11	9,4	15	10,9	26	10,2	-,4	,4		
Familiares											
Sim		50	42,7	36	26,1	86	33,7	2,8	-2,8	7,851	0,005
Não		67	57,3	102	73,9	169	66,3	-2,8	2,8		
Amigos											
Sim		19	15,4	16	11,6	34	13,3	,9	-,9	0,787	0,375
Não		99	84,6	122	88,4	221	86,7	-,9	,9		
Internet											
Sim		24	20,5	26	18,8	50	19,6	,3	-,3	0,112	0,738
Não		93	79,5	112	81,2	205	80,4	-,3	,3		
Televisão											
Sim		4	3,4	9	6,5	13	5,1	-1,1	1,1	1,260	0,262
Não		113	96,6	129	93,5	242	94,9	1,1	-1,1		
Livros/revista											
Sim		28	23,9	52	37,7	80	31,4	-2,4	2,4	5,560	0,018
Não		89	76,1	86	62,3	175	68,6	2,4	-2,4		
Outra											
Aulas de preparação para o parto		4	28,6	10	71,4	14	100,0	-	-	-	-

Em relação às fontes de informação relativas à amamentação ao 30º dia de vida do bebé, conforme os resultados da Tabela 6, pode afirmar-se que se continua a evidenciar o enfermeiro, quer para as mulheres mais novas (100.0%), quer para as mulheres mais velhas (100.0%), secundado pelo médico (mulheres mais novas 100.0% vs. mulheres mais velhas 100.0%).

Tabela 6 – Fontes de informação relativa à amamentação ao 30º dia de vida do bebê

Idade	<= 30 anos		>= 31 anos		Total	
	Nº	%	Nº	Nº	Nº	%
Fontes de informação para a amamentação						
Médico						
Sim	68	100,0	91	100,0	159	100,0
Não	-	-	-	-	-	-
Enfermeiro						
Sim	99	100,0	123	100,0	222	100,0
Não	-	-	-	-	-	-
Familiares						
Sim	57	100,0	37	100,0	94	100,0
Não	-	-	-	-	-	-
Amigos						
Sim	21	100,0	15	100,0	36	100,0
Não	-	-	-	-	-	-
Internet						
Sim	23	100,0	37	100,0	60	100,0
Não	-	-	-	-	-	-
Televisão						
Sim	6	100,0	5	100,0	11	100,0
Não	-	-	-	-	-	-
Livros/revista						
Sim	28	100,0	56	100,0	84	100,0
Não	-	-	-	-	-	-

Tipo de informação recebida sobre a amamentação ao 7º e 30º dia de vida do bebê

Quando questionadas as mães acerca do tipo de informação recebida relativamente a amamentação (cf. Tabela 7), a grande maioria (92,2%) refere ter recebido informação sobre as “vantagens da amamentação”, seguido da “frequência das mamadas” (84,3%) e sobre a “posição para amamentar” (83,1%). Por outro lado, os percentuais mais baixos são obtidos em relação ao “tratamento ingurgitamento mamário” (37,3%), “mastite” (38,8%) e “prevenção do ingurgitamento mamário” (45,9%). Quando se tenta perceber se existe diferença significativa entre os dois grupos de mães em estudo, os valores de ajustamento residual da tabela indicam diferenças ao nível da “prevenção das fissuras nos mamilos”, “prevenção do ingurgitamento mamário”, “tratamento de fissuras nos mamilos” e “tratamento do ingurgitamento mamário” para todas as mães com idade ≥ 31 anos.

Tabela 7 – Tipo de informação relativa à amamentação ao 7º dia de vida do bebê

Tipo de informação recebida para a amamentação	Idade	<= 30 anos		>= 31 anos		Total		Residuais		X ²	P
		Nº (117)	% (45,9)	Nº (138)	% (54,1)	Nº (255)	% (100,0)	1	2		
Frequência das mamadas											
Sim		112	87,2	113	81,9	215	84,3	1,2	-1,2	1,342	0,247
Não		15	12,8	25	18,1	40	15,7	-1,2	1,2		
Vantagens da amamentação											
Sim		108	92,3	127	92,0	235	92,2	,1	-,1	0,007	0,937
Não		9	7,7	11	8,0	20	7,8	-,1	,1		
Posições para amamentar											
Sim		99	83,8	114	82,6	212	83,1	,2	-,2	0,060	0,807
Não		19	16,2	24	17,4	43	16,9	-,2	,2		
Sinais de fome do bebê											
Sim		68	58,1	84	60,9	152	59,6	-,4	,4	0,199	0,656
Não		49	41,9	54	39,1	103	40,4	,4	-,4		
Extração e conservação do leite materno											
Sim		64	54,7	80	58,0	144	56,5	-,5	,5	0,275	0,600
Não		53	45,3	58	42,0	111	43,5	,5	-,5		
Prevenção de fissuras nos mamilos											
Sim		65	55,6	99	71,7	164	64,3	-2,7	2,7	7,226	0,007
Não		52	44,4	39	28,3	91	35,7	2,7	-2,7		
Prevenção do ingurgitamento mamário											
Sim		40	34,2	77	55,8	117	45,9	-3,5	3,5	11,907	0,001
Não		77	65,8	61	44,2	138	54,1	3,5	-3,5		
Tratamento de fissuras nos mamilos											
Sim		54	46,2	89	64,5	143	56,1	-2,9	2,9	8,646	0,003
Não		63	53,8	49	35,5	112	43,9	2,9	-2,9		
Tratamento do ingurgitamento mamário											
Sim		29	24,8	66	47,8	95	37,3	-3,8	3,8	14,379	0,000
Não		88	75,2	72	52,2	160	62,7	3,8	-3,8		
Mastite											
Sim		38	32,5	61	44,2	99	38,8	-1,9	1,9	3,665	0,056
Não		79	67,5	77	55,8	156	61,2	1,9	-1,9		

No que respeita ao tipo de informação recebida ao 30º dia como se pode observar na Tabela 8, as mais evidentes referem-se às mamadas (100.0%), às vantagens da amamentação (100.0%), às posições para amamentar (100.0%), À prevenção de fissuras nos mamilos (100.0%) e aos sinais de fome no bebê (100.0%).

Tabela 8 – Tipo de informação recebida relativa à amamentação ao 30º dia de vida do bebê

Tipo de informação recebida para a amamentação	Idade	<= 30 anos		>= 31 anos		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Frequência das mamadas							
Sim		102	100,0	116	100,0	218	100,0
Não		-	-	-	-	-	-
Vantagens da amamentação							
Sim		105	100,0	122	100,0	227	100,0
Não		-	-	-	-	-	-
Posições para amamentar							
Sim		98	100,0	113	100,0	211	100,0
Não		-	-	-	-	-	-
Sinais de fome do bebê							
Sim		79	100,0	86	100,0	165	100,0
Não		-	-	-	-	-	-
Extração e conservação do leite materno							
Sim		68	100,0	78	100,0	146	100,0
Não		-	-	-	-	-	-
Prevenção de fissuras nos mamilos							
Sim		80	100,0	96	100,0	176	100,0
Não		-	-	-	-	-	-
Prevenção do ingurgitamento mamário							
Sim		50	100,0	71	100,0	121	100,0
Não		-	-	-	-	-	-
Tratamento de fissuras nos mamilos							
Sim		60	100,0	87	100,0	147	100,0
Não		-	-	-	-	-	-
Tratamento do ingurgitamento mamário							
Sim		41	100,0	62	100,0	103	100,0
Não		-	-	-	-	-	-
Mastite							
Sim		44	100,0	65	100,0	109	100,0
Não		-	-	-	-	-	-

Dificuldades sentidas na amamentação ao 7º e ao 30º dia de vida do bebê

Ao tentar-se saber se as mães em estudo apresentam dificuldades relacionadas com a amamentação ao 7º dia e posteriormente ao 30º dia (cf. Tabela 9), constata-se que (52,2%) responde ter dificuldades ao 7º dia, contribuindo para este valor 51,3% das mães com idade igual ou inferior a 30 anos e 55,1% com idade superior ou igual a 31 anos. Ao 30º dia, os valores observados são muito similares, 52,9%, sendo que destes, 50,9% das mães têm idade igual ou inferior a 30 anos e 57% têm idade superior ou igual a 31 anos.

No que respeita ao tipo de dificuldades sentidas ao 7º dia (cf. Tabela 9), 47,8% das participantes menciona como principal obstáculo as fissuras (41,7%), seguindo-se com 28,8% a dificuldade na pega e 16,7% o ingurgitamento mamário. Apenas 5,3% das mulheres apresentam dificuldade na posição e postura para amamentar. Os valores de ajustamento residual indicam diferenças ao nível do ingurgitamento mamário nas mães com 31 ou mais anos. Quanto às dificuldades com a amamentação ao 30º dia de vida do bebê, sobressaem que 39,3% das mães apresentam dificuldades em relação às fissuras, das quais 33,3% são mulheres com idade inferior ou igual a 30 anos e, 43,6% mulheres com idade igual ou superior a 31 anos. Seguem-se as mulheres com dificuldades na pega (31,9%), e

14,8% com ingurgitamento mamário (cf. Tabela 9). Acresce referir que o tipo de dificuldades apresentam um (n) superior às mães que referiram ter dificuldades ao 7º e 30º dia porquanto há algumas mães que assinalaram mais que uma dificuldade.

Tabela 9 – Dificuldades sobre a amamentação nos dois momentos de avaliação

Dificuldades sobre a amamentação		Idade		<= 30 anos		>= 31 anos		Total		Residuais		X ²	p
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2		
7º dia	Sim	60	51,3	62	44,9	122	47,8	1,0	-1,0	1,025	0,311		
	Não	57	48,7	76	55,1	133	52,2	-1,0	1,0				
	Tipos de dificuldades	Nº	%	Nº	%	Nº	%			9,520	0,049		
	Fissuras	27	47,4	28	37,3	55	41,7	1,2	-1,2				
	Ingurgitamento mamário	3	5,3	19	25,3	22	16,7	-3,1	3,1				
	Mastite	5	8,8	5	6,7	10	7,6	,5	-,5				
	Dificuldades na pega	19	33,3	19	25,3	38	28,8	1,0	-1,0				
Dificuldades na posição e na postura para amamentar	3	5,3	4	5,3	7	5,3	,0	,0					
Dificuldades sobre a amamentação		Nº	%	Nº	%	Nº	%						
		(114)	(45.8)	(135)	(54.2)	(249)	(100.0)						
30º dia	Sim	58	50,9	58	43,0	116	46,6	1,2	-1,2	1,556	0,212		
	Não	56	49,1	77	57,0	133	53,4	-1,2	1,2				
	Tipos de dificuldades	Nº	%	Nº	%	Nº	%			Não aplicável	Não aplicável		
	Fissuras	19	33,3	34	43,6	53	39,3	-1,2	1,2				
	Ingurgitamento mamário	4	7,0	16	20,5	20	14,8	-2,2	2,2				
	Mastite	5	10,5	6	6,4	11	8,1	,9	-,9				
	Dificuldades na pega	24	42,1	19	24,4	23	31,9	2,2	-2,2				
Dificuldades na posição e na postura para amamentar	4	7,0	4	5,1	8	5,9	,5	-,5					

Numa breve síntese aos resultados obtidos, aferimos que as dificuldades ao 7º dia foram mais prevalentes nas mulheres com idade inferior ou igual a 30 anos (51.3%), registando-se por ordem decrescente as fissuras (41,7%), dificuldades na pega (28,8%), o ingurgitamento mamário (16,7%) e por fim a mastite (7,6%). Acresce ainda referir que o ingurgitamento mamário é mais predominante nas mulheres com idade superior ou igual a 31 anos.

Ao 30º dia mantêm-se maior prevalência de dificuldades nas mulheres com idade igual ou inferior a 30 anos (50.9%). Contudo nas mulheres mais velhas surge com maior percentual em relação às congéneres mais novas, as fissuras (43,6%) e o ingurgitamento mamário (20.5%). As dificuldades na pega aumentou de 33.3% ao 7º dia para 42.1% ao 30º dia nas mulheres com idade inferior ou igual a 30 anos. Com estes dados dá-se resposta à segunda questão de investigação que procurava saber quais as dificuldades mais frequentes associadas à amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento?

Dificuldades ultrapassadas ao 7º e ao 30º dia de vida do bebê

A Tabela 10 permite visualizar que para quase a totalidade das mães, as dificuldades foram ultrapassadas ao 7º dia e ao 30º dia de vida do bebê (91,1% vs. 97,0%). Observa-se ainda, que ao 7º dia, 8,9% das mães com 31 ou mais anos referem que as dificuldades não foram ultrapassadas, mas esse percentual desce para 3,0% ao 30º dia. Os valores de ajustamento residual não identificam diferenças estatisticamente significativas. Ressalva-se que os tamanhos amostrais divergem ao 7º e 30º dia porquanto foram encontradas respostas omissas que em ambos os casos não ultrapassam os 5%.

Tabela 10 – Dificuldades da amamentação ultrapassadas nos dois momentos de avaliação

Ultrapassadas as dificuldades da amamentação		Idade		<= 30 anos		>= 31 anos		Total		Residuais		X ²	P
		Nº (116)	% (47.0)	Nº (131)	% (53.0)	Nº (247)	% (100.0)	1	2				
7º dia	Sim	110	94,8	115	87,8	225	91,1	1,9	-1,9	3,759	0,053		
	Não	6	5,2	16	12,2	22	8,9	-1,9	1,9				
30º dia		Nº (108)	% (46.2)	Nº (126)	% (53.8)	Nº (234)	% (100.0)						
	Sim	105	97,2	122	96,8	227	97,0	,2	-,2	Não aplicável	Não aplicável		
Não	3	2,8	4	3,2	7	3,0	-,2	,2					

Oferta de leite artificial ao bebê ao 7º dia e ao 30º dia

Quando questionadas as mães sobre a oferta de leite artificial ao seu bebê ao 7º e 30º dia (cf. Tabela 11), a maioria (78,4% vs. 78,1%) responde negativamente. Os valores de ajustamento residual não identificam diferenças estatisticamente significativas. Ao questionar as mães sobre os motivos da oferta de leite artificial no primeiro momento de avaliação, (cf. Tabela 11), verifica-se que os principais motivos devem-se ao fato destas considerarem que o bebê tem fome (42,9%) e para 26,8% a perda de peso do bebê. Os valores de ajustamento residual indicam diferenças ao nível da perda de peso do bebê nas mães com 31 ou mais anos. Ao 30º dia a oferta de leite artificial mantém-se pelos mesmos motivos do primeiro momento de avaliação, com percentuais de 43,1% de mulheres a suporem que o seu bebê tem fome e 42,1% a referirem a perda de peso do bebê (cf. Tabela 11). É ainda de salientar, que a oferta de leite artificial surge no grupo de mães com idade inferior ou igual a 30 anos nos dois momentos de avaliação por considerarem que o seu bebê tem fome e, nas mulheres de idade superior ou igual a 31 anos por considerarem a perda de peso do mesmo. Esclarece-se finalmente que ao 30º dia se registaram 3 casos omissos nas respostas.

Tabela 11 – Oferta de leite artificial

Oferta de leite artificial		Idade	<= 30 anos		>= 31 anos		Total		Residuais		X ²	p	
			Nº (117)	% (45.9)	Nº (138)	% (54.1)	Nº (255)	% (100.0)	1	2			
7º dia	Não		93	79,5	107	77,5	200	78,4	,4	-,4	0,142	0,706	
	Sim		24	20,5	31	22,5	55	21,6	-,4	,4			
	Motivo da oferta		Nº (24)	% (42.9)	Nº (32)	% (57.1)	Nº (55)	% (100.0)				12,172	0,033
	Considerar que o bebé tem fome		12	50,0	12	37,5	23	42,9	,9	-,9			
	Perda de peso do bebé		3	12,5	12	37,5	15	26,8	-2,1	2,1			
	Problemas com os mamilos		3	12,5	3	9,4	6	10,7	,4	-,4			
	Problemas com os mamilos		1	4,2	5	15,6	6	10,7	-1,4	1,4			
Incentivo de amigos		2	8,3	-	-	2	3,6	Não aplicável					
Incentivo de profissionais de saúde		3	12,5	-	-	3	5,4	Não aplicável					
Oferta de leite artificial			Nº (113)	% (45.7)	Nº (134)	% (54.3)	Nº (247)	% (100.0)					
30º dia	Não		92	81,4	101	75,4	193	78,1	1,1	-1,1	1,310	0,252	
	Sim		21	18,6	33	24,6	54	21,9	-1,1	1,1			
	Motivo da oferta		Nº (19)	% (37.3)	Nº (32)	% (62.7)	Nº (51)	% (100.0)				Não aplicável	Não aplicável
	Considerar que o bebé tem fome		9	47,4	13	40,6	22	43,1	,5	-,5			
	Perda de peso do bebé		5	26,3	16	50,0	21	41,2	-1,7	1,7			
	Problemas com os mamilos		3	15,8	2	6,3	5	9,8	1,1	-1,1			
	Problemas com os mamilos		-	-	1	3,1	1	2,0	-,8	,8			
Incentivo de amigos		2	10,5	-	-	2	3,9	1,9	-1,9				

Utilização do mamilo de silicone ao 7º e ao 30 dia

Quando questionadas as mães acerca da utilização do mamilo de silicone para amamentar ao 7º e 30º da (cf. Tabela 12), constata-se que apenas 17,3 % e 13,3% das mulheres, respetivamente ao 7º e 30 dia, mencionam a sua utilização. Os valores de ajustamento residual não identificam diferenças estatisticamente significativas. Em relação a 65,8% das mães que respondem afirmativamente à utilização o mamilo de silicone para amamentar o bebé ao 7º dia, mais de metade fá-lo sob a alegação de que o mamilo é plano ou invertido, 23,7% usa o mamilo de silicone devido à presença de fissuras e, que 10,5% refere que o bebé não consegue mamar sem a utilização do mesmo (cf. Tabela 12). No que se refere aos dados relativos ao 30º dia de vida do bebé, verifica-se que mais de metade continua a justificar a sua utilização com o facto de o mamilo ser plano ou invertido (56,3%), 31,3% das mães recorrem ao mamilo de silicone pela existência de fissuras e 12,5% pela impossibilidade de o bebé conseguir mamar (cf. Tabela 12). Mais uma vez se clarifica que as percentagens acima referidas respeitam aos participantes que clarificaram os motivos da utilização do mamilo de silicone

Tabela 12 – Utilização do mamilo de silicone

Utilização do mamilo de silicone		Idade		<= 30 anos		>= 31 anos		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
		(117)	(45.9)	(138)	(54.1)	(255)	(100.0)		
7º dia	Não	98	83,8	113	81,9	211	82,7		
	Sim	19	16,2	25	18,1	44	17,3		
	Motivo	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
		(19)	(50.0)	(19)	(50.0)	(38)	(100.0)		
	Impossibilidade de amamentar sem a utilização do mamilo de silicone	2	10,5	2	10,5	4	10,5		
	Fissuras	4	21,1	5	26,3	9	23,7		
	Mamilo plano/invertido	13	68,4	12	63,2	25	65,8		
Utilização do mamilo de silicone		Nº	%	Nº	%	Nº	%		
		(114)	(45.8)	(135)	(54.2)	(249)	(100.0)		
30º dia	Não	100	87,7	116	85,9	216	86,7		
	Sim	14	12,3	19	14,1	33	13,3		
	Motivo	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
		(15)	(46.9)	(17)	(53.1)	(32)	(100.0)		
	Impossibilidade de amamentar sem a utilização do mamilo de silicone	4	26,7	-	-	4	12,5		
	Fissuras	4	26,7	6	35,3	10	31,3		
	Mamilo plano/invertido	7	46,7	11	64,7	18	56,3		

Dúvidas sobre a amamentação ao 7º e 30º dia

A leitura da Tabela 13 mostra que a grande maioria das mulheres nos dois momentos de avaliação (91,4%) ao 7º dia e (94,8%) ao 30º dia, refere não possuir dúvidas sobre a amamentação. Os valores de ajustamento residual não identificam diferenças estatisticamente significativas. Reportando-se agora aos resultados relacionados com as dúvidas encontradas especificamente no 7º dia de vida do bebê, 47,6 % das mulheres apresentam dúvidas relativas à extração e conservação do leite materno. Também, constata-se que 23,8% das mães têm dúvidas acerca da alimentação correta durante a amamentação. Com igual valor percentual (14.3%) encontram-se as mulheres que manifestam dúvidas associadas à produção suficiente de leite materno e relativas à prevenção e ao tratamento do ingurgitamento mamário.

Ao trigésimo dia encontramos 5.2% da amostra que correspondem a 13 mulheres que manifestaram dúvidas, mas quando questionadas sobre as dúvidas que persistiam apenas 11 mulheres deram seguimento à resposta. Os resultados obtidos apontam para as dúvidas relacionadas com a produção suficiente de leite (45.5%) sendo este valor mais elevado entre as mulheres mais jovens (66.7%), e presença de fome no bebê após a mamada (36.4%), sendo esta mais prevalente nas mulheres mais velhas (80.0%).

Tabela 13 – Dúvidas relacionadas com a amamentação

Dúvidas relacionadas com a amamentação		Idade		Total				
		<= 30 anos		>= 31 anos				
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
		(117)	(45.9)	(138)	(54.1)	(255)	(100.0)	
7º dia	Não	108	92,3	125	90,6	233	91,4	
	Sim	9	7,7	13	9,4	22	8,6	
	Dúvidas		Nº	%	Nº	%	Nº	%
			(8)	(38.1)	(13)	(61.9)	(21)	(100.0)
	Produção suficiente de leite		2	25,0	1	7,7	3	14,3
	Alimentação na amamentação		2	25,0	3	23,1	5	23,8
Prevenção e tratamento do ingurgitamento mamário		2	25,0	1	7,7	3	14,3	
Extração e conservação do leite materno		2	25,0	8	61,5	10	47,6	
Dúvidas relacionadas com a amamentação		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
		(114)	(45.8)	(135)	(54.2)	(249)	(100.0)	
30º dia	Não	108	94,7	128	94,8	236	94,8	
	Sim	6	5,3	7	5,2	13	5,2	
	Dúvidas							
	Produção suficiente de leite		4	66.7	1	20.0	5	45.5
	Prevenção e trat. ingurgitamento mamário		2	33.3	-	0.0	2	18.2
Permanência fome no bebé		-	0.0	4	80.0	4	36.4	

2.2. Atitudes maternas face amamentação

Reportando-nos às estatísticas das atitudes maternas face à amamentação constata-se ao 7º dia um índice médio elevado (75,93% ±6,09dp), sendo esse valor ligeiramente superior ao 30º dia (76,47%±5,99dp), o que permite afirmar que as mães em estudo percecionam elevada decisão em amamentar ao 7º e 30º dia (cf. Tabela 14).

Fazendo uma análise, por dimensão nos dois momentos de avaliação, afere-se que o valor médio é mais elevado na dimensão “atitudes perante o comportamento” (M=78,67% vs. M=78,91%) quando comparada com a dimensão “norma subjetiva” (M=68,63% vs. M=69,96%). Atendendo aos valores de assimetria e curtose infere-se que se está perante uma distribuição gaussiana com exceção para a opinião das mães quanto à vantagem do aleitamento materno cujo índice tende para uma curva leptocúrtica. Os coeficientes de variação mostram dispersão elevadas em torno do valor médio.

Tabela 14 - Estatística referente às atitudes maternas face à amamentação

	Atitudes maternas face amamentação	Mínimo	Máximo	M	DP	Sk/erro	K/erro	CV
7º dia	Atitudes perante o comportamento	60,42	94,27	78,67	6,78	-0,453	-0,239	46,02
	Opinião das mães quanto as vantagens do AM	54,17	93,75	72,33	8,07	0,100	-0,716	65,23
	Importância à prática do regime alimentar	53,13	100	85,01	8,95	-0,771	0,570	80,06
	Norma subjetiva	27,78	100	68,63	11,09	0,236	1,609	123,09
	Decisão de amamentar	57,20	92,05	75,93	6,09	-0,602	0,406	37,11
30º dia	Atitudes perante o comportamento	55,73	93,23	78,91	6,26	-0,714	0,963	39,21
	Opinião das mães quanto as vantagens do AM	33,33	93,75	72,82	9,48	-1,584	5,052	89,92
	Importância à prática do regime alimentar	53,13	100	85,01	8,95	-0,771	0,570	80,06
	Norma subjetiva	38,89	100	69,96	10,60	0,696	0,258	112,35
	Decisão de amamentar	55,68	89,02	76,47	5,99	-0,484	0,558	35,83

Ainda na continuação da análise das atitudes maternas face à amamentação, a Tabela 15, explana os resultados obtidos com o teste t para amostras emparelhadas. Como se observa os índices médios ao surgirem com sinal negativo, é revelador de melhores atitudes face à amamentação ao 30º dia que ao 7º dia, mas as diferenças são significativas apenas para a norma subjetiva.

Tabela 15 –Teste t para amostras emparelhadas entre atitude materna face à amamentação nos dois momentos de avaliação

Atitudes maternas face amamentação	M	DP	t	p
Atitudes perante comportamento (7º e 30º dia)	-0,24	7,68	-0,510	0,611
Opinião das mães quanto as vantagens do AM (7º e 30º dia)	-0,49	7,93	-0,987	0,325
Importância à prática do regime alimentar (7º e 30º dia)	0,0	12,16	0,000	1,000
Norma subjetiva (7º e 30º dia)	-1,33	8,00	-2,674	0,008
Decisão de amamentar (7º e 30º dia)	-0,54	6,35	-1,368	0,173

Atitudes maternas face à amamentação ao 7º e ao 30º dia e a idade materna

Estudou-se também a relação entre as atitudes maternas face à amamentação das mães e a idade, constatando-se que as mulheres mais velhas (≥ 31 anos) apresentam sempre valores médios mais elevados na decisão de amamentar em todas as subescalas e, fator global, do que as mães mais jovens nos dois momentos de avaliação, à exceção da subescala “importância à prática do regime alimentar”, ao 30º dia. São significativas as diferenças entre grupos no 7º dia para a Opinião das mães quanto as vantagens do AM ($t = +3.071$; $p = 0.002$), Norma subjetiva ($t = -2.255$; $p = 0.025$) e Decisão de amamentar ($t = -2.597$; $p = 0.010$). Para o 30º dia encontrou-se significância estatística na Opinião das mães quanto as vantagens do AM ($t = -2.048$; $p = 0.048$) e Decisão de amamentar ($t = -2.013$; $p = 0.045$).

Tabela 16 - Atitudes maternas face à amamentação em função da idade ao 7º e 30º dia

Dia	Grupo etário	≤ 30 Anos		≥ 31 Anos		t	p
		M	DP	M	DP		
7º dia	Atitudes perante o comportamento	77,84	7,04	79,37	6,49	-1,808	0,072
	Opinião das mães quanto as vantagens do AM	70,67	8,16	73,73	7,75	-3,071	0,002
	Importância à prática do regime alimentar	85,00	9,63	85,01	8,35	-0,002	0,999
	Norma subjetiva	66,93	10,45	70,05	11,45	-2,255	0,025
	Decisão de amamentar	74,86	6,33	76,83	5,74	-2,597	0,010
30º dia	Atitudes perante o comportamento	78,28	6,49	79,44	6,03	-1,473	0,142
	Opinião das mães quanto as vantagens do AM	71,51	10,03	73,93	8,87	-2,048	0,042
	Importância à prática do regime alimentar	85,06	9,12	84,95	8,82	0,100	0,920
	Norma subjetiva	68,64	10,44	71,08	10,64	-1,837	0,067
	Decisão de amamentar	75,66	6,03	77,16	5,87	-2,013	0,045

Atitudes maternas face à amamentação ao 7º e ao 30º dia e estado civil

No que se refere ao estado civil, constata-se que as mães solteiras apresentam ordenações médias mais elevadas em todas as dimensões escala e fator global, à exceção da “norma subjetiva” ao 7º e 30º dia, e “importância à prática do regime alimentar” ao 30º dia, comparativamente às mães que são casadas/união de facto. Embora o teste de Mann-Whitney, revela-se explicativo apenas para as “atitudes maternas” ($p=0,011$) e “importância à prática do regime alimentar” ($p=0,031$) para o 7º dia de amamentação. Em suma, as mulheres solteiras ou em outro regime possuem melhores atitudes face à amamentação que as mulheres casadas ou em união de facto (cf. Tabela 17).

Tabela 17 - Estado civil e atitude materna face à amamentação ao 7º e 30º dia

Dia	Estado Civil	Casada / União facto	Solteira/ Outro	UMW	p
	Atitudes maternas	OM	OM		
7º dia	Atitudes perante comportamento	123,81	160,62	2331	0,011
	Opinião das mães quanto as vantagens do AM	125,19	149,86	2643	0,090
	Importância à prática do regime alimentar	124,43	155,84	2469,5	0,031
	Norma subjetiva	129,82	113,79	2865	0,270
	Decisão de amamentar	125,00	151,34	2940	0,367
30º dia	Atitudes perante comportamento	126,78	137,50	3001,5	0,461
	Opinião das mães quanto as vantagens do AM	126,51	139,62	2940	0,367
	Importância à prática do regime alimentar	128,07	127,45	3261	0,966
	Norma subjetiva	129,73	114,48	2885	0,293
	Decisão de amamentar	127,30	133,47	3118,5	0,672

Atitudes maternas face à amamentação ao 7º e ao 30º dia após o nascimento e as dificuldades sentidas na amamentação

Quando se relaciona a atitude materna face à amamentação com o facto de as mães terem sentido dificuldades em amamentar (cf. Tabela 18), é possível verificar que as mães que referem dificuldade em amamentar são aquelas onde se verifica uma melhor atitude face à amamentação (médias mais elevadas) do que naquelas que não referem qualquer dificuldade. Os resultados indicam que as diferenças são estatisticamente significativas apenas na subescala “opinião das mães quanto as vantagens do AM” ($p=0,002$), ou seja, as dificuldades na amamentação têm apenas poder explicativo sobre a opinião de pessoas significativas.

Tabela 18 - Dificuldade em amamentar e atitude materna face à amamentação ao 7º e 30º dia

Dia	Dificuldade Amamentar Atitudes maternas amamentação	Não		Sim		t	p
		M	DP	M	DP		
7º dia	Atitudes perante comportamento	78,06	7,14	79,24	6,403	-1,386	0,167
	Opinião das mães quanto as vantagens do AM	71,24	7,90	73,35	8,14	-2,099	0,037
	Importância à prática do regime alimentar	84,88	9,27	85,12	8,672	-0,215	0,830
	Norma subjetiva	69,18	12,48	68,11	9,65	0,774	0,440
	Decisão de amamentar	75,64	6,46	76,20	5,74	-0,735	0,463
30º dia	Atitudes perante comportamento	78,38	6,22	79,39	6,28	1,524	0,199
	Opinião pessoas significativas	70,85	11,21	74,58	7,23	-3,187	0,002
	Importância à prática do regime alimentar	85,91	8,19	84,20	9,53	1,524	0,129
	Norma subjetiva	68,62	10,06	71,16	10,96	-1,920	0,056
	Decisão de amamentar	75,72	5,95	77,15	5,96	-1,910	0,057

2.3- Vinculação pós-natal

Pelas estatísticas relacionadas com a vinculação pós-natal constata-se que os índices médios verificados nos dois momentos de apreciação (7º e 30º dias) são muito similares, sendo ligeiramente superiores na segunda avaliação (cf. Tabela 19). A intensidade é a subescala que obtém um índice médio percentual mais baixo e igual nos dois momentos de avaliação (média= 25.70%± 2.59) com uma amplitude a oscilar entre os 20% e 32 %. A vinculação global regista ao 7º dia um percentual médio 55.94%(± 3.51) e ao 30º dia o índice médio é de 55.98% (±6.28). Quanto aos coeficientes de variação denotam-se dispersões baixas e os valores de assimetria e curtose curvas normocúrticas mas com acentuado enviesamento à direita para a qualidade.

Tabela 19 – Estatísticas relativas à vinculação pós-natal nos dois momentos de avaliação

	Vinculação Pós-natal	Mínimo	Máximo	M	DP	CV	Sk/erro	K/erro
7º dia	Intensidade	20	32	25,70	2,59	10.07	-0.535	-0.802
	Qualidade	24	35	30,23	1,95	6.45	-6.045	2.365
	Vinculação (Global)	46	64	55,94	3,51	6.27	-2.856	-0.500
30º dia	Intensidade	20	32	25,70	2,59	10.07	-0.535	-0.802
	Qualidade	21	35	30,28	2,24	7.39	-6.045	2.365
	Vinculação (Global)	45	65	55,98	3,53	6.28	-2.605	1.200

Apesar das estatísticas já evidenciarem indicações da similitude dos índices médios efetuou-se um teste t para amostras emparelhadas. Os resultados reforçam a inexistência de diferenças estatísticas, conforme resultados apensos na tabela 20.

No que respeita à intensidade não são apontados dados estatísticos porquanto as diferenças de médias são nulas entre o primeiro e o segundo momento de avaliação.

Tabela 20 – Teste t para amostras emparelhadas entre vinculação pós-natal nos dois momentos de avaliação

Vinculação pós-natal	M	DP	t	p
Intensidade (7º e 30º dia)	-	-	-	-
Qualidade (7º e 30º dia)	-0.0431	0.107	-0.403	0.687
Vinculação (global) (7º e 30º dia)	-0.0431	0.107	-0.403	0.687

Vinculação pós-natal ao 7º e ao 30º dia e idade materna

A tabela 21 reporta-se aos resultados da relação estabelecida entre a vinculação pós-natal e a idade materna. Pelos índices médios afere-se que as mulheres mais jovens apresentam melhor vinculação pós-natal ao 7º e 30º dia, quer na dimensão relativa à qualidade e vinculação global que as mais velhas com significância estatística nos dois momentos de avaliação, exceto para a dimensão intensidade da vinculação pós-natal.

Tabela 21 – Vinculação pós-natal ao 7º e 30º dia e idade materna

Dia	Grupo etário	≤ 30 Anos		≥ 31 Anos		t	p
		M	DP	M	DP		
7º dia	Vinculação						
	Intensidade	25.91	2.66	25.52	2.52	1.205	0.229
	Qualidade	30.58	1.70	29.93	2.09	2.751	0.006
	Vinculação global	56.50	3.30	55.45	3.61	2.416	0.017
30º dia	Intensidade	25.91	2.66	25.52	2.52	1.205	0.229
	Qualidade	30.59	2.10	30.00	2.32	2.113	0.036
	Vinculação global	56.51	3.69	55.52	3.32	2.237	0.026

Vinculação pós-natal ao 7º e ao 30º dia e estado civil

Termina-se a análise da vinculação pós-natal, fazendo-se referencia à relação estabelecida com o estado civil. Os resultados do teste de UMW demonstram que a intensidade da vinculação é mais evidente nas mulheres solteiras, mas a qualidade e vinculação global sobressai nas mulheres casadas/união facto, tanto ao 7º como ao 30º dia, mas com diferenças significativas apenas para qualidade da vinculação (cf. Tabela 22).

Tabela 22 – Vinculação pós-natal ao 7º e 30º dia e estado civil

Dia	Estado civil	Solteiras/ outras	Casa- das/União facto	UMW	p
		OM	OM		
7º dia	Vinculação				
	Intensidade	128.18	126.62	3237.000	0.914
	Qualidade	123.76	161.07	2318.000	0.009
	Vinculação global	126.44	140.12	2925.500	0.344
30º dia	Intensidade	128.18	126.62	3237.000	0.914
	Qualidade	124.06	158.67	2387.500	0.014
	Vinculação global	125.85	144.72	2792.000	0.192

Vinculação pós-natal ao 7º e 30º dia após o nascimento e as dificuldades sentidas na amamentação

Reportando-se agora os resultados à relação entre a vinculação pós-natal, nos dois momentos de avaliação após o nascimento, em função das dificuldades sentidas relacionadas com a amamentação (cf. Tabela 23), pode inferir-se que ao 7º dia sobressaem, em termos de vinculação inadequada, as mães que admitem ter sentido dificuldades (52.8%), enquanto a maioria das mães que não tiveram dificuldades associadas à amamentação exibem uma vinculação intermédia (57.1%) e adequada (53.6%). Já no que se refere ao segundo momento de avaliação, sobressaem, nos três níveis de vinculação, as mães que não têm dificuldades relacionada com a amamentação (inadequada 51.7%; intermédia 67.9%;

adequada 50.7%). Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Tabela 23 - Tipo de vinculação pós-natal das mães em função de possuir dificuldades associadas à amamentação

Dia	Vinculação Pós-natal	Inadequada		Intermédia		Adequada		Total		Residuais			χ^2	p
	Dificuldades	Nº (89)	% (34,9)	Nº (28)	% (11,0)	Nº (138)	% (54,1)	Nº (255)	% (100,0)	1	2	3		
7º Dia	Sim	47	52.8	12	42.9	64	46.4	123	48.2	1.1	-.6	-.6	1.261	0.532
	Não	42	47.2	16	57.1	64	53.6	132	51.8	-1.1	.6	.6		
	Total	89	100,0	28	100,0	138	100,0	255	100,0					
30º Dia	Dificuldades	Nº (97)	% (38,0)	Nº (28)	% (11,0)	Nº (130)	% (51,0)	Nº (255)	% (100,0)	1	2	3	2.829	0.243
	Sim	43	48.3	6	32.1	68	49.3	120	47.1	.3	-1.7	.8		
	Não	46	51.7	19	67.9	70	50.7	135	52.9	-.3	1.7	-.8		
	Total	97	100,0	28	100,0	130	100,0	255	100,0					

Dificuldades na amamentação

Em relação às dificuldades na amamentação ao 7.º e 30.º dia de vida do bebé (cf. Tabela 24), verifica-se que o percentual mais elevado corresponde aos dois momentos de avaliação (42.7%). Ao 7.º dia de vida do bebé também é expressivo o percentual registado (38.0%), indicando que surgiram muitas dificuldades associadas à amamentação no primeiro momento de avaliação, diminuindo ao 30.º dia (10.2%).

Tabela 24 - Dificuldades de amamentação ao 7º e 30º dia

Dificuldades	N	%
Ao 7º dia	97	38.0
Ao 30º dia	26	10.2
Ao 7º e não ao 30º dia	23	9.0
Ao 7º e 30º dia	109	42.7
Total	255	100.

2.4- Análise inferencial

De forma a testar a relação entre as variáveis procedeu-se a análise inferencial, procedimento que permite a verificação da validade das questões de investigação, associando algumas das variáveis em estudo, à variável endógena dificuldade de amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento. Foi considerado um nível de significância de 0,05, com intervalo de confiança de 95,0%.

Relação entre as variáveis sociodemográficas e as dificuldades associadas à amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento

A terceira questão de investigação procurava saber qual a influência das variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, escolaridade, situação profissional e local de residência) nas dificuldades associadas à amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento?

A tabela 23 reporta os dados obtidos. Uma primeira análise resultante da aplicação do teste de Qui-quadrado permite constatar que as diferenças são estatisticamente significativas ($p < 0,05$) em relação à escolaridade ($p = 0,000$), situação profissional ($p = 0,034$) e local de residência ($p = 0,042$) o que nos permite afirmar que estas variáveis têm poder explicativo sobre as dificuldades sentidas na amamentação pelas mães ao 7º dia e 30º dia após o nascimento do bebé.

Numa análise mais detalhada, constatamos que, em relação à escolaridade, os grupos responsáveis por essas diferenças (valores de ajustamento residual) se situam nas mães com ensino básico, secundário e superior que evidenciam dificuldades ao 7º dia e mantêm essas dificuldades ao 30º dia após o nascimento, bem como no grupo de mães com ensino secundário e superior que não demonstram dificuldades ao 7º nem ao 30º dia.

Quanto à situação profissional, os grupos responsáveis pelas diferenças encontradas são o das mães desempregadas que não apresentam dificuldades ao 7º e 30º dia, daquelas que tem dificuldades ao 7º dia e as mantêm ao 30º; e das mães com emprego a tempo parcial com dificuldades ao 7º dia e as mantêm ao 30º dia após o nascimento do bebé.

Por último, quanto ao local de residência, os grupos de mães responsáveis pelas diferenças verificadas ($p = 0,042$) são aquelas que residem na aldeia e que evidenciavam dificuldades ao 7º dia, mas que já as tinham ultrapassado ao 30º dia, bem como das mães que demonstravam as dificuldades ao 7º dia e as mantinham ao 30º dia, e ainda, mães resi-

dentes numa cidade e que não tinham dificuldades ao 7º dia, contudo que as mostravam ao 30º dia (cf. Tabela 25).

Tabela 25 – Relação entre as dificuldades sentidas na amamentação ao 7º dia e 30º dia e variáveis sociodemográficas

	Dificuldades na Amamentação	Sem dificuldades ao 7º e 30º	Sem dificuldades ao 7º dia, com dificuldades ao 30º dia vida	Com dificuldades ao 7º dia, sem dificuldades ao 30º dia	Com dificuldades ao 7º e 30º	χ^2	p
Idade	≤ 30 Anos	47 (40,2%)	13 (11,1%)	13 (11,1%)	44 (37,6%)	2,820	0,420
	ra	0,6	0,4	1,1	-1,5		
	≥31 Anos	50 (36,2%)	13 (9,4%)	10 (7,2%)	65 (47,1%)		
	ra	-0,6	-0,4	-1,1	1,5		
Estado Civil	Casada / União de facto	86 (38,1%)	22 (9,7%)	23 (10,2%)	95 (42%)	3,011	0,222
	ra	0	-0,7	1,8	-0,6		
	Solteira/Outro	11 (37,9%)	4 (13,8%)	- (0,0%)	14 (48,3%)		
	ra	0	0,7	-1,8	0,6		
Escolaridade	Básico	26 (45,6%)	8 (14%)	6 (10,5%)	17 (28,9%)	27,812	0,000
	ra	1,3	1,1	0,5	-2,2		
	Secundário	45 (49,5%)	11 (12,1%)	9 (9,9%)	26 (28,6%)		
	ra	2,8	0,7	0,4	-3,4		
	Superior	26 (45,6%)	7 (6,5%)	8 (7,5%)	66 (61,7%)		
ra	-3,8	-1,6	-0,7	5,2			
Situação Profissional	Desempregada	36 (47,2%)	10 (13,2%)	7 (9,2%)	23 (30,3%)	13,614	0,034
	ra	2	1	0,1	-2,6		
	Empregada Tempo parcial	5 (47,2%)	2 (8,7%)	- (0,0%)	16 (69,3%)		
	ra	-1,7	-0,2	-1,6	2,7		
	Empregada Tempo completo	56 (35,9%)	14 (9%)	16 (10,3%)	70 (27,5%)		
ra	-0,9	-0,8	0,9	0,9			
Local Residência	Aldeia	38 (41,3%)	14 (15,2%)	11 (12%)	29 (31,5%)	13,044	0,042
	ra	0,8	2,0	1,2	-2,7		
	Vila	9 (27,3%)	5 (15,2%)	2 (6,1%)	17 (51,5%)		
	ra	-1,4	1	-0,6	1,1		
	Cidade	50 (38,5%)	7 (5,4%)	10 (7,7%)	63 (48,5%)		
	ra	0,1	-2,6	-0,8	1,9		

Influência das atitudes maternas nas dificuldades associadas à amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento

Para dar resposta à questões 4 que procura saber a influência das atitudes maternas nas dificuldades associadas à amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento, efetuamos uma análise discriminante de função, técnica multivariada usada quando a variável endógena é do tipo categorial e as exógenas de natureza intervalar ou de razão. O objectivo consiste em escolher as variáveis exógenas que distinguem os grupos que, no caso concreto, se traduzem nas mães que não tiveram dificuldade em amamentar ao 7º e ao mês de vida do bebé, nas que não tiveram dificuldades ao 7º dia mas com dificuldades ao 30º dia vida, nas que tiveram dificuldades ao 7º dia mas sem dificuldades ao 30º dia e finalmente as mães que tiveram dificuldades ao 7º e mantiveram as dificuldades ao 30º dia. As variáveis exógenas que entraram neste modelo foram as atitudes perante a amamentação, norma subjetiva e a decisão de amamentar ao 7º e ao 30º dia após o nascimento.

O teste Box's M indica-nos que as dispersões observadas entre os grupos são estatisticamente significativas, uma vez que tem associado uma probabilidade inferior a 0.001, inferindo-se que as dispersões entre os clusters são desiguais, ou dito de outra forma, o pressuposto de homogeneidade de variâncias-covariâncias entre grupos não é válido (cf. Tabela 26).

Tabela 26 – Dispersões entre os grupos para as atitudes maternas face à amamentação

Grupos	Determinantes	Box,s M	F	p
Sem dificuldades ao 7º e 30º	16.32			
Sem dificuldades ao 7º dia, com dificuldades ao 30º dia vida	16.67			
Com dificuldades ao 7º dia, sem dificuldades ao 30º dia	13.62	87.178	2.761	0.000
Com dificuldades ao 7º e 30º	15.27			
Entre grupos	16.02			

Continuámos, contudo, com a análise discriminante de função e pela Tabela 27 observamos que o lambda de Wilk não mostra existirem diferenças de médias entre as variáveis em estudo, pelo que se concluiu que nenhuma das dimensões relativas às atitudes maternas face à amamentação é preditora das dificuldades associadas à amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento.

Tabela 27 – Teste de igualdade de médias para as atitudes face à amamentação

Variáveis	Wilks' Lambda	F	Sig.
Atitudes perante a amamentação 7ª dia	0.978	1.911	0.128
Norma subjetiva 7º dia	0.992	0.637	0.592
Decisão amamentar 7º dia	0.980	1.693	0.169
Atitudes perante a amamentação 30ª dia	0.985	1.245	0.294
Norma subjetiva 30º dia	0.982	1.540	0.205
Decisão amamentar 30º dia	0.982	1.567	0.198

A análise discriminante extraiu três funções mas não reteve nenhuma variável como significativa (cf. Tabela 28). Contudo, é notório que a função um é definida pelas variáveis atitude a amamentar ao sétimo dia, norma subjetiva aos sete dias e norma subjetiva ao mês explicando 66.6% da variabilidade e a função 2 pela atitude na amamentação ao mês com uma percentagem de variância explicada de 18.0%.

Tabela 28 – Coeficiente da função discriminante para as atitudes maternas face à amamentação

Variáveis	Função 1	Função 2	Função 3
Atitudes amamentar 7º dia	0.547	0.408	0.371
Norma subjetiva 7º dia	-0.887	0.809	0.847
Atitudes amamentar 30º dia	0.006	0.753	-0.520
Norma subjetiva 30º dia	1.144	-1.012	-0.049
Decisão amamentar 7º dia (a)			
Decisão amamentar 30º dia (a)			
Eigenvalue	0.045	0.012	0.011
Variância explicada	66.6	18.0	15.5
p-value	0.162	0.464	0.270

a) Não entraram na função discriminante

Relação entre a vinculação pós-natal e as dificuldades associadas à amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento

A quinta questão pretende saber a relação entre a vinculação pós-natal e as dificuldades associadas à amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento. Efetuamos também uma análise discriminante de função cujos resultados se apresentam nas tabelas 29 e 30.

O teste Box's M perspectiva que as dispersões observadas entre os grupos são significativas, o que nos permite afirmar que as variâncias-covariâncias não são homogêneas.

Tabela 29 – Dispersões entre os grupos para a vinculação pós-natal

Grupos	Determinantes	Box,s M	F	p
Sem dificuldades ao 7º e 30º	4.594			
Sem dificuldades ao 7º dia, com dificuldades ao 30º dia vida	3.107			
Com dificuldades ao 7º dia, sem dificuldades ao 30º dia	1.953	49.131	2.628	0.000
Com dificuldades ao 7º e 30º	4.113			
Entre grupos	4.203			

A Tabela 30 dá-nos os resultados sobre a igualdade de médias entre as variáveis denotando-se que o lambda de Wilk não apresenta significância estatística inferindo-se assim que nenhuma das dimensões da vinculação pós-natal é preditora das dificuldades associadas à amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento.

Tabela 30 – Teste de igualdade de médias para a vinculação pós-natal

Variáveis	Wilks' Lambda	F	Sig.
Intensidade vinculação 7ª dia	0.992	0.715	0.544
Qualidade vinculação 7º dia	0.991	0.787	0.502
Vinculação (global) 7º dia	0.998	0.136	0.938
Intensidade vinculação 30ª dia	0.992	0.715	0.544
Qualidade vinculação 30º dia	0.992	0.669	0.571
Vinculação (global) 30º dia	0.992	0.635	0.59.

Por outro lado, das três funções extraídas pela análise discriminante, não foi retida nenhuma variável como significativa, mas é notório que, na função um, as variáveis que mais predizem são a qualidade de vinculação ao 7º e 30º dia de amamentação com uma percentagem de variância explicada de 76.3% e na função 3 a intensidade da vinculação materna ao 7º dia explicando 20.4% (cf. Tabela 31).

Tabela 31 – Coeficiente da função discriminante da vinculação pós-natal

Variáveis	Função 1	Função 2	Função 3
Intensidade vinculação 7ª dia	0.584	-0.517	0.660
Qualidade vinculação 7º dia	-1.242	-0.068	0.662
Qualidade vinculação 30º dia	1.008	0.927	0.027
Intensidade vinculação 30ª dia (a)			
Vinculação (global) 7º dia (a)			
Vinculação (global) 30º dia (a)			
Eigenvalue	0.033	0.009	0.001
Variância explicada	76.3	20.4	3.4
p-value	0.297	0.633	0.545

a) Não entraram na função discriminante

3. Discussão

Após a apresentação dos resultados torna-se pertinente responder às questões de investigação e aos objetivos do nosso estudo. Deste modo, a discussão dos dados, permite-nos referir o que empiricamente mais se evidenciou e que importa salientar.

A discussão dos resultados é uma fase crucial de um estudo científico, pois possibilita-nos compreender os dados recolhidos e confrontá-los com as conceptualizações teóricas que serviram de pilar à nossa investigação. O núcleo central da investigação, de onde resultam os trabalhos mais significativos, é constituído pela discussão dos resultados, o que nos leva a comparar os resultados e a servirmo-nos da teoria, dos trabalhos de investigação que tratam o mesmo fenómeno e da prática profissional para fazer inferências, de forma a tirar uma conclusão dos resultados e das implicações que decorrem dos mesmos (Fortin, 2009). Desta forma, procuramos, ao longo deste capítulo, fazer uma reflexão sobre o trabalho desenvolvido, dando destaque ao pensamento e à análise crítica, recorrendo sempre a opinião de autores consultados.

O presente capítulo trata da discussão dos resultados, uma vez terminada a análise e interpretação dos dados, tendo em consideração todos os aspetos da investigação: as questões, o enquadramento teórico e os objetivos da investigação.

3.1. Discussão Metodológica

A estratégia metodológica desenhada para este estudo teve em conta o tipo de estudo realizado e os objetivos traçados. Tais objetivos levaram a definir uma amostra que conseguisse traduzir resultados fiáveis e a eleger como instrumentos de medição questionários de autorresposta que, na opinião de Sampieri (2003), são os instrumentos mais adequados para se estudar no mais curto espaço de tempo um grande número de sujeitos.

Para que o presente estudo possa contribuir para o conhecimento na área da Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica e mais especificamente para as dificuldades associadas à amamentação no primeiro mês de vida, é importante distinguir algumas restrições metodológicas.

Em primeiro lugar, destaca-se que as participantes foram reunidas segundo um processo de amostragem por conveniência, o que leva a algumas limitações, concretamente, os resultados dependerem da sinceridade e honestidade das inquiridas e de impedir a sua generalização.

O estudo empírico descritivo correlacional e explicativo, apesar de ser um estudo não experimental, pretende descrever os comportamentos das participantes tal qual se manifestam nos seus ambientes naturais de vida e de identificar a inter-relação entre as variáveis dependentes e independentes, sendo também nossa intenção obter evidências para explicar por que ocorre um determinado fenómeno (Duarte, 2008).

3.2. Discussão dos Resultados

A experiência da amamentação, embora esteja grandemente relacionada com a mãe e o bebé, é fortemente mediada pelas experiências da mulher e pelas influências que sofre ao longo da vida. De acordo com Pereira (2006), a decisão de amamentar decorre de dois contributos: a cultura em que se insere e a informação que detém sobre a temática.

Alguns autores (Araújo et al., 2008; Takushi et al., 2008; Junges et al., 2010), nas suas investigações, verificaram que o conhecimento expresso pela mulher reflete o discurso biomédico, em que maioritariamente apenas reconhecem os benefícios imunológicos do aleitamento materno para o bebé, revelando uma falta de conhecimentos sobre a superioridade da composição do leite humano. A corroborar, Junges et al., (2010) verificaram que a marca biomédica no conhecimento sobre os benefícios do aleitamento materno para a mulher, ressaltando a recuperação do peso gestacional, a involução uterina e a conseqüente diminuição da hemorragia uterina, secundária à produção de ocitocina que ocorre durante a mamada, a diminuição do risco de cancro de mama e de ovário. Os mesmos autores identificaram que outra justificativa apontada à opção ao aleitamento materno contribui para a criação de vínculo afetivo entre mãe-bebé. A amamentação bem-sucedida desperta na mulher um sentimento de ligação profunda com o filho e de realização como mulher e mãe.

Após termos estas considerações, passamos a discutir os resultados obtidos, tendo em conta as questões de investigação e os objetivos inerentes às mesmas.

Relativamente ao perfil sociodemográfico da amostra em estudo, referimos que a amostra é constituída por 255 mulheres que foram mães recentemente e que amamentam os seus filhos, uma média de idades de 30,78 anos. Ao **determinar o perfil sociodemográfico** das puérperas procurando dar resposta à **primeira questão formulada**, constatamos que 54,1% das mulheres têm idade igual ou superior a 31 anos e 45,9% menor ou igual a 30 anos, sendo a maioria casadas ou a viverem em união de facto (88,6%), prevalecendo as que possuem formação académica superior (42,0%), estando também, na sua maioria, em-

pregadas a tempo completo (61,2%), sendo 32,0% especialistas de profissões intelectuais e científicas, e com predomínio das que residem na cidade (51,0%).

Neste âmbito, referimos que Nelas, Ferreira e Duarte (2008), Ferreira, Nelas e Duarte (2011), Ferreira (2012) e Pedro (2012) também observaram, no seu estudo, um predomínio de mulheres mais velhas, com maior grau de escolaridade, maioritariamente casadas e empregadas, o que corrobora os resultados encontrados no presente estudo. Apenas, se denota uma não conformidade em relação à zona de residência, dado que os autores contaram com uma amostra, na sua maioria, a residir em meio rural. Aguiar e Silva (2011), Alves (2011), Cordeiro (2011), Ferreira, Nelas e Duarte (2011) e Rodrigues, Padoin, Paula e Guido (2013) argumentam que as mães com idade materna igual ou superior a 34 anos constituem um fator de proteção para a manutenção do aleitamento materno. Acrescentam também que quanto mais alto for o grau de escolaridade da mãe maior a sua capacidade de compreensão e apreensão da informação dada pelos profissionais de saúde acerca da amamentação, estando mais motivada para esta prática. Face aos nossos dados referentes às habilitações literárias e ao estado civil, estes são consistentes com a literatura, na medida em que as mulheres com maior escolaridade propendem a amamentar por mais tempo, provavelmente pela possibilidade de acesso às informações no que se refere as vantagens do aleitamento materno (Rodrigues et al, 2013) e nas mulheres casadas ou em união de fato confirma-se a existência de uma maior prevalência na amamentação, o que foi corroborado por Faleiros, Trezza e Carandina, (2006) e Cordeiro (2011) e Araújo, Medeiros, Barros, Braga, Trigueiro e Dias (2013).

Em relação aos **aspetos contextuais da amamentação**, constatamos que a maioria das mães (62,4%) confirmou que esta é a primeira vez que está a amamentar, com prevalência das mães com idade igual ou inferior a 30 anos (75,2%). Igualmente apuramos que 84,5% das mulheres amamentaram o seu bebé na 1ª hora de vida. Quanto ao tipo de aleitamento realizado após o parto, no internamento, observamos que a maioria das mães referiu ter feito aleitamento materno em exclusivo (85,9%), independentemente da faixa etária. Estes resultados vão ao encontro dos resultados apurados por Ferreira (2012), que observou um predomínio de mães a iniciar o aleitamento durante os primeiros 30 minutos de vida e a presença de aleitamento materno em exclusivo, estando em conformidade com o defendido por Ferreira (2006), Junges, Ressel, Budó, Hoffmann e Shenem (2010) e D'artibale & Bercini (2014), que alegam que a aproximação ente o binómio mãe e filho logo após o nascimento proporciona sentimentos e significados favoráveis à vinculação e ao início da amamentação. Os mesmos autores argumentam que o período imediatamente a seguir ao parto é relevante para a amamentação com sucesso, pois, segundo Galvão (2011), quando a primeira relação de amamentação corre bem, a mãe obtém autoconfiança na sua capacidade de amamentar,

o que a vai ajudar grandemente a ultrapassar dificuldades que possam vir a surgir no futuro. As primeiras horas, após o parto, assumem-se como importantes para o estabelecimento do vínculo entre a díade, decorrendo também mais possibilidades de a mãe amamentar por mais tempo.

Quanto à avaliação que as mães fazem da sua experiência de amamentação, observamos que quase a totalidade da amostra (96,8%) a considera como uma experiência agradável, sendo classificada da mesma forma para o grupo etário com idade ≤ 30 anos (93,9%) e com idade ≥ 31 anos (99,3%). Galvão (2011) defende que a amamentação deve ser uma experiência agradável para a mãe/bebé, tanto que quando as mulheres têm um efetivo apoio emocional e físico conseguem amamentar os seus filhos e o prazer que daí resulta contribui para um aumento da sua autoestima.

No que concerne a iniciativa da decisão de amamentar, registamos uma prevalência de mães (86,3%) com iniciativa exclusivamente própria, cuja maioria referiu que o momento dessa decisão ocorreu no 1.º trimestre da gravidez (90,1%). Os estudos consultados documentam que, na maioria dos casos, a decisão de amamentar começa a ser tomada durante a gravidez, podendo estar dependente de alguns fatores, nomeadamente o suporte social, os recursos sociais e familiares da mulher (Venâncio, Escuder, Kitoko, Réa & Monteiro, 2006; Barbosa, Santos & Silva, 2013; Lima & Souza, 2013; Araújo, Sales, Melo, Mendes & Mistura, 2014; Eulálio, Macedo, Gomes & Góes, 2014; Rodrigues, Pelloso, França, Ichisato & Higarashi, 2014). Nelas, Ferreira & Duarte (2008) referem que o fato da decisão para amamentar ser pessoal, todavia, está sujeita a outras influências, tais como as características do recém-nascido, o ambiente familiar, a socialização da mulher e a relação estabelecida com os profissionais de saúde durante o período pré e pós natal.

Relativamente às principais fontes de informação acerca da amamentação, verificamos como sido a mais mencionada os enfermeiros (89,8%), seguindo-se os médicos (61,6%) e os familiares (33,7%), o que corrobora os resultados de Sousa e Bernardes (2010) segundo os quais os enfermeiros e os médicos são as principais fontes de informação sobre a amamentação. Ainda neste contexto, verificamos que a grande maioria das mães referiu ter recebido informação relativamente às “vantagens da amamentação” (92,2%), “frequência das mamadas” (84,3%) e sobre a “posição para amamentar” (83,1%), o que vai ao encontro do preconizado na literatura, que considera que os profissionais de saúde devem dar todo o tipo de informações de forma cuidadosa, procurando mobilizar as capacidades e potencialidades das mulheres a este nível (Perry, 2006; Araújo, Cunha, Lustosa, Nery, Mendonça & Campelo, 2008; Kuschinir, 2008; Carvalho & Tavares, 2010; Graça, 2010; Araújo, Medeiros, Barros, Braga, Trigueiro & Dias, 2013; Benedett, Silva, Ferraz, Oliveira, Fragoso e Ourique, 2014; Rodrigues & Gomes, 2014; Castelli, Maahs, Bonamigo &

Almeida, 2014; Wilhelm, Demori, Alves, Barreto, Cremonese & Ressel, 2015; Krutz, Maahs, Bonamigo & Almeida, 2015). Os nossos resultados também corroboram os de Sousa e Bernardes (2010) que observaram que o enfermeiro e o médico são as fontes de informação mais frequentes na promoção do aleitamento materno exclusivo. Na mesma linha, Sandes et al. (2007, cit. por Alves, 2011) verificaram, com base no seu estudo, que as mães que relatam como fontes de informação sobre a amamentação os profissionais de saúde e os familiares/amigos amamentam durante mais tempo comparativamente àquelas que identificam apenas os profissionais de saúde.

Em relação à **segunda questão** que procura identificar as **dificuldades associadas à amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento**, os resultados relativos ao primeiro momento demonstram que 47,8% das participantes afirmam que as tiveram, sobretudo no que se refere às fissuras (41,7%), à pega (28,8%), em relação ao ingurgitamento mamário (16,7%), e que apenas 5,3% das mulheres apresentam dificuldade na posição e postura para amamentar. Quanto às dificuldades com a amamentação ao 30º dia de vida do bebé, sobressaem que 39,3% das mães apresentam dificuldades em relação às fissuras, seguem-se as mulheres com dificuldades na pega (31,9%), e 14,8% com ingurgitamento mamário. Os dados obtidos relativos a identificação das principais dificuldades sentidas na amamentação corroboram assim com os estudos de Takushi Tanaka, Gallo e Machado, (2008), Junges, Ressel, Budó, Padoin, Hoffmann e Sehnem (2010), Galvão (2011), Gomes, Lopes, Carvalho e Barbosa (2011), Henriques e Martins (2011), Pedro (2012), Barbosa, Santos e Silva (2013), Rodrigues, Padoin, Paula e Guido (2013), Aparecida, Chaves, Filipini e Fernandes, (2014) e Benedett, Silva, Ferraz, Oliveira, Fragoso e Ourique (2014).

Numa breve síntese aos resultados obtidos, aferimos que as dificuldades ao 7º dia foram mais prevalentes nas mulheres com idade inferior ou igual a 30 anos (51,3%), registando-se por ordem decrescente as fissuras (41,7%), dificuldades na pega (28,8%), o ingurgitamento mamário (16,7%) e por fim a mastite (7,6%). Acresce ainda referir que o ingurgitamento mamário é mais predominante nas mulheres com idade superior ou igual a 31 anos. Ao 30º dia mantêm-se maior prevalência de dificuldades nas mulheres com idade igual ou inferior a 30 anos (50,9%). Contudo nas mulheres mais velhas surge com maior percentual em relação às congéneres mais novas, as fissuras (43,6%) e o ingurgitamento mamário (20,5%). As dificuldades na pega aumentaram de 33,3% ao 7º dia para 42,1% ao 30º dia nas mulheres com idade inferior ou igual a 30 anos. A totalidade das participantes admitiu que tiveram apoio dos enfermeiros, e que as dificuldades foram ultrapassadas ao 7º dia e ao 30º dia de vida do bebé (91,1% vs. 97,0%), estando estes resultados em conformidade com as evidências encontradas por Erica, Ruowei, Kelley, Cria e Grummer-Strawn (2014). As práticas dos profissionais de saúde são determinantes para vencer as dificulda-

des da amamentação (Castelli, Maahs, Bonamigo & Almeida, 2014). Neste âmbito, refere-se que a abordagem dos enfermeiros deve acontecer num contexto de diálogo sobre os desejos, planos e dificuldades que as mães possam ter em relação à amamentação, bem como, sobre as suas circunstâncias familiares e sociais (Carvalho & Tavares, 2010; Graça, 2010; Barbosa, Santos & Silva 2013). Na quase a totalidade das mães, as dificuldades foram ultrapassadas ao 7º dia e ao 30º dia de vida do bebé (91,1% vs. 97,0%). Observou-se, ainda, que ao 7º dia, 8,9% das mães com 31 ou mais anos referem que as dificuldades não foram ultrapassadas, mas esse percentual desce para 3,0% ao 30º dia. Estes resultados demonstram que as dificuldades relacionadas com a amamentação podem ser facilmente superadas com aconselhamento, assistência e suporte dos profissionais de saúde e da própria família (Carvalho & Tavares, 2010; Barbosa, Santos & Silva 2013; Wilhelm, Demori, Alves, Barreto, Cremonese & Ressel, 2015).

Quando questionadas as mães sobre a oferta de leite artificial ao seu bebé ao 7º e 30º dia, a maioria (78,4% vs. 78,1%) respondeu negativamente, o que corrobora os dados do Observatório do Aleitamento Materno (2012), cujos registos demonstram que 77.3% dos recém-nascidos iniciou aleitamento materno na 1ª hora de vida; 84.8% dos que mantiveram aleitamento materno exclusivo, foram amamentados na 1ª hora, com menor percentagem para os que fizeram aleitamento materno e artificial (36.6%).

No que se refere aos dados relativos às **atitudes maternas associadas à amamentação** ao 7º e 30º dia após o nascimento, constatamos ao 7º dia um índice médio elevado (75,93% \pm 6,09dp), sendo esse valor ligeiramente superior ao 30º dia (76,47% \pm 5,99dp), o que permite afirmar que as mães em estudo percecionam elevada atitude em amamentar ao 7º e 30º dia. Verificamos também melhores atitudes face à amamentação ao 30º dia em comparação ao 7º dia, mas as diferenças são significativas, somente para a dimensão “norma subjetiva”. Neste sentido, importa referir que assume grande importância que a amamentação não seja encarada como uma obrigação, mas entendida e realizada por decisão da mulher/casal. Como tal, amamentar não deve ser uma ação isolada, pois é parte integrante da vida da mulher e da família, assumindo-se, de igual modo, como uma expressão de uma cultura (Takushi et al., 2008; Pinho, 2013).

Outro resultado a que se chegou refere-se ao fato de as mulheres mais velhas (com idades \geq 31 anos) apresentarem sempre valores médios mais elevados na decisão de amamentar, do que as mães mais jovens nos dois momentos de avaliação, à exceção da dimensão “importância à prática do regime alimentar”, ao 30º dia. Faleiros, Trezza e Carandina (2006) consideram que a associação que existe entre a decisão de amamentar e a idade das mães se deve ao facto de as que têm mais idade, por norma, já possuem experiências anteriores de amamentação, o que pode justificar os resultados obtidos no presente estudo.

Ainda neste âmbito, verificamos que as mães solteiras ou que possuem outro estado civil apresentam ordenações médias mais elevadas no global e em todas as dimensões escala das atitudes maternas face à amamentação, a exceção da dimensão “norma subjetiva” ao 7º e 30º dia após o nascimento e subescala “importância à prática do regime alimentar” ao 30º dia do bebé, comparativamente às mães que são casadas/união de facto. Assim, depreende-se que as mães que são solteiras ou que possuem outro estado civil têm uma melhor atitude face à amamentação e, conseqüentemente, uma maior decisão em amamentar, resultados estes que não estão em conformidade com os apurados por Fernandes (2013), uma vez que a autora observou que as mães casadas/união de facto são aquelas que revelam melhores atitudes relativas à amamentação. Faleiros et al (2006) , Caldeira, Moreira, Pinto (2007) e Fernandes (2013) referem que o facto de as mães terem uma união estável e o apoio de outras pessoas, sobretudo do marido ou companheiro, parece exercer uma influência positiva nas atitudes face à amamentação e na duração do aleitamento materno. Os mesmos autores salientam que quer o apoio social e económico, quer o emocional e o educacional se assumem como muito importantes, sendo o marido/companheiro a pessoa com maior peso nos diferentes tipos de apoio.

Deste modo, infere-se que, no presente estudo, o estado civil interfere nas atitudes maternas perante o comportamento, designadamente na importância dada à prática do regime alimentar, o que não está em conformidade com o estudo de Ferreira (2012) e de Silva, Santiago e Lamonier (2011), segundo os quais são as mães casadas ou a viver em união de facto que manifestam maior motivação para a amamentação (nota global), na medida em que o pai estimula a decisão da mulher de amamentar e contribui para uma atitude mais positiva face à mesma, resultando, inclusive, na sua continuidade.

No que respeita às atitudes maternas face à amamentação ao 7º e ao 30º dia após o nascimento, os resultados evidenciam que as mães que referiram ter dificuldades em amamentar são aquelas que revelam uma melhor atitude face à amamentação, tendo os resultados indicado que as diferenças são estatisticamente significativas apenas na dimensão “opinião das mães quanto as vantagens do AM” ($p=0,002$), ou seja, as dificuldades na amamentação têm apenas poder explicativo sobre a opinião de pessoas significativas. Caldeira, Moreira, Pinto (2007) chegaram a resultados divergentes, uma vez que, no seu estudo, as mães com melhor atitude face à amamentação são as que não revelam dificuldades associadas à mesma.

Ao analisar a influência da idade materna e da **vinculação pós-natal** ao 7º e 30º dia após o nascimento, apuramos que os resultados da relação estabelecida demonstrados pelos índices médios aferem que as mulheres mais jovens apresentam melhor vinculação pós-natal ao 7º e 30º dia, quer na dimensão relativa à qualidade e vinculação global que as

mais velhas com significância estatística nos dois momentos de avaliação, exceto para a dimensão intensidade da vinculação pós-natal. Os resultados demonstram que a idade das mães tem influência sobre a decisão de amamentar o bebê, todavia, os resultados do presente estudo não corroboram o estudo de Ferreira (2012) e de Nelas, Ferreira e Duarte (2008), onde ficou demonstrado que as mulheres mais velhas são as que apresentam maior motivação para o aleitamento materno.

As evidências encontradas no presente estudo indicam também que ao 7º dia sobressaem, em termos de vinculação inadequada, as mães que admitem ter sentido dificuldades (52.8%), enquanto a maioria das mães que não tiveram dificuldades associadas à amamentação exibem uma vinculação intermédia (57.1%) e adequada (53.6%). Já no que se refere ao segundo momento de avaliação, sobressaem, nos três níveis de vinculação, as mães que não têm dificuldades relacionada com a amamentação (inadequada 51.7%; intermédia 67.9%; adequada 50.7%). Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Os resultados encontrados estão em conformidade com o referido por Figueiredo (2003), segundo a qual as mulheres com mais dificuldades na amamentação acabam por ter uma vinculação menos adequada. A autora salienta que a vinculação materna ao bebê, uma relação emocional única, específica e duradoura, que se estabelece de um modo gradual, desde os primeiros contactos entre a mãe e o bebê, traduz-se num processo de adaptação mútua no qual mãe e bebê ativamente participam.

A terceira questão de investigação procura saber qual a **influência das variáveis sociodemográficas** (idade, estado civil, escolaridade, situação profissional e local de residência) **nas dificuldades associadas à amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento**. Começa-se por referir que as diferenças são estatisticamente significativas ($p < 0,05$) em relação à escolaridade ($p = 0,000$), situação profissional ($p = 0,034$) e local de residência ($0,042$), o que permite afirmar que estas variáveis têm poder explicativo sobre as dificuldades sentidas na amamentação pelas mães ao 7º dia e 30º dia após o nascimento do bebê. Tendo em conta uma análise mais detalhada, apurou-se que, em relação à escolaridade, os grupos responsáveis por essas diferenças se situam nas mães com ensino básico, secundário e superior que evidenciam dificuldades ao 7º dia e mantêm essas dificuldades ao 30º dia após o nascimento, bem como no grupo de mães com ensino secundário e superior que não demonstram dificuldades ao 7º nem ao 30º dia. Estes resultados estão em conformidade com os de Aguiar e Silva (2011), Alves (2011), Cordeiro (2011), Ferreira, Nelas e Duarte (2011) e Rodrigues, Padoin, Paula e Guido (2013), porquanto verificaram, nos seus estudos, que quanto mais alto for o grau de escolaridade da mãe, maior a sua capacidade de compreensão e de apreensão da informação dada pelos profissionais de saúde acerca da amamentação, o que pode resultar em menores dificuldades na amamentação. Quanto à situa-

ção profissional, os grupos responsáveis pelas diferenças encontradas são o das mães desempregadas que não apresentam dificuldades ao 7º e 30º dia, daquelas que tem dificuldades ao 7º dia e as mantêm ao 30º, bem como das mães com emprego a tempo parcial com dificuldades ao 7º dia e as mantêm ao 30º dia após o nascimento do bebé. Em relação ao local de residência, os grupos de mães responsáveis pelas diferenças verificadas ($p=0,042$) referem-se às mães residentes na aldeia e que evidenciavam dificuldades ao 7º dia, mas que já as tinham ultrapassado ao 30º dia, bem como das mães que evidenciavam as dificuldades ao 7º dia e as mantinham ao 30º dia e, ainda, mães residentes numa cidade e que não tinham dificuldades ao 7º dia, mas que mostravam ao 30º dia. Face aos resultados apurados e em conformidade com alguns autores, vários são os fatores sociodemográficos que parecem condicionar o sucesso da amamentação, dos quais se destacam a idade materna superior a 34 anos e um nível de escolaridade superior, maioritariamente casadas e empregadas (Aguiar & Silva, 2011; Alves, 2011; Cordeiro, 2011; Ferreira, Nelas e Duarte, 2011 e Rodrigues, Padoin, Paula e Guido, 2013. Nelas, Ferreira e Duarte (2008), Ferreira, Nelas e Duarte (2011) e Pedro (2012) também observaram, nos seus estudos, um predomínio de mulheres mais velhas, com maior grau de escolaridade, maioritariamente casadas e empregadas, o que corrobora os resultados encontrados no presente estudo. De igual modo, aos resultados obtidos no presente estudo, Rodrigues et al. (2013) referem que a escolaridade é uma variável que pode afetar a amamentação, atendendo ao facto de as evidências revelarem que as mães com maiores habilitações literárias tendem a revelar atitudes mais positivas face à amamentação e, inclusive, a amamentar por mais tempo, provavelmente pela possibilidade de maior acesso às informações a respeito das vantagens do aleitamento materno. Por último, quanto ao local de residência, os grupos de mães responsáveis pelas diferenças verificadas ($p=0,042$) são aquelas que residem na aldeia e que evidenciavam dificuldades ao 7º dia, mas que já as tinham ultrapassado ao 30º dia, bem como das mães que demonstravam as dificuldades ao 7º dia e as mantinham ao 30º dia, e ainda, mães residentes numa cidade e que não tinham dificuldades ao 7º dia, contudo as mostravam ao 30º dia após o nascimento. Por sua vez, segundo Ferreira (2012) as puérperas que residem na cidade possuem maior motivação para amamentação, podendo assim, estar mais capacitadas para resolverem as dificuldades que possam surgir especialmente no primeiro mês de vida do bebé.

No que concerne à **quarta questão de investigação**, que procura **avaliar a influência das atitudes maternas nas dificuldades associadas à amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento**, apurou-se que nenhuma das dimensões relativas às atitudes maternas face à amamentação é preditora das dificuldades associadas à amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento.

Em relação à **quinta questão** que pretende **avaliar a relação entre a vinculação pós-natal e as dificuldades associadas à amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento**, evidencia que as dispersões observadas entre os grupos são significativas, sugerindo que as variâncias-covariâncias não são homogêneas. Deste modo, concluiu-se que nenhuma das dimensões da vinculação pós-natal é preditora das dificuldades associadas à amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento.

Os resultados apurados podem ser justificados com o fato de, independentemente de terem ou não dificuldades associadas à amamentação nos dois momentos de avaliação, a vinculação mãe/bebé não está deveras comprometida. Neste sentido, Figueiredo (2003) salienta que a presença de um “período crítico” ou “sensível” para o estabelecimento da resposta emocional da mãe ao bebé pode estar relacionada com a presença de dificuldades associadas à amamentação. Deste modo, assume grande relevância a educação para a gestão eficaz da amamentação, pelos profissionais de saúde nas primeiras semanas pós-parto, assumindo-se como uma estratégia potenciadora do sucesso da taxa de amamentação (Alves, 2011).

Conclusão

Pretendemos que a conclusão, que agora apresentamos, seja um ponto de reflexão sobre o estudo realizado, realçando os resultados obtidos, todavia, com a percepção que continuam em aberto muitas questões relacionadas com as dificuldades associadas à amamentação no primeiro mês de vida e o impacto das variáveis contextuais e psicológicas na mesma. As conclusões desta investigação levam-nos a fazer uma síntese do conjunto de resultados discutidos onde se põe em evidência os novos elementos que o estudo possibilitou.

Assim, recorreremos a uma revisão da literatura, procurando que a mesma fosse o mais atual possível, de modo a aprofundar e consolidar conhecimentos interligados com o tema. Todavia, deparamo-nos com uma escassez de estudos em algumas variáveis consideradas chave no estudo.

O presente estudo procurou avaliar as dificuldades associadas à amamentação no primeiro mês de vida e o impacto das variáveis contextuais e psicológicas. Nesta perspetiva, deram-se respostas às questões de partida, ao avaliarem-se os determinantes que lhe estão implícitos.

Podemos traçar um perfil sociodemográfico da amostra em estudo, constituída por 255 mulheres que foram mães recentemente e que amamentam os seus filhos. Como tal, as mesmas apresentam uma média de idades de 30,78 anos, maioritariamente casadas ou a viverem em união de facto, predominando as que possuem formação académica superior, estando também, na sua maioria, empregadas a tempo completo, das quais registámos um predomínio de especialistas de profissões intelectuais e científicas, residentes na cidade.

Constatámos que prevalecem as mães que confirmaram que esta é a primeira vez que estão a amamentar, com predomínio das mães mais novas. Observámos que mais de metade das mães amamentou o seu bebé na 1ª hora de vida. Quanto ao tipo de aleitamento realizado após o parto, no internamento, constatamos uma superioridade de participantes que referiu ter feito aleitamento materno em exclusivo, independentemente da faixa etária. Outra conclusão a que chegamos refere-se ao fato de quase a totalidade das mães considerar a amamentação uma experiência agradável, sendo classificada da mesma forma pelas participantes mais novas e pelas que têm mais idade. Há prevalência de mães cuja iniciativa de amamentar é exclusivamente própria, tendo esta decisão surgido no 1.º trimestre da gravidez. Quanto às principais fontes de informação das mães acerca da amamentação, as mais apontadas foram os enfermeiros, os médicos e os familiares. Em relação às dificuldades associadas à amamentação, os resultados demonstram que, mais de metade da amostra

confirmou que as teve, principalmente em relação às fissuras, pega e ingurgitamento mamário. Estas participantes confirmaram que tiveram apoio dos enfermeiros, o que as ajudou a ultrapassar as dificuldades sentidas.

Em relação às dificuldades na amamentação ao 7.º e 30.º dia de vida do bebé, verificamos que o percentual mais elevado corresponde aos dois momentos de avaliação. Verificamos um percentual expressivo ao 7.º dia de vida do bebé, indicando que surgiram muitas dificuldades associadas à amamentação no primeiro momento de avaliação, diminuindo ao 30.º dia após o nascimento.

Os dados relativos às atitudes maternas associadas à amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento permitem afirmar que as mães em estudo percebem elevada atitude em amamentar ao 7º e 30º dia. Verificamos também melhores atitudes face à amamentação ao 30º dia em comparação ao 7º dia, mas as diferenças são significativas, somente para a dimensão “norma subjetiva”.

Concluimos que as mulheres mais velhas apresentam sempre valores médios mais elevados na decisão de amamentar em todas as subescalas e fator global, quando comparadas com as mães mais jovens, nos dois momentos de avaliação, à exceção da subescala “importância à prática do regime alimentar”, ao 30º dia. As mulheres solteiras ou em outro regime possuem melhores atitudes face à amamentação que as mulheres casadas ou em união de facto. Em relação às atitudes maternas face à amamentação ao 7º e ao 30º dia após o nascimento e às dificuldades sentidas na amamentação, concluimos que as mães que referem dificuldade em amamentar são as que revelam uma melhor atitude face à amamentação.

Em relação à vinculação pós-natal, aferimos que os índices médios verificados nos dois momentos de avaliação foram muito semelhantes, sendo ligeiramente superiores na segunda avaliação (30º dia), não se encontrando diferenças estatísticas. Todavia, apuramos que as mulheres com idade inferior ou igual a 30 anos apresentam melhor vinculação pós-natal ao 7º e 30º dia, na dimensão relativa à qualidade e vinculação global que as mais velhas com significância estatística nos dois momentos de avaliação, exceto para a dimensão intensidade da vinculação pós-natal. A intensidade da vinculação foi mais notória nas mulheres solteiras, porém, a qualidade e a vinculação global sobressaíram no grupo de mulheres casadas/união facto, nos dois momentos de avaliação, mas com diferenças significativas somente na qualidade da vinculação. Inferimos que ao 7º dia sobressaem, em termos de vinculação inadequada, as mães que admitiram ter sentido dificuldades, enquanto a maioria das mães que não tiveram dificuldades associadas à amamentação revelaram uma vinculação intermédia e adequada. Já no que se refere ao segundo momento de avaliação, sobressaem

saíram, nos três níveis de vinculação, as mães que não têm dificuldades relacionada com a amamentação. Porém, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

No que concerne à influência das variáveis sociodemográficas nas dificuldades associadas à amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento, constatamos diferenças estatisticamente significativas em relação à escolaridade, situação profissional e local de residência, sugerindo que estas variáveis têm poder explicativo sobre as dificuldades sentidas na amamentação pelas mães ao 7º dia e 30º dia, após o nascimento do bebê.

Em relação à influência das atitudes maternas nas dificuldades associadas à amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento, verificamos que as variáveis exógenas foram as atitudes perante a amamentação, norma subjetiva e a decisão de amamentar ao 7º e ao 30º dia. Nenhuma das dimensões relativas às atitudes maternas face à amamentação se assumiu preditora das dificuldades associadas à amamentação nos dois momentos de avaliação.

Por fim, e no que respeita à relação entre a vinculação pós-natal e as dificuldades associadas à amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento, constatamos que nenhuma das dimensões da vinculação pós-natal é preditora das dificuldades associadas à amamentação nos dois momentos de avaliação considerados. As variáveis que mais predisseram a vinculação pós-natal foram a qualidade de vinculação ao 7º e 30º dia de amamentação.

Face aos resultados obtidos relativos às dificuldades no primeiro mês de vida do bebê, torna-se premente que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros pertencentes à unidade de saúde familiar de cada puérpera, acompanhem-nas durante todo o período pós-parto para que as mesmas possam ser orientadas e incentivadas para a amamentação exclusiva e conseqüentemente interferir na interrupção precoce da mesma. Apesar da decisão de amamentar ser pessoal, está sujeita a influências de socialização da mulher e fatores motivacionais. Assim, o estudo dos fatores associados às dificuldades da amamentação contribui para a promoção do seu sucesso. Só, desta forma, os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia podem atuar, de modo a reconhecerem antecipadamente as dificuldades inerentes à prática do aleitamento materno, prevenindo o seu abandono.

Referências bibliográficas

- Aguiar, H., & Silva, A. (2011). Aleitamento materno: a importância de intervir. *Acta Med Port*; 24: 889-896. Acedido em: actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/.../1164
- Almeida & Filho (2004). *O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno*. Rev. Ciênc. Méd., Campinas, 13(4):381-388, out./dez., 2004
- Almeida, J.A.G. de, & Novak, F.R. (2004). Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *Jornal de Pediatria*, Vol. 80, 5: 119-125. Acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a02>
- Alves, S.M.A.L. (2011). *Grupos de apoio "Mãe para Mãe": Percursos e vivências da amamentação e implicações na Educação para a Saúde*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho. Instituto de Educação. Acedido em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19683/1/Sandrina%20Maria%20Ara%C3%BAjo%20Lopes%20Alves.pdf>
- Amaral, J.M.V. (2008) - *Alimentação com Leite Materno*. Tratado de Clínica Pediátrica, capítulo 52; p.288-293.
- André, A.C.P., Gomes, A.L.R., Pinto, K.O. et al. (2006). A vivência da amamentação em "mães de primeira viagem". *Revista Mudanças – Psicologia da Saúde*, 14(1): 56-73. Acedido em: <https://www.metodista.br/revistas/revistasims/index.php/MUD/article/viewFile/633/632>
- Aparecida, K., Chaves, L., Filipini, R., & Fernandes, I. (2014). Percepção das mães em relação ao aleitamento materno no período do pós parto. *ABCS Health Sci.*; 39(3): 146-152.
- Araújo, L., Sales, J., Melo, M., Mendes & Mistura, C. (2014). Influências sociais no processo do aleitar: percepções das mães. *Revista espaço para a saúde*. Londrina. vol. 15, 1: 25-36. Acedido em: http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/viewFile/17381/pdf_15
- Araújo, O.D., Cunha, A.L., Lustosa, L.R., Nery, I.S., Mendonça, R.C.M. & Campelo, S.M.A. (2008). *Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce*. *Rev. bras. enferm.*, 61(4): 488-492. Acedido em http://www.scielo.br /scielo.php?pid=S0034-71672008000400015&script=sci_arttext

- Araújo, V.S., Medeiros, A.P.D.S., Barros, A.D.C., Braga, L.S., Trigueiro, J.V.S., & Dias, M.D. (2013). Destete precoce: aspectos de la realidad de las trabajadoras informales. *Rev Enf Ref*, 3(10): 35-43. Acedido em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn10/serIIIIn10a05.pdf>
- Barbosa, F. A., Machado, L. D., Souza, L. V., & Scorsolini-Comin, F. (Dezembro de 2010) - *Significados do cuidado materno em mães de crianças pequenas*. Periódicos electrónicos em psicologia - Barbaroi, pp. 28-49.
- Barbosa, J., Santos, F., & Silva, P. (2013) Fatores associados à baixa adesão ao aleitamento materno exclusivo e ao desmame precoce. *Revista Tecer - Belo Horizonte*, vol. 6, 11: 154-165. Acedido em: <http://www3.izabelahendrix.edu.br/ojs/index.php/tec/article/view/352>
- Bárcia, S., & Veríssimo, M. (2009). *A importância da massagem do bebé para as atitudes face à maternidade*. *Revista de Psicologia, Saúde e Doenças*, 2010, 11 (2), 271-281
- Batalha, L. (2004). *Aleitamento Materno na Região do Baixo Mondego*. *Ciência e Técnica*; p.19-22.
- Batistel, C., Tanaka, C., Sant'Ana, J., & Paschoal, A. (2012). Importância das orientações do enfermeiro no aleitamento materno considerando os fatores pesquisas finais. *Revista Eletrónica da Faculdade Evangélica do Paraná, Curitiba*, v. 2, 3: 2-17. Acedido em: www.fepar.edu.br
- Benedett, A., Silva, I., Ferraz, L., Oliveira, P., Fragoso, E., & Ourique, J. (2014). *A dor e desconforto na prática do aleitamento materno*. *Cogitare Enferm.*, 19(1): 136-140. Acedido em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/35971/22179>
- Boas, J., & Oliveira, C. (2013). *Educar para cuidar: o papel do enfermeiro de família na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno*. Relatório de Estágio Mestrado em Educação Área de Especialização em Educação de Adultos e Intervenção Comunitária. Acedido em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/29228/1/Joana%20Maria%20Oliveira%20Vilas%20Boas.pdf>
- Brito, R. S., & Oliveira, E. M. (2006) - Aleitamento materno: mudanças ocorridas na vida conjugal do pai. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 27 (2), 193-202.
- Caldeira, T., Moreira, P., & Pinto, E. (2007). Aleitamento materno: estudo dos factores relacionados com o seu abandono. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23: 685-699.

- Camarneiro, A. P., & Justo, J. M. (2010). Padrões de Vinculação Pré-natal, Contributos para a adaptação da Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale em casais durante o 2º trimestre de gravidez, na região centro de Portugal. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 28: 7-21.
- Carrascoza, K. C., Costa Junior, Á. L., & Moraes, A. B. (2005). Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. *Estudos de Psicologia*, 22(4): 433-440. Acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v22n4/v22n4a11.pdf>
- Carvalho, M., & Tavares, L. (2010). *Amamentação bases científicas*. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Castelli, C., Maahs, M., & Almeida, S. (2014). Identificação das dúvidas e dificuldades de gestantes e puérperas em relação ao aleitamento materno. *Rev. CEFAC*; 16(4): 1178-1186. Acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v16n4/1982-0216-rcefac-16-4-1178.pdf>
- Catarino, M.J.V.S.S. (2007). *Ideias e práticas das mães face à amamentação*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Algarve. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Departamento De Psicologia. Acedido em: https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/583/1/Tese_Mestrado_Maria_Joao_Catarino.pdf
- Cordeiro, A. (2011). *Aleitamento Materno: Caracterização da situação e determinantes da sua duração*. Tese de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto: Portugal. Acedido em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21902/3/resumo.pdf>
- Costa, A., & Lamy, L., (2009). *Amamentação: uma questão de desejo ou cultura?* Revista enfermeiro, centro hospitalar do barlavento algarvio.
- Coutinho, C. - *Métodos e Técnicas de Amostragem*; Universidade do Minho. Claracoutinho.wikispaces.com
- Cunha, A.C.B., Santos, C. & Gonçalves, R.M. (2012). Concepções sobre maternidade, parto e amamentação em grupo de gestantes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*; Rio de Janeiro, 64 (1): 139-155. Acedido em <http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/748/666>
- D'Artibale, E., & Bercini, L. (2014). O contato e a amamentação precoces: significados e vivências. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2014 Jan-Mar; 23(1): 109-17. Acedido em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00109.pdf

- Dias, A., Monteiro, T., Oliveira, D., Guedes, A., Godinho, C. & Alexandrino, A.M. (2013). Aleitamento materno no primeiro ano de vida: prevalência, fatores protetores e de abandono. *Acta Pediátrica Portuguesa Sociedade Portuguesa de Pediatria*, 44(6): 313-318. Acedido em: <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/2719/2754>
- Dieterich, C., Felice, J., O'Sullivan, E., & Rasmussen, K. (2013). Breastfeeding and health outcomes for the mother-infant dyad. *Pediatr Clin North Am.*, 60(1): 31-48. Acedido em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23178059>
- Diniz, A.B., Barberino, L., Lima, F.S., Abreu, A., Mansú, M. et al. (2007). Influência do Perfil Sócio econômico no Aleitamento Materno em Salvador -Econômico no Aleitamento Materno em Salvador, Bahia. *Gaz. méd. Bahia*; 77: (Suplemento 1): S13-S22. Acedido em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/view/278/269>.
- Erica, C.O., Ruowei, L., Kelley, S.S., Cria, G.P., & Grummer-Strawn, L. (2014). Association of Family and Health Care Provider Opinion on Infant Feeding with Mother's Breastfeeding Decision. *Journal of the academy of nutrition and dietetics*. Vol. 114, n.º 8. Acedido em: <http://www.pubfacts.com/detail/24200653/Association-of-family-and-health-care-provider-opinion-on-infant-feeding-with-mothers-breastfeeding->
- Escobar, A. M., Ogawa, A. R., Hiratsoka, M., Kawashita, M. Y., Teruya, P., Grisi, S. et al. (2002). Aleitamento materno e condições sócio-económico-culturais: factores que levam ao desmame precoce. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2(3): 253-261.
- Eulálio, M.C., Macedo, J.Q., Gomes, L.N., & Góes, N.S.G. (2014). Significado da amamentação influenciado por mães nutrízes. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 4(2): 350-358.
- Faleiros, F.T.V., Trezza, E.M.C. & Carandina, I. (2006). Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev. Nutr.*, 19 (5): 623-630. Excedido em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-273200600500010&Ing=.
- Fernandes, C.S.F.N. (2013). *Atitudes Maternas face à Amamentação*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1738/1/FERNANDES%20CI%C3%A1udi%20Sofia%20Fialho%20Nisa%20%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf>

- Ferreira, M., Nelas, P., & Duarte, J. (2011). Motivação para o Aleitamento Materno: Variáveis Intervenientes. *Millenium*, 40: 23-38. Acedido em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/3.pdf>
- Ferreira, M.C.L.D. (2012). *Motivação para a amamentação, recursos familiares e satisfação com o suporte social*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1736/1/FERREIRA%20Margarida%20Costa%20Loureiro%20Dias%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf>
- Fonseca, M., Gomes, F. (2010). *Conhecimento e práticas de profissionais de enfermagem das equipas de saúde da família, de um município do interior de Minas Gerais, sobre promoção ao aleitamento materno*. Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências junto ao Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública.
- Fonseca-Machado, M.O., Haas, V.J., Stefanello, J., & Nakano, A.M.S., Gomes-Sponholz, F. Aleitamento materno: conhecimento e prática (2012). *Rev Esc Enferm USP*; 46(4):809-815. Acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/04.pdf>
- Fortin, M.F. (2009) - *Fundamentose etapas do processo de investigação*. Loures.
- Galvão, D.G. (2011). Formação em aleitamento materno e suas repercussões na prática clínica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 64, 2: 308-314.
- Giuliani, E.R.J., & Lamounier, J.A, (2004). Aleitamento Materno: uma contribuição Científica para a prática do profissional de saúde. *Jornal de Pediatria*, Sociedade Brasileira de Pediatria: S117-S118.
- Gleason. C., Devaskar. S. (2012). Breastfeeding. Avery's Diseases of the Newborn Ninth Edition, Chapter 65, 937-951.
- Gomes, L., Lopes, R., Carvalho, M., & Barbosa, T. (2011). Dificuldades encontradas pelas mães em amamentar seu primeiro filho. *Revista pesquisa: cuidado é fundamental*, 3(3) : 2137-46.
- Gomez, R., & Leal, I. (2007). Vinculação Parental Durante a Gravidez: Versão Portuguesa da Forma Materna e Paterna da Antenatal Emocional Attachment Scale. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8: 153-165.

- Graça, L. C. (2010). *Contributos da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno*. Doutoramento em Enfermagem, universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Henriques, S., & Martins, R. (2011) *Aleitamento materno: o porquê do abandono*. *Millenium*, 40: 39-51.
- <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/viewFile/633/632>
- Junges, C.F., Ressel, L.B., Budó, M.L.D., Padoin, S.M.M., Hoffmann, I.C., & Shenem, G.D. (2010). *Percepções de puérperas quanto aos fatores que influenciam o aleitamento materno*. *Revista Gaúcha Enferm.*, 31(2): 343-350. Acedido em <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/10041/10245>
- Kenosi, M., Hawkes, C., Dempsey, E., Ryan, R. (2011). *Are Fathers Underused Advocates for Breastfeeding?*. *Ir Med J*. Nov-Dec;104(10):313-5.
- Kuo, S.C., Hsu, C.H., Li, C.Y., Lin, K.C., Chen, C.H., Gau, M.L., & Chou, Y.H. (2008). *Community-based epidemiological study on breastfeeding and associated factors with respect to postpartum periods in Taiwan*. *Journal of Clinical Nursing*, 17(7): 967-975. Acedido em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18321294>.
- Kurtz, L., Maahs, Bonamigo, A., & Almeida, S. (2015). *Promoção do aleitamento materno em um contexto interdisciplinar*. *Rev. de Atenção à Saúde*, v. 13, 43: 46-52. Acedido em http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/2657
- Kuschnir, K. (2008). *Maternidade e Amamentação - Biografia e relações de género intergeracionais*. *Sociologia, Problemas e Práticas*, (56): 85-103.
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de aleitamento materno*. Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. Lisboa, 2002.
- Lima, L., & Souza, S. (2013). *Percepção materna sobre o apoio recebido para a amamentação: o olhar na perspectiva da vulnerabilidade programática*. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v. 34, 1: 73-90.
- Lima, T. M., & Osório, M. M. (2003). *Perfil e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 25 meses, da região Nordeste do Brasil*. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 3 (3), 305-314.
- Machado, Haas, Stefanello, Nakano & Sponholz, (2012). *Aleitamento materno: conhecimento e prática*. *Rev. esc. enferm. USP* vol.46 no.4 São Paulo Aug. 2012

- Maia, M. J. (2007) - *O Papel do enfermeiro num estudo de adesão ao aleitamento materno*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Universidade do Porto, Instituto de ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Manual de Orientação do aleitamento materno (2010). Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Acedido em: <http://www.itarget.com.br/newclients/sggo.com.br/2008/extra/download/Aleitamento.pdf>
- Martins, C. F. (2012). *Impacto da dade materna na relação que a mãe estabelece com o seu bebé*. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia - Secção de psicologia clínica e da Saúde – Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica, Lisboa.
- Nelas, P., Ferreira, M., & Duarte, J. (2008). Motivação para a Amamentação: construção de um instrumento de medida. *Revista Referência II Série- n.º 6*: 39-56.
- Observatório de Aleitamento Materno (2012). *Registo do aleitamento materno (2010-2012)*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido em: www.dgs.pt/.../relatorio-do-registo-do-aleitamento-materno-julho-de-20
- Odom, E., Li, R., Scanlon, K., Perrine, C., & Grummer-Strawn, L. (2014). *Association of family and health care provider opinion on infant feeding with mother's breastfeeding decision*. *Journal of the academy of nutrition and dietetics*, 114(8): 1203-1207. Acedido em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24200653>.
- Olímpio, D.M., Kochinski, E., & Ravazzani, E.D.A. (2010). Fatores que Influenciam no Aleitamento Materno e Desmame Precoce em Mães Adolescentes e Adultas. *Cadernos da Escola de Saúde*, Curitiba, v. 3: 1-12.
- Parizotto J., & Zorzi, N.T. (2008). Aleitamento Materno: Fatores Que Levam Ao Desmame Precoce No Município De Passo Fundo. *O Mundo da Saúde*, v. 32, 4: 466-474. Acedido em: http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/65/08_Aleitamento_baixa.pdf
- Pedro, I.M.S.C. (2012). *Motivação da grávida para a amamentação e sua relação com variáveis sociodemográficas, obstétricas, autoestima da grávida e envolvimento paterno na gravidez*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra. Acedido em: repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id..
- Pereira M.A. (2004). *Aleitamento Materno: estabelecimento e prolongamento da amamentação. Intervenções para o seu sucesso*. Dissertação de candidatura ao grau de

- Doutor em Ciências Biomédicas. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Porto.
- Pereira, M. A. (2006). *Aleitamento Materno. Importância da Correção da Pega no Sucesso da Amamentação-Resultados de um Estudo Experimental*. Loures: Lusodidacta.
- Perry, S. (2006). *Enfermagem na Maternidade*. 7ªed. Loures: Lusodidática.
- 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.
- Pinho, M.S. (2013). *Motivação para a Amamentação: Estudo de fatores predisponentes*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde de Coimbra. Acedido em: http://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=details&id_sp=4522&l=1
- Pinto, D. (2009). *Conhecimento das mães sobre a contracepção durante a Amamentação*. Porto. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.bdigital.ufp.pt>
- Pinto, T. (2008) Promoção, Protecção e Apoio ao Aleitamento Materno na Comunidade Revisão das Estratégias no Período Pré-natal e Após a Alta. *Arq Med.*, 22(2/3): 57-68 Acedido em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132008000200005
- Rocci, E. & Fernandes, R. (2014). *Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce*. Rev. Brasileira de Enfermagem. 2014 jan-fev; 67(1): 22-7. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0022.pdf>
- Rocha, A., Leal, I. & Maroco, J. (2008). *Efeito do aleitamento materno na saúde, bem estar e desenvolvimento infantil: um estudo preliminar*. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1): 55-62. Acedido em http://www.isabelleal.com/portals/1/pdfs/livros_actas/o%20efeito%20do%20aleitamento%20materno.pdf
- Rodrigues, A., Padoin, S., Paula, C., & Guido, L. (2013). Fatores que interferem na autoeficácia da amamentação: revisão integrativa. *Revista de enfermagem UFPE*, Recife, 7(esp): 4144-52.
- Rodrigues, B., Pelloso, S., França, L., Ichisato, S., & Higarashi, I. (2014). Aleitamento materno e desmame: um olhar sobre as vivências de mães enfermeiras. *Revista Rene*; 15(5): 832-841.

- Rodrigues, N.A., & Gomes, A.C.G. (2014). *Aleitamento materno: fatores determinantes do desmame precoce*. *Revista de Enfermagem*, v. 17, 1: 30-48. Acedido em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/7037/6290>
- Sabarense, A.P. (2008). *Desmame precoce: uma visão multifatorial*. Universidade federal de minas gerais escola de enfermagem da UFMG. Belo Horizonte. Acedido em: http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeeon_icieon/files/0155.pdf
- Sampieri, R.H. (2003). *Metodologia da investigação*. México: Interamerica
- Sandes, A., Nascimento C., Figueira J., Gouveia R. et al (2007). Aleitamento Materno. Prevalência e Factores Condicionantes. *Acta Medica Portuguesa*; 20: 193-200. Acedido em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/17639/1/aleitamento_materno.pdf
- Sarafana, S., Abecasis, F., Tavares, A., Soares, I., & Gomes, A. (2006). *Aleitamento Materno: evolução da última década*. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 1 (37) : 9-14.
- Saraiva, H. (2010). Aleitamento Materno: Promoção e Manutenção. *Lidel editores*, 2010. ISBN 978-972-757-659-3.
- Silva, B., Santiago, L., & Lamonier, J. (2011). Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. *Rev Paul Pediatr*, 30 (1): 122-30. Acedido em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822012000100018>
- Sousa, N., & Bernardes, A. (2010). Aleitamento materno: Prevalência e caracterização da informação prestada. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*; 26: 440-448. Acedido em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10778/10514>
- Spallicci, M.D.B., Albuquerque, P.B., Issler, H., Ramos, J.L.A., & Zugaib, M. (2008). *Aspectos perinatais do aleitamento materno: orientações durante o pré-natal*. Acedido em: <http://latina.obgyn.net/portugues/default.asp?page=/portugues/articles/aspectos>
- Takushi, S.A.M., Tanaka, A.C.A., Gallo, P.R., & Machado, M.A.M.P. (2008). *Motivação de gestantes para o aleitamento materno*. *Revista de Nutrição*, 21(5), 491-502. Acedido em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732008000500002&lng=en&tlng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S141552732008000500002>.
- Venâncio, S. I., Escuder, M.M., Kitoko, P., Réa, M.F., & Monteiro, C. A. (2002). Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 36 (3): 313-318.
- Walker, M. (2008). Conquering common breast-feeding problems. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*; 22(4): 267-274.

Wilhelm, D., Alves, B., Cremonese, L., & Ressel, L.B. (2015). A vivência da amamentação na ótica de mulheres: contribuições para a enfermagem. *Rev Enferm UFSM*; 5(1): 160-168. Acedido em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/15409>

Wojcicki, J., Gugig, R., Tran, C., Kathiravan,S., Holbrook,K., & Heyman, M. (2010). Early Exclusive Breastfeeding and Maternal Attitudes Towards Infant Feeding in a Population of New Mothers in San Francisco, California. *Breastfeeding Medicine*, 5(1): 9-15. Acedido em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19772374>.

ANEXOS

ANEXO I – Instrumento de colheita de dados

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO AO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Cara Senhora

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e as alunas Cláudia Costa e Sílvia Pinho do 2º curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, a desenvolver um estudo subordinado ao tema: **“Amamentação e os fatores relacionados com as dificuldades na sua manutenção”**. Os objetivos principais da presente investigação são analisar a prevalência do aleitamento materno aos sete dias e ao mês de vida do bebé e, analisar a relação entre a prevalência do aleitamento materno com a precocidade da primeira mamada, o suporte familiar e a satisfação com a vida, as atitudes maternas face à amamentação, o autoconceito materno e a vinculação pós-natal. A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Asseguramos que nesta investigação será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- *Declaro ter compreendido os objetivos do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;*

- *Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;*

- *Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;*

- *Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;*

Assim, depois de devidamente informada **autorizo a participação** neste estudo:

_____ (localidade), ___/___/____

Nome:

Assinatura do participante:

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:

Nome dos investigadores:

Cláudia Sofia Marques Lopes Costa;

Sílvia Margarida de Almeida Pinho;

Assinaturas



QUESTIONÁRIO

Exma. Senhora,

Somos duas enfermeiras a frequentar o II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, na Escola Superior de Saúde de Viseu. No âmbito do curso, estamos a desenvolver uma investigação sobre Amamentação, nomeadamente os fatores e as dificuldades associadas. Neste sentido, solicitamos a sua colaboração para o preenchimento deste questionário, neste momento, e após sensivelmente três semanas.

Ao responder, após uma leitura atenta, faça-o de acordo com as instruções de preenchimento, com a maior honestidade possível e o mais próximo da sua realidade, não deixando nenhuma questão por responder.

A sua participação deve ser voluntária, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos.

Obrigada desde já pela sua colaboração.

Cláudia Costa e Sílvia Pinho

I PARTE – CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA

1. Idade: _____

2. Estado Civil: Casada / União de facto Solteira/Outro

3. Escolaridade: < 2º Ciclo (até 6º ano de escolaridade) 3º Ciclo (9º ano)

Ensino Secundário (12º ano) Curso Profissional ou Tecnológico Bacharelato

Licenciatura Mestrado Doutoramento

4. Situação Profissional: Desempregada Empregada em tempo parcial

Empregada em tempo completo

5. Profissão: _____

6. Residência: Aldeia Vila Cidade

II PARTE – CARACTERIZAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO

7. É a primeira vez que amamenta? Sim Não

8. Amamentou o seu bebé na 1ª hora de vida? Sim Não

9. Que tipo de aleitamento fez após o parto, no internamento:

Aleitamento Materno em exclusivo (mama)

Aleitamento Artificial (biberão)

Aleitamento Misto (mama + biberão)

10. A experiência de amamentar está a ser: Agradável Desagradável

11. A decisão de amamentar foi por:

Sua iniciativa Conselho do médico

Conselho de enfermeiro Conselho do companheiro

Conselho de familiares Conselho de amigos

12. Em que altura da gravidez considerou pela primeira vez a possibilidade de amamentar:

Primeiro trimestre Segundo trimestre Terceiro trimestre Após o nascimento

13. Obteve informação sobre amamentação pelo/a (s):

Médico Enfermeiro Familiares Amigos

Internet Televisão Livros / Revistas

Se outra fonte, qual? _____

14. Que tipo de informação recebeu relativa à amamentação?

- Frequência das mamadas Vantagens da amamentação
 Posições para amamentar Sinais de fome do bebé
 Extração e conservação do leite materno Prevenção de fissuras nos mamilos
 Prevenção do ingurgitamento mamário Tratamento de fissuras nos mamilos
 Tratamento do ingurgitamento mamário Mastite

15. Teve, ou ainda tem, dificuldades relacionadas com a amamentação? Não Sim

- Se sim, quais? Fissuras Ingurgitamento mamário Mastite
 Dificuldades na pega Dificuldades na posição e postura para amamentar

16. Teve apoio dos enfermeiros nas dificuldades sentidas? Sim Não

17. As dificuldades foram ultrapassadas? Sim Não

18. Oferece leite artificial ao seu bebé? Não Sim

- Se sim, por que o fez? Considerar que o bebé tem fome Perda de peso do bebé
 Problemas com os mamilos Problemas com a mama Incentivo de amigos
 Incentivo de familiares Incentivo de profissionais de saúde

19. Utiliza mamilo de silicone para amamentar? Não Sim

Se sim, qual o motivo? _____

20. Atualmente tem dúvidas sobre amamentação? Não Sim

Se sim, qual? _____

Escala das atitudes maternas face à amamentação (Pereira, 2004)

Abaixo estão algumas afirmações acerca de diferentes métodos de alimentação do bebé.

A- Por favor examine cada uma das seguintes frases, que contêm opiniões sobre as vantagens do Aleitamento Materno e do Aleitamento Artificial e indique a sua opinião.

Escala: Muito Certo (7) _____ Muito Errado (1)

	7	6	5	4	3	2	1
A amamentação estabelece um contacto íntimo entre a mãe e o bebé.							
O biberão é um método muito prático para alimentar um bebé.							
A amamentação é embaraçosa para a mãe.							
O leite do biberão fornece um alimento incompleto para um bebé.							
A amamentação é boa para a saúde da mãe.							
O biberão torna possível para o pai o envolvimento na refeição do bebé.							
A amamentação dificulta as saídas da mãe de sua casa.							
O biberão é um método caro de alimentar um bebé.							
A amamentação fornece o melhor alimento para o bebé.							
A alimentação por biberão é um método de alimentar o bebé que não dá preocupações.							
A amamentação protege o bebé contra as infeções.							
A alimentação por biberão permite avaliar exactamente a quantidade de leite que o bebé tomou.							
A amamentação protege o bebé de alergias.							
A amamentação protege a mãe do cancro da mama.							
A amamentação é uma fonte de prazer para a mãe.							
A amamentação é uma fonte de prazer para o bebé.							

B- Por favor examine cada um dos aspectos dos dois métodos de alimentar um bebé, e indique a importância que eles têm para si.

Escala: Muito Importante (+3) _____ Nada Importante (-3)

	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
Usar um método que permita sair de casa é							
Usar um método que seja bom para a minha saúde é							
Usar um método prático é							
Usar um método que estabeleça um contacto íntimo entre mim e o meu filho é							
Usar um método que não me faça sentir embaraçada é:							
Usar um método que permita ao pai do bebé envolver-se na refeição do filho é:							
Usar um método que forneça uma alimentação completa para o meu bebé é:							
Usar um método que não me cause preocupações é:							
Usar um método barato é:							
Usar um método que permita avaliar exactamente a quantidade de leite que o bebé toma é:							
Usar um método que proteja o meu bebé de infecções é:							
Usar um método que me dê prazer é:							
Usar um método que proteja o meu bebé de alergias é:							
Usar um método que me proteja do cancro da mama é:							
Usar um método que dê prazer ao meu bebé é:							
Usar o melhor método para alimentar o meu bebé é:							

C - O que pensa cada uma das seguintes pessoas acerca da amamentação do seu bebé:

Escala: Devo Absolutamente (7) _____ Não Devo (1)

	7	6	5	4	3	2	1
O pai do bebé pensa que...							
A minha mãe pensa que...							
A minha melhor amiga pensa que...							
O meu enfermeiro pensa que...							

D - O que pensa cada uma das pessoas de você alimentar o seu bebé com leite artificial?

Escala: Devo Absolutamente (7) _____ Não Devo (1)

	7	6	5	4	3	2	1
O pai do bebé pensa que...							
A minha mãe pensa que...							
A minha melhor amiga pensa que...							
O meu enfermeiro pensa que...							

E - Qual a importância que habitualmente tem para si a opinião de:

Escala: Muito Importante (+3) _____ Nada Importante (-3)

	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
O pai do bebé ...							
A minha mãe...							
A minha melhor amiga...							
O meu enfermeiro...							

F - Só para quem tenciona amamentar:

Tenciono continuar a amamentar mesmo se surgirem problemas						Desistirei de amamentar se surgirem problemas
+3	+2	+1	0	-1	-2	-3

Inventário clínico de autoconceito (Vaz Serra, 1985)

A seguir estão expostos diversos atributos, capazes de descreverem como uma pessoa é. Leia cuidadosamente cada questão e responda verdadeira, espontânea e rapidamente a cada uma delas. Ao dar a resposta considere, sobretudo, a sua maneira de ser habitual e não o seu estado de espírito de momento. Coloque um (X) no quadrado correspondente.

Escala: 1 – Não concordo 2 – Concordo pouco 3 – Concordo moderadamente
4 – Concordo muito 5 – Concordo muitíssimo

	1	2	3	4	5
Sei que sou uma pessoa simpática.					
Costumo ser franco/a a exprimir as minhas opiniões.					
Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades.					
No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador.					
Costumo ser rápido/a na execução das tarefas que tenho para fazer.					
Considero-me tolerante para com as outras pessoas.					
Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis.					
De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas.					
Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros.					
Quando tenho uma ideia que me parece válida, gosto de a pôr em prática.					
Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades.					
Não sei porque a maioria das pessoas embirra comigo.					
Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade.					
Considero-me competente naquilo que faço.					
Sou uma pessoa que gosto muito de fazer o que lhe apetece.					

A minha maneira de ser leva-me a sentir-me na vida com um razoável bem-estar.					
Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros.					
Quando tenho um problema que me aflige, não o consigo resolver sem o auxílio dos outros.					
Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço.					
Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades.					

Escala de vinculação pós-natal (S. Airosa, I. Silva & H. Bachu, 2012, adaptada da versão portuguesa: R. Gomez e I. Leal, 2007)

Por favor, responda às seguintes questões, assinalando uma das cinco possibilidades, referindo-se apenas às 2 ÚLTIMAS SEMANAS.

<p>Tenho pensado ou tenho-me preocupado com o bebé:</p> <p>0 Quase o tempo todo 1 Muito frequentemente 2 Frequentemente 3 Ocasionalmente 4 Nunca</p> <p>Quando falo ou penso sobre o bebé tenho sentido emoções que são:</p> <p>0 Muito fracas ou nenhuma 1 Relativamente fracas 2 Entre fortes e fracas 3 Relativamente fortes 4 Muito fortes</p> <p>Os meus sentimentos em relação ao bebé têm sido:</p> <p>0 Muito positivos 1 Principalmente positivos 2 Uma mistura entre positivos e negativos 3 Principalmente negativos 4 Muito negativos</p> <p>O meu desejo de ler ou obter informação acerca do bebé tem sido:</p> <p>0 Muito fraco ou nenhum 1 Relativamente fraco 2 Nem forte nem fraco 3 Moderadamente forte 4 Muito forte</p> <p>Tenho tentado imaginar como o bebé se parece:</p> <p>0 Quase o tempo todo 1 Muito frequentemente 2 Frequentemente 3 Ocasionalmente 4 Nunca</p>	<p>Quando penso no bebé, os meus pensamentos:</p> <p>0 Contêm sempre ternura e amor 1 Contêm na maioria das vezes ternura e amor 2 Contêm um misto de ternura e irritação 3 Contêm alguma irritação 4 Contêm muita irritação</p> <p>Quando penso no bebé, os meus sentimentos têm sido:</p> <p>0 Muito tristes 1 Moderadamente tristes 2 Uma mistura entre felicidade e tristeza 3 Moderadamente felizes 4 Muito felizes</p> <p>Tenho-me sentido emocionalmente:</p> <p>0 Muito distante de bebé 1 Moderadamente distante do bebé 2 Não particularmente próxima do bebé 3 Moderadamente próxima do bebé 4 Muito próxima do bebé</p> <p>Tenho tido cuidado com o que como para assegurar que o bebé tem uma dieta saudável:</p> <p>0 Nunca 1 Raramente 2 Ocasionalmente 3 Regularmente 4 Sempre</p> <p>Quando vi o bebé pela primeira vez depois do nascimento:</p> <p>0 Senti intensa afeição 1 Senti essencialmente afeição 2 Senti afeição, mas alguns aspectos do bebé estão a desagradar-me 3 Vários aspectos de bebé estão a desagradar-me 4 Sinto-me particularmente desgostosa</p>
---	--

<p>Vejo o bebê em desenvolvimento principalmente como:</p> <p>0 Uma pequena pessoa real com características especiais 1 Um bebê como qualquer outro 2 Um ser humano 3 Algo vivo 4 Algo ainda não propriamente vivo</p> <p>Tenho sentido que o bem-estar do bebê depende de mim:</p> <p>0 Totalmente 1 Em grande medida 2 Moderadamente 3 Ligeiramente 4 Nada</p> <p>Tenho dado por mim a falar com o meu bebê quando estou sozinha:</p> <p>0 Nunca 1 Ocasionalmente 2 Frequentemente 3 Muito frequentemente 4 Quase todo o tempo que estou sozinha</p>	<p>Quando o bebê nasceu, peguei nele:</p> <p>0 Imediatamente 1 Após ter sido embrulhado num cobertor 2 Após ter sido lavado 3 Após ter descansado algum tempo 4 No dia seguinte</p> <p>Tenho tido sonhos acerca do bebê:</p> <p>0 Nunca 1 Ocasionalmente 2 Frequentemente 3 Muito frequentemente 4 Quase todas as noites</p> <p>Tenho dado por mim a tocar ou a passar com a mão no bebê:</p> <p>0 Muitas vezes por dia 1 Pelo menos uma vez por dia 2 Ocasionalmente 3 Apenas uma vez 4 Nunca</p>
---	---

Escala de satisfação com a vida (Simões, 1992)

Esta escala compreende cinco frases com as quais poderá concordar ou discordar. Utilize a escala de 1 a 5 e marque uma cruz (X) no quadrado que melhor indica a sua resposta.

Escala: 1 – Discordo muito 2 – Discordo um pouco 3 – Não concordo nem discordo
4 – Concordo um pouco 5 – Concordo muito

	1	2	3	4	5
A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que fosse.					
As minhas condições de vida são muito boas.					
Estou satisfeita com a minha vida.					
Até agora tenho conseguido as coisas importantes da vida que eu desejaria.					
Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.					

Apgar familiar (Smilkstein, 1984)

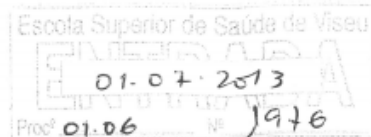
Para cada afirmação assinale o número que corresponde à sua opinião.

Escala: 1 – Quase sempre 2 – Algumas vezes 3 – Quase nunca

	1	2	3
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.			
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.			
Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.			
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.			
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.			

Obrigada pela sua colaboração!

ANEXO II – Pedidos de autorização para a recolha de dados



Exmo. Senhor
Presidente
da Escola Superior de Saúde de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida,
n.º 102

3500-843 VISEU

Sua referência

Sua comunicação

Nossa referência
ACES BV / Coord.
Enfermagem

Aveiro

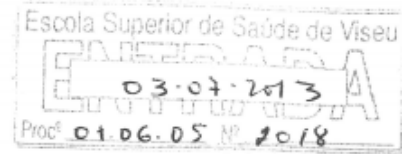
ASSUNTO: **Pedido de autorização para efectuar colheita de dados:**
- Estudo "Amamentação e os fatores relacionados com as dificuldades na sua manutenção"

Em resposta ao solicitado no v/ ofício n.º 461, de 06-06-2013, cumpre-nos informar V. Ex.ª, que por despacho do Exm.º Sr. Presidente do Conselho Clínico do ACeS Baixo Vouga, de 24-06-2013, foi autorizada a realização de colheita de dados, durante o período de junho a outubro de 2013.

Com os melhores cumprimentos.

O Diretor Executivo do ACeS Baixo Vouga

(Manuel Sebe, Dr.)



SALDA

02307 *13/JUN/28 17:18

Ex.º Senhor

Professor Doutor Carlos Pereira

Presidente da Escola Superior de Saúde de Viseu

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102

3500-843 VISEU

Vossa referência
0462

Vossa comunicação:
06-jun-2013

Nossa referência:

Data:
24-jun-2013

Assunto: **Pedido de autorização para efectuar colheita de dados**
" Amamentação e os fatores relacionados com as dificuldades na sua manutenção"

De acordo com o solicitado no Vosso n.º 0462 de 06-junho-2013 somos a informar que é autorizada a aplicação do questionário, no entanto a divulgação pública dos resultados obtidos deverá ser precedida pelo prévio conhecimento deste ACeS.

Com os melhores cumprimentos. *penovar*

O DIRETOR EXECUTIVO

José Armando Marques Neves, Dr.

Anexo III – Pedidos de autorização para utilização das escalas

Declaração

Adriana Pereira, Doutora em Ciências Biomédicas, autoriza as Senhoras Enfermeiras Sílvia Margarida de Almeida Pinho e Cláudia Costa a aplicar o seu instrumento de colheita de dados "Escala das Atitudes Maternas face à Amamentação", na sua investigação sobre **Amamentação**, nomeadamente os fatores e dificuldades associadas, que se encontram a desenvolver no âmbito do II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, que frequentam na Escola Superior de Saúde de Viseu.

Votos dos melhores sucessos na vossa investigação

Cordiais saudações académicas



Adriana Pereira

Rotterdam, 6 de maio de 2013

FW: Pedido de autorização da Escala de Vinculação Pós-Natal

De: **Sílvia Pinho** (silviang_pinho@hotmail.com)
Enviada: segunda-feira, 3 de Novembro de 2014 20:30:39
Para: claudialopes911@hotmail.com (claudialopes911@hotmail.com)
1 anexo
Escala de Vinculação Pós-Natal.pdf (87,5 KB)

From: saruairosa@hotmail.com
To: silviang_pinho@hotmail.com
Subject: Pedido de autorização da Escala de Vinculação Pós-Natal
Date: Tue, 28 May 2013 10:35:18 +0000

Bom dia Sílvia Pinho,

A Escala de Vinculação Pós-natal foi desenvolvida durante a elaboração da dissertação por mim e teve o contributo da Prof. Dr.ª Isabel Silva e da Dr.ª Himali Bachu, tendo por base a versão pré-natal. Esta informação está disponível na minha tese de mestrado na parte do material, pág. 60.

Assim, não existe qualquer impedimento para utilizar esta escala na sua tese. Junto envio um exemplar da mesma, visto que a versão que se encontra na minha tese tem um lapso na parte dos autores.

Ficando a aguardar, se possível, o feedback dos resultados obtidos na sua investigação.

Votos de um bom trabalho,

Ao dispor para o que precisar.

Com os melhores cumprimentos,

Sara Airosa Silva