



IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Ana Elisabete Borges dos Santos Barbosa Lopes

Conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno: influência do contexto sociodemográfico, profissional e obstétrico

Relatório Final

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna
Obstetrícia e Ginecologia

Trabalho efectuado sob a orientação de
Professora Doutora Paula Nelas

Professor Doutor João Duarte



*Um título só vale uma festa!
A competência dum profissão
conquista-se na permanente justificação dessa festa.*

João Couto

No final deste percurso formativo quero deixar uma palavra de agradecimento a todos que tornaram possível a concretização deste estudo.

À Professora Doutora Paula Nelas, pela sua competência, disponibilidade, perseverança e bom senso durante a orientação do meu estudo e por nunca ter desistido de mim.

Ao Professor Doutor João Duarte, pela disponibilidade e preciosa ajuda no tratamento estatístico.

Aos Profissionais de Saúde que fizeram parte deste estudo uma palavra de carinho pela disponibilidade e colaboração demonstrada, partilhando as suas experiências.

Aos meus pais pela possibilidade que me proporcionaram de exercer a profissão que tanto desejei.

Aos meus amigos e colegas de trabalho, um agradecimento especial pela paciência, carinho e palavras sábias ao longo deste caminho.

Ao Kikas, Mafaldinha e Dinis pelo amor, paciência e apoio manifesto ao longo do meu trajecto profissional e em tantos momentos difíceis.

Ao meu colega e amigo, JÓ Andrade, pelo apoio constante e disponibilidade demonstrada.

A todas as Enfermeiras que muito me ensinaram, com os seus exemplos e conselhos.

RESUMO

Enquadramento: A prática exclusiva do aleitamento materno até aos seis meses de vida é uma recomendação da OMS e UNICEF. No sucesso da lactação, os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, têm um papel especialmente importante como elementos de incentivo e manutenção desta prática. Contudo, o seu abandono precoce é uma realidade, sendo influenciado por vários factores, nomeadamente a falta de conhecimentos, a falta de apoio na amamentação, os contextos pessoais de amamentação e a formação neste âmbito.

Objetivo: Analisar a influência que as variáveis de contexto sociodemográfico, profissional e obstétrico, têm nos conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno.

Métodos: Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, não experimental, transversal e descritivo–correlacional. O protocolo de avaliação é o questionário, autoadministrado, a uma amostra não probabilística de 374 enfermeiros, a exercerem funções em serviços hospitalares e cuidados de saúde primários na área da saúde materno-infantil. O questionário está dividido em quatro partes e permite fazer a caracterização sociodemográfica, profissional e obstétrica e a escala relativa aos conhecimentos sobre aleitamento materno, construída e validada neste estudo para o efeito.

Resultados: O estado civil, a residência, o tempo de exercício profissional na área materno-infantil não influenciam os conhecimentos sobre aleitamento. A idade influencia a globalidade dos conhecimentos e os cuidados e condições maternas. As enfermeiras têm mais conhecimentos relativos aos cuidados e condições maternas. O maior grau académico influencia a globalidade dos conhecimentos, assim como os cuidados e condições maternas. Os enfermeiros especialistas apresentam diferenças significativas em todos os domínios, à exceção dos aspetos das propriedades da amamentação. Os ESMO, os que trabalham em contexto hospitalar, os que realizaram formação e a condição de conselheiro implicam maiores conhecimentos, com diferenças significativas, em todos os domínios. Os enfermeiros com menos tempo de exercício profissional possuem maiores conhecimentos nos cuidados e condições maternas e propriedades da amamentação. A condição de formador revela diferenças estatísticas significativas para os conhecimentos globais, cuidados e condições maternas e procedimentos técnicos. O facto de terem filhos influencia os procedimentos técnicos, a prática pessoal de aleitamento influencia os conhecimentos globais, os cuidados e condições maternas e propriedades da amamentação.

Conclusão: Este estudo leva-nos a pensar na obrigatoriedade da formação contínua na área do aleitamento materno, no sentido de uniformizar procedimentos e informações à mulher lactante.

Palavras-chave: Aleitamento materno, Conhecimentos, Enfermeiros

ABSTRACT

Background: OMS and UNICEF recommend the exclusive practice of breastfeeding till the six months of life. To the success of lactation, the professionals of health, specially nurses, have an important role to encourage and maintain this practice. However, people usually stop doing it in an early stage, due to several factors, particularly because of the lack of knowledge, lack of support during breastfeeding, personal context and training in this area.

Objective: The objective of this study is to analyze the influence that the several socio-demographic, professional and obstetric variables have in the nurses knowledge about breastfeeding.

Methods: It is a quantitative, non experimental, transversal and descriptive-correlational study. The protocol of evaluation is a questionnaire, self-administered, a non-probabilistic sample of 374 nurses, in the work practice of hospital services and primary health care in the area of maternal and child health. The questionnaire is divided in four parts and it allows not only the socio-demographic, professional and obstetric characterization but also the scale of knowledge about breastfeeding, constructed and validated in this study.

Results: The marital status, the address, the profession time in the maternal and child health don't affect the knowledge about breastfeeding. The age affects the whole of knowledge and the care and maternal conditions. Nurses have more knowledge in what respects the care and the maternal conditions. The major degree affects not only the whole of knowledge, but also the care and maternal conditions. Specialized nurses have differences in several domains, except the priorities of breastfeeding. Midwives, nurses working in hospital, the ones who have training and advice conditions have more knowledge, with several differences in every domains. Nurses with less work time have more knowledge in care and maternal conditions as well as breastfeeding properties. The training state reveals not only meaningful statistic differences to the global knowledge, care and maternal conditions, but also technical procedures. The fact of having children of their own, influences the technical procedures, the personal practices of breastfeeding influences the global knowledge, the care and maternal conditions and proprieties of breastfeeding.

Conclusion: This study makes us thinking on the obligation of continuous training in the area of breastfeeding in order to standardize and inform women.

Keywords: Breastfeeding, Knowledge, Nurses

ÍNDICE

	Pág
ÍNDICE DE TABELAS	
ÍNDICE DE FIGURAS	
ÍNDICE DE GRÁFICOS	
ÍNDICE DE SIGLAS	
1 INTRODUÇÃO	21
PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
2 ALEITAMENTO MATERNO	27
3 CONHECIMENTOS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO: INFLUÊNCIA DA FORMAÇÃO E HISTÓRIA PESSOAL	39
PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	
4 MÉTODOS	45
4.1 CONCETUALIZAÇÃO, QUESTÕES E OBJECTIVOS DO ESTUDO	45
4.2 PARTICIPANTES	47
4.2.1 Caracterização sociodemográfica da amostra	48
4.3 INSTRUMENTO	50
4.3.1 Avaliação das qualidades psicométricas da escala de conhecimentos sobre aleitamento materno	51
4.4 PROCEDIMENTOS	68
4.5 ANÁLISE DE DADOS	69
5 RESULTADOS	73
5.1 ANÁLISE DESCRITIVA	73
5.2 ANÁLISE INFERENCIAL	79
6 DISCUSSÃO	95
6.1 DISCUSSÃO METODOLÓGICA	95
6.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	96
7 CONCLUSÕES	103

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
ANEXOS	
ANEXO I – Instrumento de colheita de dados	117
ANEXO II – Autorizações para aplicação do instrumento de colheita de dados	121

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág
Tabela 1- Dados sociodemográficos da amostra.	49
Tabela 2- Correlação de Pearson entre os diferentes itens e o valor global do questionário.	53
Tabela 3- Consistência interna da escala de conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno.	55
Tabela 4- Ordenação dos itens por factor.	59
Tabela 5- Correlação dos itens com os factores e consistência interna dos factores.	62
Tabela 6- Valores Alpha de Cronbach dos factores e da escala global.	65
Tabela 7- Matriz de correlação de Pearson entre os factores e escala global.	65
Tabela 8- Correlação dos itens com os factores e com o valor global dos conhecimentos.	66
Tabela 9- Caracterização da amostra segundo as variáveis de contexto profissional.	75
Tabela 10- Análise descritiva do tempo de amamentação dos filhos.	76
Tabela 11- Caracterização da amostra segundo as variáveis de contexto obstétrico.	77
Tabela 12- Estatísticas relativas aos conhecimentos globais e seus factores.	79
Tabela 13- Teste U de Mann-Whitney entre os conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno, seus factores e a idade.	80
Tabela 14- Teste U de Mann-Whitney entre os conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno, seus factores e o sexo.	81
Tabela 15- Teste de Kruskal-Wallis entre os conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno, seus factores e o estado civil.	82
Tabela 16- Teste de Kruskal-Wallis entre os conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno, seus factores e a residência.	83
Tabela 17- Testes de Kruskal-Wallis e LSD entre os conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno, seus factores e a formação académica.	84

Tabela 18- Teste U de Mann-Whitney entre os conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno, seus factores e a categoria profissional.	85
Tabela 19- Análise da variância entre os conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno, seus factores e a especialidade.	86
Tabela 20- Teste U de Mann-Whitney entre os conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno, seus factores e o local de trabalho.	87
Tabela 21- Testes de Kruskal-Wallis e LSD entre os conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno, seus factores e o tempo de exercício profissional.	88
Tabela 22- Teste de Kruskal-Wallis entre os conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno, seus factores e o tempo de serviço na área da saúde materna/infantil.	89
Tabela 23- Teste U de Mann-Whitney entre os conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno, seus factores e a formação.	90
Tabela 24- Teste U de Mann-Whitney entre os conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno, seus factores e a condição de formador em aleitamento materno.	91
Tabela 25- Teste U de Mann-Whitney entre os conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno, seus factores e a condição de conselheiro em aleitamento materno.	92
Tabela 26- Teste U de Mann-Whitney entre os conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno, seus factores e a existência de filhos.	93
Tabela 27- Teste U de Mann-Whitney entre os conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno, seus factores e a condição dos filhos terem sido amamentados.	94

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág
Figura 1- Esquema conceptual da investigação.	47

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág
Gráfico 1 - Variâncias de Scree Plot.	58

ÍNDICE DE SIGLAS

AM	- Aleitamento materno
BHFI	- Baby Friendly Hospital Initiative
dp	- Desvio padrão
EMC	- Enfermagem Médico-Cirúrgica
EP	- Erro padrão
EPE	- Entidade Publica Empresarial
ER	- Especialista em Reabilitação
ESC	- Especialista em Saúde Comunitária
ESIP	- Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
ESMO	- Especialista em Saúde Materna e Obstétrica
ESMP	- Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica
ESP	- Especialista em Saúde Pública
IBM	- International Business Machines Corporation
IHAB	- Iniciativa Hospitais Amigos Dos Bebés
K	- Medida de Achatamento Curtose
KMO	- Kaiser-Meyer-Olkin
KW	- Teste Kruskal-Wallis
M	- Média
N	- Tamanho dos subconjuntos
OM	- Ordenação média
OMS	- Organização Mundial de Saúde
p	- Significância
rg	- Correlação Bisserial de Glass
Sk	- Medida de Simetria Skewness
SPSS	- Statistical Product and Service Solutions
UMW	- Teste U de Mann-Whitney
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas para a Infância
Vs	- Versus
χ^2	- Qui-Quadrado do Teste Kruskal-Wallis

1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é, em regime livre, a melhor maneira de satisfazer as necessidades do lactente, não necessitando este de ser complementado com suplementos vitamínicos (Bueno & Teruya, 2004; Franco, 2003; Levy & Bértolo, 2012; Rodríguez, 2004; Royal College of Midwives, 2002; Santos & Sapage, 2005). Hoje em dia existe grande interesse em recuperar o aleitamento materno na alimentação do lactente em todos os âmbitos sociais, culturais e económicos (Kenner, 2001). Além disso as recomendações internacionais apontam para o aleitamento materno exclusivo até aos seis meses e complementado com outros alimentos até aos dois anos (Batalha, 2004).

No sucesso da lactação, os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, têm um papel especialmente importante, transmitindo informações para melhorar as taxas e a manutenção do aleitamento materno. Assim é necessário proporcionar conhecimentos e orientações técnicas, demonstrando interesse pela prática da amamentação e criando um clima afectivo com o binómio mãe e filho, pois os profissionais de saúde, por meio das suas atitudes e práticas, podem influenciar positiva ou negativamente o início da amamentação e a sua duração (Saraiva, 2010). A prevalência do aleitamento materno tem oscilado ao longo dos anos, sendo influenciado por vários factores, nomeadamente a indiferença ou ignorância dos profissionais de saúde (Levy & Bértolo, 2012), sendo muito importante uma uniformidade nos conteúdos veiculados pelos mesmos (Levy, 2011).

Diante do reconhecimento da importância reservada ao aleitamento materno, alguns autores nos últimos anos analisaram o grau de conhecimentos sobre o aleitamento materno dos diversos profissionais de saúde. Em todos eles se observaram défices de conhecimentos teórico-práticos neste âmbito (Bueno & Teruya, 2004; Hillenbrand & Larsen, 2002; Philipp, Merewood e O'Brien, 2001; Taveras, et al. 2003).

Os enfermeiros surgem como elementos de incentivo de uma rede de apoio às mulheres grávidas e posteriormente parturientes, pois o aleitamento materno não é instintivo no ser humano, necessita de aprendizagem, reforço e apoio constante (Maldonado, et al. 2004).

Sabemos da nossa prática, que foram feitos esforços no sentido de promover, proteger e apoiar o Aleitamento Materno, nomeadamente a nível da formação dos profissionais de saúde.

Organizações como a OMS e UNICEF, têm levado a cabo várias iniciativas de promoção e apoio ao aleitamento materno e de incentivo do mesmo, assim como de actualização dos profissionais de saúde. Na sequência da Semana Mundial do Aleitamento Materno de 2011, o Comité Português para a Unicef e a Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, definiram como prioridade a formação dos profissionais de saúde, a criação de grupos de apoio na comunidade e ambientes favoráveis para o aleitamento materno.

No decorrer do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia da Escola Superior de Saúde de Viseu, tivemos sempre presente a grande importância reservada ao aleitamento materno bem como à sua prática. Efectivamente, apesar de realizados alguns esforços no sentido de incrementar o aleitamento materno, a percentagem de adesão a esta prática decresce à medida que os bebés vão crescendo, e aos 6 meses são muito pouco os que ainda se alimentam com esse bem precioso. Carneiro & Galvão (2012), no seu estudo sobre a prevalência da amamentação aos 6 meses no concelho de Portimão, verificaram que apenas 18,7% dos bebés eram alimentados com leite materno exclusivo. Neste âmbito, num estudo efectuado na Beira Interior por Gomes, Nelas & Duarte (2012), constatou-se que a maior parte das mulheres (23,2%) amamentaram o seu bebé num período entre 3 e 5 meses; 55,8% (frequência cumulativa) amamentaram por um período igual ou superior a 6 meses.

Como enfermeiros especialistas nesta área, encontramos-nos muito próximos das mulheres enquanto grávidas, no local do parto e posteriormente, nos momentos iniciais de contacto mãe-bebé. Tendo nós consciência que foram realizados alguns estudos sobre os factores que levam as mães a abandonar esta prática e que pouca referência é dada aos profissionais de saúde, neste caso os enfermeiros, optámos por realizar uma investigação que nos permitisse compreender este fenómeno.

Com este estudo, esperamos contribuir para uma reflexão e mudança das práticas no sentido de estimular e promover o sucesso da amamentação, nunca esquecendo que ele depende do projeto materno e embora possa ser de curta duração, é um sucesso desde que corresponda às suas expectativas (Levy & Bértolo, 2012).

Face ao contextualizado, elaborámos para o presente estudo as seguintes questões de investigação:

- Em que medida o contexto sociodemográfico (idade, sexo, estado civil, residência e formação académica) influencia os conhecimentos sobre aleitamento materno dos enfermeiros?

- Que relação existe entre o contexto profissional (categoria profissional, local de trabalho, tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional na área de saúde materno-infantil e formação em aleitamento materno) e os conhecimentos sobre aleitamento materno dos enfermeiros?
- Que influência é atribuída ao contexto obstétrico (existência de filhos e prática pessoal de aleitamento), nos conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno?

Apoiando-nos nestas questões de investigação, formulámos o seguinte objetivo:

- Analisar as relações existentes entre o contexto profissional, sociodemográfico, obstétrico e os conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno.

Tendo em conta as questões e o objectivo geral deste estudo enveredámos por um estudo quantitativo, não-experimental, descritivo-correlacional, transversal, com uma amostra de 374 enfermeiros a exercer funções nos serviços de Obstetrícia (puerpérios e sala de Partos), Consultas de Obstetrícia, Pediatria, Neonatologia, Urgência Pediátrica e também que exerçam funções na área da Saúde Materno-Infantil nos Cuidados de Saúde Primários da região da Guarda, Viseu, Aveiro e Covilhã.

A recolha de dados decorreu entre 15 de Janeiro e 30 de Junho de 2012. O protocolo de avaliação é o questionário dividido em quatro partes. A primeira permite fazer a caracterização sociodemográfica, a segunda a caracterização profissional, a quarta o contexto obstétrico e por último uma escala de Likert construída e validada na presente investigação que permite avaliar os conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno.

Estruturámos a nossa investigação em duas partes. A primeira, contém a fundamentação teórica, imprescindível para o entendimento do fenómeno em análise do estudo, composta por dois capítulos. No capítulo dois, fazemos uma abordagem ao aleitamento materno e às suas recomendações. No capítulo três abordamos os conhecimentos sobre aleitamento materno, dando ênfase à influência da formação e da história pessoal. A segunda parte versa a investigação empírica, subdivide-se em quatro capítulos. No capítulo quatro, são apresentados os métodos do estudo, nomeadamente a sua conceptualização, as questões de investigação e respectivos objectivos, os participantes, o instrumento, os procedimentos utilizados e por último a análise dos dados, tendo como referência a fundamentação teórica. No capítulo cinco e seis, apresentamos os

resultados do estudo onde fazemos uma abordagem á análise estatística e inferencial e sua discussão respectivamente.

Por último terminamos com as conclusões do estudo, as suas implicações para a prática, limitações e sugestões para investigações futuras.

Esperamos que este estudo possa vir a preencher lacunas nesta área do conhecimento e que se torne visível.

PARTE I

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2 ALEITAMENTO MATERNO

Durante a história da espécie humana, não foi descoberto substituto eficaz para o leite materno (Kenner, 2001). A crescente valorização da amamentação exclusiva até aos seis meses de vida é relativamente recente (Saraiva, 2010). Somente no final da década de 1980, começaram a aparecer relatos de que os suplementos precoces do leite materno com água, chás, sumos, leite ou alimentos semi-sólidos/sólidos, podiam trazer prejuízos à saúde da criança (Carvalho & Tamez, 2005).

A importância do aleitamento materno tem sido exaustivamente documentada em diversas publicações, contudo as taxas de adesão a esta prática e a sua duração estão aquém do recomendado pela Organização Mundial de Saúde, que é de 180 dias (Carvalho & Tamez, 2005). Ainda que se queira e se possuam mais conhecimentos, não é fácil emendar o erro cometido: de facto, mais que uma geração de mulheres não amamentaram os seus filhos, interrompendo-se a transmissão de conhecimentos intergeracional, perdendo-se uma cultura de aleitamento (Nakamura, Veiga, Ferrarese e Martinez 2003).

Se tudo no aleitamento fosse instinto, não teria havido grande problema, mas, existe um componente instintivo, fundamentalmente da parte do recém-nascido (reflexos de busca e sucção-deglutição), uns reflexos extremamente eficazes da mãe (a estimulação da mama que provoca aumento das hormonas prolactina e oxitocina) e um importante componente cultural transmitido (a técnica ou arte feminina de amamentar, transmitido sabiamente de mães para filhas sem que fosse necessária a intervenção do pessoal de saúde). Isto foi o que se perdeu: a cultura do aleitamento materno e possivelmente o vínculo afectivo natural entre mães e filhos. (Nakamura et al., 2003).

Segundo Maldonado et al. (2004) contribuíram para esta perda três factores:

- Modificações do leite de vaca. Até ao final do século XIX pouco se sabia da composição do leite e das suas diferenças com o leite de outros mamíferos. Reconhecia-se que outros leites não eram adaptados à maior parte dos recém-nascidos, tendo sido a revolução industrial que propiciou o desenvolvimento da química e consequente adaptação do leite de vaca;
- Alterações sociológicas ocorridas na era moderna da sociedade industrial, durante os séculos XIX e XX, entre elas referimos a saída da mulher para o mercado de

trabalho; um espírito de modernidade, que acreditava cegamente nos avanços técnico-científicos; pensamento feminista, em que a mulher encara o aleitamento artificial como uma libertação; interesses económicos industriais; participação activa dos profissionais de saúde na estimulação do aleitamento artificial;

- A institucionalização do parto. Este, deixa de ser realizado em casa, no ambiente familiar, e passa a decorrer no hospital, onde estão disponíveis os mais avançados meios técnico-científicos.

Importa referir que qualquer esforço no sentido de aumentar as taxas de aleitamento materno deve levar em consideração os factores que influenciam negativamente essa prática, os quais são numerosos e complexos, e actuam de forma distinta em situações diferentes.

Um dos principais obstáculos a esta prática, é a ignorância, falta de conhecimentos dos profissionais de saúde que se traduzem em práticas inadequadas, podendo influenciar o início e a duração da amamentação (Carvalho & Tamez, 2005; Levy & Bértolo, 2012; Saraiva, 2010). A falta de conhecimentos sobre aleitamento materno por parte dos profissionais de saúde influencia, muito mais do que se julga, a atitude da mãe perante a experiência de amamentar.

Os profissionais de saúde, especialmente aqueles que trabalham diariamente com mães, bebés e crianças, devem fazer um esforço humilde, reconhecer o que não sabem e aprendê-lo, já que têm a responsabilidade de informar, orientar, aconselhar e ajudar as mulheres que informadas e livremente decidem amamentar (Levy & Bértolo, 2012; Santos & Sapage, 2005). Até que as mulheres recuperem a cultura perdida, nós, como profissionais de saúde, temos a responsabilidade e obrigação de actualizar continuamente os nossos conhecimentos teóricos e práticos, para que todos transmitamos uma informação validada e coerente às mães que queiram amamentar os seus filhos, para que estas o façam em exclusivo no primeiro semestre e como complemento no tempo em que ambos, mãe e filho, o desejem (Maldonado et al., 2004; Santos & Sapage, 2005).

Organizações Mundiais, com autoridade sobre o aleitamento materno, afirmam que 95% das mães estão capacitadas para amamentar ou, dito de outra forma, esta só deverá falhar em 5% dos casos (Santos & Sapage, 2005).

Considerando esta realidade, foram tomadas atitudes e desenvolvidas acções no sentido de promover o Aleitamento Materno (AM) através da implementação de políticas nacionais, e de recomendações a todos os níveis dos serviços de saúde, para que a amamentação seja entendida como norma. Um apoio eficaz requer empenho no estabelecimento de boas práticas em todas as maternidades, instituições hospitalares

pediátricas e centros de saúde. O enfermeiro deve, por isso, possuir conhecimentos sobre amamentação para promover e assegurar o aleitamento materno de acordo com as recomendações estabelecidas (Saraiva, 2010).

Nas últimas três décadas são vários os eventos e iniciativas que têm vindo a ser desenvolvidas com o objectivo de dar resposta ao aleitamento como uma prioridade de Saúde Pública Mundial assim definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência (UNICEF) em 1989 e reafirmada em 2004 (Pereira, 2006).

Redigida e adoptada por um vasto número de Organizações Governamentais e não-governamentais reunidas em Spedale degli Innocenti em Florença, Itália em 1990, surge a Declaração de Innocenti (UNICEF, 2005), incentivando os governos a adoptar medidas para conseguir uma “ cultura de aleitamento materno” traçando como metas globais que:

- Todas as mulheres devem estar habilitadas a praticar aleitamento materno exclusivo desde o parto até aos 6 meses de vida do RN. Todas as crianças devem continuar a beber leite materno, quando iniciarem a ingestão de alimentos, pelo menos até aos dois anos de idade;
- Sejam asseguradas medidas para que a mulher tenha uma alimentação correcta;
- Se desenvolvam esforços no sentido de aumentar a auto-confiança da mulher na prática da amamentação;
- Se desenvolvam políticas nacionais de aleitamento materno e de metas a curto e longo prazo para os anos 90;
- Sejam integradas as políticas de aleitamento materno nas políticas globais de desenvolvimento e saúde, procurando evitar políticas divergentes.

Segundo a mesma declaração (UNICEF, 2005) as instituições propõem ainda, que todos os países, até ao ano de 1995, devam ter:

- Um comité nacional de aleitamento materno composto por membros de organizações governamentais e não governamentais e uma autoridade nacional com um coordenador nacional de aleitamento materno;
- Em prática em todas as maternidades os “DEZ PASSOS PARA O ALEITAMENTO BEM-SUCEDIDO”;
- O Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno implementado e as subsequentes resoluções da Assembleia da OMS;

- Legislação de protecção ao direito ao aleitamento da mulher trabalhadora elaborados e implementados.

Esta declaração traçava objectivos muito elevados, todavia, a história, juntamente com uma literatura cada vez mais abrangente de estudos bem delineados, diz-nos que a Declaração de Innocenti foi, na verdade, uma excelente estratégia (Labbok, 2007).

Portugal, respondeu a esta iniciativa e em 1992 criou a Comissão Nacional “Iniciativa Hospitais Amigos Dos Bebés” (IHAB), internacionalmente conhecida como Baby Friendly Hospital Initiative (BHFI). A Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés tem por objectivo específico a promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno através do envolvimento dos serviços de obstetria e pediatria dos hospitais, mediante o cumprimento das “Dez medidas para ser considerado Hospital Amigo dos Bebés” (Levy & Bértolo, 2012; WHO, 1998). Passamos a enumerá-los:

Passo 1 – Dispor de uma política, por escrito, relativa ao aleitamento natural, que sistematicamente se dê a conhecer a todos os profissionais de saúde.

Este passo requer que o hospital tenha uma política escrita de amamentação, que cubra os dez passos e que deve estar disponível a todo o pessoal que cuida das mães e dos recém-nascidos. Deve também estar exposta de forma visível em todas as zonas do hospital onde se atendam mães e filhos.

Para melhorar a eficácia de uma política de amamentação, devem incluir-se práticas adequadas, todos os profissionais de saúde devem cumpri-las e avaliar os resultados para melhorar essa política. Por outro lado os responsáveis pela gestão das instituições de saúde, tanto dentro como fora do hospital, devem comprometer-se com esta política e controlar a sua aplicação mediante inspecção, supervisão e, se necessário, formação dos profissionais de saúde. O cumprimento deste passo exige que a política escrita sobre a amamentação especifique tanto a necessidade de aplicar práticas adequadas como de restringir as práticas inadequadas.

Passo 2 – Capacitar todos o profissionais de saúde de forma que estes estejam em condições de pôr esta política em prática.

Este passo tem como objectivo assegurar que todo o profissional de saúde, em contacto com as mulheres lactantes, tenha conhecimentos e habilidades necessárias para pôr em prática a política estabelecida. Não se pode esperar que os profissionais de saúde, que não receberam formação sobre amamentação possam oferecer às mães orientação

eficaz e aconselhamento competente. Assim, todo o profissional de saúde que interaja com mulheres lactantes deve receber formação que permita aumentar os conhecimentos e habilidades, ou não será possível adequar a teoria à prática.

É preciso mudar atitudes que, com frequência, constituem um obstáculo para a promoção e manutenção do aleitamento materno. Entre estas atitudes podemos referir por exemplo, a presunção de que os profissionais de saúde sabem tudo. No entanto estudos transversais, tanto em países industrializados como em desenvolvimento, demonstraram que os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde frequentemente não favorecem a amamentação e constituem um obstáculo para que as mães amamentem os seus filhos de forma satisfatória.

Os critérios da Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés recomendam os cursos de formação com o mínimo de dezoito horas, sendo desejáveis cursos mais longos, como o curso de quarenta horas da OMS e da UNICEF. Para conseguir uma melhor eficácia é importante que os cursos tenham uma forte componente prática. Estudos realizados demonstram que os cursos são eficazes para aumentar os conhecimentos, mas são necessárias mais estratégias para aplicar o programa e modificar as práticas.

Passo 3 – Informar todas as grávidas sobre os benefícios que oferece o aleitamento natural e a forma de pô-lo em prática.

O período pré-natal deve converter-se numa autêntica preparação, não só do parto mas também da amamentação. Os profissionais de saúde que lidam com mulheres grávidas, serão responsáveis por ajudar as futuras mães a decidir a forma de alimentar os seus filhos. É importante explicar aos pais as vantagens nutricionais, imunológicas, psicológicas, económicas e ecológicas que a amamentação supõe, mas também é necessário informar as mães sobre a fisiologia da amamentação e sobre a técnica, já que a amamentação não é um instinto mas sim uma capacidade que se deve aprender.

É importante incluir o pai nas consultas pré-natais e nos programas de amamentação, pois está demonstrado que os pais que participam na eleição do método de alimentação do seu filho podem ser promotores eficazes ou dissuasores da amamentação, dependendo qual é a sua atitude perante as dificuldades iniciais.

Estudos demonstram que para a eficácia deste passo a educação pré-natal é útil, sobretudo nas mulheres primíparas e que a sua eficiência aumenta se se aborda a técnica da amamentação e se se reforça a confiança da mãe sobre a sua capacidade para amamentar.

Passo 4 – Ajudar as mães a iniciar a amamentação na meia hora a seguir ao parto.

As mães e os filhos não devem ser separados após o parto a não ser que exista algum motivo médico que o justifique. Assim, deve facilitar-se o contacto pele com pele, imediatamente depois do parto, num ambiente tranquilo e durante um período ilimitado. A todas as mães deve ser oferecida esta oportunidade, independentemente de como vão alimentar os seus filhos, já que o primeiro contacto tem um papel muito importante no vínculo mãe-filho.

O melhor é que o recém-nascido permaneça com a sua mãe de forma contínua depois do parto e que mame espontaneamente quando der sinais de estar preparado para isso. O contacto pele com pele deve começar na primeira meia hora e prolongar-se pelo menos por trinta minutos, o recém-nascido pode mamar quando der sinais de estar preparado para isso, não é necessário forçá-lo a mamar. Alguns estudos demonstram que os recém-nascidos colocados sobre o abdómen da sua mãe começam a fazer movimentos até ao mamilo em vinte minutos depois do parto, e antes dos cinquenta minutos, a maioria, está a mamar.

A sucção precoce estimula a libertação de prolactina e oxitocina que favorece a produção e ejeção de leite, facilita a expulsão da placenta e diminui a hemorragia uterina. O contacto pele com pele associa-se a temperaturas corporais mais altas e uma adaptação metabólica mais rápida. Permite a colonização do recém-nascido com a flora materna e tem clara influência na relação mãe-filho.

A evidência disponível sugere que esta intervenção tem muitos benefícios para a mãe e para o filho, não implica custo, necessita muito pouco treino extra e não requer maior tempo por parte dos profissionais de saúde.

Passo 5 – Ensinar as mães como se deve dar de mamar ao bebé e como manter a amamentação mesmo se tiver de se separar do seu filho.

Contrariamente à crença popular, colocar o recém-nascido à mama não é uma habilidade inata da mãe, mas sim uma capacidade que precisa ser aprendida. Devemos ter em conta que a maioria das mães vêm da cultura do biberão, pelo que desconhecem muitos aspectos sobre a amamentação e duvidam da sua própria capacidade, além de que algumas não contam com o apoio de familiares ou amigos que as ajudem a superar as dificuldades iniciais. Portanto, as mães cujos filhos nascem no hospital necessitam de ajuda dos profissionais de saúde. É necessário ensinar a técnica de mamada e proporcionar ajuda prática e apoio psicológico. Dado que normalmente não se inclui informação prática sobre

aleitamento materno na formação de médicos, enfermeiros, é possível que os profissionais de saúde não estejam capacitados para resolver estes problemas.

Facultada a importância que uma boa posição à mama tem para o êxito da amamentação, é necessário que a mãe conheça a técnica correcta de sucção e as diferentes posturas para amamentar o seu filho. A posição correcta associa-se a aleitamento materno mais prolongado. O ensino da técnica tem efeitos provados e duradouros e deve ser realizado nas maternidades.

Quando a mãe ou o bebé estão doentes, ou em casos de recém-nascidos prematuros ou com baixo peso, podem surgir problemas no início da amamentação, porque o contacto precoce pode não ser possível, o alojamento conjunto atrasa-se e com frequência administram-se suplementos durante o período de separação. Por isso, é necessário ensinar a mãe a extrair leite, com técnica e frequência adequadas de modo a manter a amamentação.

Passo 6 – Dar aos recém-nascidos apenas leite materno, sem nenhum outro alimento ou bebida, a não ser que esteja prescrito.

Em algumas maternidades ainda se verificam práticas de dar ao recém-nascido leite artificial, água ou soro glicosado, antes da primeira toma de leite materno. Dá-se leite artificial quando o recém-nascido se encontra irrequieto, sonolento, quando tem dificuldade em fazer a pega, quando parece ter fome depois de ter mamado, ou quando a mãe se encontra exausta.

Os riscos desta prática, segundo a referida Organização são:

- A mãe fica a pensar que não tem leite suficiente ou que o seu leite não é o alimento adequado para o seu filho;
- Pode favorecer a ingurgitação mamária;
- A administração de biberão pode interferir com o mecanismo de sucção;
- Reduz a frequência das mamadas, diminuindo a produção de leite;
- Em casos de higiene deficitária do material de preparação do biberão, a administração de suplementos aumenta o risco de diarreias e outras infecções. A exposição precoce ao leite de vaca pode desencadear, em bebés geneticamente predispostos, o desenvolvimento de alergias como asma e eczema, ou mesmo a diabetes tipo I. A administração ocasional de leite artificial pode constituir o agente sensibilizante de uma posterior alergia ao leite de vaca.

Passo 7 – Facilitar o alojamento conjunto das mães e seus filhos durante as vinte e quatro horas do dia.

O cumprimento deste passo exige que o hospital se organize para que a mãe e filho possam permanecer dia e noite juntos.

O alojamento conjunto ajuda as mães a conhecer melhor os seus filhos e reconhecer o seu choro, o que lhes permite responder sempre ao sinal do bebé indicando que deseja ser alimentado, o que facilita a amamentação em regime livre.

Em relação a compartilhar a mesma cama, observou-se que favorece a amamentação e associa-se com uma maior duração da mesma. No entanto, existem algumas contra-indicações que os pais devem conhecer. Os pais fumadores, os que dormem profundamente, devido a álcool ou drogas, ou os que são obesos não devem compartilhar a cama com o bebé.

Passo 8 – Fomentar a amamentação em regime livre.

As mães dos recém-nascidos normais, que dão a mama, não devem ter nenhuma restrição em relação à frequência e ao número de mamadas. Deve recomendar-se que amamentem o filho quando tenha sinais de fome ou quando ele queira.

Os padrões alimentares dos bebés variam muito, podendo ser irregulares, principalmente no período pós-natal. Muitos recém-nascidos mamam a cada duas ou três horas ou com intervalos variáveis. Não se deve limitar a duração da mamada a dez minutos já que alguns bebés não vão ser capazes de obter o leite final, mais rico em gordura. Por vezes as mães têm medo da dor nos mamilos. No entanto, deve explicar-se que essa dor está relacionada com uma má posição e não com a duração das mamadas.

O início precoce e a frequência elevada das mamadas têm claras vantagens: aumenta a produção láctea, previne a ingurgitação mamária, diminui os níveis de bilirrubina e reduz a perda de peso por parte do recém-nascido. Diversos estudos demonstram que a amamentação em regime livre se associa a uma maior duração da amamentação do que com um horário rígido.

Passo 9 – Não dar aos bebés alimentados ao peito tetinas ou chupetas artificiais.

As chupetas usam-se em todo o mundo e, habitualmente, tanto os profissionais de saúde como o público em geral pensam que são inofensivas, benéficas e necessárias para o desenvolvimento do lactante. Alguns pensam que os biberões com tetinas são o único

modo de administrar suplementos quando o lactante não pode mamar directamente da mama. No entanto, tanto as chupetas como as tetinas podem ser prejudiciais ao interferir com a amamentação, devido às diferenças mecânicas e dinâmicas existentes entre os dois mecanismos de sucção.

Apesar de não existir consensualidade os efeitos nefastos do uso das tetinas manifestam-se na interferência com a aprendizagem de sucção, já que a acção de mamar é mecanicamente diferente da sucção na tetina do biberão. Há estudos que sugerem que evitar o uso de tetinas, tem um efeito positivo sobre a duração da amamentação. No entanto, se por razões médicas são necessários suplementos, existem alternativas às tetinas, como os copos, colheres, seringas e conta-gotas que podem ser utilizados em função da maturidade do recém-nascido e dos motivos pelos quais necessitam suplementos. A utilização de copos em prematuros associa-se com maiores probabilidades de continuar com a amamentação do que quando se utiliza biberão com tetina.

A utilização de chupetas, para acalmar o lactante, diminui a estimulação da mama e dificulta a extracção do leite, diminuindo a produção láctea, o que pode contribuir para o abandono precoce da amamentação. De forma similar, as tetinas e chupetas diminuem a duração da amamentação, enquanto que, a sua não utilização está associada a percentagens mais elevadas de amamentação.

As tetinas alteram os padrões de respiração e de sucção, quando se administra leite artificial ou materno. Também ocorrem mudanças na cavidade bucal. Nos lactantes maiores, as cáries conhecidas como cáries do biberão são mais comuns nos bebés que usaram biberão ou chupeta. Por outro lado, também a malformação dentária é mais frequente nestes casos. Observou-se uma maior incidência de otite média aguda e recorrente, tanto com o aleitamento artificial como com o uso de chupetas. Outros possíveis riscos incluem aumento de incidência de candidíase oral, a sufocação com partes soltas de borracha e o uso de materiais potencialmente cancerígenos na fabricação destes produtos.

Existe, portanto, evidência de que o uso de tetinas e chupetas se associam com um abandono precoce da amamentação e com outros problemas. No entanto, o seu uso nas maternidades transmite a ideia de que os profissionais de saúde os consideram seguros, aumentando a probabilidade de que os pais as utilizem. O seu uso deveria ser minimizado e, se possível, completamente evitado para não se transmitirem mensagens contraditórias às famílias. Numa maternidade, as chupetas nunca deveriam ser necessárias.

Passo 10 – Fomentar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento natural e procurar que as mães entrem em contacto com estes grupos aquando da sua saída da maternidade.

Quando o recém-nascido tem alta deve dar-se toda a informação e apoio que a mãe necessite para que tenha confiança na sua capacidade de amamentar. Os primeiros dias são cruciais e podem produzir situações que conduzam tanto ao sucesso como ao abandono da amamentação.

Os motivos mais frequentes, referidos pelas mães, para abandonar a amamentação são as “dificuldades na amamentação” em especial a “percepção de falta de leite”. Dado que fisiologicamente a maioria das mães podem produzir quantidades de leite adequadas às necessidades dos seus filhos, é provável que a falta de um apoio continuado seja um factor subjacente importante.

Todas as mães lactantes deveriam receber informação sobre quem as vai ajudar, em caso de dificuldades. Telefones, direcções e outros devem estar disponíveis e bem visíveis.

O apoio para continuar a amamentação pode oferecer-se de várias maneiras. Tradicionalmente a família e as mulheres ofereciam às mães a ajuda que necessitavam, mas há medida que a sociedade se industrializou é necessário o apoio de profissionais de saúde, de amigas que também são mães e do pai do bebé.

A colaboração de profissionais de diferentes áreas é de grande importância no cuidado das mães lactantes e dos seus filhos. Para conseguir a continuação da amamentação e diminuir a percentagem de abandonos precoces é imprescindível que os profissionais de saúde conheçam as situações que conduzem ao abandono precoce e, sobretudo, estejam motivados e sejam capazes de oferecer soluções práticas perante os problemas inerentes à amamentação.

Muitas mães também beneficiam do apoio de outras mães que amamentam, e os profissionais de saúde devem orientar as mães para esses grupos de ajuda. Possivelmente, uma combinação do apoio de grupos de mães e uma atenção mais especializada dos serviços de saúde, quando for necessário, podem ser mais eficazes do que qualquer um deles separados.

É importante que o apoio comece antes da alta na maternidade para permitir às mães estabelecer a amamentação e prevenir as dificuldades. Provavelmente a combinação do apoio pré-natal, hospitalar e pós-natal actuam de forma cumulativa. Convém envolver a família imediata da mulher, especialmente o pai e as avós, assim como as amigas mais íntimas, pois podem ter uma importante influência na amamentação.

A OMS e a UNICEF recomendam a recolha periódica de informação epidemiológica sobre o AM que permita conhecer a prevalência do aleitamento assim como das diversas iniciativas de promoção e apoio. É fundamental o estabelecimento de sistemas de registo para conhecer a evolução do AM na sociedade. Conhecer a incidência, a duração e os condicionantes do AM permite avaliar o impacto dos esforços que se realizam para a sua promoção e apoio e dirigir as campanhas e os programas na direcção certa, não permitindo que um só esforço ou recurso seja mal gasto (Nakamura, et al. 2003; Taveras, et al. 2003).

Com respeito à política de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno e reconhecendo a importância que os profissionais que trabalham nos cuidados de saúde primários, desempenham no pré e pós-natal, o Comité Português para a Unicef e a Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, no âmbito da Semana do Aleitamento Materno em 2011, definiram as “Sete medidas para ser considerada Comunidade Amiga dos Bebés” (Alto Comissariado Para a Saúde, 2011). São elas:

1. Ter uma política de promoção do aleitamento materno, escrita, afixada a ser transmitida a toda a equipa de cuidados de saúde;
2. Dar formação à equipa para que implemente esta política;
3. Informar todas as grávidas e a família sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno;
4. Apoiar as mães a iniciarem e manterem o aleitamento materno;
5. Promover o aleitamento materno exclusivo até aos seis meses e aleitamento materno com alimentos complementares até aos dois anos;
6. Providenciar ambiente acolhedor para as famílias que amamentam;
7. Promover a colaboração entre a equipa de saúde e grupos de apoio ao aleitamento materno da comunidade local.

Nos últimos anos, foram levadas a cabo várias iniciativas de promoção do aleitamento materno e de incentivo e actualização dos profissionais de saúde. A nível institucional também se tem notado um interesse renovado pela protecção e promoção do aleitamento materno. Observa-se um aumento do interesse dos mais diversos profissionais (enfermeiros, parteiras, obstetras e pediatras) na cultura do aleitamento materno (Batalha, 2004; Kenner, 2001). Estes esforços têm sido recompensadores na prevalência e duração do aleitamento. O aleitamento materno é um bem precioso que devemos continuar a recuperar, com vantagens para a nossa sociedade presente e futura, em cumprimento das directivas da OMS e da UNICEF.

3 CONHECIMENTOS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO: INFLUÊNCIA DA FORMAÇÃO E HISTÓRIA PESSOAL

A amamentação é uma prática exclusiva da mulher, mas na actualidade as evidências científicas provam que para haver sucesso, esta precisa do apoio e da intervenção de todos os que a rodeiam.

Durante a gestação, a mulher encontra-se com mais dúvidas, insegurança e medo, tornando-a mais sensível e susceptível face às pressões de familiares, profissionais de saúde e amigos quanto à sua capacidade de amamentar (Franco, 2003; Santos & Sapage, 2005; Taveras, et al. 2003), tal facto pode implicar um conflito consigo mesma sobre a decisão de amamentar. Nesse contexto, a mulher pode facilmente perder a auto-confiança e auto-estima implicando dúvidas sobre amamentar ou não o bebé. Quando o profissional de saúde é empático, demonstra que está ali para ajudar, abrindo um canal de comunicação positivo e bastante propício para a promoção da amamentação. No puerpério imediato e nos primeiros dias pós-parto, a habilidade mais importante do aconselhamento é a ajuda prática (Taveras, et al. 2003). É importante que o profissional faça a mulher sentir confiante e bem consigo mesma. A passagem da ponte do conhecimento do profissional à mãe é uma tarefa árdua a ser vencida (Franco, 2003; Moleiro, Gomes e Nona, 2004). Mudar o paradigma do atendimento com a ajuda do aconselhamento em amamentação é um desafio que deve ser enfrentado e vencido (Bueno & Teruya, 2004; Hillenbrand & Larsen, 2002).

Na opinião de Pechevis (1981) cit. por Pereira (2006, p. 64), o sucesso da promoção do aleitamento depende não só da aquisição de conhecimentos e práticas sobre a amamentação, mas também das atitudes dos profissionais de saúde, devendo estes actuar no período pré-natal, durante o parto, pós-parto e enquanto durar a amamentação. Martins e Montrone (2009) cit. por Galvão (2011), referem que outro factor que afecta a inibição e o estabelecimento normal do aleitamento materno é o modo como os profissionais de saúde abordam as mães quando fazem aconselhamento em aleitamento materno. No seu estudo, Galvão (2011) concluiu que a formação dos profissionais de enfermagem sobre aconselhamento em aleitamento materno não foi suficiente, reforçando a ideia de que é imprescindível investir mais na formação e no aperfeiçoamento dos profissionais de saúde sobre a prática do aleitamento materno. Neste contexto Bueno e Teruya (2004), alertam para a diferença entre aconselhar e aconselhamento, afirmando que o primeiro conceito

consiste em dizer-se à pessoa o que deve fazer e o segundo é a forma de actuação do profissional com a mãe, onde ele a escuta, a procura compreender e com os seus conhecimentos, oferece ajuda de modo a permitir que ela tome decisões, aumentando assim a sua autoconfiança e auto-estima.

Os profissionais de saúde desempenham um papel muito importante na assistência à puérpera, e, como tal, devem instrumentalizar-se com conhecimentos técnico-científicos actualizados (Almeida, Fernandes & Araújo, 2004).

As atitudes negativas e crenças desadequadas dos profissionais de saúde em relação ao aleitamento materno podem influenciar o apoio e o incentivo que estes podem dar às mulheres grávidas e às mães. Também os aspectos relacionados com a amamentação ultrapassam em muito o domínio do biológico e abrangem os territórios do psicológico e do social, defrontando-se os profissionais com as suas próprias crenças e sentimentos face à amamentação (Martinho & Leal, 2004).

São escassos na literatura os estudos que avaliam conhecimentos dos profissionais de saúde sobre aleitamento materno, comprometendo assim o desenvolvimento da assistência materno/infantil contudo nos últimos anos, tem havido um algum investimento na formação dos profissionais de saúde e outros particularmente ligados à amamentação.

Num estudo efectuado por Machado, Haas, Stefanello, Nakano e Sponholz (2012), verificou-se que os profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, 88,2%, tinham participado pelo menos uma vez em cursos sobre aleitamento materno, tendo-se constatado, que independentemente do nível de conhecimentos sobre aleitamento materno, os enfermeiros orientavam as grávidas sobre esta prática, podendo estas informações sem bases científicas contribuir para um desmame precoce. Os mesmos autores vão mais longe e afirmam que as orientações destes profissionais podem reflectir os conhecimentos adquiridos através da sua experiência pessoal, perpetuando assim crenças, mitos e falsas verdades sobre o aleitamento materno.

Igualmente no estudo de Azeredo, et al. (2008), a participação dos enfermeiros em acções de formação sobre aleitamento materno foi baixa, podendo ter um impacto negativo na assistência materno/infantil. Neste mesmo estudo, Silva (2000) cit. por Azeredo, et al. (2008), refere que o significado que os profissionais atribuem à prática da amamentação, reflecte a maneira como será estruturada a sua prática de cuidados.

Considerando a importância que o aleitamento materno tem para a saúde e qualidade de vida do recém-nascido com inúmeras vantagens e tendo em linha de conta a influência dos profissionais de saúde na sua prevalência, exige-se que o apoio que podem prestar passe também por enquadrar o aleitamento na realidade individual de cada mãe e

bebé e pela aceitação da sua opção (Marinho & Leal, 2004). As autoras referem que os diferentes contextos profissionais, as diferentes práticas institucionais bem como a formação específica na área da amamentação, determinaram a existência de uma intervenção mais activa, um maior investimento, bem como uma relação positiva nas questões sobre o aleitamento materno, podendo reflectir-se nas suas práticas. Segundo o estudo de Graça, Figueiredo e Conceição (2011), a duração do aleitamento é influenciada pelas intervenções dos enfermeiros, não se confirmando o mesmo para a sua prevalência.

Num estudo levado a cabo por Caldeira, Aguiar, Magalhães e Fagundes (2007), a maioria dos profissionais de saúde (86%), nomeadamente enfermeiros têm conhecimentos sobre aleitamento materno, principalmente no que se refere às vantagens, no entanto estes conhecimentos são mais eficazes na teoria do que na prática. Também a informação fornecida às mulheres pela equipe multidisciplinar no que respeita a questões relacionadas com a técnica da amamentação, resolução de problemas da lactação e promoção do aleitamento materno, não é uniforme, verificando-se alguma negligência ao nível dos cuidados de saúde primários. Tais evidências reforçam a necessidade de continuar a existir um treino sistemático e contínuo sobre o aleitamento materno nestas unidades.

Os enfermeiros são um dos grupos de profissionais de saúde capazes de fornecer um apoio fundamental à grávida e futura mãe no que respeita à promoção e manutenção do aleitamento materno, devendo possuir um grande património técnico e teórico de forma a que a educação do aleitamento seja eficaz e adequada, implicando não só conhecimentos, mas habilidades clínicas e de aconselhamento (Henriques & Martins, 2011).

Diversos estudos mostram que os conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno são inadequados e que a grande maioria dos cursos de enfermagem não incluem a amamentação no seu programa, possuindo assim pouca ou nenhuma capacidade para apoiar as novas mães.

Num estudo efectuado com estudantes de enfermagem em que se incluiu nos conteúdos programáticos, um específico em amamentação, verificou-se que os conhecimentos dos alunos aumentaram significativamente em relação aos benefícios e tratamento de complicações da lactação (Bozzette & Posner, 2013). As autoras mencionam que os enfermeiros devem possuir uma base sólida de conhecimentos sobre amamentação, pois são eles a linha da frente dos cuidados de saúde. O importante papel dos enfermeiros como educadores tem sido reconhecido, no entanto Ouyang, Xu e Zhang (2012), referem que os conhecimentos relativos à amamentação são surpreendentemente pobres e as atitudes menos positivas, com uma taxa de aleitamento materno exclusivo baixa (19,1%) entre as médicas e enfermeiras chinesas.

Também em hospitais amigos / não amigos dos bebês, os conhecimentos dos enfermeiros não se revelaram de acordo com as melhores práticas quanto à iniciação do aleitamento materno e a política do hospital não estava baseada em evidências, identificando-se como barreiras, as altas taxas de cirurgia, a política de aleitamento do hospital, a formação limitada dos enfermeiros sobre as melhores práticas de iniciação ao aleitamento e a falta de continuidade dos cuidados na transição para o pós-parto. Existe mesmo uma disparidade significativa entre a intenção dos enfermeiros para apoiar o aleitamento materno e os seus conhecimentos, sugerindo uma educação/formação baseada nos padrões da OMS (Weeding, Baker e Auld, 2011). A carga de trabalho é referida pelos enfermeiros como um dos motivos para não fornecerem suporte de qualidade às mães que amamentam (Agunbiade & Ogunleye, 2012). Neste contexto, o aleitamento materno, requer um apoio e incentivo eficaz, com profissionais devidamente formados e treinados na promoção da amamentação segundo as directivas da OMS/UNICEF/IHAB.

PARTE II

INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

4 MÉTODOS

A investigação científica traduz-se por um processo sistemático de colheita de dados empíricos, visando resolver um problema particular.

Assim sendo, neste capítulo descreveremos os procedimentos adoptados de forma a concretizar a realização do nosso estudo, nomeadamente a concetualização do estudo, as questões de investigação e respectivos objectivos, os participantes, os instrumentos, os procedimentos utilizados e por último a análise dos dados, tendo como referência a fundamentação teórica.

4.1 CONCETUALIZAÇÃO, QUESTÕES E OBJECTIVOS DO ESTUDO

O aleitamento proporciona alimento, consolo, ternura e comunicação entre a mãe e o filho (Lowdermilk & Perry, 2008; Levy & Bértolo, 2012).

O aleitamento materno pode tornar-se uma tarefa agradável e fácil para a nova mãe, se ela encontrar apoio em todas as pessoas, entre as quais os profissionais de saúde como por exemplo os enfermeiros. Mas infelizmente, já nos anos 70, Marchessault (1977), afirmava que essas condições não se encontravam com tanta facilidade nos hospitais de Quebeque. A falta de conhecimentos sobre o aleitamento materno por parte dos profissionais de saúde influenciava, muito mais do que se julgava, a atitude da mãe perante a experiência de amamentar.

Em Portugal, este quadro também se revia, principalmente em estudos de carácter regional, e, apesar de realizados alguns esforços no sentido de incrementar o aleitamento materno, a percentagem de adesão a esta prática decresce à medida que os bebés vão crescendo e, quando têm a idade de 6 meses são muito poucos os bebés que ainda se alimentam com esse bem precioso (Cardoso, 2006).

Os enfermeiros surgem como elementos de incentivo de uma rede de apoio às mães grávidas e posteriormente parturientes, pois o aleitamento materno não é instintivo no ser humano, necessita de aprendizagem, reforço e apoio constante (Maldonado, et al. 2004).

Neste sentido e sabendo da nossa prática, que existem opiniões individuais de alguns profissionais que contradizem toda a evidência científica bem como lacunas e diferenças de conhecimentos, transmitidos às mães que amamentam, pelas equipas de saúde, julgámos ser importante tentar conhecer as implicações que as variáveis sociodemográficas, profissionais e contexto obstétrico, têm nos conhecimentos dos Enfermeiros sobre Aleitamento Materno. Face ao exposto questionámo-nos:

- Em que medida o contexto sociodemográfico (idade, sexo, estado civil, residência e formação académica) influencia os conhecimentos sobre aleitamento materno dos enfermeiros?
- Que relação existe entre o contexto profissional (categoria profissional, local de trabalho, tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional na área de saúde materno-infantil, a formação em aleitamento materno e condição de formador(a)/conselheira(o) em aleitamento materno) e os conhecimentos sobre aleitamento materno dos enfermeiros?
- Que influência é atribuída ao contexto obstétrico (existência de filhos e prática pessoal de aleitamento), nos conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno?

Apoiando-nos nestas questões de investigação, formulámos o seguinte objectivo:

- Analisar as relações existentes entre o contexto profissional, sociodemográfico, obstétrico e os conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno.

Tendo presente o objectivo geral deste estudo o nível de análise do mesmo, caracteriza-se como sendo do tipo descritivo-correlacional, não experimental, transversal e de natureza quantitativa.

É uma investigação não experimental pois tem como propósito explorar relações entre variáveis e descrevê-las (Sampieri, Collado e Lucio, 2008). É considerado um estudo transversal, pois permite a recolha dos dados num só momento, num tempo único, não dando lugar a qualquer intervenção (Polit & Beck, 2011).

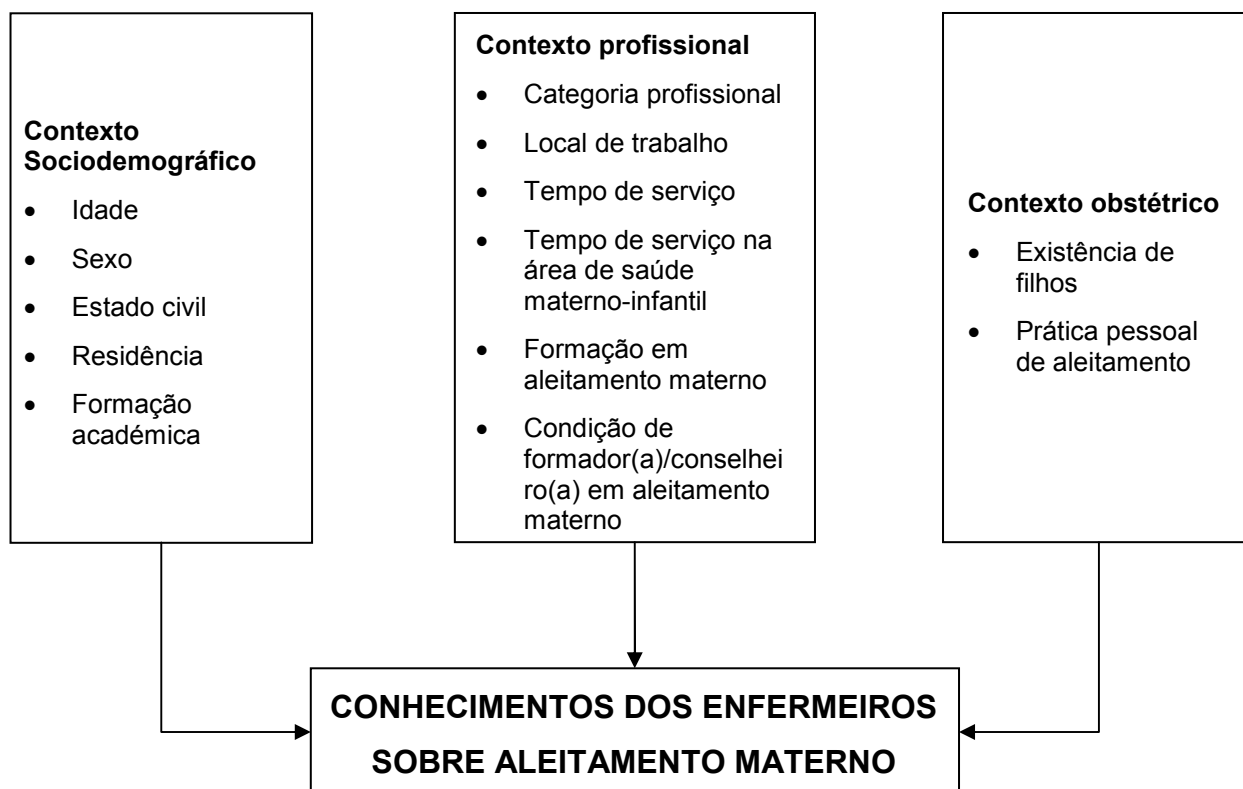
O tipo e a natureza do problema de investigação são quem determina a escolha do método de pesquisa. Neste contexto, optámos por uma estratégia metodológica do tipo quantitativo. Para Fortin (2009), o método quantitativo visa sobretudo explicar e prever um fenómeno pela medida das variáveis e pela análise de dados numéricos.

A selecção das variáveis teve em conta as questões levantadas e os objectivos do estudo. Considerámos como variável dependente os **Conhecimentos dos Enfermeiros**

sobre Aleitamento Materno. Nas variáveis independentes incluímos as sociodemográficas, profissionais e de contexto obstétrico.

A figura 1, esquema conceptual da investigação, procura dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis.

Figura 1 – Esquema conceptual da investigação.



4.2 PARTICIPANTES

No nosso estudo foi seleccionada uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 374 enfermeiros que exercem funções nos serviços de Obstetrícia (puerpérios e sala de Partos), Consultas de Obstetrícia, Pediatria, Neonatologia e Urgência Pediátrica nos seguintes hospitais: Hospital Infante D. Pedro (Centro Hospitalar Baixo Vouga, E.P.E. – Aveiro), no Hospital São Teotónio, E.P.E. (Centro Hospitalar Tondela – Viseu, E.P.E. – Viseu), no Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E. – Covilhã, no Hospital Sousa Martins (Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E. – Guarda) e também enfermeiros a exercer funções na área da Saúde Materno-Infantil nos Cuidados de Saúde Primários da região da Guarda (Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.), Viseu (ACES

Dão Lafões I) e Aveiro (Aces Baixo Vouga II). Do total da amostra 191 enfermeiros (51,10%) exercem funções nos cuidados de saúde primários e 183 (48,90%) na área hospitalar.

Os Critérios de inclusão estabelecidos para a escolha da amostra foram: Ser enfermeiro(a); Exercer funções na área da Saúde Materno-Infantil.

4.2.1 Caracterização sociodemográfica da amostra

A caracterização referente ao contexto sociodemográfico dos enfermeiros engloba as seguintes variáveis idade, sexo, estado civil, residência e formação académica.

Idade

A análise da **tabela 1**, permite constatar que a idade dos 374 participantes que constituem a amostra apresenta uma amplitude de variação entre os 25 e 62 anos, com média de idades de 39,47 anos e desvio padrão de 8,88, com o coeficiente de variação de 22,49%, situando-se a mediana nos 39 anos.

No contexto dos cuidados de saúde primários, a média de idades dos participantes é de 39,18 anos, com desvio padrão de 8,80, e no contexto hospitalar de 39,77, com desvio padrão 8,97.

Com base no valor da média, verifica-se que a maioria (52,70%) possui idade igual ou superior a 39 anos apresentando os restantes (47,30%) idades inferiores.

Sexo

Em relação ao sexo, a amostra é representada maioritariamente pelo sexo feminino (89,80%), comparativamente ao masculino, com apenas (10,20%), conforme se pode observar na **tabela 1**.

Estado civil

Pela análise da **tabela 1**, verificou-se que a maioria dos participantes inquiridos (71,40%), são casados, 17,90% são solteiros, 9,60% referem a condição de divorciados, e 1,10% de viuvez.

Residência

Ao interpretar os dados da **tabela 1**, verificou-se que a maioria dos participantes (61,50%) reside na cidade, 21,10% vivem numa aldeia, e 17,40% habitam numa vila.

Formação académica

No que se refere à formação académica, o nível de licenciatura é referido por 52,8% da amostra, seguindo-se a posse de mestrado, (7,50%), e bacharelato ou equivalente legal, (3,50%). Mencionaram possuir doutoramento, apenas (2,10%). Ainda (6,95%) mencionam possuir pós-graduação (**cf. tabela 1**).

Tabela1 – Dados sociodemográficos da amostra.

		N	%
Idade	<39 anos	177	47,30
	≥39 anos	197	52,70
	Total	374	100,00
Sexo	Masculino	38	10,20
	Feminino	336	89,80
	Total	374	100,00
Estado Civil	Solteira/o	67	17,90
	Casada/o	267	71,40
	Divorciada/o	36	9,60
	Viúva/o	4	1,10
	Total	374	100,00
Residência	Aldeia	79	21,10
	Vila	65	17,40
	Cidade	230	61,50
	Total	374	100,00
Formação académica	Bacharelato ou equivalente legal	13	3,50
	Licenciatura	325	86,90
	Mestrado	28	7,50
	Doutoramento	8	2,10
	Pós-Graduação	26	6,95
	Total	374	100,00

Em síntese, relativamente às variáveis de contexto sociodemográfico, verificou-se na amostra em estudo que os enfermeiros:

- Têm idade igual ou superior a 39 anos (52,70%);
- Pertencem ao sexo feminino (89,80%);
- Maioritariamente casados (71,40%);
- Residem na cidade (61,50%);
- São licenciados (52,8%).

4.3 INSTRUMENTO

A recolha de informação pode ser definida como o processo organizado, posto em prática para obter informação junto de múltiplas fontes, com o fim de passar de um nível de conhecimentos para outro, ou de representação de uma dada situação no quadro de uma acção deliberada. Fortin (2009) acrescenta que a recolha de informação é feita através de instrumentos que permitam a colheita de dados.

Neste estudo, o instrumento de colheita de dados utilizado foi o questionário auto-administrado que se caracteriza por ser preenchido pelo sujeito (Anexo I). O questionário é constituído por duas partes distintas, antecedidas de explicações para o seu correcto preenchimento e respeito pelo anonimato.

A primeira parte permite fazer a caracterização sociodemográfica dos participantes (idade, sexo, estado civil, residência e formação académica), a caracterização de contexto profissional (categoria profissional, local de trabalho, tempo de exercício profissional, tempo de serviço na área de saúde materna ou infantil, formação sobre aleitamento materno efectuada nos últimos dois anos, formador e conselheiro/a em aleitamento materno), informações relativas ao contexto obstétrico (a existência de filhos, se foram amamentados, duração do aleitamento, motivos para o abandono do aleitamento materno e motivos para não amamentar).

A segunda parte é constituída por uma escala construída e validada para o efeito que permite avaliar os conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno. Esta escala é composta por 68 afirmações, das quais 34 são cotadas em sentido positivo e igual número em sentido negativo/inverso. Possui 5 alternativas de resposta: concordo plenamente, concordo, não concordo nem discordo, discordo e discordo plenamente, tendo sido atribuídas os valores de 5, 4, 3, 2, 1, aos itens de sentido positivo, e 1, 2, 3, 4, 5, aos itens negativos, respectivamente.

4.3.1 Avaliação das qualidades psicométricas da escala de conhecimentos sobre aleitamento materno

A avaliação das propriedades psicométricas da escala de conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno foi efectuada através dos estudos de fiabilidade e de validade.

Os estudos de confiabilidade dizem respeito ao grau de confiança ou de exactidão, que se pode ter na informação obtida. É a consistência com que o instrumento mede o atributo, procurando avaliar a estabilidade temporal ou a confiabilidade de teste-reteste ou a homogeneidade dos itens (Polit & Beck, 2011).

Os mesmos autores, referem existir vários factores que afectam a confiabilidade do instrumento, a qual está relacionada com a heterogeneidade da amostra. Quanto mais homogénea for a amostra, menor será o seu coeficiente de confiabilidade.

A confiabilidade da consistência interna, refere-se ao grau com que todos os itens do instrumento, medem o mesmo atributo, sendo esta avaliada pelo cálculo do coeficiente Alpha de Cronbach (Polit & Beck, 2011, p. 412-424).

Foram, então, realizados os seguintes passos:

- Determinação do coeficiente de correlação de Pearson dos diversos itens com o valor global, medindo assim a intensidade e a direcção da associação entre duas variáveis quantitativas (Marôco, 2011).
- Determinação do coeficiente Alpha de Cronbach, o qual mede a correlação entre cada item da escala com os restantes de um mesmo universo, variando os parâmetros entre 0 e 1, sendo a consistência interna considerada boa com um alfa entre 0,8 e 0,9 e muito boa a partir de um alfa superior a 0,9 (Pestana & Gageiro, 2008);
- Determinação da correlação de Split-half, ou método das metades, divide os itens numa escala em dois grupos e examina as correlações dentro de cada grupo e entre os dois grupos (Pestana & Gageiro, 2008).

Os estudos de validade referem-se a três aspectos fundamentais: validade de conteúdo, validade de critério e validade de constructo, sendo, dentre estes, a validade de constructo o mais importante, na medida em que analisa as correlações entre as variáveis dum conjunto de variáveis, resultando num menor número de factores, permitindo avaliar a validade das variáveis que constituem esses factores, de forma a informar se medem ou não

os mesmos conceitos (Hill & Hill, 2000, p. 209; Pestana & Gageiro, 2008, p. 489; Polit & Beck, 2011).

Para a sua determinação utilizou-se a análise factorial dos itens que compõem a escala, através do método dos componentes principais (Pestana & Gageiro, 2008, p. 495). Esta consiste em criar uma matriz de correlações, a qual pretende verificar a existência de correlações significativas entre os itens; variância explicada; e obtenção da matriz factorial, seguida pela rotação dos factores.

Segundo os mesmos autores, existem dois tipos de rotação, a oblíqua (os factores estão correlacionados entre si, sendo pouco usada e pouco vantajosa) e a ortogonal a (mais usada) que produz factores que não se correlacionam entre si, sendo independentes entre si). No nosso estudo utilizámos o método varimax.

Na análise factorial, no sentido de haver precisão dos factores dela resultante, é fundamental que a amostra seja suficientemente grande, de maneira que numa segunda análise os mesmos factores sejam mantidos (Pestana & Gageiro, 2008).

Ainda relativamente à análise factorial, Bryman e Cramer (2003) dizem-nos que o “N” da amostra deverá ser no mínimo igual a cinco vezes o número de itens da escala e nunca inferior a 100. Atendendo a que na presente investigação a amostra em estudo é constituída por 374 elementos, e tendo em conta o número de itens que constituem a escala (56), não se colocam problemas de validação.

Assim, para o estudo da escala de conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno, serão seguidos os procedimentos descritos.

Na **tabela 2** são apresentadas as estatísticas e as correlações obtidas entre cada item e o valor global, permitindo, assim, ter uma ideia de como o item se combina com o valor global. Os valores médios oscilaram entre 2,22 (dp=1,17), no item 22, “Os mamilos que não favorecem a amamentação devem ser preparados durante a gravidez”, e 4,77 (dp=0,55), no item 9, “Existe relação directa entre o tamanho das mamas e a capacidade para produzir leite”.

Os valores médios dos 56 itens que constituem o questionário (na escala de 1 a 5) revelaram-se, de forma geral, bem centrados, uma vez que, com excepção dos itens 14 e 22, se situam acima do valor médio.

As correlações entre os itens e o valor global, superiores a 0,20, sendo muito significativas, variaram entre 0,276, no item 13, e 0,628, no item 51.

Tabela 2 – Correlação de Pearson entre os diferentes itens e o valor global do questionário.

	Média	Desvio padrão	r de Pearson
1 - O aleitamento materno em regime livre é a melhor forma de satisfazer as necessidades do lactante	4,55	0,78	0,285**
2 - Deve-se ensinar à mãe que amamente o seu filho a cada três horas	3,47	1,16	0,511**
3 - A involução uterina no pós-parto é facilitada pela amamentação	4,71	0,67	0,464**
4 - Amamentar é um acto de amor	4,71	0,64	0,295**
5 - O colostro é considerado a primeira vacina	4,57	0,71	0,455**
6 - Amamentar deforma as mamas e prejudica a elegância estética da mãe	4,21	0,97	0,414**
7 - O aleitamento materno tem contribuído para o aumento da morte súbita do lactente	4,69	0,74	0,311**
8 - Existe relação directa entre o tamanho das mamas e a capacidade para produzir leite	4,77	0,55	0,418**
9 - As mulheres que amamentaram têm mais probabilidade de vir a ter cancro da mama	4,68	0,63	0,371**
10 - O leite materno contribui para o desenvolvimento psicológico e sensorial equilibrado do bebé	4,50	0,76	0,443**
11 - Crianças amamentadas à mama ficam menos resistentes às infecções	4,53	0,98	0,294**
12 - A OMS recomenda a introdução de alimentos, além do leite materno, a partir dos seis meses	4,28	0,89	0,389**
13 - Amamentar é um meio natural de espaçar os nascimentos	2,35	1,18	0,276**
14 - Doenças infecciosas da mãe como gripes e amigdalites são contra-indicações para o aleitamento materno	4,30	0,87	0,447**
15 - O bebé deve esvaziar uma mama antes de passar à outra, não devendo ser fixado um tempo determinado para mamar em cada uma	4,24	0,96	0,405**
16 - Amamentar prejudica a relação do casal	4,45	0,77	0,278**
17 - O leite materno diminui o risco de alergias no bebé	4,55	0,74	0,421**
18 - Deve ser oferecida água fervida às crianças que fazem aleitamento materno, se a temperatura ambiente for elevada	3,47	1,24	0,399**
19 - Amamentar é mais prático e cómodo para a mãe	4,55	0,77	0,388**
20 - Os mamilos que não favorecem a amamentação devem ser preparados durante a gravidez	2,22	1,17	0,297**
21 - A amamentação não é uma conduta totalmente instintiva, é preciso aprender a técnica	3,81	1,02	0,285**
22 - Bebé que usa chupeta tem maior probabilidade de abandonar o aleitamento materno precocemente	3,01	1,13	0,320**
23 - Depois de cada mamada, os mamilos devem secar ao ar	3,85	1,06	0,421**
24 - A amamentação diminui o risco de alergias alimentares até à adolescência	3,85	0,93	0,342**
25 - Em caso de mastite não é necessário suspender o aleitamento materno	3,63	1,08	0,340**
26 - Em cada mamada, a mãe deve ter a preocupação de colocar o bebé em ambas as mamas	3,13	1,25	0,448**
27 - Se o bebé dormir no mesmo quarto que a mãe, aumenta a probabilidade de prolongar a amamentação	3,23	1,14	0,298**
28 - Os bebés que mamam em regime livre, perdem mais peso	4,01	0,90	0,429**
29 - Amamentar não tem influência na perda de peso materno	3,87	1,02	0,445**
30 - Os mamilos umbilicados impedem o aleitamento materno	3,97	0,96	0,413**

31 - Deve-se dar a mama cada vez que o bebé o peça	3,81	1,05	0,529**
32 - O bebé que mama leite adaptado como complemento ao leite materno, tem maior probabilidade de abandonar o leite materno precocemente	3,92	0,96	0,328**
33 - Após cada mamada, a mãe deverá lavar os mamilos	3,74	1,30	0,588**
34 - Um bebé com diarreia pode e deve continuar o aleitamento materno	4,52	0,69	0,420**
35 - O colostro contém os nutrientes necessários para o bebé nos primeiros dias de vida	4,73	0,57	0,406**
36 - A diabetes tem menor incidência em adultos que foram amamentados à mama em crianças	3,59	1,22	0,404**
37 - As mamas devem ser lavadas antes e depois de cada mamada	3,77	1,27	0,584**
38 - A amamentação não influencia o vínculo mãe/filho	4,54	0,91	0,344**
39 - Quanto maior o número de mamadas nocturnas, maior será a produção de prolactina	3,82	1,17	0,536**
40 - Depois de uma cesariana, a mãe pode amamentar logo que recupere a consciência	4,35	0,84	0,441**
41 - Amamentar diminui as reservas de ferro da mãe, o que agrava a anemia	3,85	0,87	0,281**
42 - O alho é um alimento proibido durante a amamentação, pois dá mau sabor ao leite	3,49	0,99	0,405**
43 - Mães que amamentam têm menor incidência de depressão pós-parto	3,55	1,01	0,316**
44 - Se um bebé mamar só numa mama, não pode ficar satisfeito	3,98	0,95	0,396**
45 - Os bebés em aleitamento materno devem tomar suplementos vitamínicos	3,85	1,08	0,265**
46 - As chupetas interferem e dificultam o aleitamento materno	3,17	1,15	0,391**
47 - Durante o segundo ano de vida o leite materno é de baixa qualidade	3,86	0,96	0,483**
48 - Existe uma forte correlação entre a dor na mama e a má posição do bebé nesta	3,95	0,92	0,523**
49 - Em caso de mastite, deve-se suspender o aleitamento, pois a infecção poderá transmitir-se ao bebé	3,80	1,03	0,421**
50 - Quando o bebé mama, o mamilo e grande parte da auréola devem estar dentro da boca	4,52	0,73	0,543**
51 - A mãe deve colocar os dedos em forma de tesoura, o que facilita a extracção do leite	3,40	1,37	0,628**
52 - Em caso de ingurgitamento, deve ser aplicado frio antes da mamada e massajadas as mamas, para favorecer o esvaziamento	3,63	1,25	0,338**
53 - O leite do início da mamada é mais rico em gorduras	3,79	1,31	0,475**
54 - Para a pega ser eficaz, poderá ter que se esvaziar um pouco a mama antes de colocar o bebé a mamar	3,36	1,19	0,296**
55 - O uso de cremes de lanolina mostrou-se prejudicial no aleitamento	3,52	0,93	0,376**
56 - A amamentação precoce e frequente na posição correcta é o melhor método para prevenir o ingurgitamento mamário	4,31	0,84	0,478**

**P<0,001

Os valores de Alpha de Cronbach revelaram-se, de forma geral, com classificação de muito bons, variando entre 0,898, no item 41, “Após cada mamada, a mãe deverá lavar os mamilos”, e 0,903, no item 14, “Amamentar é um meio natural de espaçar os nascimentos” (cf. tabela 3).

Os coeficientes de correlação item total corrigido mostram que o item 13 ($r=0,226$), foi o que apresentou menor valor, não se revelando, por isso, tão homogêneo face aos outros, tal como os que apresentam correlações mais baixas, e a correlação máxima foi obtida no item 51 ($r=0,588$). O item que revelou menor variabilidade (22,70%) foi o item 45.

A consistência interna da escala global mostra um valor de Alpha de Cronbach muito bom ($\alpha=0,902$)

Por sua vez, o índice de fiabilidade, medido através do método das metades (Split-half), revela um valor bom, na segunda metade ($\alpha=0,849$) e razoável, na primeira metade ($\alpha=0,789$), respectivamente (cf. tabela 3).

Tabela 3 – Consistência interna da escala de conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno.

	Média	Desvio padrão	Correlação item total corrigida	R ²	Alpha Cronbach's se item eliminado
1 - O aleitamento materno em regime livre é a melhor forma de satisfazer as necessidades do lactante	4,55	0,779	0,251	0,269	0,902
2 - Deve-se ensinar à mãe que amamente o seu filho a cada três horas	3,47	1,159	0,471	0,415	0,899
3 - A involução uterina no pós-parto é facilitada pela amamentação	4,71	0,673	0,440	0,389	0,900
4 - Amamentar é um acto de amor	4,71	0,640	0,268	0,362	0,902
5 - O colostro é considerado a primeira vacina	4,57	0,709	0,429	0,379	0,900
6 - Amamentar deforma as mamas e prejudica a elegância estética da mãe	4,21	0,970	0,376	0,336	0,901
7 - O aleitamento materno tem contribuído para o aumento da morte súbita do lactente	4,69	0,740	0,280	0,394	0,902
8 - Existe relação directa entre o tamanho das mamas e a capacidade para produzir leite	4,77	0,555	0,397	0,470	0,901
9 - As mulheres que amamentaram têm mais probabilidade de vir a ter cancro da mama	4,68	0,634	0,345	0,397	0,901
10 - O leite materno contribui para o desenvolvimento psicológico e sensorial equilibrado do bebé	4,50	0,760	0,414	0,437	0,900
11 - Crianças amamentadas à mama ficam menos resistentes às infecções	4,53	0,981	0,253	0,256	0,902
12 - A OMS recomenda a introdução de alimentos, além do leite materno, a partir dos seis meses	4,28	0,888	0,353	0,232	0,901
13 - Amamentar é um meio natural de espaçar os nascimentos	2,35	1,176	0,226	0,303	0,903
14 - Doenças infecciosas da mãe como gripes e amigdalites são contra-indicações para o aleitamento materno	4,30	0,871	0,414	0,327	0,900

15 - O bebê deve esvaziar uma mama antes de passar à outra, não devendo ser fixado um tempo determinado para mamar em cada uma	4,24	0,957	0,368	0,347	0,901
16 - Amamentar prejudica a relação do casal	4,45	0,765	0,246	0,298	0,902
17 - O leite materno diminui o risco de alergias no bebê	4,55	0,744	0,392	0,346	0,901
18 - Deve ser oferecida água fervida às crianças que fazem aleitamento materno, se a temperatura ambiente for elevada	3,47	1,240	0,350	0,320	0,901
19 - Amamentar é mais prático e cômodo para a mãe	4,55	0,773	0,358	0,424	0,901
20 - Os mamilos que não favorecem a amamentação devem ser preparados durante a gravidez	2,22	1,169	0,247	0,260	0,902
21 - A amamentação não é uma conduta totalmente instintiva, é preciso aprender a técnica	3,81	1,022	0,242	0,236	0,902
22 - Bebê que usa chupeta tem maior probabilidade de abandonar o aleitamento materno precocemente	3,01	1,138	0,273	0,509	0,902
23 - Depois de cada mamada, os mamilos devem secar ao ar	3,85	1,059	0,380	0,351	0,901
24 - A amamentação diminui o risco de alergias alimentares até à adolescência	3,85	0,926	0,304	0,336	0,901
25 - Em caso de mastite não é necessário suspender o aleitamento materno	3,63	1,078	0,296	0,326	0,902
26 - Em cada mamada, a mãe deve ter a preocupação de colocar o bebê em ambas as mamas	3,13	1,253	0,401	0,447	0,900
27 - Se o bebê dormir no mesmo quarto que a mãe, aumenta a probabilidade de prolongar a amamentação	3,23	1,136	0,250	0,331	0,902
28 - Os bebês que mamam em regime livre, perdem mais peso	4,01	0,901	0,395	0,341	0,900
29 - Amamentar não tem influência na perda de peso materno	3,87	1,024	0,407	0,342	0,900
30 - Os mamilos umbilicados impedem o aleitamento materno	3,97	0,964	0,376	0,374	0,901
31 - Deve-se dar a mama cada vez que o bebê o peça	3,81	1,052	0,493	0,425	0,899
32 - O bebê que mama leite adaptado como complemento ao leite materno, tem maior probabilidade de abandonar o leite materno precocemente	3,92	0,956	0,288	0,317	0,902
33 - Após cada mamada, a mãe deverá lavar os mamilos	3,74	1,299	0,547	0,753	0,898
34 - Um bebê com diarreia pode e deve continuar o aleitamento materno	4,52	0,690	0,394	0,444	0,901
35 - O colostro contém os nutrientes necessários para o bebê nos primeiros dias de vida	4,73	0,571	0,384	0,414	0,901
36 - A diabetes tem menor incidência em adultos que foram amamentados à mama em crianças	3,59	1,220	0,356	0,359	0,901
37 - As mamas devem ser lavadas antes e depois de cada mamada	3,77	1,275	0,544	0,766	0,898

38 - A amamentação não influencia o vínculo mãe/filho	4,54	0,913	0,307	0,357	0,901
39 - Quanto maior o número de mamadas nocturnas, maior será a produção de prolactina	3,82	1,175	0,496	0,441	0,899
40 - Depois de uma cesariana, a mãe pode amamentar logo que recupere a consciência	4,35	0,836	0,410	0,374	0,900
41 - Amamentar diminui as reservas de ferro da mãe, o que agrava a anemia	3,85	0,865	0,244	0,291	0,902
42 - O alho é um alimento proibido durante a amamentação, pois dá mau sabor ao leite	3,49	0,993	0,367	0,377	0,901
43 - Mães que amamentam têm menor incidência de depressão pós-parto	3,55	1,008	0,273	0,365	0,902
44 - Se um bebé mamar só numa mama, não pode ficar satisfeito	3,98	0,949	0,359	0,365	0,901
45 - Os bebés em aleitamento materno devem tomar suplementos vitamínicos	3,85	1,077	0,219	0,227	0,902
46 - As chupetas interferem e dificultam o aleitamento materno	3,17	1,154	0,345	0,510	0,901
47 - Durante o segundo ano de vida o leite materno é de baixa qualidade	3,86	0,960	0,448	0,341	0,900
48 - Existe uma forte correlação entre a dor na mama e a má posição do bebé nesta	3,95	0,916	0,492	0,425	0,900
49 - Em caso de mastite, deve-se suspender o aleitamento, pois a infecção poderá transmitir-se ao bebé	3,80	1,033	0,381	0,396	0,901
50 - Quando o bebé mama, o mamilo e grande parte da auréola devem estar dentro da boca	4,52	0,727	0,519	0,449	0,900
51 - A mãe deve colocar os dedos em forma de tesoura, o que facilita a extracção do leite	3,40	1,373	0,588	0,536	0,898
52 - Em caso de ingurgitamento, deve ser aplicado frio antes da mamada e massajadas as mamas, para favorecer o esvaziamento	3,63	1,253	0,286	0,339	0,902
53 - O leite do início da mamada é mais rico em gorduras	3,79	1,312	0,427	0,338	0,900
54 - Para a pega ser eficaz, poderá ter que se esvaziar um pouco a mama antes de colocar o bebé a mamar	3,36	1,185	0,246	0,243	0,902
55 - O uso de cremes de lanolina mostrou-se prejudicial no aleitamento	3,52	0,928	0,339	0,299	0,901
56 - A amamentação precoce e frequente na posição correcta é o melhor método para prevenir o ingurgitamento mamário	4,31	0,841	0,448	0,400	0,900
		1ªMetade		0,789	
		2ªMetade		0,849	
		Coeficiente Alpha de Cronbach global		0,902	

Procede-se de seguida ao estudo da análise factorial da escala. No sentido de se conhecer os factores (dimensões) subjacentes à escala de conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno, foi realizada a análise factorial de componentes principais que

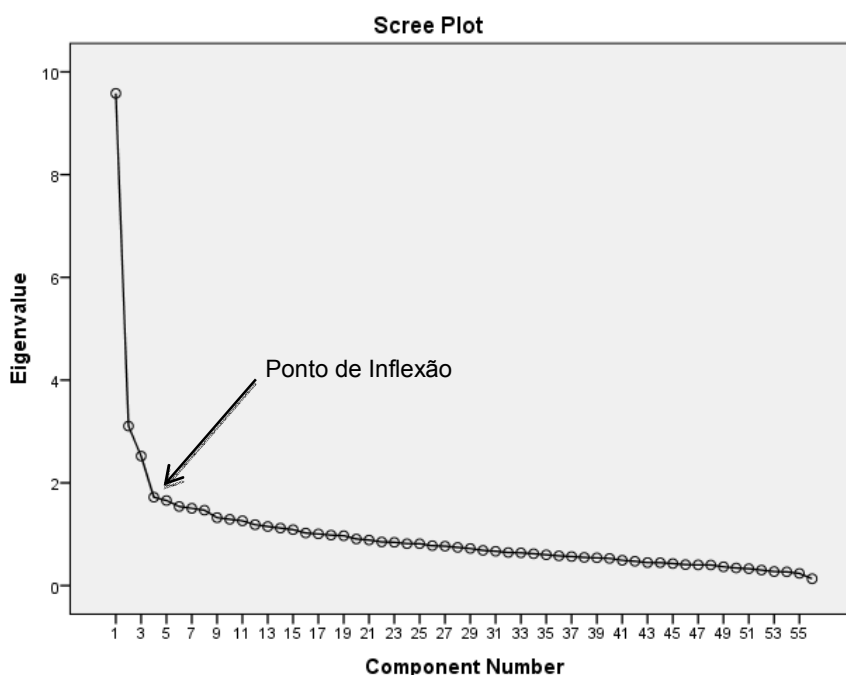
segundo Hill & Hill (2000), permite reduzir o número de componentes, os quais podem representar quase toda a informação de um grande conjunto de variáveis, com rotação ortogonal de tipo Varimax e *eigenvalues* superiores a 1.

Começou-se, então, pela análise da matriz de correlações entre os itens e do índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), o qual consiste num procedimento que afere a qualidade das correlações entre as variáveis (itens), indicando a proporção da variância dos dados que pode ser considerada comum a todas as variáveis, ou seja, que pode ser atribuída a um factor comum, por forma a avaliar a adequacidade da análise factorial, que apresenta um valor considerado bom (KMO=0,837), permitindo a prossecução da análise factorial (Pestana & Gageiro, 2008; Marôco, 2011).

O teste de esfericidade de Bartlett (qui-quadrado=5995,701 e $p < 0,001$) leva à rejeição da hipótese da matriz das correlações na população ser a identidade, mostrando, portanto, que existe correlação entre as variáveis, e permitindo, assim, a utilização do modelo factorial e confirmação da factoriabilidade da matriz de correlações.

Foi verificada a matriz anti-imagem, medida de adequação amostral, tendo-se verificado, de maneira geral, tendencialmente valores moderados (acima de 0,50) na diagonal principal. Os valores fora da diagonal principal, simétricos da matriz das correlações, apresentavam todos valores pequenos, de modo a se poder aplicar o modelo dos componentes principais, tal como postulado por Pestana e Gageiro (2008, p.493).

Gráfico 1 – Variâncias de Scree Plot.



Os valores das comunalidades, proporção da variância de cada variável explicada pelas componentes principais retidas, aparecem com valores entre 0,494, e 0,804 (cf. **tabela 4**).

A análise dos componentes principais, pelos critérios de Kaiser, revelou a presença de 17 componentes com autovalores (*eigenvalues*) superiores a 1. No entanto, atendendo ao percentual de variância explicada (pelo menos 3%), corroborada pela análise do “Scree Plot” (cf. **gráfico 1**), que revela um nítido ponto de inflexão a partir do quarto componente, forçou-se a rotação a 3 factores.

Deste modo, obtiveram-se 3 factores que explicam, respectivamente, 17,11%, 5,55%, 4,50% da variância, sendo a variância total explicada pelo conjunto dos 3 factores de 27,16% (cf. **tabela 4**).

Embora o valor esteja abaixo do critério teórico por vezes sugerido (70-75%), e que é, todavia, difícil de atingir, a percentagem obtida poder-se-á considerar satisfatória.

O Factor 1, o qual foi denominado de “Cuidados e condições maternas”, explica 17,11% da variância total, é constituído por 21 itens (itens 33, 37, 51, 26, 42, 18, 2, 30, 49, 55, 47, 52, 44, 28, 20, 50, 29, 53, 12, 15, e 41, ordenados segundo a carga factorial).

O Factor 2, denominado “Propriedades da amamentação”, explica 5,55% da variância total, é constituído por 20 itens (itens 7, 19, 10, 38, 17, 4, 40, 9, 8, 5, 35, 34, 16, 6, 11, 3, 24, 14, 45, e 1, ordenados segundo a carga factorial).

O Factor 3, nomeado “Procedimentos técnicos”, que explica 4,50% da variância total, integra 15 itens (itens 46, 22, 27, 43, 39, 13, 48, 36, 32, 31, 56, 23, 54, 21, e 25, também ordenados segundo a carga factorial).

Tabela 4 – Ordenação dos itens por factor.

	Factores			H ²
	1	2	3	
33 - Após cada mamada, a mãe deverá lavar os mamilos	0,721			0,230
37 - As mamas devem ser lavadas antes e depois de cada mamada	0,718			0,543
51 - A mãe deve colocar os dedos em forma de tesoura, o que facilita a extracção do leite	0,631			0,518
26 - Em cada mamada, a mãe deve ter a preocupação de colocar o bebé em ambas as mamas	0,571			0,339
42 - O alho é um alimento proibido durante a amamentação, pois dá mau sabor ao leite	0,563			0,326
18 - Deve ser oferecida água fervida às crianças que fazem aleitamento materno, se a temperatura ambiente for elevada	0,509			0,266
2 - Deve-se ensinar à mãe que amamente o seu filho a cada três horas	0,504			0,319

30 - Os mamilos umbilicados impedem o aleitamento materno	0,467	0,276
49 - Em caso de mastite, deve-se suspender o aleitamento, pois a infecção poderá transmitir-se ao bebé	0,461	0,265
55 - O uso de cremes de lanolina mostrou-se prejudicial no aleitamento	0,421	0,195
47 - Durante o segundo ano de vida o leite materno é de baixa qualidade	0,421	0,283
52 - Em caso de ingurgitamento, deve ser aplicado frio antes da mamada e massajadas as mamas, para favorecer o esvaziamento	0,413	0,178
44 - Se um bebé mamar só numa mama, não pode ficar satisfeito	0,403	0,238
28 - Os bebés que mamam em regime livre, perdem mais peso	0,392	0,252
20 - Os mamilos que não favorecem a amamentação devem ser preparados durante a gravidez	0,388	0,197
50 - Quando o bebé mama, o mamilo e grande parte da auréola devem estar dentro da boca	0,382	0,339
29 - Amamentar não tem influência na perda de peso materno	0,375	0,209
53 - O leite do início da mamada é mais rico em gorduras	0,351	0,220
12 - A OMS recomenda a introdução de alimentos, além do leite materno, a partir dos seis meses	0,345	0,170
15 - O bebé deve esvaziar uma mama antes de passar à outra, não devendo ser fixado um tempo determinado para mamar em cada uma	0,338	0,187
41 - Amamentar diminui as reservas de ferro da mãe, o que agrava a anemia	0,286	0,165
7 - O aleitamento materno tem contribuído para o aumento da morte súbita do lactente	0,534	0,297
19 - Amamentar é mais prático e cómodo para a mãe	0,503	0,334
10 - O leite materno contribui para o desenvolvimento psicológico e sensorial equilibrado do bebé	0,494	0,376
38 - A amamentação não influencia o vínculo mãe/filho	0,489	0,252
17 - O leite materno diminui o risco de alergias no bebé	0,484	0,318
4 - Amamentar é um acto de amor	0,472	0,302
40 - Depois de uma cesariana, a mãe pode amamentar logo que recupere a consciência	0,468	0,279
9 - As mulheres que amamentaram têm mais probabilidade de vir a ter cancro da mama	0,465	0,255
8 - Existe relação directa entre o tamanho das mamas e a capacidade para produzir leite	0,463	0,360
5 - O colostro é considerado a primeira vacina	0,448	0,343
35 - O colostro contém os nutrientes necessários para o bebé nos primeiros dias de vida	0,446	0,266
34 - Um bebé com diarreia pode e deve continuar o aleitamento materno	0,438	0,275
16 - Amamentar prejudica a relação do casal	0,431	0,198
6 - Amamentar deforma as mamas e prejudica a elegância estética da mãe	0,406	0,222
11 - Crianças amamentadas à mama ficam menos resistentes às infecções	0,400	0,176
3 - A involução uterina no pós-parto é facilitada pela amamentação	0,380	0,276
24 - A amamentação diminui o risco de alergias alimentares até à adolescência	0,372	0,255
14 - Doenças infecciosas da mãe como gripes e amigdalites são contra-indicações para o aleitamento materno	0,348	0,241

45 - Os bebés em aleitamento materno devem tomar suplementos vitamínicos	0,297	0,099
1 - O aleitamento materno em regime livre é a melhor forma de satisfazer as necessidades do lactante	0,243	0,100
46 - As chupetas interferem e dificultam o aleitamento materno	0,603	0,382
22 - Bebê que usa chupeta tem maior probabilidade de abandonar o aleitamento materno precocemente	0,550	0,306
27 - Se o bebé dormir no mesmo quarto que a mãe, aumenta a probabilidade de prolongar a amamentação	0,529	0,280
43 - Mães que amamentam têm menor incidência de depressão pós-parto	0,516	0,293
39 - Quanto maior o número de mamadas nocturnas, maior será a produção de prolactina	0,508	0,361
13 - Amamentar é um meio natural de espaçar os nascimentos	0,505	0,270
48 - Existe uma forte correlação entre a dor na mama e a má posição do bebé nesta	0,485	0,338
36 - A diabetes tem menor incidência em adultos que foram amamentados à mama em crianças	0,473	0,266
32 - O bebé que mama leite adaptado como complemento ao leite materno, tem maior probabilidade de abandonar o leite materno precocemente	0,465	0,230
31 - Deve-se dar a mama cada vez que o bebé o peça	0,430	0,352
56 - A amamentação precoce e frequente na posição correcta é o melhor método para prevenir o ingurgitamento mamário	0,428	0,330
23 - Depois de cada mamada, os mamilos devem secar ao ar	0,349	0,204
54 - Para a pega ser eficaz, poderá ter que se esvaziar um pouco a mama antes de colocar o bebé a mamar	0,293	0,127
21 - A amamentação não é uma conduta totalmente instintiva, é preciso aprender a técnica	0,280	0,099
25 - Em caso de mastite não é necessário suspender o aleitamento materno	0,252	0,115

Factores	Autovalores (Eigenvalue)	% Variância	% Variância acumulada
F1 – Cuidados e condições maternas	9,581	17,109	17,109
F2 – Propriedades da amamentação	3,105	5,545	22,654
F3 – Procedimentos técnicos	2,522	4,503	27,157

Na **tabela 5** apresentam-se os parâmetros de validade e de precisão dos factores relativos aos conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno.

Relativamente aos cuidados e condições maternas (Factor 1), as médias mais elevadas encontram-se nos itens 50 (\bar{X} =4,52; dp=0,73) e 12 (\bar{X} =4,28; dp=0,89), e a mais baixa, com considerável dispersão, no item 20 (\bar{X} =2,22; dp=1,17). Os itens que melhor se correlacionam como factor são o 33 ($r=0,635$) e o 37 ($r=0,638$), sendo os que melhor representaram o factor, respectivamente, em 72,2% e 72,8%. O item que aparece com menor correlação é o 41 ($r=0,267$), sendo responsável por apenas 16,9% da variância. Os valores de alfa de Cronbach variaram de 0,839, nos itens 33 e 37, a 0,854, no item 20, sendo considerados de bons. O valor de consistência interna deste factor é de 0,854.

Em relação às propriedades da amamentação (Factor 2), as médias mais elevadas encontram-se nos itens 8 ($\bar{X}=4,77$; $dp=0,55$) e 35 ($\bar{X}=4,73$; $dp=0,57$), e mais baixas nos itens 24 ($\bar{X}=3,85$; $dp=0,93$) e 45 ($\bar{X}=3,85$; $dp=1,08$). As melhores correlações encontram-se nos itens 10 ($r=0,488$) e 5 ($r=0,464$), responsáveis, respectivamente, por 36,2% e 27,8% da variância, e a correlação mais baixa no item 45 ($r=0,239$), com apenas 9,3% de variância. Os valores de alfa variaram entre 0,794, no item 10, e 0,812, no item 45, sendo considerados razoáveis a bons. O factor apresenta $\alpha=0,808$, de consistência interna.

No Factor 3, procedimentos técnicos, as médias mais elevadas observam-se nos itens 56 ($\bar{X}=4,31$; $dp=0,84$) e 48 ($\bar{X}=3,95$; $dp=0,92$), e as mais baixas, com considerável dispersão, nos itens 13 ($\bar{X}=2,35$; $dp=1,18$) e 22 ($\bar{X}=3,01$; $dp=1,14$). Os itens que melhor se correlacionam como factor são o 39 ($r=0,502$) e o 48 ($r=0,498$), sendo os que melhor representam com, respectivamente, 28,3% e 31,5%. Os itens com menor correlação são o 21 ($r=0,247$) e 54 ($r=0,245$), responsáveis por apenas 8,7% e 10,7% da variância. Os valores de alfa de Cronbach variaram de 0,750, no item 39, a 0,774, no item 54, sendo considerados razoáveis. O valor de consistência interna deste factor é de 0,774.

Tabela 5 – Correlação dos itens com os factores e consistência interna dos factores.

	Média	DP	R Item/total	R ²	Alfa
Factor 1 – Cuidados e condições maternas					0,854
2-Deve-se ensinar à mãe que amamente o seu filho a cada três horas	3,47	1,16	0,477	0,302	0,846
12-A OMS recomenda a introdução de alimentos, além do leite materno, a partir dos seis meses	4,28	0,89	0,341	0,152	0,851
15-O bebé deve esvaziar uma mama antes de passar à outra, não devendo ser fixado um tempo determinado para mamar em cada uma	4,24	0,96	0,336	0,211	0,851
18-Deve ser oferecida água fervida às crianças que fazem aleitamento materno, se a temperatura ambiente for elevada	3,47	1,24	0,421	0,224	0,849
20-Os mamilos que não favorecem a amamentação devem ser preparados durante a gravidez	2,22	1,17	0,292	0,136	0,854
26-Em cada mamada, a mãe deve ter a preocupação de colocar o bebé em ambas as mamas	3,13	1,25	0,498	0,328	0,845
28-Os bebés que mamam em regime livre, perdem mais peso	4,01	0,90	0,405	0,234	0,849
29-Amamentar não tem influência na perda de peso materno	3,87	1,02	0,384	0,204	0,850
30-Os mamilos umbilicados impedem o aleitamento materno	3,97	0,96	0,447	0,278	0,848
33-Depois de cada mamada, a mãe deverá lavar os mamilos	3,74	1,30	0,635	0,722	0,839
37-As mamas devem ser lavadas antes e depois de cada mamada	3,77	1,27	0,638	0,728	0,839
41-Amamentar diminui as reservas de ferro da mãe, o que agrava a anemia	3,85	0,87	0,267	0,169	0,853

42-O alho é um alimento proibido durante a amamentação, pois dá mau sabor ao leite	3,49	0,99	0,482	0,267	0,846
44-Se um bebé mamar só numa mama, não pode ficar satisfeito	3,98	0,95	0,377	0,240	0,850
47-Durante o segundo ano de vida o leite materno é de baixa qualidade	3,86	,96	0,450	0,268	0,848
49-Em caso de mastite, deve-se suspender o aleitamento, pois a infecção poderá transmitir-se ao bebé	3,80	1,03	0,420	0,274	0,849
50-Quando o bebé mama, o mamilo e grande parte da auréola devem estar dentro da boca	4,52	0,73	0,440	0,272	0,849
51-A mãe deve colocar os dedos em forma de tesoura, o que facilita a extracção do leite	3,40	1,37	0,610	0,420	0,840
52-Em caso de ingurgitamento, deve ser aplicado frio antes da mamada e massajadas as mamas, para favorecer o esvaziamento	3,63	1,25	0,325	0,211	0,853
53-O leite do início da mamada é mais rico em gorduras	3,79	1,31	0,401	0,208	0,850
55-O uso de cremes de lanolina mostrou-se prejudicial no aleitamento	3,52	,93	0,393	0,240	0,850
Factor 2 – Propriedades da amamentação					0,808
1-O aleitamento materno em regime livre é a melhor forma de satisfazer as necessidades do lactante	4,55	0,78	0,255	0,138	0,807
3-A involução uterina no pós-parto é facilitada pela amamentação	4,71	0,67	0,417	0,274	0,799
4-Amamentar é uma acto de amor	4,71	0,64	0,387	0,310	0,800
5-O colostro é considerado a primeira vacina	4,57	0,71	0,464	0,278	0,796
6-Amamentar deforma as mamas e prejudica a elegância estética da mãe	4,21	0,97	0,385	0,222	0,800
7-O aleitamento materno tem contribuído para o aumento da morte súbita do lactente	4,69	0,74	0,410	0,281	0,799
8-Existe relação directa entre o tamanho das mamas e a capacidade para produzir leite	4,77	0,55	0,406	0,370	0,800
9-As mulheres que amamentaram têm mais probabilidade de vir a ter cancro da mama	4,68	0,63	0,402	0,303	0,800
10-O leite materno contribui para o desenvolvimento psicológico e sensorial equilibrado do bebé	4,50	0,76	0,488	0,362	0,794
11-Crianças amamentadas à mama ficam menos resistentes às infecções	4,53	0,98	0,311	0,137	0,805
14-Doenças infecciosas da mãe como gripes e amigdalites são contra-indicações para o aleitamento materno	4,30	0,87	0,380	0,205	0,800
16-Amamentar prejudica a relação do casal	4,45	0,77	0,335	0,202	0,802
17-O leite materno diminui o risco de alergias no bebé	4,55	0,74	0,454	0,255	0,796
19-Amamentar é mais prático e cómodo para a mãe	4,55	0,77	0,433	0,269	0,797
24-A amamentação diminui o risco de alergias alimentares até à adolescência	3,85	0,93	0,333	0,189	0,803
34-Um bebé com diarreia pode e deve continuar o aleitamento materno	4,52	0,69	0,379	0,316	0,800
35-O colostro contém os nutrientes necessários para o bebé nos primeiros dias de vida	4,73	0,57	0,409	0,269	0,800
38-A amamentação não influencia o vínculo mãe/filho	4,54	0,91	0,400	0,245	0,799

40-Depois de uma cesariana, a mãe pode amamentar logo que recupere a consciência	4,35	0,84	0,422	0,253	0,798
45-Os bebés em aleitamento materno devem tomar suplementos vitamínicos	3,85	1,08	0,239	0,093	0,812
Factor 3 – Procedimentos técnicos					0,774
13-Amamentar é um meio natural de espaçar os nascimentos	2,35	1,18	0,363	0,171	0,763
21-A amamentação não é uma conduta totalmente instintiva, é preciso aprender a técnica	3,81	1,02	0,247	0,087	0,772
22-Bebé que usa chupeta tem maior probabilidade de abandonar o aleitamento materno precocemente	3,01	1,14	0,402	0,413	0,759
23-Depois de cada mamada, os mamilos devem secar ao ar	3,85	1,06	0,350	0,181	0,764
25-Em caso de mastite não é necessário suspender o aleitamento materno	3,63	1,08	0,266	0,124	0,771
27-Se o bebé dormir no mesmo quarto que a mãe, aumenta a probabilidade de prolongar a amamentação	3,23	1,14	0,392	0,181	0,760
31-Deve-se dar a mama cada vez que o bebé o peça	3,81	1,05	0,425	0,228	0,758
32-O bebé que mama leite adaptado como complemento ao leite materno, tem maior probabilidade de abandonar o leite materno precocemente	3,92	0,96	0,381	0,196	0,762
36-A diabetes tem menor incidência em adultos que foram amamentados à mama em crianças	3,59	1,22	0,374	0,180	0,762
39-Quanto maior o número de mamadas nocturnas, maior será a produção de prolactina	3,82	1,17	0,502	0,283	0,750
43-Mães que amamentam têm menor incidência de depressão pós-parto	3,55	1,01	0,381	0,212	0,761
46-As chupetas interferem e dificultam o aleitamento materno	3,17	1,15	0,467	0,419	0,753
48-Existe uma forte correlação entre a dor na mama e a má posição do bebé nesta	3,95	0,92	0,498	0,315	0,753
54-Para a pega ser eficaz, poderá ter que se esvaziar um pouco a mama antes de colocar o bebé a mamar	3,36	1,19	0,245	0,107	0,774
56-A amamentação precoce e frequente na posição correcta é o melhor método para prevenir o ingurgitamento mamário	4,31	0,84	0,408	0,193	0,760
Conhecimentos globais					0,902

Ainda no respeitante aos estudos de validade, além da consistência interna da escala global, já atrás referida, foram também determinados os valores de Alfa de Cronbach de cada factor. De acordo com os dados da **tabela 6**, verifica-se que o primeiro factor obtém $\alpha=0,854$, o segundo factor $\alpha=0,808$, e o terceiro $\alpha=0,774$, denotando-se, assim, que os três factores apresentam uma boa consistência interna.

A consistência interna, medida através do cálculo das metades (Split-half), mostra que o factor 1 apresenta na primeira metade um valor ainda considerado bom ($\alpha=0,775$) e na segunda metade um valor moderado ($\alpha=0,721$); o factor 2 obtém na primeira metade um valor moderado a bom ($\alpha=0,749$) e na segunda metade um valor moderado ($\alpha=0,621$); e o factor 3 apresenta, quer na primeira ($\alpha=0,614$), quer na segunda metade ($\alpha=0,662$), valores moderados, sendo o da primeira metade o valor mais baixo.

Tabela 6 – Valores Alpha de Cronbach dos factores e da escala global.

Factores	Número itens	Alfa de Cronbach		
		Split –half		Total
		1ª Metade	2ª Metade	
F1 – Cuidados e condições maternas	21	0,775	0,721	0,854
F2 – Propriedades da amamentação	20	0,749	0,621	0,808
F3 – Procedimentos técnicos	15	0,614	0,662	0,774
Conhecimentos globais	56	0,789	0,849	0,902

Outra contribuição para o estudo da validade de uma escala psicométrica é a determinação da matriz de correlações entre os diversos factores e o valor global da escala. As correlações não devem ser demasiado elevadas, uma vez que este facto indica que os itens são redundantes, sendo preferível existir uma correlação moderada entre si, facto que revela uma sensibilidade a aspectos diferentes do mesmo constructo.

A análise da **tabela 7** permite verificar que as correlações entre os três factores e entre estes e a escala global. Assim, entre os factores observam-se correlações positivas moderadas, porém, altamente significativas ($p < 0,001$), sendo de 0,525 (F1 e F2), 0,488 (F2 e F3), e 0,471 (F1 e F3).

Relativamente à correlação entre os factores e a escala global, observam-se correlações positivas altas, muitíssimo significativas, 0,871 (F1 e escala global), 0,787 (F2 e escala global), e 0,772 (F3 e escala global).

Tabela 7 – Matriz de correlação de Pearson entre os factores e escala global.

	F1	F2	F3	Conhecimentos globais
F1 - Cuidados e condições maternas		0,525**	0,471**	0,871**
F2 - Propriedades da amamentação			0,488**	0,787**
F3 - Procedimentos técnicos				0,772**
Conhecimentos globais				

** $p < 0,001$

Também de acordo com os dados da **tabela 8**, que vêm corroborar a verificação anterior, constata-se que entre os itens e os factores e itens e escala global observam-se, de uma maneira geral, correlações positivas baixas a moderadas/ altas, no entanto, muito a muitíssimo significativas. A maior correlação observa-se no item 37 ($r = 0,701$), relativamente

ao factor 1, enquanto que a menor correlação se situa no item 13 ($r=0,086$) relativamente ao factor 2.

Assim sendo, estes resultados apontam para que o aumento de pontuação num dos factores se encontra igualmente associado a um aumento da pontuação nos demais e na pontuação global, assim como o aumento de pontuação nos itens se reflecte num aumento do score dos factores e, portanto, na escala global.

Tabela 8 – Correlação dos itens com os factores e com o valor global dos conhecimentos.

	Fator 1	Fator 2	Fator 3	CG total
1 - O aleitamento materno em regime livre é a melhor forma de satisfazer as necessidades do lactante	0,189**	0,352**	0,186**	0,285**
2 - Deve-se ensinar à mãe que amamente o seu filho a cada três horas	0,553**	0,305**	0,329**	0,511**
3 - A involução uterina no pós-parto é facilitada pela amamentação	0,317**	0,491**	0,369**	0,464**
4 - Amamentar é uma acto de amor	0,123*	0,460**	0,213**	0,295**
5 - O colostro é considerado a primeira vacina	0,261**	0,538**	0,382**	0,455**
6 - Amamentar deforma as mamas e prejudica a elegância estética da mãe	0,318**	0,494**	0,225**	0,414**
7 - O aleitamento materno tem contribuído para o aumento da morte súbita do lactente	0,196**	0,492**	0,119*	0,311**
8 - Existe relação directa entre o tamanho das mamas e a capacidade para produzir leite	0,400**	0,468**	0,140**	0,418**
9 - As mulheres que amamentaram têm mais probabilidade de vir a ter cancro da mama	0,280**	0,473**	0,180**	0,371**
10 - O leite materno contribui para o desenvolvimento psicológico e sensorial equilibrado do bebé	0,248**	0,565**	0,342**	0,443**
11 - Crianças amamentadas à mama ficam menos resistentes às infecções	0,217**	0,429**	0,101	0,294**
12 - A OMS recomenda a introdução de alimentos, além do leite materno, a partir dos seis meses	0,408**	0,252**	0,249**	0,389**
13 - Amamentar é um meio natural de espaçar os nascimentos	0,135**	0,086	0,488**	0,276**
14 - Doenças infecciosas da mãe como gripes e amigdalites são contra-indicações para o aleitamento materno	0,378**	0,479**	0,243**	0,447**
15 - O bebé deve esvaziar uma mama antes de passar à outra, não devendo ser fixado um tempo determinado para mamar em cada uma	0,409**	0,266**	0,280**	0,405**
16 - Amamentar prejudica a relação do casal	0,171**	0,425**	0,127*	0,278**
17 - O leite materno diminui o risco de alergias no bebé	0,238**	0,533**	0,326**	0,421**
18 - Deve ser oferecida água fervida às crianças que fazem aleitamento materno, se a temperatura ambiente for elevada	0,507**	0,184**	0,196**	0,399**

19 - Amamentar é mais prático e cómodo para a mãe	0,198**	0,516**	0,309**	0,388**
20 - Os mamilos que não favorecem a amamentação devem ser preparados durante a gravidez	0,384**	0,069	0,200**	0,297**
21 - A amamentação não é uma conduta totalmente instintiva, é preciso aprender a técnica	0,183**	0,170**	0,366**	0,285**
22 - Bebê que usa chupeta tem maior probabilidade de abandonar o aleitamento materno precocemente	0,147**	0,167**	0,519**	0,320**
23 - Depois de cada mamada, os mamilos devem secar ao ar	0,295**	0,293**	0,465**	0,421**
24 - A amamentação diminui o risco de alergias alimentares até à adolescência	0,138**	0,442**	0,335**	0,342**
25 - Em caso de mastite não é necessário suspender o aleitamento materno	0,237**	0,224**	0,390**	0,340**
26 - Em cada mamada, a mãe deve ter a preocupação de colocar o bebê em ambas as mamas	0,578**	0,195**	0,220**	0,448**
27 - Se o bebê dormir no mesmo quarto que a mãe, aumenta a probabilidade de prolongar a amamentação	0,123*	0,150**	0,509**	0,298**
28 - Os bebês que mamam em regime livre, perdem mais peso	0,469**	0,345**	0,187**	0,429**
29 - Amamentar não tem influência na perda de peso materno	0,458**	0,287**	0,300**	0,445**
30 - Os mamilos umbilicados impedem o aleitamento materno	0,513**	0,269**	0,148**	0,413**
31 - Deve-se dar a mama cada vez que o bebê o peça	0,449**	0,304**	0,531**	0,529**
32 - O bebê que mama leite adaptado como complemento ao leite materno, tem maior probabilidade de abandonar o leite materno precocemente	0,149**	0,225**	0,482**	0,328**
33 - Após cada mamada, a mãe deverá lavar os mamilos	0,700**	0,332**	0,300**	0,588**
34 - Um bebê com diarreia pode e deve continuar o aleitamento materno	0,364**	0,457**	0,209**	0,420**
35 - O colostro contém os nutrientes necessários para o bebê nos primeiros dias de vida	0,258**	0,473**	0,309**	0,406**
36 - A diabetes tem menor incidência em adultos que foram amamentados à mama em crianças	0,226**	0,309**	0,503**	0,404**
37 - As mamas devem ser lavadas antes e depois de cada mamada	0,701**	0,319**	0,302**	0,584**
38 - A amamentação não influencia o vínculo mãe/filho	0,243**	0,501**	0,135**	0,344**
39 - Quanto maior o número de mamadas nocturnas, maior será a produção de prolactina	0,364**	0,372**	0,609**	0,536**
40 - Depois de uma cesariana, a mãe pode amamentar logo que recupere a consciência	0,318**	0,514**	0,284**	0,441**
41 - Amamentar diminui as reservas de ferro da mãe, o que agrava a anemia	0,336**	0,233**	0,073	0,281**

42 - O alho é um alimento proibido durante a amamentação, pois dá mau sabor ao leite	0,546**	0,215**	0,128*	0,405**
43 - Mães que amamentam têm menor incidência de depressão pós-parto	0,099	0,261**	0,487**	0,316**
44 - Se um bebé mamar só numa mama, não pode ficar satisfeito	0,446**	0,307**	0,163**	0,396**
45 - Os bebés em aleitamento materno devem tomar suplementos vitamínicos	0,169**	0,375**	0,141**	0,265**
46 - As chupetas interferem e dificultam o aleitamento materno	0,226**	0,192**	0,576**	0,391**
47 - Durante o segundo ano de vida o leite materno é de baixa qualidade	0,515**	0,382**	0,233**	0,483**
48 - Existe uma forte correlação entre a dor na mama e a má posição do bebé nesta	0,362**	0,366**	0,582**	0,523**
49 - Em caso de mastite, deve-se suspender o aleitamento, pois a infecção poderá transmitir-se ao bebé	0,492**	0,300**	0,171**	0,421**
50 - Quando o bebé mama, o mamilo e grande parte da auréola devem estar dentro da boca	0,490**	0,447**	0,374**	0,543**
51 - A mãe deve colocar os dedos em forma de tesoura, o que facilita a extracção do leite	0,682**	0,331**	0,441**	0,628**
52 - Em caso de ingurgitamento, deve ser aplicado frio antes da mamada e massajadas as mamas, para favorecer o esvaziamento	0,420**	0,170**	0,168**	0,338**
53 - O leite do início da mamada é mais rico em gorduras	0,494**	0,320**	0,301**	0,475**
54 - Para a pega ser eficaz, poderá ter que se esvaziar um pouco a mama antes de colocar o bebé a mamar	0,215**	0,134**	0,383**	0,296**
55 - O uso de cremes de lanolina mostrou-se prejudicial no aleitamento	0,460**	0,189**	0,198**	0,376**
56 - A amamentação precoce e frequente na posição correcta é o melhor método para prevenir o ingurgitamento mamário	0,297**	0,429**	0,494**	0,478**

** p<0,01

* p < 0,05

4.4 PROCEDIMENTOS

Estando cientes de que qualquer processo de investigação implica, de facto, um seguimento de um conjunto de normas de conduta por parte do investigador, realizámos algumas diligências prévias de modo a proteger o direito e a liberdade dos participantes.

No decurso da investigação foram salvaguardados os direitos dos participantes e os princípios éticos fundamentais. Tal foi veiculado, através das directrizes do questionário, as quais englobam: tema e propósito da investigação; pedido de colaboração para o preenchimento e referência á necessidade de resposta a todas as questões, para que este

não fosse eliminado; garantia de anonimato e confidencialidade das respostas; disponibilidade dos resultados; agradecimento da colaboração dispensada.

O primeiro passo consistiu no pedido de autorização para aplicação do instrumento de recolha de dados aos Conselhos de Administração dos hospitais e Centros de Saúde alvo, expondo os objectivos do estudo e a sua finalidade (Anexo II).

Após despacho favorável das respectivas instituições e comissões de ética, iniciámos o nosso percurso onde em primeira instância fizemos um contacto telefónico com todos os enfermeiros chefes/responsáveis de serviço para procedemos á recolha de dados, que decorreu no período de 15 de Janeiro a 30 de Junho de 2012. Durante a realização deste estudo contou-se com a colaboração do autor e profissionais de enfermagem, nomeadamente Senhores enfermeiros chefes/responsáveis de serviço que mediarão todo este processo, obtendo-se assim uma amostra final de 374 participantes que preencheram de forma livre e esclarecida e consciente o questionário.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Após recolha dos dados, estes foram lançados numa base de dados para posterior processamento estatístico. No seu tratamento foram utilizados procedimentos de natureza descritiva e inferencial, obtidos através do programa IBM (*International Business Machines Corporation*) SPSS (*Statistical Product and Service Solutions*) *Statistics 20*.

Foi usada estatística descritiva, através dos parâmetros estatísticos considerados mais adequados, atendendo às variáveis em estudo, como distribuição de frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (média, moda e mediana) e medidas de dispersão (desvio-padrão e amplitude de variação), sendo os valores apresentados em tabelas, quadros e gráficos, com o objectivo de facilitar a visualização e análise dos dados.

Para a validação do instrumento de colheita de dados, efectuou-se análise exploratória multivariada, análise factorial das componentes principais com rotação ortogonal pelo método Varimax.

Para avaliação da consistência interna foi utilizado o coeficiente *Alpha* de Cronbach e o coeficiente de bipartição Split-Half.

As medidas de assimetria e achatamento, caracterizam a forma da distribuição dos elementos da amostra em torno da média. A assimetria de uma distribuição pode ser

caracterizada pelo enviesamento que essa distribuição apresenta relativamente à média (Marôco, 2011, p. 20).

A distribuição das variáveis, quanto à simetria é feita através do cálculo do quociente entre o valor de Skewness (Sk) e do erro padrão (EP), sendo a distribuição simétrica se Sk/EP estiver compreendido entre -1,96 e 1,96. Se Sk/EP for inferior a -1,96, a distribuição é assimétrica negativa ou enviesada à direita. Se SK/EP for superior a 1,96, a distribuição é assimétrica ou enviesada à esquerda (Pestana & Gageiro, 2008, p. 79).

Relativamente às medidas de achatamento curtose (K) cujo resultado se obtém através do quociente de K com o erro padrão (EP). Assim, se K/EP oscilar entre -1,96 e 1,96 a distribuição diz-se mesocúrtica. Se k/EP for inferior a -1,96, a distribuição é platicúrtica, se o valor de K/EP for superior a 1,96 é leptocúrtica (Pestana & Gageiro, 2008, p. 80).

O coeficiente de variação é uma medida de dispersão relativa ao valor da média, estimando a amplitude de valores das observações da variável em estudo na amostra (Marôco, 2011, p. 20). Os resultados obtidos devem ser interpretados de acordo com o postulado por Pestana e Gageiro (2008, p. 81):

- $CV \leq 15\%$ = dispersão fraca;
- $15\% < CV \leq 30\%$ = dispersão média;
- $CV > 30\%$ = dispersão elevada.

Os testes paramétricos exigem que se reúnam determinadas características para a sua utilização, nomeadamente que a variável dependente possua distribuição normal e as variâncias populacionais sejam homogéneas, caso se esteja a comparar duas ou mais amostras populacionais. Estes testes, requerem geralmente variáveis quantitativas (medidas numa escala intervalar ou de razão) (Marôco, 2011).

Para o estudo da normalidade da distribuição, foram utilizados os testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, verificando-se os pressupostos de normalidade ($p=0,200$).

Os testes não-paramétricos são geralmente considerados como alternativa aos testes paramétricos quando as suas condições de aplicação, não se verificam (Marôco, 2011).

Os testes não paramétricos, são utilizados com mais frequência com dados medidos numa escala ordinal ou nominal ou quando a distribuição de dados é marcadamente desigual (Polit & Beck, 2011).

Os Testes não-paramétricos, utilizam-se em estudos em que precisamos de comparar duas ou mais amostras em termos dos valores de uma variável dependente medida por uma escala ordinal (Hill & Hill, 2000). Segundo os mesmos autores estes testes

não lidam com parâmetros e não assumem que os valores de uma variável tenham uma distribuição normal.

Tendo-se verificado distribuições não normais, utilizaram-se testes não paramétricos, Teste U de Mann-Whitney e Teste Kruskal-Wallis, apesar da dimensão da amostra, pois como refere Pestana e Gageiro (2008, p. 231), amostras com um N superior a 30, a distribuição aproxima-se de uma distribuição normal.

Relativamente à estatística inferencial, foi estabelecido o nível de significância de 5%.

Foi, ainda, utilizado o coeficiente de correlação R de Pearson. Para comparações múltiplas socorremo-nos do teste LSD (Diferença Mínima Significativa).

O teste U de Mann-Whitney, é um teste não paramétrico, alternativo ao teste t para amostras independentes, comparando o centro de localização das duas amostras, como forma de detectar as diferenças existentes entre elas (Pestana & Gageiro, 2008, p. 446).

O teste One-way Anova, é uma extensão do teste *t* de Student, paramétrico, que permite comparar mais de dois grupos em estudo (Pestana & Gageiro, 2008, p. 274).

O teste de Kruskal-Wallis, é um teste não paramétrico, alternativo ao teste paramétrico One-Way Anova, aplicado para comparar as distribuições de duas ou mais variáveis pelo menos ordinais observadas em duas ou mais amostras independentes, testando se de duas ou mais amostras provém de uma mesma população ou de populações diferentes (Marôco, 2011).

Os testes Post-hoc, utilizam-se para comparações de médias, são testes á posteriori. O LSD (Diferença Mínima Significativa), é o equivalente a utilizar múltiplos testes t (que permite comparar mais de dois grupos em estudo), sendo mais sensível para detectar as respectivas diferenças entre os grupos (Pestana & Gageiro, 2008).

O teste do Qui-Quadrado, analisa a relação entre duas variáveis nominais, cada uma com duas ou mais categorias, comparando-se os valores esperados com os valores observados, para se poder inferir sobre a relação existente entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2008, p. 125-130).

O modelo de regressão, é usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa, a partir de uma ou mais variáveis intervalares ou de rácio. Quando se analisa a relação de uma variável dependente e uma independente, o modelo designa-se por regressão linear simples. Por outro lado o modelo de regressão linear múltipla, permite a análise da relação entre uma variável dependente e um conjunto de variáveis independentes. Quanto maior for a correlação entre as variáveis em estudo, melhor a

previsão, do mesmo modo, quanto menor for a correlação, maior será a margem de erro na previsão (Pestana & Gageiro, 2008, p. 611).

O coeficiente de correlação de Pearson (r), é uma medida de associação linear entre variáveis quantitativas, variando entre -1 e 1. Se a associação for positiva, a variação entre variáveis é feita no mesmo sentido, se a associação for negativa, a variação das variáveis é feita em sentido contrário, classificando-se segundo Pestana & Gageiro (2008,p.181), da seguinte forma:

- $r < 0,2$ = associação linear 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.

Quando o coeficiente r de Pearson se eleva ao quadrado, designado por coeficiente de determinação (R^2), o resultado indica a variação de factores comuns, ou seja, indica a percentagem de variação de uma variável devido á variação de outra e vice-versa (Sampieri, Collado e Lucio, 2008).

Os níveis de significância estatística utilizados, segundo Pestana e Gagueiro (2008) foram os seguintes:

- $p < 0,05$ = valor estatístico significativo;
- $p < 0,01$ = valor estatístico bastante significativo;
- $p < 0,001$ = valor estatístico altamente significativo;
- $p \geq 0,05$ = valor estatístico não significativo.

A correlação bisserial de Glass (r_g), é uma medida de associação que mede a intensidade do efeito a partir do Teste U de Mann-Whitney. Varia entre -1 e 1. O coeficiente de determinação (r_g^2), mede a proporção da variância total de ambas as variáveis que é partilhada pelas mesmas (Gray & Kinnear, 2012).

5 RESULTADOS

Neste capítulo iremos proceder á apresentação de resultados referentes aos dados obtidos, tendo em conta o objectivo do estudo. Numa primeira parte fazemos uma abordagem da análise descritiva e seguidamente da análise inferencial.

5.1 ANÁLISE DESCRITIVA

No que diz respeito á caracterização sociodemográfica dos enfermeiros, os dados foram apresentados num dos capítulos anteriores, neste passaremos á descrição das variáveis relacionadas com o contexto profissional e obstétrico da amostra e por último será analisada a variável dependente, os conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno.

Caracterização da amostra segundo as variáveis de contexto profissional

Categoria profissional

Em termos de categoria profissional, a maioria (65,00%) pertence à categoria de enfermeiro, sendo os restantes (35,00%) enfermeiros especialistas (**cf. tabela 9**).

Entre os especialistas, enfermagem de saúde infantil e pediátrica surge como a mais representativa (37,40%), logo seguida de enfermagem de saúde materna e obstétrica (34,40%), e enfermagem de saúde comunitária (16,00%). Em menor proporção aparecem referidas Enfermagem médico-cirúrgica e enfermagem de reabilitação, ambas com 3,80%, e enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (3,10%), sendo a enfermagem de saúde pública a menos representativa (1,50%) (**cf. tabela 9**).

Local de trabalho

No que se refere ao local de trabalho, os dados mostram que, 191 enfermeiros (51,10%) exercem funções nos cuidados de saúde primários e 183 (48,90%) na área hospitalar (cf. **tabela 9**).

Tempo de serviço como enfermeiro e na área de saúde materno-infantil

De acordo com os dados da **tabela 9**, podemos verificar que a média de tempo de exercício profissional dos enfermeiros inquiridos é de 16,43 anos, com desvio padrão de 8,76 anos, entre o mínimo de 1 e máximo de 38 anos, e que a média de tempo de serviço na área de saúde materna ou infantil é de 11,7 anos, com desvio padrão de 8,39 anos, entre o mínimo de 1 e máximo de 37 anos.

Atendendo à distribuição das variáveis, tendo em conta a distribuição por quartis, no tempo de exercício profissional, 26,20% dos sujeitos possuem até 8 anos, 27,00% de 9 a 16 anos, 23,00% dos 17 a 22 anos, e 23,80% com tempo superior a 22 anos e até 38.

Ações de formação sobre aleitamento materno frequentadas nos últimos dois anos

No que respeita à frequência de acções de formação sobre aleitamento materno, frequentadas nos últimos dois anos, entre os enfermeiros inquiridos, destacam-se os que mencionaram não ter efectuado qualquer formação (39,80%). Frequentaram uma acção de formação 27,50%, assistiram a duas acções 18,70% e a três apenas 5,10%. Somente frequentaram quatro e cinco ou mais acções de formação, respectivamente, 4,80 e 4,10%. Constata-se, assim, 39,80% de enfermeiros sem formação e 60,20% com formação, e, entre estes, uma diminuição progressiva e acentuada do número de enfermeiros com mais de duas formações (cf. **tabela 9**).

Formador(a)/Conselheiro(a) em aleitamento materno

De acordo com os dados da **tabela 9**, verifica-se que apenas 24 enfermeiros (6,40%) referem a condição de formadores em aleitamento materno, sendo o número de conselheiros de 93 (24,90%).

Tabela 9 – Caracterização da amostra segundo as variáveis de contexto profissional.

		N	%
Categoria profissional	Enfermeiro	243	65,00
	Especialista	131	35,00
	Total	374	100,00
Especialidade	Saúde Comunitária	21	16,00
	Saúde Infantil e Pediátrica	49	37,40
	Médico-Cirúrgica	5	3,80
	Saúde Mental e Psiquiátrica	4	3,10
	Saúde Materna e Obstétrica	45	34,40
	Reabilitação	5	3,80
	Saúde Pública	2	1,50
	Total	131	100,00
Local de trabalho	Cuidados Saúde Primários	191	51,10
	Hospitalar	183	48,90
	Total	374	100,0
Tempo de serviço na área	Até 5 anos	109	29,1
	6 a 10 anos	84	22,5
	11 a 17 anos	92	24,6
	17 a 37 anos	89	23,8
	Total	374	100,00
Tempo de exercício Profissional	Até 8 anos	98	26,20
	9 a 16 anos	101	27,00
	17 a 22 anos	86	23,00
	Mais de 22 anos	89	23,80
	Total	374	100,00
Acções de formação em aleitamento Materno	Sem acções de formação	149	39,80
	Uma	103	27,50
	Duas	70	18,70
	Três	19	5,10
	Quatro	18	4,80
	Cinco ou mais	15	4,10
	Total	374	100,00
Formador em AM	Sim	24	6,40
	Não	350	93,60
	Total	374	100,00
Conselheiro em AM	Sim	93	24,90
	Não	281	75,10
	Total	374	100,00

Em síntese, relativamente às variáveis de contexto profissional, verificou-se na amostra em estudo, que:

- A maioria dos enfermeiros não possui especialidade (65,00%);
- Trabalham nos cuidados de saúde primários 51,10% dos enfermeiros e 48,90% na área hospitalar;
- A média de tempo de exercício profissional é de 16,43 anos e na área de saúde materna ou infantil é de 11,7 anos;
- Não efectuaram qualquer formação sobre aleitamento materno 39,80%;
- São formadores em aleitamento materno 6,40% e conselheiros 24,90%.

Caracterização da amostra segundo as variáveis relacionadas com o contexto obstétrico

Existência de filhos e a ocorrência da amamentação

Entre os enfermeiros inquiridos, 279 dizem ter filhos (74,60%) e, destes, 252 referem que os filhos foram amamentados (90,30%) (cf. **tabela 11**).

Duração do tempo de amamentação

No que respeita à duração do tempo de amamentação dos filhos, constata-se que, tanto no 1º como o 2º filho, a amamentação ocorreu de 1 mês a 48 meses, sendo a média de 8,62 e 9,03 meses, respectivamente, com desvio padrão aproximado de 7,5. A amamentação do terceiro filho durou em média 9,50 meses (desvio padrão de 7,85) e do quarto filho 6,50 meses (desvio padrão de 2,12).

A moda de amamentação foi de 3 meses no primeiro filho, de 6 meses no segundo e de 7 e 5 meses nos terceiros e quartos filhos, respectivamente. De forma geral, a mediana encontra-se entre os 6 e 7 meses (cf. **tabela 10**).

Tabela 10 – Análise descritiva do tempo de amamentação dos filhos.

Tempo de amamentação dos filhos (meses)	Média	Desvio padrão	Moda	Mediana	Mínimo	Máximo
1º Filho	8,62	7,54	3	6	1	48
2º Filho	9,03	7,44	6	7	1	48
3º Filho	9,50	7,85	7	7	1	35
4º Filho	6,50	2,12	5	6,5	5	8

Motivos do abandono do aleitamento materno

Através da análise da **tabela 11**, observou-se que entre os motivos apontados para terem deixado de amamentar, das 240 respostas obtidas, 115 (47,90%) referem insuficiência de leite, 56 (23,30%) indicam como causa a actividade profissional, 28 (11,70%) mencionam recusa por parte dos filhos, 18 (7,50%) por complicações maternas e 9 (3,80%) ausência de necessidade de amamentação devido à idade da criança. Ainda, e com igual frequência (2,90%), surgem o insuficiente aumento ponderal do lactente e a opção/decisão pessoal da mãe.

Motivos pelos quais não iniciou o aleitamento materno

Constatou-se que entre os 4 motivos indicados para o aleitamento não se ter iniciado, metade (50,00%) alegam a insuficiência de leite e em igual incidência (25,00%) surgem a recusa por parte do filho e a prematuridade (**cf. tabela 11**).

Tabela 11 – Caracterização da amostra segundo as variáveis de contexto obstétrico.

		N	%
Existência de filhos	Sim	279	74,60
	Não	95	25,40
	Total	374	100,00
Ocorrência de Amamentação	Sim	252	90,30
	Não	27	9,70
	Total	279	100,00
Motivos para o abandono do AM	Insuficiência de leite	115	47,90
	Actividade profissional	56	23,30
	Recusa por parte dos filhos	28	11,70
	Complicações maternas	18	7,50
	Sem necessidade devido à idade	9	3,80
	Insuficiente aumento ponderal	7	2,90
	Por opção/Decisão pessoal	7	2,90
	Total	240	100,00
Motivos para a não Iniciação do AM	Insuficiência de leite	2	50,00
	Recusa por parte do filho	1	25,00
	Prematuridade	1	25,00
	Total	4	100,00

Em síntese, relativamente às variáveis de contexto obstétrico, verificou-se na amostra em estudo que:

- Referem ter filhos 74,60% e, destes 90,30% foram amamentados;
- O tempo de duração da amamentação tanto no 1º como o 2º filho, variou de 1 mês a 48 meses;
- A insuficiência de leite foi referida por 47,90% como motivo para o abandono do aleitamento materno;
- Dos inquiridos que não iniciaram o aleitamento materno, 50% alegaram para tal a insuficiência de leite, 25% a recusa por parte do filho e 25% a prematuridade.

Conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno

Dá-se agora conta da análise descritiva dos resultados obtidos com o instrumento de colheita de dados, relativo aos conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno, no que concerne aos seus factores e aos conhecimentos globais.

Numa tentativa de podermos analisar os conhecimentos com maior objectividade e maior facilidade, quer na leitura, quer na interpretação dos resultados, procedemos à transformação dos valores da escala e subescalas, dividindo o valor obtido pelo número de itens correspondentes, obtendo-se, assim, valores compreendidos entre 1 e 5, valores utilizados na escala do instrumento de colheita de dados, sendo o ponto de corte, ou ponto médio, o valor 3.

Deste modo, criou-se a possibilidade de avaliar o grau de conhecimentos sobre aleitamento materno numa escala de 1 a 5, permitindo, assim, melhorar a compreensão dos resultados obtidos.

A **tabela 12** sintetiza as principais estatísticas relativas aos conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno, quer para os conhecimentos globais, quer para os seus factores. Através da análise da mesma, verifica-se que a média da pontuação global obtida é de 3,95 ($dp=0,39$). As pontuações mínimas e máximas variam entre 2,80 e 4,89 pontos, apresentando a distribuição uma dispersão fraca ($CV=9,87\%$).

Constata-se que a distribuição é simétrica ($Sk/erro=-0,02$) e mesocúrtica ($K/erro=-1,58$), verificando-se os pressupostos de normalidade ($p=0,200$).

Relativamente aos cuidados e condições maternas, o valor médio obtido é de 3,71 ($dp=0,55$), entre o valor mínimo de 1,57 e máximo de 5,00. A dispersão é, ainda assim, fraca ($CV=14,82\%$), sendo simétrica e mesocúrtica e não normal ($p=0,027$).

No que diz respeito às propriedades da amamentação, o valor médio registado é de 4,48 (dp=0,37), com um mínimo de 2,75 e máximo de 5,00, sendo a dispersão fraca (CV=8,26%). Quanto à distribuição é assimétrica negativa ou enviesada à direita (Sk/erro=-7,70) e quanto ao achatamento é leptocúrtica (K/erro=5,85). A análise do valor de p do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov ($p<0,001$) revela que a distribuição não verifica os pressupostos de normalidade.

No que se refere aos procedimentos técnicos, o valor médio situa-se em 3,56 (dp=0,53), com mínimo em 2,07 e máximo em 4,87, sendo a dispersão ainda fraca (CV=14,89%). A distribuição é simétrica e mesocúrtica, no entanto, não normal ($p=0,025$)

Tabela 12 – Estatísticas relativas aos conhecimentos globais e seus factores.

Factores	N	M	DP	CV (%)	Min	Máx	Sk/erro	K/erro	K/S (p)
Conhecimentos globais	374	3,95	0,39	9,87	2,80	4,89	-0,02	-1,58	0,200
1 – Cuidados e condições maternas	374	3,71	0,55	14,82	1,57	5,00	-1,41	-0,14	0,027
2 – Propriedades da amamentação	374	4,48	0,37	8,26	2,75	5,00	-7,70	5,85	0,000
3 – Procedimentos técnicos	374	3,56	0,53	14,89	2,07	4,87	0,05	0,19	0,025

5.2 ANÁLISE INFERENCIAL

Nesta fase da investigação, procedemos à análise das possíveis relações entre os conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno, variável dependente e as variáveis de contexto sociodemográfico, profissional e de contexto obstétrico, variáveis independentes, tentando-se assim validar as questões de investigação propostas anteriormente.

Assim, procura-se proceder à análise das diferentes pontuações obtidos, nos conhecimentos globais e nos diferentes factores/componentes, face à idade, sexo, estado civil, residência e formação académica; face à categoria profissional, local de trabalho, tempo de exercício profissional e na área de saúde materna/ infantil, acções de formação frequentadas nos dois últimos anos, condição de formador(a)/conselheiro(a) em aleitamento materno; e, por último, existência de filhos e prática pessoal do aleitamento.

Tendo em conta os testes estatísticos utilizados, a análise constará da obtenção da ordenação média, para cada grupo, e conseqüente interpretação afim de se aferir a sua

relação. Como já referido anteriormente, serão utilizados os testes não paramétricos Mann-Whitney, quando se comparam duas categorias, o teste Kruskal-Wallis, quando se comparam mais de duas categorias, socorrendo-nos, se necessário, de outros testes, nomeadamente de testes de comparação múltipla (*post-hoc*), concretamente o teste LSD (diferença mínima significativa).

Em que medida o contexto sociodemográfico (idade, sexo, estado civil, residência e formação académica) influencia os conhecimentos sobre aleitamento materno dos enfermeiros?

Conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno em função da idade

Relativamente aos dados obtidos, na escala de conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno em função da idade, constata-se, através do teste U de Mann-Whitney, que as ordenações médias das pontuações se revelam superiores nos enfermeiros com idades inferiores a 39 anos, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, nos conhecimentos globais ($p=0,019$) e na subescala cuidados e condições maternas ($p=0,001$). Nas subescalas propriedades da amamentação ($p=0,108$) e procedimentos técnicos ($p=0,750$) as diferenças verificadas não revelam significância estatística (**cf. tabela 13**).

No respeitante aos conhecimentos globais, a correlação bisserial de Glass ($r_g=0,140$) mostra uma associação positiva muito fraca, entre as duas variáveis, sendo a variância partilhada pelos dois grupos (r_g)² de apenas 2%, por sua vez, nos cuidados e condições maternas a associação é também positiva muito fraca ($r_g=0,195$), com variância partilhada de 3,8%.

Tabela 13 – Teste U de Mann-Whitney entre os conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno, seus factores e a idade.

	Idade				UMW	p
	<39 Anos		≥39 anos			
	N	OM	N	OM		
Conhecimentos globais	177	201,31	197	175,09	14990,500	0,019
Cuidados e condições maternas	177	206,70	197	170,25	14036,000	0,001
Propriedades da amamentação	177	196,98	197	178,98	15756,500	0,108
Procedimentos técnicos	177	189,38	197	185,81	17102,000	0,750

Assim, os enfermeiros mais novos, com idades inferiores a 39 anos, revelam possuir significativamente maiores conhecimentos sobre o aleitamento materno, comparativamente aos colegas mais velhos, quer relativamente aos conhecimentos gerais, quer no respeitante a cuidados e condições maternas.

Conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno em função do sexo

A análise dos resultados das ordenações médias, dos conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno em função do sexo, após a aplicação do teste Mann-Whitney (cf. **tabela 14**), permite verificar que, de forma geral, as pontuações são maiores nos elementos do sexo feminino, verificando-se, no entanto, diferença estatisticamente significativa no respeitante aos conhecimentos sobre cuidados e condições maternas ($p=0,023$), pois, nos conhecimentos globais ($p=0,151$), propriedades da amamentação ($p=0,476$), e procedimentos técnicos ($p=0,907$), as diferenças não se revelam significativas.

A correlação bisserial de Glass, relativa aos cuidados e condições maternas ($r_g=0,225$), mostra uma associação positiva fraca, sendo a variância partilhada por homens e mulheres de 5,1%.

Tabela 14 – Teste U de Mann-Whitney entre os conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno, seus factores e o sexo.

	Sexo				UMW	p
	Masculino		Feminino			
	N	OM	N	OM		
Conhecimentos globais	38	163,66	336	190,20	5478,000	0,151
Cuidados e condições maternas	38	149,75	336	191,77	4949,500	0,023
Propriedades da amamentação	38	175,67	336	188,84	5934,500	0,476
Procedimentos técnicos	38	189,43	336	187,28	6310,500	0,907

Deste modo, os resultados sugerem que, os conhecimentos sobre o aleitamento materno, não são diferentes entre os enfermeiros de ambos os sexos, porém, no que se refere aos cuidados e condições maternas, as enfermeiras demonstram possuir conhecimentos significativamente mais elevados.

Conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno em função do estado civil

Ao comparar as ordenações médias dos conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno, e seus factores, em função do estado civil, pela aplicação do teste Kruskal-Wallis (cf. **tabela 15**), verifica-se que os casados obtêm pontuação mais elevada nos conhecimentos globais e na subescala cuidados e condições maternas, aqui sensivelmente a par dos solteiros; os divorciados com maior pontuação nas propriedades da amamentação; e, por sua vez, os viúvos com pontuação mais alta nos procedimentos técnicos. Apesar das diferentes ordenações médias observadas, não se verificam quaisquer diferenças significativas ($p > 0,05$).

Tabela 15 – Teste de Kruskal-Wallis entre os conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno, seus factores e o estado civil.

	Estado civil								χ^2	p
	Solteira/o		Casada/o		Divorciada/o		Viúva/o			
	N	OM	N	OM	N	OM	N	OM		
Conhecimentos globais	67	175,37	267	190,94	36	186,22	4	172,75	1,193	0,755
Cuidados e condições maternas	67	191,54	267	191,77	36	156,00	4	118,25	5,212	0,157
Propriedades da amamentação	67	165,76	267	189,33	36	213,39	4	196,38	4,888	0,180
Procedimentos técnicos	67	166,60	267	189,21	36	210,11	4	219,88	4,512	0,211

Estes dados permitem concluir que os conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno não diferem segundo o seu estado civil.

Conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno em função da residência

De acordo com os dados da **tabela 16**, pela aplicação do teste Kruskal-Wallis, constata-se que os enfermeiros que vivem em aldeia obtêm, de maneira geral, ordenações médias mais elevadas nos conhecimentos globais, nos cuidados e condições maternas e propriedades da amamentação, encontrando-se nos residentes em vila maior pontuação relativamente aos procedimentos técnicos. Não obstante as diferenças observadas, estas, não se revelam estatisticamente significativas ($p > 0,05$).

Tabela 16 – Teste de Kruskal-Wallis entre os conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno, seus factores e a residência.

	Residência						χ^2	p
	Aldeia		Vila		Cidade			
	N	OM	N	OM	N	OM		
Conhecimentos globais	79	199,37	65	190,82	230	182,49	1,508	0,470
Cuidados e condições maternas	79	200,82	65	176,12	230	186,14	1,956	0,376
Propriedades da amamentação	79	198,77	65	191,92	230	182,38	1,486	0,476
Procedimentos técnicos	79	185,49	65	210,05	230	181,82	3,499	0,174

Assim, os resultados levam a concluir que os conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno não se relacionam com o local de residência.

Conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno em função da formação académica

Por forma a determinar em que medida a formação académica discrimina os enfermeiros relativamente aos conhecimentos sobre aleitamento materno, aplicou-se o teste Kruskal-Wallis (cf. **tabela 17**). Constata-se que as ordenações médias mais elevadas se encontram, de forma geral, nos enfermeiros com doutoramento, seguidos dos que possuem mestrado, licenciatura, e, por último, bacharelato ou equivalente legal.

Observam-se diferenças de ordenações médias estatisticamente significativas nos conhecimentos globais ($p=0,022$) e na subescala cuidados e condições maternas ($p=0,004$), não existindo diferenças significantes quer nas componentes propriedades da amamentação ($p=0,431$), quer nos procedimentos técnicos ($p=0,568$).

Pela análise de comparação múltipla, post hoc LSD (diferença mínima significativa), relativamente aos conhecimentos globais, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros com bacharelato ou equivalente legal e os licenciados ($p=0,009$); entre os enfermeiros com bacharelato ou equivalente legal e aqueles com mestrado ($p=0,023$); e entre os enfermeiros com bacharelato ou equivalente legal e os enfermeiros doutorados ($p=0,009$), sendo os conhecimentos significativamente menores nos enfermeiros com bacharelato ou equivalente legal.

Relativamente aos cuidados e condições maternas, as diferenças situam-se entre os enfermeiros com bacharelato ou equivalente legal e licenciados ($p=0,000$); entre enfermeiros com bacharelato ou equivalente legal e enfermeiros com mestrado ($p=0,001$); e entre enfermeiros com bacharelato ou equivalente legal e enfermeiros doutorados ($p=0,000$), sendo, portanto, os conhecimentos relativos a esta componente significativamente menores nos enfermeiros que possuem o bacharelato.

Tabela 17 – Testes de Kruskal-Wallis e LSD entre os conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno, seus factores e a formação académica.

	Formação académica								χ^2	p
	Bacharelato ou equivalente (1)		Licenciatura (2)		Mestrado (3)		Doutoramento (4)			
	N	OM	N	OM	N	OM	N	OM		
Conhecimentos globais	13	106,15	325	188,55	28	197,64	8	241,50	9,636	0,022
Cuidados e condições maternas	13	95,58	325	188,28	28	200,04	8	261,38	13,539	0,004
Propriedades da amamentação	13	145,77	325	188,71	28	183,54	8	220,19	2,752	0,431
Procedimentos técnicos	13	150,12	325	187,69	28	201,07	8	193,00	2,021	0,568

	Teste LSD (Diferença Mínima Significativa) (p)					
	1/2	1/3	1/4	2/3	2/4	3/4
Conhecimentos globais	0,009	0,023	0,009	ns	Ns	ns
Cuidados e condições maternas	0,000	0,001	0,000	ns	Ns	ns
Propriedades da amamentação	Ns	ns	ns	ns	Ns	ns
Procedimentos técnicos	Ns	ns	ns	ns	Ns	ns

Estes resultados evidenciam, assim, menores conhecimentos sobre o aleitamento materno entre os enfermeiros com bacharelato ou equivalente legal, e particularmente no referente aos cuidados e condições maternas.

Será que existe relação entre o contexto profissional (categoria profissional, local de trabalho, tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional na área de saúde materno-infantil e formação em aleitamento materno, condição de formador(a)/conselheira(o) em aleitamento materno) e os conhecimentos sobre aleitamento materno dos enfermeiros?

Conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno em função da categoria profissional

Ao compararem-se as ordenações médias dos conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno em função da categoria profissional, obtidas através do teste Mann-Whitney (cf. **tabela 18**), verifica-se que os enfermeiros especialistas obtêm pontuações consideravelmente mais elevadas.

Existem diferenças estatisticamente significativas nos conhecimentos globais ($p=0,000$) e nos componentes cuidados e condições maternas ($p=0,000$) e procedimentos técnicos ($p=0,000$). Nas propriedades da amamentação a diferença não é significativa ($p=0,084$).

Em relação aos conhecimentos globais, a correlação bisserial de Glass ($r_g=-0,354$) mostra uma associação negativa fraca, entre as duas variáveis, sendo a variância partilhada pelos dois grupos de 12,5%, nos cuidados e condições maternas a associação é também negativa fraca/moderada ($r_g=-0,392$), com variância partilhada de 15,4%, e nos procedimentos técnicos associação negativa fraca ($r_g=-0,333$), sendo 11,1% da variância partilhada pelos dois grupos.

Tabela 18 – Teste U de Mann-Whitney entre os conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno, seus factores e a categoria profissional.

	Categoria profissional				UMW	p
	Enfermeira/o		Especialista			
	N	OM	N	OM		
Conhecimentos globais	243	164,31	131	230,51	10282,000	0,000
Cuidados e condições maternas	243	161,82	131	235,14	9675,500	0,000
Propriedades da amamentação	243	180,43	131	200,62	14197,500	0,084
Procedimentos técnicos	243	165,69	131	227,96	10616,000	0,000

Estes dados permitem concluir que os conhecimentos sobre o aleitamento materno são significativamente mais elevados nos enfermeiros especialistas, sobretudo nos conhecimentos globais, cuidados e condições maternas e procedimentos técnicos.

Conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno em função da especialidade

Para se determinar em que medida a especialidade se relaciona com os conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno, foram consideradas as especialidades em enfermagem de saúde materna e obstétrica (N=45) e enfermagem de saúde infantil e pediátrica (N=49), tendo-se agrupado as demais especialidades em “outras” (N=37).

Para tal, aplicou-se o teste One-Way Anova, por forma a verificar-se qual o efeito da variável independente, especialidade, na variável dependente, conhecimentos dos

enfermeiros sobre o aleitamento materno, através da comparação das médias (cf. **tabela 19**).

Os valores de F (e p-valor) revelam existirem diferenças estatisticamente significativas nas médias dos três grupos, quer relativamente aos conhecimentos globais ($p < 0,001$), quer aos seus factores, cuidados e condições maternas ($p < 0,001$), propriedades da amamentação ($p = 0,012$), e procedimentos técnicos ($p < 0,001$).

As análises de comparação múltipla, post hoc LSD (diferença mínima significativa), relativamente aos conhecimentos globais, revelam que as diferenças estatisticamente significativas se situam entre os ESMO e outras especialidades ($p < 0,001$) e também entre ESIP e outras especialidades ($p < 0,001$), sendo os conhecimentos significativamente maiores nos ESMO e ESIP. Nos cuidados e condições maternas, as diferenças situam-se entre ESMO e ESIP ($p = 0,012$), entre ESMO e outras especialidades ($p < 0,001$), e entre ESIP e outras especialidades ($p = 0,001$), sendo os conhecimentos nesta componente significativamente maiores nos ESMO. Nas propriedades da amamentação e procedimentos técnicos as diferenças encontram-se igualmente entre ESMO e outras especialidades e entre ESIP e outras especialidades, sendo os conhecimentos relativos a estas dimensões significativamente mais elevadas nos ESMO e ESIP.

Tabela 19 – Análise da variância entre os conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno, seus factores e a especialidade.

	Especialidade						F	p	Teste LSD (p)		
	ESMO (N=45)		ESIP (N=49)		Outra (N=37)				1/2	1/3	2/3
	M	DP	M	DP	M	DP					
Conhecimentos globais	4,25	0,33	4,16	0,31	3,84	0,37	16,668	0,000	ns	0,000	0,000
Cuidados e condições maternas	4,20	0,39	3,97	0,40	3,63	0,55	16,744	0,000	0,012	0,000	0,001
Propriedades da amamentação	4,60	0,36	4,56	0,36	4,37	0,33	4,583	0,012	ns	0,005	0,016
Procedimentos técnicos	3,87	0,45	3,89	0,41	3,43	0,43	14,223	0,000	ns	0,000	0,000

Os resultados mostram, assim, a existência de maiores conhecimentos sobre o aleitamento materno entre os especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica e especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, comparativamente às outras especialidades, porém, os conhecimentos sobre cuidados e condições maternas são

significativamente mais elevados nos especialistas em saúde materna e obstétrica, comparativamente aos da saúde infantil e pediátrica e de outras especialidades.

Conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno em função do local de trabalho

Na **tabela 20** discriminam-se as ordenações médias dos conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno em função da área de trabalho, obtidas através do teste Mann-Whitney. Ao comparem-se os respectivos valores, verifica-se que os enfermeiros da área hospitalar obtêm pontuações significativamente superiores nos conhecimentos globais ($p < 0,001$) e nos respectivos factores, cuidados e condições maternas ($p < 0,001$), propriedades da amamentação ($p = 0,027$), e procedimentos técnicos ($p = 0,001$).

Nos conhecimentos globais, a correlação bisserial de Glass ($r_g = -0,294$) mostra uma associação negativa fraca, sendo a variância partilhada pelos dois grupos de 8,6%, nos cuidados e condições maternas a associação é também negativa fraca ($r_g = -0,369$), com variância partilhada de 13,6%, nas propriedades da amamentação a associação é negativa muito fraca ($r_g = -0,132$), variância compartilhada de somente 1,7%, e nos procedimentos técnicos associação negativa muito fraca ($r_g = -0,191$), sendo de apenas 3,7% a variância partilhada entre os grupos.

Tabela 20 – Teste U de Mann-Whitney entre os conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno, seus factores e o local de trabalho.

	Local de trabalho				UMW	p
	Cuidados de Saúde Primários		Hospitalar			
	N	OM	N	OM		
Conhecimentos globais	191	160,59	183	215,59	12336,000	0,000
Cuidados e condições maternas	191	153,70	183	222,77	11021,500	0,000
Propriedades da amamentação	191	175,45	183	200,08	15174,500	0,027
Procedimentos técnicos	191	170,00	183	205,76	14134,500	0,001

Os resultados obtidos apontam, claramente, para a existência de maiores conhecimentos sobre o aleitamento materno entre os enfermeiros hospitalares, comparativamente aos dos cuidados de saúde primários.

Conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno em função do tempo de exercício profissional

Para se verificar em que medida o tempo de exercício profissional discrimina os enfermeiros relativamente aos conhecimentos sobre aleitamento materno, aplicou-se o teste Kruskal-Wallis (cf. **tabela 21**). As ordenações médias aparecem mais elevadas nos enfermeiros que têm entre 9 a 16 anos de tempo de exercício profissional, seguidos dos que possuem até 8 anos, mais de 22 anos e entre 17 e 22 anos.

Observam-se diferenças estatisticamente significativas de ordenações médias nos cuidados e condições maternas ($p=0,011$) e propriedades da amamentação ($p=0,049$). Nos conhecimentos globais ($p=0,073$) e procedimentos técnicos ($p=0,445$) não se verificam diferenças.

Pela análise de comparação múltipla, post hoc LSD (diferença mínima significativa), relativamente aos cuidados e condições maternas, as diferenças situam-se entre os enfermeiros que possuem até 8 anos e mais de 22 anos de tempo de exercício profissional ($p=0,036$), entre os que têm de 9 a 16 anos e os que têm de 17 a 22 anos ($p=0,013$), e entre os que têm de 9 a 16 anos e os que têm mais de 22 anos ($p=0,001$), sendo, assim, de modo geral, os conhecimentos sobre cuidados e condições maternas significativamente maiores nos enfermeiros que possuem até 16 anos de tempo de exercício profissional.

No que refere às propriedades da amamentação, os conhecimentos diferem entre os enfermeiros com 9 a 16 anos de tempo de exercício profissional e os que têm de 17 a 22 anos ($p=0,017$), sendo significativamente maiores nos primeiros.

Tabela 21 – Testes de Kruskal-Wallis e LSD entre os conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno, seus factores e o tempo de exercício profissional.

	Tempo de exercício profissional								χ^2	p	
	≤8 anos		9 a 16 anos		17 a 22 anos		>22 anos				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)			
	N	OM	N	OM	N	OM	N	OM			
Conhecimentos globais	98	189,24	101	209,17	86	170,84	89	177,09	6,951	0,073	
Cuidados e condições maternas	98	197,09	101	211,08	86	171,87	89	165,28	11,146	0,011	
Propriedades da amamentação	98	188,14	101	210,95	86	169,82	89	177,27	7,870	0,049	
Procedimentos técnicos	98	175,80	101	192,63	86	182,38	89	199,51	2,672	0,445	
Teste LSD (Diferença Mínima Significativa) (p)											
	1/2		1/3		1/4		2/3		2/4		3/4
Conhecimentos globais	ns		ns		ns		ns		Ns		ns
Cuidados e condições maternas	ns		ns		0,036		0,013		0,001		ns
Propriedades da amamentação	ns		ns		ns		0,017		Ns		ns
Procedimentos técnicos	ns		ns		ns		ns		Ns		ns

Estes resultados revelam, assim, de forma geral, que os enfermeiros com menor tempo de exercício profissional possuem maiores conhecimentos relativamente a cuidados e condições maternas e propriedades da amamentação, comparativamente aos enfermeiros com maior número de anos de exercício.

Conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno em função do tempo de serviço na área de saúde materno- infantil

Da comparação das ordenações médias dos conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno em função do tempo de serviço na área da saúde materna ou infantil, obtidas pelo teste Kruskal-Wallis (cf. **tabela 22**), verifica-se que, tendencialmente, os enfermeiros que têm até 5 anos de serviço obtêm, de forma geral, pontuações mais elevadas nos conhecimentos globais, cuidados e condições maternas e propriedades da amamentação. Nos procedimentos técnicos são os enfermeiros com mais de 17 anos que pontuam mais.

Tabela 22 – Teste de Kruskal-Wallis entre os conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno, seus factores e o tempo de serviço na área da saúde materna/infantil.

	Tempo de serviço na área da saúde materna ou infantil								χ^2	p
	≤5 anos		6 a 10 anos		11 a 17 anos		>17 anos			
	N	OM	N	OM	N	OM	N	OM		
Conhecimentos globais	109	198,72	84	185,21	92	184,32	89	179,20	1,818	0,611
Cuidados e condições maternas	109	196,49	109	196,49	92	191,98	92	191,98	5,741	0,125
Propriedades da amamentação	109	202,05	84	185,14	92	177,17	89	182,59	3,043	0,385
Procedimentos técnicos	109	189,26	84	172,55	92	183,55	89	203,54	3,724	0,293

As ordenações médias verificadas não se revelam estatisticamente significativas ($p>0,05$), pelo que o tempo de serviço na área da saúde materna ou infantil não discrimina os enfermeiros quanto aos conhecimentos sobre o aleitamento materno.

Conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno em função da formação em aleitamento materno

Ao compararem-se as ordenações médias dos conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno em função da formação, obtidas pelo teste Mann-Whitney (cf. **tabela 23**), constatam-se diferenças de pontuações estatisticamente muitíssimo significativas, entre os que não efectuaram e os que efectuaram formação, quer nos conhecimentos globais ($p < 0,001$), quer nos seus componentes, cuidados e condições maternas ($p < 0,001$), propriedades da amamentação ($p < 0,001$) e procedimentos técnicos ($p < 0,001$), sendo os conhecimentos significativamente mais elevados entre os enfermeiros que realizaram formação.

No que respeita aos conhecimentos globais, a correlação bisserial de Glass ($r_g = -0,523$) mostra uma associação negativa moderada, sendo a variância partilhada pelos dois grupos de 27,3%, nos cuidados e condições maternas a associação é também negativa moderada ($r_g = -0,525$), com variância partilhada de 27,6%, nas propriedades da amamentação a associação é negativa fraca ($r_g = -0,344$), variância compartilhada de 11,8%, e nos procedimentos técnicos associação negativa moderada ($r_g = -0,407$), sendo de 16,6% a variância partilhada.

Tabela 23 – Teste U de Mann-Whitney entre os conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno, seus factores e a formação.

	Formação				UMW	p
	Sem formação		Com formação			
	N	OM	N	OM		
Conhecimentos globais	149	128,72	225	226,43	8004,000	0,000
Cuidados e condições maternas	149	128,46	225	226,60	7966,000	0,000
Propriedades da amamentação	149	148,85	225	213,10	11003,500	0,000
Procedimentos técnicos	149	141,70	225	217,83	9938,000	0,000

Os resultados obtidos sugerem, assim, que os conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno são influenciados pela realização de formação, sendo significativamente maiores nos que a efectuam.

Conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno em função da condição de formador em aleitamento materno

Os dados obtidos, na escala de conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno em função da condição de formadora em aleitamento materno, permitem constatar, através do teste U de Mann-Whitney (cf. **tabela 24**), que as ordenações médias se revelam superiores nos enfermeiros formadores em aleitamento materno, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas nos conhecimentos globais ($p=0,032$), nos cuidados e condições maternas ($p=0,027$), e nos procedimentos técnicos ($p=0,043$). Nas propriedades da amamentação a diferença não revela significância estatística ($p=0,136$).

Relativamente aos conhecimentos globais, a correlação bisserial de Glass ($r_g=0,261$) mostra uma associação positiva fraca, sendo a variância partilhada pelos dois grupos de 6,8%, nos cuidados e condições maternas a associação é positiva fraca ($r_g=0,269$), com variância partilhada de 7,2%, e nos procedimentos técnicos associação positiva fraca ($r_g=0,246$), sendo de 6,1% a variância partilhada.

Tabela 24 – Teste U de Mann-Whitney entre os conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno, seus factores e a condição de formador em aleitamento materno.

	É formadora em aleitamento materno?				UMW	p
	Sim		Não			
	N	OM	N	OM		
Conhecimentos globais	24	233,25	350	184,36	3102,000	0,032
Cuidados e condições maternas	24	234,54	350	184,27	3071,000	0,027
Propriedades da amamentação	24	219,31	350	185,32	3436,500	0,136
Procedimentos técnicos	24	230,60	350	184,54	3165,500	0,043

Assim, os enfermeiros formadores revelam possuir significativamente maiores conhecimentos sobre o aleitamento materno, quer relativamente aos conhecimentos globais, quer no respeitante a cuidados e condições maternas e procedimentos técnicos.

Conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno em função da condição de conselheira em aleitamento materno

Quando se comparam as ordenações médias dos conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno em função da condição de conselheira em aleitamento materno, obtidas através do teste Mann-Whitney (cf. **tabela 25**), verificam-se diferenças de pontuações estatisticamente muitíssimo significativas, entre as que são conselheiras e as

que não são, tanto nos conhecimentos globais ($p < 0,001$), como nos seus componentes, cuidados e condições maternas ($p < 0,001$), propriedades da amamentação ($p < 0,001$) e procedimentos técnicos ($p < 0,001$), sendo os conhecimentos significativamente mais elevados entre as conselheiras.

No que respeita aos conhecimentos globais, a correlação bisserial de Glass ($r_g = 0,588$) mostra uma associação positiva moderada, sendo a variância partilhada pelos dois grupos de 34,6%, nos cuidados e condições maternas a associação é positiva moderada ($r_g = 0,495$), com variância partilhada de 24,5%, nas propriedades da amamentação a associação é positiva moderada ($r_g = 0,412$), variância compartilhada de 17,0%, e nos procedimentos técnicos associação positiva moderada ($r_g = 0,572$), sendo de 32,7% a variância partilhada.

Tabela 25 – Teste U de Mann-Whitney entre os conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno, seus factores e a condição de conselheiro em aleitamento materno.

	É conselheira em aleitamento materno?				UMW	p
	Sim		Não			
	N	OM	N	OM		
Conhecimentos globais	93	270,16	281	160,14	5379,000	0,000
Cuidados e condições maternas	93	257,09	281	164,47	6595,000	0,000
Propriedades da amamentação	93	245,39	281	168,34	7682,500	0,000
Procedimentos técnicos	93	267,87	281	160,90	5592,500	0,000

Os resultados revelam, assim, que os conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno são influenciados pela condição de aconselhamento em aleitamento materno, encontrando-se conhecimentos mais elevados entre as conselheiras.

Que influência é atribuída à história pessoal sobre amamentação (existência de filhos e prática pessoal de amamentação) nos conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno?

Conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno em função da existência de filhos

Da análise dos resultados das ordenações médias, dos conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno em função da existência de filhos, pela aplicação

do teste U de Mann-Whitney (cf. **tabela 26**), constata-se que, de maneira geral, as pontuações são maiores entre os enfermeiros que têm filhos, verificando-se, porém, apenas haver diferença estatisticamente significativa no respeitante aos procedimentos técnicos ($p=0,019$), pois, nos conhecimentos globais ($p=0,138$), cuidados e condições maternas ($p=0,786$) e propriedades da amamentação ($p=0,074$) as diferenças não são significativas.

No que se refere aos procedimentos técnicos, a correlação bisserial de Glass ($r_g=0,161$) revela uma associação positiva muito fraca, sendo de apenas 2,6% a variância partilhada por aqueles com e sem filhos.

Tabela 26 – Teste U de Mann-Whitney entre os conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno, seus factores e a existência de filhos.

	Tem filhos?				UMW	p
	Sim		Não			
	N	OM	N	OM		
Conhecimentos globais	279	192,33	95	173,31	11904,000	0,138
Cuidados e condições maternas	279	188,39	95	184,90	13005,500	0,786
Propriedades da amamentação	279	193,31	95	170,43	11631,000	0,074
Procedimentos técnicos	279	195,17	95	164,96	11111,500	0,019

Assim, os resultados sugerem que a existência de filhos contribui, em geral, para uma melhoria dos conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno, especificamente de forma significativa no respeitante aos procedimentos técnicos.

Conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno em função da prática pessoal de amamentação

No sentido de se verificar se a amamentação dos filhos se relaciona com os conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno, aplicou-se o teste Mann-Whitney (cf. **tabela 27**), podendo observar-se que as ordenações médias aparecem mais elevadas nos enfermeiros cujos filhos foram amamentados.

Observam-se diferenças estatisticamente significativas de ordenações médias nos conhecimentos globais ($p=0,012$), nos cuidados e condições maternas ($p=0,033$) e propriedades da amamentação ($p<0,001$). Nos procedimentos técnicos ($p=0,661$) não se verifica diferença.

Em relação aos conhecimentos globais, a correlação bisserial de Glass ($r_g=0,219$) mostra uma associação positiva fraca, sendo a variância partilhada pelos dois grupos de 4,8%, nos cuidados e condições maternas a associação é positiva muito fraca ($r_g=0,186$), com variância partilhada de 3,5%, e nas propriedades da amamentação a associação é positiva fraca ($r_g=0,307$), com variância partilhada de 9,4%.

Tabela 27 – Teste U de Mann-Whitney entre os conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno, seus factores e a condição dos filhos terem sido amamentados.

	Os filhos foram todos amamentados?				UMW	p
	Sim		Não			
	N	OM	N	OM		
Conhecimentos globais	252	143,97	27	102,93	2401,000	0,012
Cuidados e condições maternas	252	143,37	27	108,56	2553,000	0,033
Propriedades da amamentação	252	145,56	27	88,11	2001,000	0,000
Procedimentos técnicos	252	140,69	27	133,54	3227,500	0,661

Os resultados revelam que os enfermeiros cujos filhos foram amamentados possuem significativamente maiores conhecimentos sobre o aleitamento materno, contribuindo para tal, maiores conhecimentos em cuidados e condições maternas e propriedades da amamentação, comparativamente àqueles que não amamentaram.

6 DISCUSSÃO

A discussão dos resultados implica uma reflexão sobre o estudo efectuado. Neste capítulo faremos uma discussão mais pormenorizada dos resultados obtidos, dando especial relevância aos mais significativos, tendo por base o quadro conceptual e os resultados de estudos sobre esta problemática. Para uma maior facilidade de exposição e de leitura, optámos por organizar esta discussão em torno das variáveis avaliadas.

6.1 DISCUSSÃO METODOLÓGICA

A estratégia metodológica teve por base o tipo de estudo e os objectivos delineados. Para a sua consecução tivemos como preocupação o tamanho da amostra de forma a podermos alcançar resultados mais fiáveis. O instrumento de colheita de dados utilizado foi o questionário, o qual nos permitiu o estudo de um grande número de participantes, num curto espaço de tempo (Sampieri, Collado e Lucio, 2008). Contudo o uso do questionário também traz algumas limitações ao estudo, nomeadamente o seu não preenchimento, principalmente quando existe uma má interpretação das perguntas (Polit & Beck, 2010).

Consideramos que são limitações do estudo o facto não podermos generalizar os resultados ou seja a sua validade externa. Em rigor, os resultados e as conclusões só se aplicam à amostra, não podendo estes ser extrapolados com confiança para a população (Hill & Hill, 2000). Nestes casos não existem garantias de que a amostra seja representativa da população. Para que tal fosse possível, deveríamos ter recorrido a uma amostra probabilística, estudando, por exemplo, um distrito/área relativamente a esta problemática.

Dado que o nosso estudo é de natureza descritiva e correlacional, permitiu-nos apenas explorar relações entre variáveis e descrevê-las, num único momento, sendo investigações que não dão lugar a qualquer intervenção (Fortin, 2009). A realização do estudo em vários períodos ao longo do tempo (estudo longitudinal), poderia ter-nos proporcionado resultados diferentes dos encontrados, monitorizando desta forma os conhecimentos (Sampieri, Collado e Lucio, 2008).

Ao longo de toda a investigação tivemos sempre a preocupação em controlar os enviesamentos nos resultados obtidos. Dos elementos que podem ser fonte de

enviesamento, destacamos, entre outros, o investigador, o ambiente, o instrumento de medida, o processo de colheita e análise dos dados (Fortin, 2009). Admitimos nem sempre termos conseguido reunir as melhores condições para que os dados obtidos fossem controlados.

Face ao exposto, cabe-nos deixar o nosso contributo nesta área prioritária do aleitamento materno, necessitando de confirmação em outros estudos do mesmo âmbito.

Apesar das limitações, o desenvolvimento deste estudo direccionou-nos a uma reflexão que achámos importante partilhar, com a finalidade de repensar as nossas práticas.

6.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Sendo os conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno o foco da nossa atenção, optámos por previamente proceder ao seu enquadramento teórico. A amamentação é uma prática exclusiva da mulher, mas na actualidade as evidências científicas provam que para haver sucesso, esta precisa do apoio e da intervenção de todos os que a rodeiam (Pereira, 2006). Durante a gestação, a mulher encontra-se com dúvidas, insegurança e medo, tornando-a mais sensível e susceptível face às pressões de familiares, profissionais de saúde e amigos quanto à sua capacidade de amamentar (Franco, 2003; Santos & Sapage, 2005; Taveras, et al. 2003). É importante que o profissional faça a mulher sentir-se confiante e bem consigo mesma. A passagem da ponte do conhecimento do profissional à mãe é uma tarefa árdua a ser vencida (Franco, 2003; Moleiro, Gomes e Nona, 2004). Mudar o paradigma do atendimento com a ajuda do aconselhamento em amamentação é um desafio que deve ser enfrentado e vencido (Bueno & Teruya, 2004; Hillenbrand & Larsen, 2002).

Neste capítulo iremos fazer a análise das possíveis relações entre os conhecimentos sobre o aleitamento materno dos enfermeiros e as variáveis de contexto sociodemográfico, profissional e de contexto obstétrico, tentando-se validar as questões de investigação.

Nesta perspectiva, o primeiro ponto em análise relaciona-se com a questão: **Em que medida o contexto sociodemográfico (idade, sexo, estado civil, residência e formação académica) influencia os conhecimentos sobre aleitamento materno dos enfermeiros?**

Os conhecimentos sobre o aleitamento materno em função da **idade**, são superiores nos enfermeiros com idades inferiores a 39 anos, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, nos conhecimentos globais ($p=0,019$) e na subescala cuidados e condições maternas ($p=0,001$). Nas subescalas propriedades da amamentação

($p=0,108$) e procedimentos técnicos ($p=0,750$) as diferenças verificadas não revelam significância estatística. Apesar de não termos encontrado estudos que suportem esta evidência, a nossa experiência profissional leva-nos a constatar que os enfermeiros mais jovens são mais ávidos de formação, quer por motivos curriculares, quer necessidade de construir um corpo de conhecimentos que lhe permita fundamentar toda a sua prática. De salientar que a média de idades dos enfermeiros que desempenham funções nos cuidados de saúde primários e em contexto hospitalar são muito próximas (39,18 vs 39,77) respectivamente. Nem sempre a formação profissional é a mais adequada, baseando-se muitas vezes no que ouviram, no que aprenderam com profissionais mais velhos, na sua própria experiência ao longo do tempo. Todos os profissionais de saúde devem obter formação em aleitamento materno e actualização constante dos vários aspectos com ele relacionados (Almeida, Spiri, Juliani e Paiva, 2008).

Os conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno, de uma forma geral, não diferem com o **sexo**. Porém, no que se refere aos cuidados e condições maternas, as enfermeiras demonstram possuir um conhecimento significativamente mais elevado. De facto, a amamentação é uma prática exclusiva da mulher (Pereira, 2006).

Verificou-se que os enfermeiros **casados** têm mais conhecimentos globais relativamente ao aleitamento a par com os **solteiros** nos cuidados e condições maternas. Os **divorciados** e os **viúvos** têm mais conhecimentos nas propriedades da amamentação e procedimentos técnicos. Não encontramos na literatura algo que justifique esta evidência. Contudo, resultados do estudo de Karrascoza, Júnior e Moraes (2005), sugerem que, quanto maior a estabilidade conjugal, maior será a hipótese da mulher prolongar a amamentação. No estudo de Gomes, Nelas e Duarte (2012), verificou-se que as mulheres casadas / união de facto, foram aquelas que mantiveram o AM mais tempo, ao contrário das divorciadas.

Os enfermeiros **que vivem na aldeia** apresentam conhecimentos mais elevados nos conhecimentos globais, nos cuidados e condições maternas e propriedades da amamentação, já os residentes em **vila** têm maior conhecimento nos procedimentos técnicos, no entanto sem diferenças estatísticas significativas. Não encontramos estudos onde a relação entre estas variáveis tivessem sido analisadas, contudo no estudo de Galvão (2006), as mulheres que mais prolongaram a amamentação foram as residentes em meio rural. No estudo efectuado por Nakamura, et al. (2003), mais que uma geração de mulheres não amamentaram os seus filhos, interrompendo-se a transmissão de conhecimentos intergeracional, perdendo-se uma cultura de aleitamento. Por outro lado Levy e Bértolo (2012) afirmam que a mulher que cresceu num meio em que o aleitamento era praticado de forma natural, experiência essa proporcionada pela família onde várias gerações

coabitavam existindo uma transmissão de saberes e de práticas tradicionais, ao contrário do que acontece actualmente com estilos de vida diferentes e a uma velocidade vertiginosa.

Os conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno decrescem à medida que diminui o **grau académico**, com diferenças estatisticamente significativas nos conhecimentos globais e nos cuidados e condições maternas. Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros com bacharelato ou equivalente legal e os licenciados, entre os que têm bacharelato ou equivalente legal e aqueles com mestrado e entre os que possuem bacharelato ou equivalente legal e os doutorados. Relativamente aos cuidados e condições maternas, as diferenças situam-se entre os enfermeiros com bacharelato ou equivalente legal e licenciados, entre enfermeiros com bacharelato ou equivalente legal e enfermeiros com mestrado, e entre enfermeiros com bacharelato ou equivalente legal e enfermeiros doutorados. Machado, et al. (2012), verificaram que 88,2% dos enfermeiros, tinham participado pelo menos uma vez em cursos sobre aleitamento materno, orientando as grávidas sobre esta prática. A formação académica é essencial uma vez que os profissionais de saúde desempenham um papel muito importante na assistência à grávida e puérpera, e como tal, devem instrumentalizar-se com conhecimentos técnico-científicos actualizados, nomeadamente no âmbito do aleitamento materno (Giugliani, 2000).

A segunda questão em análise é a seguinte: **Será que existe relação entre o contexto profissional (categoria profissional, local de trabalho, tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional na área de saúde materno-infantil e formação em aleitamento materno) e os conhecimentos sobre aleitamento materno dos enfermeiros?**

Verificamos que os conhecimentos sobre o aleitamento materno são significativamente mais elevado nos enfermeiros **especialistas**, sobretudo nos conhecimentos globais, cuidados e condições maternas e procedimentos técnicos. De uma forma geral, observam-se maiores conhecimentos sobre aleitamento materno entre os especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica, comparativamente aos das restantes especialidades. Estes dados são corroborados por Ward & Byrne (2011), que relatam que a educação/formação continuada em amamentação, melhora os conhecimentos, habilidades, práticas clínicas e habilidades em aconselhamento de enfermeira e enfermeiras parteira, em cumprimento da IHAB. Referem ainda que a formação de qualquer duração é benéfica, no entanto, recomendam pelo menos 18 horas de formação para todos os profissionais de Saúde que aconselham as mulheres grávidas e mães, em cumprimento das directrizes da OMS.

Os resultados obtidos apontam para a existência de maiores conhecimentos sobre o aleitamento materno entre os enfermeiros que exercem funções em **contexto hospitalar comparativamente aos que exercem funções nos cuidados de saúde** primários. Num estudo levado a cabo por Caldeira, et al. (2007), encontramos que a informação fornecida às mulheres pela equipe multidisciplinar no que respeita a questões relacionadas com a técnica da amamentação, resolução de problemas da lactação e promoção do aleitamento materno, não é uniforme, verificando-se alguma negligência ao nível dos cuidados de saúde primários. Tais evidências reforçam a necessidade de continuar a existir um treino sistemático e contínuo sobre o aleitamento materno nestas unidades. Os enfermeiros que têm entre 9 a 16 anos de tempo de exercício profissional, seguidos dos que possuem até 8 anos, mais de 22 anos e entre 17 e 22 anos apresentam mais conhecimentos sobre aleitamento. No nosso estudo, os **enfermeiros com menor tempo de** exercício profissional possuem maiores conhecimentos relativamente a cuidados e condições maternas e propriedades da amamentação, comparativamente aos enfermeiros com maior número de anos de exercício.

Verifica-se que, tendencialmente, os enfermeiros que têm até 5 anos de serviço obtêm, de forma geral, pontuações mais elevadas nos conhecimentos globais, cuidados e condições maternas e propriedades da amamentação. Nos procedimentos técnicos são os enfermeiros com mais de 17 anos que pontuam mais. Benner (2001), diz-nos que os conhecimentos práticos se adquirem com o tempo. No entanto, o tempo de serviço na área da saúde materna ou infantil não discrimina os enfermeiros quanto aos conhecimentos sobre o aleitamento materno. Os resultados encontrados no estudo de Casey (2004) foram semelhantes ao do nosso, quando referem que o envelhecimento dos enfermeiros que prestam cuidados, tem um potencial para contribuir ainda mais para uma enfermagem crescente em virtude de possuírem disponibilidade para ouvirem as mães e serem detentores da prática, da técnica. No contexto socioeconómico que o nosso país atravessa, com medidas de austeridade na gestão dos recursos humanos leva, a que os enfermeiros refiram que a carga de trabalho é um dos motivos para não fornecerem suporte de qualidade às mães que amamentam (Agunbiade & Ogunleye, 2012).

Relativamente à **formação em aleitamento materno**, os resultados do nosso estudo sugerem que os conhecimentos dos enfermeiros são influenciados pela realização de formação, sendo significativamente maiores nos que a efectuam. Num estudo efectuado por Zakarija-Grkovic, et al. (2012) no Hospital Universitário de Split (Croácia), constatou-se que a formação em aleitamento materno segundo as normas da IHAB aumenta significativamente as práticas dos profissionais, bem como as taxas de AM exclusivo.

Quanto à **condição de formador** na área do aleitamento materno, os enfermeiros formadores revelam possuir significativamente maiores conhecimentos sobre o aleitamento materno, quer relativamente aos conhecimentos globais, quer no respeitante a cuidados e condições maternas e procedimentos técnicos. Os resultados relativos ao facto dos enfermeiros serem **conselheiros** em amamentação revelam que os conhecimentos, em todos os domínios, são influenciados pela condição de aconselhamento em aleitamento materno, encontrando-se conhecimentos mais elevados entre as conselheiras. O estudo de Casey (2004), também mostra que a conselheira em amamentação é um indivíduo com formação avançada, treino e com conhecimentos relacionados com a amamentação. No estudo de Azeredo, et al. (2008), verifica-se que a participação dos enfermeiros em acções de formação sobre aleitamento materno, quando baixa, pode ter um impacto negativo na assistência materno/infantil. Neste mesmo estudo, Silva (2000) cit. por Azeredo et al. (2008), refere que o significado que os profissionais atribuem à prática da amamentação, reflecte a maneira como será estruturada a sua prática de cuidados.

A última questão é: **Que influência é atribuída à história pessoal sobre amamentação (existência de filhos e prática pessoal de amamentação) nos conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno?**

Os resultados do nosso estudo sugerem que a existência de filhos contribui, em geral, para uma melhoria dos conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno, especificamente no respeitante aos procedimentos técnicos. Os enfermeiros cujos filhos foram amamentados possuem maiores conhecimentos sobre o aleitamento materno, contribuindo para tal, maiores conhecimentos em cuidados e condições maternas e propriedades da amamentação e conhecimentos globais, comparativamente àqueles que não amamentaram. Os enfermeiros são capazes de fornecer um apoio fundamental à grávida e futura mãe no que respeita à promoção e manutenção do aleitamento materno, devendo possuir um grande património técnico e teórico de forma a que a educação do aleitamento seja eficaz e adequada, implicando não só conhecimentos, mas habilidades clínicas e de aconselhamento (Henriques & Martins, 2011). No estudo de Nelas, Ferreira e Duarte (2008), as mulheres que tiveram experiências anteriores agradáveis no âmbito do aleitamento materno estavam mais motivadas para amamentar o seu futuro filho, esta pode ser uma das características apresentadas pelos participantes do nosso estudo. No entanto queremos realçar que a atitude perante o aleitamento materno deve ser profissional, porque é um tema profissional. Não é suficiente a experiência pessoal, seja ela qual for, tal como acontece com outros assuntos da prática habitual dos profissionais. É um assunto que requer formação adequada, organizada, contínua. No entanto, resultados contrários foram encontrados por Machado, et al. (2012), verificaram que os enfermeiros orientavam as

grávidas sobre esta prática, podendo estas informações sem bases científicas contribuir para um desmame precoce. Pensamos que este património pode ser potencializado quando da existência de filhos e se os mesmos tiverem sido amamentados com sucesso.

Qualquer profissional de saúde que interaja com mulheres a amamentar deve adquirir conhecimentos teóricos, práticos e capacidades de aconselhamento às mães; deve adquirir conhecimentos sobre as vantagens do aleitamento materno, a fisiologia, técnica de amamentação assim como as situações mais comuns com que se pode confrontar na sua prática profissional diária.

7 CONCLUSÕES

A revisão bibliográfica e a investigação empírica por nós elaborada permitiu-nos retirar algumas conclusões. Vários autores são unânimes ao afirmar que a implementação e manutenção do aleitamento materno podem ser influenciadas pelos profissionais de saúde, quer positiva, quer negativamente. Os resultados da nossa investigação permitiram-nos reflectir e fazer uma síntese sobre a problemática em análise, no sentido de otimizar e uniformizar procedimentos, tendo sempre como alvo o prolongamento do aleitamento materno.

Para o estudo desta problemática, recorreu-se a uma amostra de 374 enfermeiros, permitindo definir o perfil das mesmas da seguinte forma:

- Ao traçarmos o perfil sociodemográfico surgem enfermeiros com uma média de idades de 39,47 anos, predominantemente do sexo feminino, casados, residentes na cidade e possuindo como formação académica o grau de licenciados;
- O contexto profissional, mostra-nos que a grande maioria dos enfermeiros não possui nenhuma especialidade, trabalha em cuidados de saúde primários, a média de tempo de serviço é 16,43 anos e na área da saúde materno-infantil é de 11,7 anos, não efectuaram qualquer formação sobre aleitamento materno nos últimos dois anos 39,80%, sendo formadores em aleitamento materno 6,40% e conselheiros em aleitamento materno 24,90%;
- O perfil das variáveis de contexto obstétrico, revela que 74,60% dos enfermeiros têm filhos e que 90,30% foram amamentados, a duração da amamentação variou entre 1 mês a 48 meses, apontaram como motivo para cessarem amamentação a insuficiência de leite, dos enfermeiros que não amamentaram, 50% apontam como motivo a hipogalactia, 25%, a recusa por parte do filho e 25% a prematuridade do recém-nascido.

O presente estudo procurou analisar as relações existentes entre o contexto profissional, sociodemográfico, obstétrico e os conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno. Assim tendo em conta os objectivos definidos e os resultados obtidos, procurámos dar resposta às questões de investigação.

No que se refere à primeira questão, na qual se pretendia conhecer em que medida o contexto sociodemográfico influencia os conhecimentos sobre aleitamento materno dos enfermeiros, concluímos que:

- A **idade** influencia os conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno. Os enfermeiros mais novos, com idades inferiores a 39 anos, revelam possuir significativamente maiores conhecimentos sobre o aleitamento materno, comparativamente aos colegas mais velhos, quer relativamente aos conhecimentos globais, quer no respeitante a cuidados e condições maternas;
- O **sexo**, ainda que parcialmente, influencia os conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno. Na subescala cuidados e condições maternas, as enfermeiras demonstram possuir conhecimentos significativamente mais elevados;
- O **estado civil** não influencia os conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno;
- A **residência** não influencia os conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno;
- A **formação académica** influencia os conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno. Os enfermeiros com bacharelato ou equivalente legal revelam possuir menores conhecimentos, quer globais, quer na subescala referente aos cuidados de condições maternas.

No que diz respeito à segunda questão, pretendeu-se saber qual a relação existente entre o contexto profissional e os conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno, tendo-se observado que:

- A **categoria profissional** relaciona-se com os conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno. Os conhecimentos globais são significativamente mais elevados nos enfermeiros especialistas, sobretudo devido à contribuição de maiores conhecimentos nos cuidados e condições maternas e procedimentos técnicos;
- O **local de trabalho** relaciona-se com os conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno. Existem maiores conhecimentos entre os enfermeiros que exercem funções em contexto hospitalar, comparativamente aos dos cuidados de saúde primários, quer a nível de conhecimentos globais, quer das suas subescalas, cuidados e condições maternas, propriedades da amamentação e procedimentos técnicos;
- O **tempo de exercício profissional**, ainda que parcialmente, relaciona-se com os conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno. Os enfermeiros com menor tempo de exercício profissional possuem maiores conhecimentos

relativamente a cuidados e condições maternas e propriedades da amamentação, comparativamente aos enfermeiros com maior número de anos de exercício;

- **O tempo de exercício profissional na área de saúde materno-infantil** não se relaciona com os conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno;
- **A formação em aleitamento materno** relaciona-se com os conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno. Os conhecimentos são influenciados pela realização de formação, sendo significativamente maiores nos que a efectuam, tanto nos conhecimentos globais, como nas suas subescalas cuidados e condições maternas, propriedades da amamentação e procedimentos técnicos.

No que concerne à terceira questão, em que se tentava saber até que ponto o contexto obstétrico influencia os conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno, constatou-se que:

- **A existência de filhos** influencia parcialmente os conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno. Ter filhos parece contribuir, de uma maneira geral, para uma melhoria dos conhecimentos, verificando-se um aumento significativo na subescala referente aos procedimentos técnicos;
- **A prática pessoal de aleitamento** influencia parcialmente os conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno. Os enfermeiros cujos filhos foram amamentados possuem significativamente maiores conhecimentos na subescala cuidados e condições maternas e propriedades da amamentação, comparativamente aos que não amamentaram.

Face aos resultados obtidos, parece-nos legítimo considerar que algumas variáveis em estudo estão significativamente associadas ao nível de conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno. Estes resultados levam a novas dúvidas e a novas investigações.

Diante das implicações que a prática do aleitamento materno tem na saúde materno-infantil, parece-nos importante a realização de um estudo quási-experimental que avalie as intervenções dos profissionais na realidade portuguesa. Existe a necessidade de realizar mais estudos envolvendo os enfermeiros.

É importante que os profissionais de saúde conheçam a realidade materna e os seus contextos, respeitem as suas crenças e mitos, as angústias e dúvidas, actuando assim em prol do aleitamento materno. Paralelamente deverão continuar a existir na comunidade grupos de apoio ao aleitamento materno, pois é fundamental que a mãe e o filho após a alta, se sintam apoiados de forma incondicional de modo a garantirmos que o estabelecimento e a manutenção da lactação sejam um sucesso.

Concluída esta investigação e apesar das limitações, julgámos ter atingido os objectivos propostos inicialmente. Gostaríamos que num futuro próximo este estudo servisse de base a outros e que as nossas práticas de cuidados de enfermagem e conteúdos veiculados sobre aleitamento materno fossem uniformes e com um corpo de conhecimentos baseado em evidências científicas de modo a obtermos ganhos em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agunbiade, Ojo M e Ogunleye, Opeyemi V (2012). Constraints to exclusive breastfeeding practice among breastfeeding mothers in Southwest Nigeria: implications for scaling up. *International Breastfeeding Journal*, 7(5), p. 1-10. Consultado em 13 de Fevereiro de 2013, disponível em: <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/7/1/5>.

Almeida, Gabriela Gracia de, Spiri, Wilza Carla, Juliani, Carmen Maria Casquel Monti e Paiva, Bianca Sakamoto Ribeiro. (2008). Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno em um hospital universitário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(2), 487-494. Consultado em 1 de Abril de 2013, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000200024&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1413-81232008000200024.

Almeida, N. A. M., Fernandes, A. G. e Araújo, C. G. (2004). Aleitamento materno: uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no pós-parto. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 06, n. 03, p. 358-367. Consultado em 17 de Fevereiro de 2013, disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_3/pdf/06_Original.pdf.

Alto Comissariado Para a Saúde (2011). Consultado em 2 de Abril de 2013, disponível em: <http://www.amamentar.net/>.

Azeredo, Catarina Machado, Maia, Társis de Mattos, Rosa, Teresa Cristina A., Silva, Fabyano Fonseca, Cecon, Paulo Roberto e Cotta, Rosângela Minardi M.. (2008). Percepção de mães e profissionais de saúde sobre o aleitamento materno: encontros e desencontros. *Revista Paulista de Pediatria*, 26(4), 336-344. Consultado em 2 de Abril de 2013, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822008000400005&lng=pt&tlng=pt.10.1590/S0103-05822008000400005.

Batalha, Luís Manuel Cunha (2004). Aleitamento Materno na Região do Baixo Mondego. *Sinais Vitais*. N.º 56, p. 19-22.

Benner, Patrícia (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.

Bozzette, Maryann e Posner, Tricia (2013). Increasing student nurses' knowledge of breastfeeding in baccalaureate education. *Nurse Education in Practice*, 13(3), p. 228-233. Consultado em 4 de Março de 2013, disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471595>.

Bryman, Alan e Cramer, Duncan (2003). *Análise de dados em ciências sociais: introdução às técnicas utilizando o SPSS para Windows (3ª ed.)*. Oeiras: Celta Editora.

Bueno, Lais Graci dos Santos, e Teruya, Keiko Miyasaki (2004). Aconselhamento em amamentação e sua prática. *Jornal de Pediatria*, 80 (5, Suppl.), p. 126-130. Consultado em 7 de Março de 2013, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000700003&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0021-75572004000700003. Bueno & Teruya, 2004.

Caldeira, Antônio Prates, Aguiar, Gabriel Nobre de, Magalhães, Weslane Almeida Cavalcanti, & Fagundes, Gizele Carmem. (2007). Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em Equipes de Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(8), 1965-1970. Consultado em 25 de Dezembro de 2012, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000800023&lng=pt&tlng=pt. 10.1590/S0102-311X2007000800023.

Cardoso, Lídia (2006). *Aleitamento materno: uma prática de educação para a saúde no âmbito da enfermagem obstétrica*. Dissertação de mestrado em Educação, Especialização em Educação para a Saúde. Universidade do Minho, Braga.

Carneiro, P. Silva e Galvão, D. Garcia (2012). Aleitamento materno no concelho de Portimão aos 6 meses de vida: Factores condicionantes. *Nursing*. N° 277 (janeiro/fevereiro 2012, ano 24), p. 8-12.

Carvalho, Marcus Renato de e Tamez, Raquel N. (2005). *Amamentação, bases científicas*. (2ª edição) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Casey, Elisa H. (2004). *Breastfeeding support on perinatal units in florida hospitals*. Tese de mestrado. The Florida State University School of Nursing, Florida.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Franco, José João (2003). Orientação Antecipada Para a Amamentação. *Sinais Vitais*. N.º 47, p. 57-59.

Galvão, Dulce Garcia. (2011). Formação em aleitamento materno e suas repercussões na prática clínica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(2), 308-314. Consultado em 10 de Janeiro de 2013, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200014&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0034-71672011000200014.

Galvão, Dulce Maria Pereira Garcia (2006). *Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes*. Loures: Lusociência.

Giugliani, Elsa R. J. (2000). O aleitamento materno na prática clínica. *Jornal de Pediatria*, 76 (Supl.3): S238-S252. Consultado em 8 de Novembro de 2012, disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/00-76-s238/port.pdf>.

Gomes, Bruno, Nelas, Paula e Duarte, João (2012). Prevalência do aleitamento materno na beira interior. Em C. Albuquerque (Org.), *Comportamentos de saúde infanto-juvenis: realidades e perspectivas* (p. 159-172). Viseu: Escola Superior de Saúde.

Graça, Luís Carlos Carvalho da, Figueiredo, Maria do Céu Barbiéri e Conceição, Maria Teresa Caetano Carreira. (2011). Contributos da intervenção de enfermagem de cuidados de saúde primários para a promoção do aleitamento materno. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(2), 429-436. Consultado em 22 de Novembro de 2012, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000200027&lng=pt&tlng=pt. 10.1590/S0104-11692011000200027.

Gray, C. D., Kinnear, P. R. (2012). *IBM SPSS Statistics 19 made simple*. New York: Psychology Press. Consultado em 13 de Fevereiro de 2013, disponível em: <http://media.routledgeweb.com/pp/common/sample-chapters/9781848720695.pdf>.

Henriques, S. N., Martins, Rosa Maria Lopes (2011) Aleitamento Materno: o porquê do abandono. *Millenium*, 40, p. 39-51.

Hill, Manuela Magalhães e Hill, Andrew (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Silabo.

Hillenbrand, Karin M., Larsen, Pamela G. (2002). Effect of an Educational Intervention About Breastfeeding on the Knowledge, Confidence, and Behaviors of Pediatric Resident Physicians. *Pediatrics*. N.º 110, p. 59-65. Consultado em 14 de Novembro de 2012, disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/110/5/e59.full.pdf+html>.

Karrascoza, C. C., Júnior, Á. L. e Moraes, A. B. (2005, Outubro/Dezembro 4). Factores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento. *Estudos de Psicologia* (vol. 22), p. 433-440.

Kenner, Carole (2001). *Enfermagem Neonatal*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores.

Labbok, Miriam H.. (2007). Aleitamento materno e a iniciativa hospital amigo da criança: mais importante e com mais evidências do que nunca. *Jornal de Pediatria*, 83(2), 99-101. Consultado em 27 de Outubro de 2012, disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572007000200002&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0021-75572007000200002.

Levy, Leonor (2011). *Um acto de amor: tudo o que precisa de saber para amamentar o seu bebé com sucesso*. Lisboa: Esfera dos livros.

Levy, L.; Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF.

Lowdermilk, Deitra Leonard e Perry, S. (2008). *Enfermagem na maternidade* (7ª ed.). Loures: Lusodidata.

Machado, A. R. M., Nakano, A. M. S., Almeida, Ana Maria de e Mamede, Marli Villela. (2004). O lugar da mãe na prática da amamentação de sua filha nutriz: o estar junto. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(2), 183-187. Consultado em 18 de Dezembro de 2012, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000200010&lng=pt&tlng=pt. 10.1590/S0034-71672004000200010.

Machado, Mariana de Oliveira Fonseca, Haas, Vanderlei José, Stefanello, Juliana, Nakano, Ana Márcia Spanó e Sponholz, Flávia Gomes (2012). Aleitamento materno: conhecimento e prática. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(4), 809-815. Consultado em 21 de Janeiro de 2013, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000400004&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0080-62342012000400004.

Maldonado, Josefa Aguayo et al. (2004). *Lactância Materna: Guía para profesionales*. Barcelona: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría.

Marchessault, Yvette Pratte (1977). *Seio ou Biberão?*. Mem Martins: Publicações Europa-América.

Marôco, João (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (5ª ed.). Pero Pinheiro: ReportNumber.

Marinho, Carla, Leal, Isabel Pereira (2004). Os profissionais de saúde e o aleitamento materno: um estudo exploratório sobre as atitudes de médicos e enfermeiros. *Psic., Saúde & Doenças*. V. 5, n. 1. Consultado em 10 de Janeiro de 2013, disponível em: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862004000100007&lng=pt&nrm=iso.

Moleiro, Agostinho, Gomes, António, Nona, Manuela (2004). Aleitamento materno. Em A. Moleiro (Comp.) *Consensos Nacionais em Neonatologia* (p. 113-116). Coimbra: Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria.

Nakamura, S. S., Veiga, K. F.; Ferrarese, S. R. B. e Martinez, F. E. (2003, Mar-Abr). Percepção e conhecimento de meninas escolares sobre o aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*. Nº 79, p. 181-188. Consultado em 12 de Janeiro de 2013, disponível em: <http://bibliotecavirtualam.blogspot.pt/2009/08/percepcao-e-conhecimento-de-meninas.html>

Nelas, Paula Alexandra, Ferreira, Manuela, Duarte, Duarte, João (2008, Junho). Motivação para a amamentação: construção de um instrumento de medida. *Revista Referência*. 2ª série, n.º 6, p. 39-56.

Ortiz, Priscilla Nunes, Rolim, Rafaela Borges, Souza, Mateus Freire Lima, Soares, Poliana Louzada, Vieira, Tatiana de Oliveira, Vieira, Graciete Oliveira, Lyra, Priscila Pinheiro Ribeiro e Silva, Luciana Rodrigues (2011). Comparing breast feeding practices in baby friendly and non-accredited hospitals in Salvador, Bahia. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 11(4), 405-413. Consultado em 15 de Janeiro de 2013, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000400007&lng=pt&lng=. 10.1590/S1519-38292011000400007.

Ouyang, Yan-qiong, Xu, You-xian e Zhang, Qing (2012). Survey on breastfeeding among Chinese female physicians and nurses. *Nursing and Health Sciences*, 14, p. 298–303.

Consultado em 23 de Janeiro de 2013, disponível em:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/J.1442-2018.2012.00>.

Pereira, Alexandre (2008). *SPSS, guia prático de utilização, análise de dados para ciências sociais e psicologia* (7ª ed). Lisboa: Silabo.

Pereira, M. A. (2006). *Aleitamento Materno. Estabelecimento e prolongamento da amamentação: Intervenções para o sucesso*. Dissertação de doutoramento. Porto: Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Pestana, Maria Helena, Gageiro, João Nunes (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Silabo.

Philipp, Barbara L., Merewood, Anne, O'brien, Susan (2001). Physicians and Breastfeeding Promotion in the United States: A Call for Action. *Pediatrics*. N.º 107, p. 584-587. Consultado em 21 de Dezembro de 2012, disponível em:
<http://pediatrics.aappublications.org/content/107/3/584.extract>

Polit, Denise F. e Beck, Cheryl Tatano (2011). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem – Avaliação de evidências para a prática de enfermagem* (7ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Rodríguez, Carlos J. González (2004). *Manual práctico de lactancia materna*. Barcelona: Associació Catalana Pró Alletament Matern.

Royal College Of Midwives (2002). *Successful Breastfeeding* (3ª ed.). Londres: Churchill Livingstone.

Sampieri, Robalo Hernandez, Collado, Carlos Fernandez, Lucio, Pilar Baptista (2008). *Metodologia de la investigación* (3ª ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.

Santos, Liliana Manuela Pereira, Sapage, Catarina Filomena Massano (2005). A Amamentação Materna. *Revista Sinais Vitais*. N.º 60, p. 28-31.

Saraiva, Helena (2010). *Aleitamento materno, promoção & manutenção*. Lisboa: Edições Lidel.

Taveras, Elsie M. et al. (2003). Clinician Support and Psychosocial Risk Factors Associated With Breastfeeding Discontinuation. *Pediatrics*. N.º 112, p. 108-115. Consultado em 12 de Janeiro de 2013, disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/112/1/108.full.pdf+html>

UNICEF (2005). *Infant and Young Child Feeding*. Italy: Innocenti Declaration.

Ward, Kathryn Nicole e Byrne, Jennifer P. (2011, Novembro). A Critical Review of the Impact of Continuing Breastfeeding Education Provided to Nurses and Midwives. *Journal of Human Lactation*, 27, p. 381-393. Consultado em 27 de Janeiro de 2012, disponível em: <http://jhl.sagepub.com/content/27/4/381.abstract?ct=ct>

Weddig, Jennifer, Baker, Susan S. e Auld, Garry (2011). Perspectives of Hospital-Based Nurses on Breastfeeding Initiation Best Practices. *Journal of Obstetrics Gynecologic and Neonatal Nursing*, 40(2), p. 166-178. Consultado em 23 de Dezembro de 2012, disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21410755>.

WHO (1998). *Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding*. Genebra: World health organization.

Zakarija-Grkovic, I. et al. (2012, Agosto). Hospital practices and breastfeeding rates before and after the UNICEF/WHO 20-hour course for maternity staff. *Journal of Human Lactation*, 28(3): p. 389-99.

ANEXOS

ANEXO I

Caro(a) colega:

Sou uma enfermeira a frequentar o 1º Curso de Mestrado em Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia na Escola Superior de Saúde de Viseu. Encontro-me a desenvolver um trabalho de investigação sobre aleitamento materno, assim, solicito a sua colaboração no sentido do preenchimento do mesmo. É importante que responda a todas as questões formuladas. Estas são anónimas e confidenciais e utilizadas unicamente para fins científicos e os resultados serão colocados à disposição dos interessados. Após preenchimento, agradeço que coloque o questionário num local disponível para o efeito.

Agradeço desde já a sua colaboração.

A colega Ana Barbosa

PARTE I – Contexto sociodemográfico

1. **Idade:** ____ Anos 2. **Sexo:** Masculino Feminino
3. **Estado civil:** Solteira/o Casada/o Divorciada/o Viúva/o
4. **Residência:** Aldeia Vila Cidade
5. **Formação académica:** Bacharelato ou equivalente legal Licenciatura
Mestrado Doutoramento Especialidade/ Pós- Graduação em: _____

PARTE II – Contexto profissional

6. **Categoria profissional:** Enfermeira/o Especialista em _____
7. **Local de trabalho:** Instituição _____ Serviço _____
8. **Tempo de exercício profissional** ____ anos (aprox.)
9. **Tempo de serviço na área de saúde materna ou infantil** ____ anos (aprox.)
10. **Nos últimos dois anos quantas acções de formação frequentou sobre o Aleitamento Materno?** _____
11. **É formadora em aleitamento materno:** Sim Não
12. **É conselheira em aleitamento materno:** Sim Não

PARTE III – Contexto Obstétrico

13. **Tem filhos:** Sim Não
14. **Se sim, todos foram amamentados?** Sim Não
15. **Se foram amamentados, durante quanto tempo (meses):** (1º filho) ____ (2º filho) ____
(3º filho) ____ (4º filho) ____
16. **Por que motivo deixou de amamentar?** _____
17. **Se não amamentou, qual o motivo?** _____

PARTE IV - Coloque uma cruz (X) na quadrícula que melhor traduz a sua opinião (escolha apenas uma opção). **Legenda:** (CP) Concordo plenamente; (C) Concordo; (NN) Não concordo nem discordo; (D) Discordo; (DP) Discordo plenamente

		CP	C	NN	D	DP
1	O aleitamento materno em regime livre é a melhor forma de satisfazer as necessidades do lactante.					
2	Os leites artificiais têm menor quantidade de proteínas levando a uma digestão mais lenta.					
3	Deve-se ensinar à mãe que amamente o seu filho a cada três horas.					
4	A involução uterina no pós-parto é facilitada pela amamentação.					
5	Amamentar é um acto de amor.					
6	O colostro é considerado a primeira vacina.					
7	Amamentar deforma as mamas e prejudica a elegância estética da mãe.					
8	O aleitamento materno tem contribuído para o aumento da morte súbita do lactente.					
9	Existe relação directa entre o tamanho das mamas e a capacidade para produzir leite.					
10	As mulheres que amamentaram têm mais probabilidade de vir a ter cancro da mama.					
11	O leite materno contribui para o desenvolvimento psicológico e sensorial equilibrado do bebé.					
12	Crianças amamentadas à mama ficam menos resistentes às infecções.					
13	A OMS recomenda a introdução de alimentos, além do leite materno, a partir dos seis meses.					
14	Amamentar é um meio natural de espaçar os nascimentos.					
15	Doenças infecciosas da mãe como gripes e amigdalites são contra-indicações para o aleitamento materno.					
16	O bebé deve esvaziar uma mama antes de passar à outra, não devendo ser fixado um tempo determinado para mamar em cada uma.					
17	Amamentar prejudica a relação do casal.					
18	O leite materno diminui o risco de alergias no bebé.					
19	Deve ser oferecida água fervida às crianças que fazem aleitamento materno, se a temperatura ambiente for elevada.					
20	Amamentar é mais prático e cómodo para a mãe.					
21	O leite adaptado só deve ser iniciado com indicação médica.					
22	Os mamilos que não favorecem a amamentação devem ser preparados durante a gravidez.					
23	A amamentação não é uma conduta totalmente instintiva, é preciso aprender a técnica.					
24	O número de mamadas não influencia o aparecimento de icterícia no recém-nascido.					
25	Está recomendado o aleitamento materno exclusivamente até aos 4 meses.					
26	Bebé que usa chupeta tem maior probabilidade de abandonar o aleitamento materno precocemente.					
27	Quanto mais tempo o bebé estiver a mamar, maior será a probabilidade de fissurar os mamilos.					
28	Depois de cada mamada, os mamilos devem secar ao ar.					
29	A amamentação diminui o risco de alergias alimentares até à adolescência.					
30	Em caso de mastite não é necessário suspender o aleitamento materno.					
31	Em cada mamada, a mãe deve ter a preocupação de colocar o bebé em ambas as mamas.					
32	Se o bebé dormir no mesmo quarto que a mãe, aumenta a probabilidade de prolongar a amamentação.					

33	Os bebés que mamam em regime livre, perdem mais peso.				
34	A composição do leite modifica-se muito pouco com a dieta materna.				
35	Amamentar não tem influência na perda de peso materno.				
36	Se entre o 5º e o 7º dia o bebé ainda eliminar mecónio, é porque a ingestão de leite tem sido insuficiente.				
37	Se a mãe estiver desnutrida, o leite por ela produzido será insuficiente para o bebé.				
38	Os mamilos umbilicados impedem o aleitamento materno.				
39	Deve-se dar a mama cada vez que o bebé o peça.				
40	O bebé que mama leite adaptado como complemento ao leite materno, tem maior probabilidade de abandonar o leite materno precocemente.				
41	Após cada mamada, a mãe deverá lavar os mamilos.				
42	Um bebé com diarreia pode e deve continuar o aleitamento materno.				
43	O colostro contém os nutrientes necessários para o bebé nos primeiros dias de vida.				
44	A diabetes tem menor incidência em adultos que foram amamentados à mama em crianças.				
45	As mamas devem ser lavadas antes e depois de cada mamada.				
46	A amamentação não influencia o vínculo mãe/filho.				
47	Quanto maior o número de mamadas nocturnas, maior será a produção de prolactina.				
48	Depois de uma cesariana, a mãe pode amamentar logo que recupere a consciência.				
49	Amamentar diminui as reservas de ferro da mãe, o que agrava a anemia.				
50	O alho é um alimento proibido durante a amamentação, pois dá mau sabor ao leite				
51	Mães que amamentam têm menor incidência de depressão pós-parto.				
52	Dormir aumenta a produção de prolactina.				
53	Se um bebé mamar só numa mama, não pode ficar satisfeito.				
54	Os bebés em aleitamento materno devem tomar suplementos vitamínicos.				
55	As chupetas interferem e dificultam o aleitamento materno.				
56	Durante o segundo ano de vida o leite materno é de baixa qualidade.				
57	Existe uma forte correlação entre a dor na mama e a má posição do bebé nesta.				
58	Em caso de mastite, deve-se suspender o aleitamento, pois a infecção poderá transmitir-se ao bebé.				
59	A extracção de leite materno não beneficia a cicatrização das fissuras.				
60	Quando o bebé mama, o mamilo e grande parte da aréola devem estar dentro da boca.				
61	A mãe deve colocar os dedos em forma de tesoura, o que facilita a extracção do leite.				
62	A dor nos mamilos, durante a mamada, nos primeiros dias pode ser fisiológica.				
63	Em caso de ingurgitamento, deve ser aplicado frio antes da mamada e massajadas as mamas, para favorecer o esvaziamento.				
64	O leite do início da mamada é mais rico em gorduras.				
65	O leite do fim da mamada é mais rico em proteínas.				
66	Para a pega ser eficaz, poderá ter que se esvaziar um pouco a mama antes de colocar o bebé a mamar.				
67	O uso de cremes de lanolina mostrou-se prejudicial no aleitamento.				
68	A amamentação precoce e frequente na posição correcta é o melhor método para prevenir o ingurgitamento mamário.				

CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA, E.P.E. / AVEIRO

Avenida Artur Ravara – 3814-501 AVEIRO
 Tel. 234 378 300 – Fax 234 378 395
sec-geral@hdaveiro.min-saude.pt
 Matricula na Conservatória do Registo Comercial
 de Aveiro
 Capital Social 40.284.651 €
 Pessoa Colectiva nº 510 123 210

Exmo. Senhor

Professor Doutor Carlos Pereira
 Escola Superior de Saúde de Viseu
 3500-843 Viseu

S/ Ref.º

S/ Comunicação de

N/ Ref.º

Aveiro,

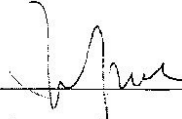
24 ABR 12 12:02:03 1297

ASSUNTO: Resposta ao VI Pedido de autorização de realização de estudo no CHBV, E.P.E.

Em resposta à V/ solicitação, vimos, pelo presente, informar que após parecer favorável da Comissão de Ética, por deliberação do Conselho de Administração, nesta data, se encontra autorizado o pedido formulado.

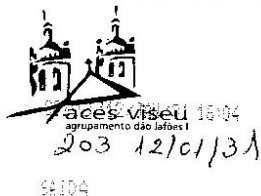
Com os melhores cumprimentos,

O Conselho de Administração



(Dr. José Afonso)

Na resposta indicar o número e as referências deste documento em cada caso tratado de um assunção



58104

entregue copia no
SAO em 6/2/2012.

02-02-2012

01.06.05 445

Exmº Sr.

Presidente do Conselho Directivo da

Escola Superior de Saúde de Viseu

Av. D. João Crisóstomo G Almeida

Nº 102

L 3500-843 Viseu

Ana Barbosa

Sua referência

Of.69 -17-01-2012

Sua comunicação

Nossa referência

UAG

ASSUNTO:

Pedido de autorização para colheita de dados - Procº 70

Em resposta ao ofício acima indicado, vimos informar Vª Exª que se emite parecer favorável à aplicação do instrumento de colheita de dados.

Com os melhores cumprimentos

O Diretor Executivo

(José Carlos Coelho Ferreira de Almeida, Dr)

Dr. José Carlos Coelho Ferreira de Almeida
3.2.2012

AFL/

Na resposta indicar as referências deste ofício

Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.

Declar. Coligada

*N.º de Investigação
13-FEV-2012*

PARTE:

Despacho:

[Stamp and signature]

ASSUNTO: Projecto de Investigação n.º1/2012 - "Implicações das variáveis sociodemográficas, profissionais e de amamentação nos conhecimentos sobre aleitamento materno em enfermeiros"

PARA: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração

N.º 11/GAI

DE: Núcleo de Investigação

Data 01/02/2012

Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Ana Filizete Borges dos Santos Barbosa Lopes, aluna do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia, para a realização de um estudo subordinado ao tema: "Implicações das variáveis sociodemográficas, profissionais e de amamentação nos conhecimentos sobre aleitamento materno em enfermeiros", a realizar no serviço de Obstetrícia, Pediatria, Neonatologia, Unidade Pediátrica e Consultas de Obstetrícia e de Pediatria deste Centro Hospitalar.

Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Normas do Núcleo de Investigação.

Informo ainda que o estudo não foi submetido ao parecer da Comissão de Ética de acordo com a tomada de decisão desta Comissão, constante na Acta n.º 1, da reunião de 22 de Janeiro de 2009. A Comissão de Ética decidiu ainda: ---

Que o parecer da Comissão de Ética será dispensável sempre que não haja contacto directo com os doentes, como é o caso de consulta de processos clínicos e desde que o investigador se comprometa a manter a confidencialidade;

Com os melhores cumprimentos, *[Signature]*

P.º Gabinete de Apoio à Investigação

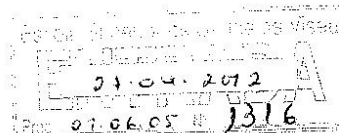
[Signature]

(P.º Rosa Sarriva)

Nota: Solicita-se aos investigadores a entrega de um exemplar do trabalho final



ARSC
ADMINISTRAÇÃO
REGIONAL DE
SAÚDE DO CENTRO - P



Ex.º Pr.º

Ex.^{mo(a)} Senhor(a) *Ento que copia ao SAD em 27.04.12*
Presidente
Da Escola Superior de Saúde de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes
de Almeida, nº 102

3504-843 Viseu

Sua referência

Data

Nossa referência

Data

12 617

2012-04-23

ASSUNTO:
Pedido de autorização para efectuar colheita de dados
(Processo 70 - Ofício nº 297 de 16.03.2012)

Relativamente ao assunto em epígrafe, cumpre-me informar V. Ex.^a, de que a equipa de enfermagem desta Unidade concorda em colaborar no preenchimento do inquérito em questão.

Está assim desde já autorizada a colheita de dados solicitada, que se poderá estender até 31 de Julho de 2012, atendendo aos correspondentes condicionalismos, nomeadamente o atraso na chegada e deferimento do requerido.

Ana Lopes

Com os melhores cumprimentos

A Coordenadora da USF Grão Vasco

Graça Martins
(Graça Martins, Dr.^a)



Rua Madre Rta de Jesus - Jogueiros
3500-467 Viseu

Telefone: 232 467 298
Fax: 232 467 299



usfgraovasco@arsviseu.min-saude.pt



11.01.2012
01.06.05 103
Entreguecopia ao S.A.D
em 11/01/2012

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

3500-843 VISEU

Assunto: D. Ex. ACES BV II/23 2012-01-05

Pedido de Autorização para Efectuar Colheita de Dados

Em resposta ao solicitado no v/ ofício n.º 1337, de 21.12.2011, cumpre-nos informar V. Ex.ª, que por despacho da Vogal do Conselho Clínico do ACeS Baixo Vouga II - Sr.ª Enf.ª Arlete Parente, de 03.01.2012, foi autorizada a realização de colheita de dados/informação, durante o período de 15 de Janeiro a 30 de Junho de 2012, junto dos enfermeiros das Unidades Funcionais do Centro de Saúde de Aveiro.

Com os melhores cumprimentos,

A Directora Executiva do ACeS Baixo Vouga II

Fernanda Loureiro
(Fernanda Loureiro, Dr.ª)

Assunto: Pedido de Autorização para Efectuar Colheita de Dados

FL/PA



Ministério da Saúde

Caro Prof. Carlos Pereira
Estudo sobre a
colheita de dados

Carla Nelson
CENTRO HOSPITALAR TONDELA- VISEU, EPE

12-01-2012

01.06.05

122

Ex. Senhor: *Entregue ao SA D em 16/1/2012*
 Presidente da Escola Superior de Saúde
 Prof. Doutor Carlos Pereira
 Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº 102
 3500-843 Viseu

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

Ofício nº 1332 Data 21/12/11
Processo: 70

10/01/2012

Assunto: Pedido de autorização para efectuar Colheita de Dados

Com referência ao assunto mencionado em epígrafe, e após audição dos responsáveis dos serviços, somos a informar V^ª Ex^ª que se **autoriza** a realização da referida colheita de dados. No entanto deverá a autora do estudo responsabilizar-se pela aplicação do questionário.

Com os melhores cumprimentos, *peçoais*

A Enf.^a Directora

(Cassilda Neves)

Av. Rei D. Duarte, 3504 – 509 VISEU

Gerat: Telef. 232 420500 - Secretariado de Administração: Telef. 232 420508 - Fax 232 420595

E-mail: sen.presidente@hstvis.eu, sen.saude@hstvis.eu