



# Instituto Politécnico de Viseu

## Escola Superior de Saúde de Viseu

Cláudia Sofia Fialho Nisa Fernandes

### **Atitudes Maternas face à Amamentação**

Março de 2013

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Cláudia Sofia Fialho Nisa Fernandes

Atitudes Maternas face à Amamentação

**Tese de Mestrado**

II Mestrado em Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica

Trabalho efectuado sob a orientação de  
Prof. Doutora Manuela Ferreira e Prof. Doutor João Duarte



Março de 2013



**ARTE DA AMAMENTAÇÃO -**

*“ Há um mistério insondável, nesse encontro de olhares.*

*Mãe e filho.*

*Amamentação.*

*Ato de suprema entrega.*

*Momento de divina doação, entrelaçando doces e infintos desejos,*

*Sem identificação de um único.*

*Harmonia plena...temura...ardor.*

*Inconsciente integração do inexplicável, que se traduz na similaridade  
do Divino Amor.”*

(Alice Capel)



Dedico este trabalho à minha família, em especial  
ao meu marido e aos meus três “G”



## **AGRADECIMENTOS**

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

Agradeço em primeiro lugar aos meus pais toda a educação e formação que me ofereceram, tendo-me permitido chegar até aqui.

Em particular à Professora Doutora Manuela Ferreira, pela sua simpatia, incentivo, disponibilidade e pelos valiosos conhecimentos que me transmitiu. Não esquecendo a preciosa colaboração do Professor Doutor João Duarte no tratamento estatístico.

Um intenso agradecimento a todas as mães que participaram neste estudo e que generosamente nos partilharam as suas experiências, bem como aos colegas da ULS de CB, dos vários Centros de Saúde e Unidades de saúde Familiares (Covilhã, Fundão, Guarda e Viseu) que colaboraram na entrega e recolha dos questionários.

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

Finalmente um obrigado especial a quatro homens, que dão sentido à minha vida, alegria e incentivo, que riram e choraram comigo ao longo desta etapa - o meu marido e filhos. Ofereceram-me sempre muito amor, suporte emocional, para assim ultrapassar todos os problemas, dificuldades, nesta fase e em qualquer fase conturbada da minha vida.

**A todos o meu bem-haja!**



## RESUMO

**Enquadramento:** Verifica-se que a amamentação para além de nutrir, protege e favorece o desenvolvimento cognitivo, a criação do vínculo afectivo entre mãe e filho. É um momento único e rico de carinho, afecto, doação e troca. O aleitamento materno (AM) depende de vários factores, tais como: sócio culturais, profissionais, nível de educação e da acção dos profissionais de saúde e dos media e reúne benefícios para a criança, mãe, família e sociedade.

**Objectivos:** É nossa intenção com este estudo, determinar se o perfil sócio demográfico, as variáveis obstétricas, o aleitamento materno e o contacto pele a pele na primeira horas de vida e o alojamento conjunto influenciam as atitudes maternas face à amamentação.

**Métodos:** Trata-se de estudo de natureza quantitativa, transversal, de carácter descritivo correlacional e explicativo, sendo a amostra não probabilística por conveniência (n=312). A recolha de dados efectuou-se através de um questionário sócio demográfico, o inventário do afecto materno e a escala de atitudes maternas face à amamentação. Foi aplicado às mães na consulta de saúde infantil dos 2 anos de idade, no período de 1 de Outubro de 2010 a 30 de Dezembro de 2011 nos centros de Saúde dos concelhos da Covilhã, Fundão, Guarda e Viseu.

**Resultados:** O estudo realizado permitiu verificar que as mulheres com melhores atitudes maternas face à amamentação são as que têm idades entre os 19-35 anos, casadas/união de facto, residentes em vila, com ensino superior e trabalhadores qualificados, numa situação profissional empregada a tempo inteiro.

O estado civil e a escolaridade o nº de gestações anteriores, o tipo de parto, o tipo de gravidez (termo/prematuridade) a existência de filhos com amamentação anterior, o tempo de amamentar e a introdução da chupeta, são preditoras das atitudes maternas face à amamentação.

**Conclusão:** Embora o aleitamento materno seja um processo biologicamente determinado é influenciado pelo ambiente que rodeia a mulher, o número de gestações anteriores, o tipo de parto, o contacto pele a pele, bem como algumas características sócio demográficas. Assim, estas variáveis devem ser consideradas nas políticas de promoção do aleitamento materno.

**Palavra-chave:** Amamentação, Atitudes Maternas



## ABSTRACT

**Background:** It appears that breastfeeding beyond nourishing, protects and promotes cognitive development, creating the emotional bond between mother and child. It is a unique and rich in love, affection, giving and sharing. Breastfeeding (BF) depends on several factors, such as socio-cultural, professional, educational level and work of health professionals and the media and brings benefits to the child, mother, family and society.

**Objectives:** It is our intention with this study was to determine whether the socio demographic, obstetric variables, breastfeeding and skin to skin contact in the first hours of life and rooming influence attitudes to breastfeeding mothers face.

**Methods:** This study was a quantitative, cross-sectional correlational descriptive and explanatory nature, being a non-probabilistic sample of convenience (n = 312). Data collection was carried out through a socio-demographic questionnaire, the inventory of maternal affection and scale of attitudes to breastfeeding mothers face. Was administered to the mothers in child health consulting 2 years of age, during the period 1 October 2010 to 30 December 2011 for health centers of municipalities of Covilha, Fundão, Viseu and Guarda.

**Results:** The study showed that women with better attitudes to breastfeeding mothers face are those that are aged between 19-35 years, married / unmarried, living in town, with higher education and skilled workers, employed in a professional situation full time.

The marital status and education the number of previous pregnancies, type of delivery, type of pregnancy (term / preterm) the existence of children with breastfeeding previous time breastfeeding and introduction of pacifiers, are predictors of maternal attitudes in the face of breastfeeding.

**Conclusion:** Although breastfeeding is biologically determined process is influenced by the environment surrounding the woman, the number of previous pregnancies, type of birth, skin to skin contact, as well as some sociodemographic characteristics. Thus, these variables must be considered in policies promoting breastfeeding.

**Keyword:** Breastfeeding, Maternal Attitudes



## ÍNDICE DE QUADROS

	<b>Pág.</b>
QUADRO 1 - Caracterização sócio demográfica (mulheres)	65
QUADRO 2 - Consistência interna da escala atitudes maternas face à amamentação (1ª parte) e correlações item/total da escala e respectivos valores de Alpha de Cronbach	71
QUADRO 3 - Consistência interna da escala atitudes maternas face à amamentação (2ª parte) e correlações item/total da escala e respectivos valores de Alpha de Cronbach	72
QUADRO 4 - Consistência interna da escala atitudes maternas face à amamentação (3ª,4ª,5ª parte) e correlações item/total da escala e respectivos valores de Alpha de Cronbach	73
QUADRO 5 - Consistência interna do IAM	76
QUADRO 6 - Distribuição paterna segundo as variáveis sócio demográficas	83
QUADRO 7 - Estatísticas relativas ao número partos anteriores por grupo etário	84
QUADRO 8 - Distribuição das mulheres segundo as variáveis obstétricas	85
QUADRO 9 - Variáveis relativamente ao aleitamento materno anterior	87
QUADRO 10 - Distribuição das mulheres segundo o aleitamento materno actual	90
QUADRO 11 - Estatística descritiva relativa ao afecto materno	91
QUADRO 12 - Distribuição das mulheres segundo o afecto materno	91
QUADRO 13 - Distribuição das mulheres segundo as variáveis contextuais do bebé	92
QUADRO 14 - Estatística descritiva relativa às atitudes maternas face à amamentação	94
QUADRO 15 - Distribuição das mulheres segundo a sua atitude face à amamentação	94
QUADRO 16 - Caracterização sócio demográfica em função das atitudes maternas face à amamentação	96
QUADRO 17 - Caracterização sócio demográfica (pai) em função das atitudes maternas face à amamentação	97

QUADRO 18 -	Caracterização das variáveis obstétricas em função das atitudes maternas face à amamentação	99
QUADRO 19 -	Matriz de correlações	100
QUADRO 20 -	Caracterização do aleitamento materno anterior em função das atitudes maternas face à amamentação	101
QUADRO 21 -	Caracterização do aleitamento materno actual em função às atitudes maternas face à amamentação	102
QUADRO 22 -	Caracterização das variáveis contextuais do bebé em função às atitudes maternas face à amamentação	103
QUADRO 23 -	Teste U - Mann-Whitney entre a <u>idade</u> e atitudes maternas face à amamentação	104
QUADRO 24 -	Teste U - Mann-Whitney entre o <u>estado civil</u> e atitudes maternas face à amamentação	105
QUADRO 25 -	Teste U - Mann-Whitney entre a <u>nacionalidade</u> e atitudes maternas face à amamentação	105
QUADRO 26 -	Teste Kruskal Wallis entre a <u>escolaridade</u> e atitudes maternas face à amamentação	106
QUADRO 27 -	Teste Kruskal Wallis entre a <u>situação profissional</u> e atitudes maternas face à amamentação	107
QUADRO 28 -	Teste Kruskal Wallis entre a <u>residência</u> e atitudes maternas face à amamentação	107
QUADRO 29 -	Teste Kruskal Wallis entre o <u>número de gestações anteriores</u> e atitudes maternas face à amamentação	108
QUADRO 30 -	Teste U - Mann-Whitney entre a <u>gravidez planeada</u> e atitudes maternas face à amamentação	109
QUADRO 31 -	Teste U - Mann-Whitney entre a <u>vigilância da gravidez</u> e atitudes maternas face à amamentação	109
QUADRO 32 -	Teste U - Mann-Whitney entre os <u>problemas na gravidez</u> e atitudes maternas face à amamentação	110
QUADRO 33 -	Teste U - Mann-Whitney entre o <u>tipo de parto</u> e atitudes maternas face à amamentação	111
QUADRO 34 -	Teste U - Mann-Whitney entre a <u>gravidez de termo/prematuridade</u> e atitudes maternas face à amamentação	111
QUADRO 35 -	Teste U - Mann-Whitney entre <u>se já têm filhos amamentou</u> e atitudes maternas face à amamentação	112

QUADRO 36 -	Teste U - Mann-Whitney entre <u>o tipo de experiência anterior de amamentação</u> e atitudes maternas face à amamentação	113
QUADRO 37 -	Teste U - Mann-Whitney entre <u>o tipo de aleitamento materno actual</u> e atitudes maternas face à amamentação	113
QUADRO 38 -	Teste Kruskal Wallis entre <u>o tempo de aleitamento materno actual</u> e atitudes maternas face à amamentação	114
QUADRO 39 -	Teste Post Hoc – Tukey entre o <u>tempo de aleitamento materno actual</u> e atitudes maternas face à amamentação	114
QUADRO 40 -	Teste Kruskal Wallis entre o <u>tempo até amamentar</u> e atitudes maternas face à amamentação	115
QUADRO 41 -	Teste U - Mann-Whitney entre a <u>introdução de chupeta</u> e atitudes maternas face à amamentação	115
QUADRO 42 -	Teste U - Mann-Whitney entre <u>o contacto pele a pele na 1ª hora de vida</u> e atitudes maternas face à amamentação	116
QUADRO 43 -	Teste U - Mann-Whitney entre <u>o local onde dorme</u> e atitudes maternas face à amamentação	117
QUADRO 44 -	Correlação de Pearson entre as atitudes maternas face à amamentação (comportamento) e as variáveis independentes (idade materna e paterna e decisão em amamentar)	117
QUADRO 45 -	Regressão múltipla para a variável atitudes maternas (comportamento) e variáveis independentes (idade materna e paterna e decisão em amamentar)	118



## ÍNDICE DE TABELAS

	<b>Pág.</b>
TABELA 1 - Aleitamento materno na 1ª hora de vida	39
TABELA 2 - Tipo de aleitamento do nascimento até à data de Alta	47



## ÍNDICE DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
FIGURA 1 - Esquema de investigação do estudo	62



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	<b>Pág.</b>
GRÁFICO 1 - Percentagens de AM exclusivo aos 3 meses e de qualquer AM aos 6 meses por região.	40



## ÍNDICE DE ÁRVORE DE DECISÃO

		<b>Pág.</b>
Árvore de decisão -	Árvore CHAID das Atitudes Maternas face à Amamentação	121



## ABREVIATURAS E SIGLAS

AM -	Aleitamento Materno
AMS –	Assembleia mundial de saúde
ANOVA –	Análise de variância a um factor
APEO -	Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras
CB -	Castelo Branco
cf -	Conforme
CHAID –	CHi-squared Automatic Interaction Detection
CNIHAB -	Comissão Nacional da Iniciativa dos Hospitais Amigos dos Bebés
Dr <sup>a</sup> -	Doutora
IAM –	Inventário do afecto materno
IHAB -	Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés
INE –	Instituto nacional de estatística
m –	Minutos
N.º -	Número
OBAM -	Observatório do Aleitamento Materno
OM –	Ordenações Médias
OMS -	Organização Mundial de Saúde
ONG -	Associação Não Governamental
p.-	Página
PNS –	Plano Nacional de Saúde
RAM -	Registo do Aleitamento Materno
res. –	Resíduos
RN -	Recém-nascido
RTP1-	Rádio Televisão Portuguesa 1
SNS –	Serviço nacional de saúde

SPSS – Statistical Package for Social Science

ULS - Unidade Local de Saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>1 – INTRODUÇÃO</b>	32
<u>1ª PARTE – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</u>	
<b>2 – ALEITAMENTO MATERNO</b>	38
2.1 - ABORDAGEM HISTÓRICO-CULTURAL	41
2.2- POLÍTICAS DE SAÚDE E ALEITAMENTO MATERNO	42
<b>3 – PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO</b>	48
3.1 - FACTORES QUE INFLUENCIAM A PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO	49
3.2 – DIFICULDADES COM O ALEITAMENTO	50
3.3- PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	51
<b>4 – ATITUDES FACE À AMAMENTAÇÃO</b>	56
4.1- FACTORES ASSOCIADOS AO ABANDONO DO ALEITAMENTO MATERNO	57
<u>2ª PARTE - INVESTIGAÇÃO EMPIRICA</u>	
<b>5 – METODOLOGIA</b>	60
5.1 – MÉTODOS	60
5.2 – TIPO DE ESTUDO	62
5.3 – PARTICIPANTES	63
5.3.1 - <b>Caracterização sócio demográfica da amostra</b>	63
5.4 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	66
5.4.1- <b>Questionário</b>	67
5.4.2 - <b>Escalas</b>	68
5.5 - PROCEDIMENTOS	77
5.6 - ANÁLISE DE DADOS	77



<b>6 – RESULTADOS</b>	82
6.1- ANÁLISE DESCRITIVA	82
6.1.1- <b>Caracterização relativa às variáveis obstétricas</b>	84
6.1.2 - <b>Caracterização relativa às variáveis contextuais do aleitamento materno</b>	86
6.1.3 - <b>Caracterização relativa às variáveis contextuais do bebê</b>	92
6.1.4- <b>Caracterização relativa à escala das atitudes maternas face à amamentação</b>	93
6.2 – ANÁLISE INFERENCIAL	103
<b>7 – DISCUSSÃO</b>	124
7.1 – DISCUSSÃO METODOLÓGICA	124
7.2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	125
<b>8 – CONCLUSÃO</b>	132
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	136
<b>ANEXO I - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS</b>	144
<b>ANEXO II – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA RECOLHA DE DADOS</b>	154



## 1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, as evidências das vantagens do aleitamento materno para a saúde e as recomendações para a sua prática têm – se intensificado. A OMS aponta como vantagem principal a redução da mortalidade infantil e ainda benefícios de saúde que se estendem até a idade adulta. O aleitamento materno (AM) é considerado um dos pilares fundamentais para a promoção e protecção da saúde das crianças (SARAFANA et al., 2006). Para além de nutrir, protege e favorece o desenvolvimento cognitivo da criança e o vínculo afectivo entre mãe e filho. É um momento único e rico de carinho, afecto, doação e troca.

A Organização Mundial de saúde (OMS), e a comunidade científica têm averiguado as causas do declínio do AM. Na segunda metade do séc. XX, alguns países, através de uma política de incentivos à maternidade, promoveram de forma notória o AM. Porém noutros países existem constrangimentos a essa prática e a mulher deixa de amamentar o seu bebé muito cedo.

Em Portugal o que acontece mais frequentemente, é amamentar a criança no máximo durante os primeiros quatro meses, altura que coincide, com a licença de parto que a legislação portuguesa prevê, sendo que a maioria não chega ao segundo mês de aleitamento (Mendes, 2001).

Alguns estudos mostram que as atitudes das mães relativamente aos métodos de alimentação dos seus filhos determinam parcialmente o seu comportamento (Coutinho e Leal, 2005).

Criado pela DGS em 2010, o observatório do aleitamento materno, num registo entre Julho de 2010 a Junho de 2011, refere que em Portugal na amostra (n=1.396), 14,7% de lactentes com 5 meses de vida fez aleitamento materno exclusivo. 18,8% de lactentes cuja fonte de nutrição, foi o leite materno, receberam outros líquidos à base de água e sumos de frutas, até aos 6 meses.

É importante adquirir conhecimentos sobre a história e evolução da amamentação, pois retomar esta prática é voltar às nossas origens, fomentar o AM, contribuir para a desmistificação de falsas crenças e promover a retoma desta prática como o melhor meio de diminuir a taxa de morbilidade e mortalidade infantil.

Existem muitas vantagens com a amamentação, não apenas em termos de crescimento, mas, também no desenvolvimento neurológico e emocional do ser humano. Protege o Recém-nascido (RN) dos riscos de infecção e contribui para uma alimentação equilibrada. Desta maneira, a amamentação é benéfica para a mãe, na medida que leva a

uma recuperação muito mais rápida no pós-parto, reduzindo a incidência de algumas doenças crónicas. (SANDES et al., 2007)

A evidência científica demonstrou que além da protecção contra uma nova gravidez, a amamentação dá-lhes vantagens sobre o cancro mamário, a hipercolesterolemia e a estabilidade do vínculo emocional com o seu filho.

Actualmente o AM depende muito de factores sócio culturais, profissionais, nível de educação e da acção dos profissionais de saúde e dos média.

Em Portugal já existem vários estudos que avaliaram a prevalência do AM, no entanto ainda não são conhecidos muitos factores que condicionam a amamentação, nomeadamente a influência dos estilos de vida, do nível de educação e dos meios de comunicação social e o peso da opinião dos profissionais de saúde sobre a adesão das mães a este acto.

O enfermeiro tem um papel de facilitador do processo de transmissão para a maternidade, em particular os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia, ou seja, desenvolvem competências globais e específicas com o intuito de ajudar a mãe a traçar um projecto de maternidade eficaz. Utilizando linguagem simples e acessível, incentivando e apoiando o AM.

Perante esta perspectiva e impulsionada pelo gosto pessoal e especial por esta temática, e pelo facto da Organização Mundial de Saúde desde 2001, sugerir investigações que permitam identificar as limitações do aleitamento materno exclusivo surge a vontade de perceber todo este processo na nossa área de influência, dando corpo ao actual trabalho de investigação. Existem alguns estudos que demonstram que as atitudes das mães quanto aos métodos de alimentação dos seus filhos, determinam parcialmente o seu comportamento. Deste modo as atitudes das mães face à amamentação constituem uma parte importante, no esclarecimento dos seus comportamentos (Coutinho & Leal 2005).

Perante esta problemática tão pertinente e actual questionamo-nos **(i)** Qual a influência das variáveis sócio demográficas (idade, estado civil, escolaridade, situação profissional e local de residência) nas atitudes maternas face à amamentação? **(ii)** Que impacto têm as variáveis obstétricas (número partos anteriores, planeamento da gravidez, vigilância da gravidez, patologia na gravidez, tipo de parto, gravidez termo/prematuridade) nas atitudes maternas face à amamentação? **(iii)** Em que medida as variáveis de aleitamento materno (tempo de amamentação do filho anterior, experiência anterior de amamentação, aleitamento materno actual, tempo de aleitamento materno actual e decisão de amamentar) influenciam as atitudes maternas face à amamentação? **(iv)** Qual a influência do contacto pele a pele na primeira hora de vida e o local onde dorme (alojamento conjunto) nas atitudes maternas face à amamentação?

Para responder às questões formuladas delineamos um conjunto de objectivos que procuram dar resposta às inquietações que esta problemática nos suscita, ou seja: (i) determinar o perfil sócio demográfico e obstétrico da mãe; (ii) relacionar as variáveis sócio demográficas e obstétricas com as atitudes maternas face à amamentação; (iii) verificar se o afecto materno influencia as atitudes maternas face à amamentação (iv) determinar a influência do contacto pele a pele na 1ª hora de vida e o local onde dorme (alojamento conjunto) nas atitudes maternas face à amamentação.

Para a colheita de dados utilizou-se um questionário composto por quatro partes, a primeira parte refere-se à caracterização sócio demográfica, seguindo-se a história da gravidez e do aleitamento materno anterior e actual, finalmente é composto por duas escalas, a do afecto materno (Galvão) e das atitudes maternas face à amamentação (Levy). A colheita de dados foi realizada nos centros de saúde dos concelhos de Covilhã, Fundão, Guarda e Viseu aquando a consulta de saúde infantil dos dois anos, entre 1 de Outubro de 2010 e 30 de Maio de 2011 e na ULS de CB aquando da consulta de saúde infantil dos dois anos, entre 1 de Outubro de 2011 a 30 de Dezembro de 2011.

O presente trabalho encontra-se estruturado em duas partes fundamentais. A primeira parte é constituída pelos fundamentos teóricos inerentes à investigação, onde é apresentada uma caracterização do aleitamento materno, uma abordagem histórico-cultural, descritas as políticas de saúde, os factores que influenciam a prevalência e os associados ao seu abandono, acrescentando a importância do papel dos profissionais de saúde. Conclui-se esta parte com as atitudes maternas face à amamentação.

A segunda parte refere-se à investigação empírica, na qual descrevemos a metodologia, o tipo de investigação, formulámos as questões de investigação, os procedimentos, o instrumento de recolha de dados seleccionado. Procedemos à apresentação e análise dos resultados, seguindo-se a sua discussão confrontando-os com os resultados dos autores referidos no enquadramento teórico.

Terminamos o estudo com as conclusões que nos proporcionaram os resultados conseguidos, uma reflexão geral sobre a temática em estudo, bem como as sugestões que considerámos pertinentes, incluindo outros estudos de investigação que possa contribuir para melhor compreensão do fenómeno em estudo.



1ª PARTE

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

---



## 2 ALEITAMENTO MATERNO

O AM deve ser iniciado minutos após o parto, pois é nessa altura que o reflexo de sucção está mais activo, logo se for colocado em prática no princípio, se o exercitar, a aprendizagem posterior vai ser facilitada. Por outro lado, esse comportamento vai gerar na mãe a produção de diversas hormonas, nomeadamente a oxitocina, ajudando-a na expulsão da placenta e na contracção do útero.

Seguidamente apresenta-se a abordagem inicial da monitorização da situação do aleitamento materno em Portugal, tendo por base os dados do Registo do Aleitamento Materno (RAM), num estudo nacional e recente (de Julho de 2010 a Junho de 2011), realizado pelo Observatório do Aleitamento Materno (OBAM), projecto da Mama Mater – Associação Não Governamental (ONG) que planeia monitorizar vários parâmetros e/ou grupos em processo de Aleitamento Materno.

### Resultados RAM indicadores Centrais (Core)

**Hospitais:**

**Aleitamento Materno Exclusivo até à alta:** 65.2% (n=17.477) do nascimento até ao dia da alta;

**Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés (IHAB):**

**Aleitamento Materno Exclusivo até à alta:** 72.5% (n=4.073) do nascimento até ao dia da alta;

**Cuidados de Saúde Primários:**

**Aleitamento materno exclusivo aos 5 meses:** 14.7% (n=1.396) aos 5 meses de vida.

**Duração mediana do aleitamento materno:** 6 meses (63,7% AA vs 48.4% AM);

Fonte: Observatório do Aleitamento Materno, Fevereiro, 2012

Nos registos do mesmo observatório, 77.3% dos Recém Nascidos, iniciou Aleitamento Materno na 1ª hora de vida; 84.8% dos que mantiveram Aleitamento Materno Exclusivo, foram amamentados na 1ª hora e 36.6% dos que fizeram Aleitamento Materno e Artificial, não foram amamentados na 1ª hora (cf. Tabela 1).

**Tabela 1** – Aleitamento Materno na 1ª Hora de Vida

Aleitamento até à Data de Alta	Aleitamento Materno na 1ª Hora de Vida			
	Não		Sim	
	Nº	%	Nº	%
Aleitamento Artificial	244	100.0%		
Aleitamento Materno e Artificial	1.724	36.6%	2.982	63.4%
Aleitamento Materno e Líquidos Não Nutritivos	249	22.1%	878	77.9%
Aleitamento Materno Exclusivo	1.737	15.2%	9.658	84.8%
Desconhecidos	5	100.0%		
Subtotal	3.959	22.7%	13.518	77.3%
<b>Total = 17.477</b>				

Fonte: Observatório do Aleitamento Materno, Fevereiro, 2012

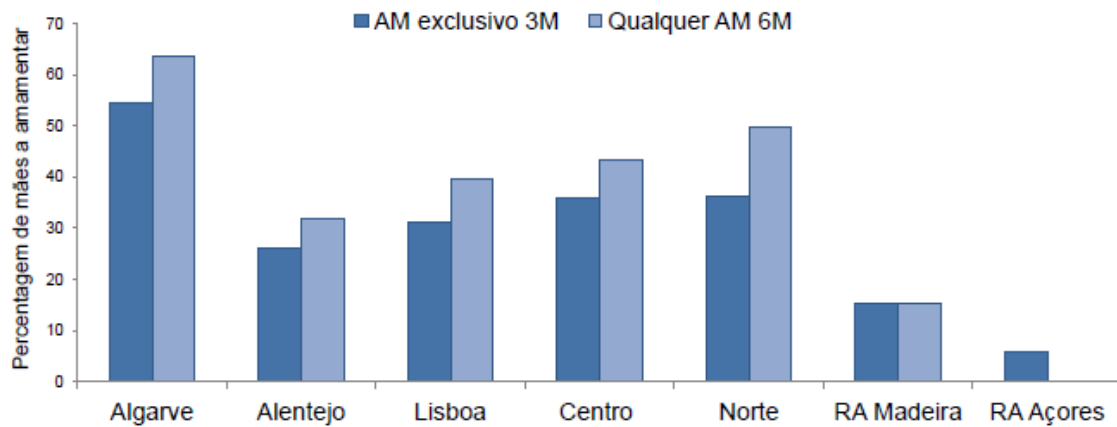
Segundo o mesmo relatório, as baixas taxas, na iniciação do aleitamento materno ou a sua supressão precoce podem ter implicações desfavoráveis para a saúde e estrutura social da mulher, da criança, da comunidade e do meio ambiente. Além disso, resultam num aumento das despesas do serviço nacional de saúde, bem como no agravamento das desigualdades em saúde.

É de extrema importância que a amamentação não seja encarada como uma obrigação, mas sim entendida e levada a cabo por decisão da mãe/casal. Quando esta díade toma a decisão de como vão alimentar o seu filho, expõem na sua opção as influências da sociedade em que estão inseridos, do seu estilo de vida, da sua história pessoal e da sua personalidade.

Portanto, “amamentar não é uma acção isolada, faz parte da vida da mulher e da família e é também uma expressão de uma cultura” (Santos e Catarino, 2007, p.28).

Segundo um estudo realizado na Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, podemos verificar que a região Centro do nosso país apresenta 30 a 40% de aleitamento exclusivo até aos 3 meses e entre 40 a 50% de crianças amamentadas até aos 6 meses (cf. Gráfico 1).

**Gráfico 1** - Percentagens de AM exclusivo aos 3 meses e de qualquer AM aos 6 meses por região.



**Fonte:** ALARCÃO, VIOLETA... [et al] - Estudo da Prevalência e Determinantes do Aleitamento Materno em Portugal - Um Contributo da Investigação sobre o Aleitamento Materno. Unidade de Epidemiologia, Instituto de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, 2011

Pereira (2006) refere: “ Amamentar é amar, é nutrir, é mimar, é ofertar o melhor dote que a mãe pode legar ao filho que está a criar. Difícil é encontrar palavras para explicar tão grande nobreza do acto de amamentar” (p.15)

A amamentação deve ser um acto de carícia, existe um contacto pele a pele, o bebé sente o calor da sua mãe, são sinais que ele reconhece e que o fazem sentir-se seguro.

Para Neto Alves e Almeida (1992 cit. Por Galvão, 2006):

(...) a decisão de amamentar é o resultado de muitos factores nos quais se incluem a educação, o passado cultural e a personalidade, a informação sobre o aleitamento materno deve ser dada nas escolas, ao lado da educação sobre nutrição tanto às raparigas como aos rapazes, uma vez que, a atitude do marido é extremamente importante para o sucesso do aleitamento materno(p. 6-7)

A amamentação fortalece o vínculo mãe e filho, pois é através dela que “... nutrem-se seres em seus primeiros estágios de desenvolvimento e solidificam-se relações interpessoais, formando vínculos e condições que facilitam a sobrevivência e a caminhada em direcção à maturidade” (Coutinho & Teruya, 2006, p. 5).

A amamentação traz benefícios psicológicos para a criança e para a mãe. Uma amamentação com prazer, olhos nos olhos e o contacto contínuo entre mãe e filho, fortalece os laços afectivos entre eles, existindo intimidade, troca de afecto e ao mesmo tempo sentimentos de segurança e de protecção na criança e auto-confiança e realização da mulher. É uma forma especial de comunicação entre a mãe e o bebé e uma oportunidade da criança aprender muito cedo a comunicar com afecto e confiança. Logo, é um gesto de

amor, carinho, dando à criança segurança afectiva. O afecto materno é a ligação emocional, forte, duradoura, que envolve a mãe e o filho.

## 2.1 ABORDAGEM HISTÓRICO-CULTURAL

O AM assumiu desde muito cedo um papel fundamental na sobrevivência humana e o recurso a leites artificiais foi uma prática rara durante vários anos. Consideramo-lo, uma função biológica que tem a mesma idade da própria Humanidade. Até aos finais do séc. XIX todas as mães amamentavam e a sobrevivência das crianças dependia deste acto natural. No caso da prematuridade, as crianças que não tinham a possibilidade de sugar no peito das mães ou das “amas”, eram consideradas inviáveis (Amaral JMV, 2008).

Falar sobre a história e evolução da amamentação, torna-se uma prática importante para se adquirir conhecimentos, regressar às nossas origens, contribuir para a desmistificação de falsas crenças e promover a retoma desta prática, diminuindo assim, a taxa de morbilidade e mortalidade infantil (Sousa, 2008).

De acordo com Ferron, Martinez, Rubini e Sánchez (2003), no Oriente e no Ocidente, as mulheres amamentavam por períodos mais longos, do que as ocidentais contemporâneas, o desmame era feito aos três meses de vida.

Na antiga Roma, o desmame não devia ser feito antes dos três meses de vida ou até que a criança tivesse todos os dentes. Enquanto, que, na Europa medieval as mulheres deixavam de amamentar entre o primeiro e o terceiro ano de vida (Féron et al, 2003).

A partir do séc. XI as mulheres ricas, pertencentes á nobreza contratavam amas-de-leite, na maioria mulheres de classe pobre e camponesas.

Nos finais do séc. XVII, na Grã-Bretanha o desmame era realizado aos sete meses, era recomendado o início da alimentação mista entre os dois e os quatro meses. No Norte da América era comum o AM em associação com substitutos do leite materno.

No séc. XVIII, na Europa, principalmente na França e Inglaterra amamentar era uma prática impensável, numa dama da sociedade, bem como, qualquer cuidado. Os bebés eram separados das suas mães e entregues às amas-de-leite (Galvão, 2006). Ao longo do séc. XIX o desmame era realizado aos nove meses de vida.

Após a 1ª Guerra Mundial há uma diminuição da amamentação, principalmente nos sectores sociais mais elevados. Nos anos quarenta do séc. XX a alimentação do bebé era mais “científico”, visto que a classe média menosprezava a amamentação.

Nos anos cinquenta devido á 2ª Guerra mundial, há uma queda abrupta da incidência e prevalência do AM, notando-se nos países em desenvolvimento, logo um aumento da taxa de mortalidade infantil (Levy & Bértolo, 2002). O AM deixou de ser visto como uma tradição

e passou a ser uma experiência estranha, desconhecida e pouco comum (Hoyer & Horvat, 2000).

Apesar do reconhecimento mundial do AM, é uma prática progressivamente substituída pelo leite artificial. Em 1990, surgiu a primeira iniciativa, a declaração de INNOCENTI, elaborada e aprovada pela OMS e UNICEF, fomentando a amamentação exclusiva até aos 4 a 6 meses de vida e à manutenção da mesma com alimentos complementares até aos dois anos ou mais.

Refere Férron et al. (2003), que os países desenvolvidos com taxas mais elevadas de AM, encontram-se na península da Escandinávia e Este da Europa. A prevalência da iniciação e duração do AM são mais elevados nos países Escandinavos, pois existe uma maior implementação de políticas de promoção do AM (Leung et al, 2003).

No entanto é no Noroeste Europeu e na América do Norte que existem as taxas mais baixas de início de amamentação.

Considera-se que dois milhões de crianças morrem anualmente nos países em desenvolvimento em consequência da promoção, apoio e protecção inadequados do AM (Lana, 2001). Para tal, foi desenvolvido a nível mundial os Hospitais Amigos dos Bebés com o objectivo de contribuir para a promoção, protecção e apoio do AM.

Na sequência da Cimeira Mundial para a Infância, a OMS e a UNICEF lançaram em 1991 um programa mundial de promoção do AM, denominado Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, com o objectivo específico a promoção, protecção e apoio ao AM. Para Lana (2001) estes Hospitais foram concebidos para remover as barreiras hospitalares à amamentação, criando um ambiente de apoio ao aleitamento, com profissionais de saúde formados nessa área.

Em Portugal as mulheres são encorajadas para o AM e para a sua prática nas instituições de saúde, no entanto, é após a alta que se verifica uma maior necessidade e importância de apoio nesta área (Sousa, 2008).

## 2.2 POLITICAS DE SAÚDE E ALEITAMENTO MATERNO

Segundo a OMS/UNICEF (1990), o AM é considerado uma política de saúde e nutrição infantil, valendo a contribuição da comunidade. Logo o pai deve ser reconhecido como uma figura de relevo, na prática do aleitamento materno, incentivando e apoiando o aleitamento, valorizando o papel da mãe que desiste várias vezes de amamentar por falta de informação e de apoio.

Existem condicionantes para o sucesso e duração do AM, tais como: existência de um ambiente favorável, de relações familiares, a existência de apoio do pai e as influências da sociedade.

Em 2004 a Comissão Europeia criou um grupo que envolveu os estados membros para assim criarem um documento sobre a Promoção do AM na Europa. O qual refere que a protecção, promoção e apoio ao AM são uma prioridade no que diz respeito à saúde pública em toda a Europa. As baixas taxas ou a supressão precoce revela implicações desfavoráveis, que se tornam importantes para a saúde e estrutura social da mulher, da criança, da comunidade e do meio ambiente. Além disso, resultam num aumento das despesas do Sistema Nacional de Saúde (SNS), bem como no aumento das desigualdades na saúde.

Em 2005 a American Pediatric Association publicou um documento “Breastfeeding and the Use of Human Milk”, onde define que o leite materno é o alimento que garante ao lactente o melhor estado de saúde tanto fisicamente como psicossocial e a nível de desenvolvimento evolutivo (Pina, 2009).

As recomendações internacionais são consensuais no que respeita ao tempo de amamentação exclusiva, 6 meses de vida. No entanto a OMS e a UNICEF recomendam prolongar até aos 2 anos ou mais como complemento se assim for desejado.

A partir de diversos estudos sobre o impacto de intervenções nas taxas de AM exclusivo, pode-se verificar que: as taxas de AM exclusivo podem ser aumentadas, utilizando diferentes estratégias; é possível retomar a amamentação exclusiva após ter sido abandonada utilizando estratégias correctas; o aconselhamento individual é a técnica com mais consistência para aumentar as taxas de amamentação exclusiva; estratégias com profissionais de saúde da comunidade são mais reais; o envolvimento constante da comunidade, incluindo os Homens, parece ser bastante efectivo; visitas domiciliares são essenciais; o momento de intervenção é importante, as estratégias bem sucedidas iniciam-se nas primeiras semanas de vida (Carvalho et al., 2010).

O sucesso de uma intervenção varia de acordo com os recursos disponíveis, a vontade, a disponibilidade de quem vai executar as estratégias, aspectos culturais da população envolvida, tipo e nível educacional da população e a pressão da indústria de substitutos de leite materno.

A promoção depende da implementação de políticas nacionais, e de recomendações a todos os níveis dos serviços sociais e de saúde, para que o aleitamento materno seja entendido como prática natural. A Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças na 1ª Infância, adoptada por todos os estados-membros da Organização Mundial de Saúde (OMS) na 55.ª Assembleia Mundial de Saúde (AMS) em Maio de 2002, constitui uma referência para as iniciativas de saúde pública que visem proteger, promover e apoiar o aleitamento materno.

O acto de amamentar é um processo activo integrando dois participantes, para que o AM tenha sucesso, é necessário que a mãe tenha sido motivada (educada) para tal acto e

não coagida. Esta decisão, de amamentar, deverá ser tomada numa fase precoce da gravidez, período de sensibilidade, pressupondo-se um esclarecimento prévio por parte dos profissionais de saúde (Amaral JMV, 2008).

Deve-se tomar uma atitude de apoio e informação constante, nunca “forçando/exigindo” às mães o acto de amamentar, nem fazê-las sentir culpabilizadas, quando decidem não o fazer.

É fundamental ajudá-las a ultrapassar todas as dificuldades/dúvidas que possam surgir, de forma a incentivá-las a amamentar, e ajudá-las também no prolongamento deste período.

Deseja-se que a mãe amamente o seu filho até à licença de parto, mas o ideal, seria que se prolongasse até aos 6 meses de vida e até aos 2 anos como complemento, segundo a OMS.

Segundo os dados recolhidos nos inquéritos nacionais de saúde em 2006 na região Centro do País, 60% a 70% fizeram aleitamento materno exclusivo até aos 3 meses, 40% a 50% aleitamento materno até aos 6 meses.

Actualmente existem controvérsias acerca do tempo de amamentação, segundo uma reportagem na Rádio Televisão de Portugal, canal 1 (RTP1), Celina Rosa, médica no Centro de saúde de Belmonte e pioneira em Portugal no desenvolvimento de programas de amamentação, refere que o desmame deve ser conduzido pela criança, pois não há limite de idade, torna-se vantajoso a nível afectivo e psicológico, criam-se laços estreitos com os filhos até idades avançadas, logo as mães devem prolongar a amamentação.

As vantagens da amamentação são reconhecidas por 90% das mulheres portuguesas. No nosso país há alguns séculos atrás a idade do desmame era aos 4 anos, não estando provado que essas crianças fiquem mais dependentes, não passa de um preconceito. Forçar o desmame contraria a natureza humana, segundo Celina Rosa.

Ao contrário de Celina Rosa, a Dr.<sup>a</sup> Maria do Céu Machado, Pediatra, refere que as crianças chegam a uma altura em que os aspectos nutritivos já não são suficientes para o desenvolvimento da criança. Refere que a amamentação sem limite de idade não se pode tornar uma moda, pois a criança torna-se dependente da mãe e nós queremos torná-la mais autónoma possível (Leal, et al, 2008).

Para a OMS o AM constitui uma das quatro estratégias mais importantes, para melhorar a sobrevivência das crianças, principalmente no primeiro ano de vida, com implicações nos países em desenvolvimento.

O RN deve ser colocado em contacto com a sua mãe “pele a pele” logo na primeira hora pós-parto e proporcionar a amamentação de imediato. Esta deve ser realizada em horário livre e em cada mamada o RN deve mamar apenas numa mama, sem limite de

tempo, esvaziando-a na totalidade. Na mamada seguinte deve iniciar pela outra mama. Esta técnica faz com que o RN faça uma “refeição completa”, ou seja, o primeiro leite é rico em água e lactose e ao longo da mamada o leite vai tendo cada vez mais gordura (Martins, et al, 2001).

O AM satisfaz as necessidades do bebé, promove a proximidade entre mãe/filho, fortalece o vínculo iniciado na gestação. O acto de amamentar além de beneficiar aspectos nutricionais, imunológicos também estimula os seus órgãos dos sentidos, ou seja, vê a face da mãe, escuta a sua voz, sente a sua pele, cheira o seu odor, sente o gosto do seu leite (Nelas et al, 2008).

Actualmente, sabe-se que o leite materno é considerado o alimento perfeito para todas as crianças. O leite materno para além de ser constituído pelos melhores nutrientes, tais como, proteínas, gordura, carboidratos, minerais, vitaminas e água, consegue equilibrar estes nutrientes, de acordo com as necessidades específicas dos bebés ao longo do seu desenvolvimento (Ana Filipa, 2006).

Deve-se realçar o papel do pai, que deve ser participativo nesta tomada de decisão, visto ser um elemento importante no apoio a dar à mãe, seja qual for a sua decisão.

Os benefícios do leite materno em relação aos leites artificiais torna-se mais difícil ser-se demonstrado em países desenvolvidos, dada a existência de alguns factores, como a classe social, o nível educacional e os hábitos tabágicos.

Outro aspecto que diz respeito aos benefícios é o desenvolvimento psicomotor e sensorial, sobretudo nas crianças com antecedentes de prematuridade. Comporta um risco mínimo de morbilidade e mortalidade.

A nível nutricional é um alimento natural, completo, que contém a quantidade equilibrada de nutrientes indispensáveis a um crescimento e desenvolvimento do RN. Diminui o risco de obesidade, a síndrome de morte súbita no RN, o risco de hipertensão arterial, o risco de asma e alergias. A nível imunológico, o colostro (líquido produzido pela glândula mamária nos primeiros 2/3 dias após o parto) e o leite materno apresentam quantidades consideráveis de anticorpos, importantes para a formação precoce do sistema imunitário do RN, aumentando a sua resistência a infecções, havendo uma menor incidência futura de doença inflamatória intestinal, infecções respiratórias, de diabetes mellitus e de cancro da mama na lactente.

O estudo de Hélder Aguiar e Ana Isabel Silva (2011), revelou que o aleitamento materno está nitidamente associado a benefícios para o RN, incluindo efeito protector significativo para infecções gastrointestinais (64%), ouvido médio (23-50%) e infecções respiratórias severas (73%), bem como para leucemia linfocítica aguda (19%) e síndrome de

morte súbita do lactente (36%). Tendo sido encontrados benefícios a longo prazo, como para a obesidade (7-24%) e outros factores de risco cardiovascular em idade adulta.

Para além dos benefícios inerentes ao próprio leite materno, tem ainda benefícios ao nível psico-afectivo, o acto de amamentar não é apenas a administração de nutrientes ao RN, promove também o seu desenvolvimento psíquico, ao satisfazer a necessidade de sucção, o contacto pele com pele. Promove o vínculo precoce e os laços afectivos entre a díade mãe/filho, algo que é fantástico e maravilhoso.

É importante, que as mulheres saibam que amamentar sem restrições e frequentemente prolonga o seu tempo de amenorreia, facilita o restabelecimento do peso após parto, reduz o risco de cancro da mama, do ovário e do endométrio. Ajuda a musculatura uterina a contrair com mais facilidade, diminui a hemorragia no pós-parto imediato, menor risco de osteoporose na pós-menopausa e amenorreia da lactação funcionando como anti-concepcional natural, as hormonas segregadas durante esta fase proporcionam à mãe sensação de calma e tranquilidade.

Existem ainda benefícios económicos e ecológicos do aleitamento materno, tais como: diminuição dos custos públicos com a saúde, dos desperdícios causados pelas embalagens e dos gastos de energia inerentes à produção e transporte dos produtos de alimentação artificial, mais prático, está sempre pronto e à temperatura ideal.

O leite materno é natural e completo, adequado ao RN. Ao leite que surge no quinto ou sétimo dia de vida dá-se o nome de colostro, apresentando um aspecto denso e amarelado, leite com os anti-corpos para protecção do RN. Até aos primeiros quinze dias a seguir ao parto a mãe produz leite de transição, que tem uma aparência e consistência diferente. A mulher pode sentir o peito mais tenso e pesado. Posteriormente, aparece o leite maduro, mais aquoso e constituído por nutrientes essenciais para o desenvolvimento do RN. Não podemos esquecer que a produção do leite depende do estímulo por parte do RN.

Segundo a OMS o AM é classificado como:

- **Aleitamento materno exclusivo** – quando a criança recebe somente leite materno, directo da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com excepção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de hidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.
- **Aleitamento materno predominante** – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adocicada, chás, infusões) e sumos de frutas.

- **Aleitamento materno** – quando a criança recebe leite materno (directo da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.
- **Aleitamento materno complementado** – quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.
- **Aleitamento materno misto ou parcial** – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite. Esta classificação é reconhecida no mundo inteiro (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007a).

Através do Observatório do aleitamento materno, constatamos que, dos resultados da análise dos 17.477 registos estudados, 65.2% manteve Aleitamento Materno Exclusivo até ao dia da alta e apenas 1.4% não recebeu Aleitamento Materno (cf.tabela2).

**Tabela 2** – Tipo de Aleitamento do Nascimento até à Data de Alta

Aleitamento até à Data de Alta	Nº	%
Aleitamento Artificial	244	1.4%
Aleitamento Materno e Artificial	4.706	26.9%
Aleitamento Materno e Líquidos Não Nutritivos	1.127	6.4%
Aleitamento Materno Exclusivo	11.395	65.2%
Desconhecidos	5	0.03%
<b>Total</b>	<b>17.477</b>	<b>100.0%</b>

Fonte: Observatório do Aleitamento Materno, Fevereiro, 2012

### 3 PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO

O interesse pela amamentação é crescente, mas o sucesso nem sempre é garantido.

Os dados disponíveis sobre a taxa de amamentação em Portugal são escassos e pouco fiáveis, mas profissionais de saúde e outros especialistas são unânimes em reconhecer que o interesse das mulheres pelo aleitamento é grande. Segundo Adelaide Órfão, "Temos grandes taxas de iniciação. À partida, a maior parte das mães está disponível para amamentar, mas a partir do primeiro mês há uma quebra significativa" (Agência Lusa, 2009).

A prevalência é usada em estatística e em epidemiologia, pode referir-se ao:

- Número total de casos existentes numa determinada população e num determinado momento temporal;
- Proporção de casos existentes numa determinada população e num determinado momento temporal.

Permite-nos compreender o quanto é comum, ou rara, uma determinada doença ou situação numa população. Existem dois tipos de Prevalência:

- ✓ A Prevalência de período define o número de pessoas de uma determinada população que tem uma doença ou condição durante um determinado período;

Prevalência de Período =  $N.^{\circ}$  de casos existentes no intervalo de datas x / População existente nesse período

- ✓ A Prevalência pontual, que define o número de pessoas de uma determinada população que tem uma doença ou condição num momento particular (data exacta);

Prevalência Pontual =  $N.^{\circ}$  de casos existentes na data x / População existente nessa data

Em Portugal, vários estudos avaliaram a prevalência do aleitamento materno. Porém, além da prevalência, conhece-se ainda pouco dos factores que condicionam a amamentação. Nomeadamente a influência dos estilos de vida, do nível de educação e dos meios de comunicação social e qual é o peso relativo da opinião dos profissionais de saúde sobre a adesão das mães ao aleitamento. Embora os estudos epidemiológicos sobre

incidência e prevalência do aleitamento materno não sejam muito abundantes e não existam dados resultantes de levantamentos de âmbito nacional e de pesquisas com carácter longitudinal, têm sido acumulados indícios consistentes, sobretudo de carácter regional.

Numa maternidade de um hospital na região da grande Lisboa em 2003 verificou-se que a prevalência de aleitamento materno foi de 98,5% à saída da Maternidade, 75% ao 1º mês de vida, 55% ao 3º mês e de 36% ao 6º mês (Sarafana et al, 2006).

### 3.1 FACTORES QUE INFLUENCIAM A PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO

Existem vários factores que podem influenciar a amamentação, tais como: a cultura de biberões e chupetas que as mães estão sujeitas no dia-a-dia, à pressão económica da indústria farmacêutica.

Apesar de a OMS referir que 98% das mulheres podem amamentar, basta terem estado grávidas para terem induzido uma lactação, através da estimulação regular da mama, o principal medo das mães e familiares é o não ser suficiente (Pina M, 2009).

A amamentação é uma função exclusiva da mulher, implicando uma proximidade muito grande entre mãe e bebé, afastando assim, as mães do mercado de trabalho, levando-as a duvidar da sua reintegração, sofrendo pressões da família e das entidades patronais para abandonarem a amamentação e que retomem ao trabalho.

Os profissionais de saúde e a família têm a tendência de culpabilizar a mãe em relação a tudo o que aconteça com o bebé, estando sempre disponíveis para “dar palpites”, colocando sempre a mãe em “cheque”, numa posição de inferioridade, levando-a à insegurança, não beneficiando assim a amamentação e a relação mãe-bebé. Tem que haver respeito pela decisão da mulher, ou seja, ir ao encontro das suas expectativas.

Está provado cientificamente que apoiar a amamentação e fornecer informações sobre a mesma é eficaz, logo devemos respeitar as decisões autónomas e informadas das mães, mesmo que não concordemos com elas, pois o nosso papel é apoiar e não julgar. Devemos unificar a linguagem de forma a não confundirmos as mães.

No dia-a-dia existem práticas que acabam por se tornar rotineiras, de tradição, que se vão tornar em obstáculos para um início favorável na amamentação, como exemplo, temos os horários rígidos de amamentar.

Outro factor que dificulta a amamentação é a parte corporal, ou seja, o impacto que as mamas tem como algo sexual, perturbando o casal.

Todas as instituições, a sociedade, podem demonstrar a sua adesão ao apoio, protecção e promoção da amamentação e não só os hospitais.

O sucesso da amamentação passa pela criação de uma cultura do aleitamento materno; educar a população sobre as vantagens e importância desta prática; melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, integrando nas práticas os conhecimentos científicos mais recentes; apoiar as mães durante a amamentação; criar condições nos locais de trabalho, fazer cumprir as leis vigentes e propor novas leis que promovam esta prática; tornando-se imperativo restringir a publicidade inadequada dos substitutos do leite materno, assim como o uso de biberões, tetinas e chupetas, segundo Giugliani (2002 cit. por Pereira, 2006).

### 3.2 DIFICULDADES COM O ALEITAMENTO

A amamentação é favorecida pelo apoio e motivação transmitida pelos familiares. Embora seja um processo biologicamente determinado é influenciado pelo ambiente que rodeia a mulher, nos dias de hoje elas são pouco expostas à prática de amamentação, são inexperientes, necessitam de incentivo constante e suporte familiar, dos profissionais de saúde, sendo a enfermagem a classe mais referenciada e da comunidade.

Nos primeiros dias de AM as mães verbalizam sentimentos positivos, menos positivos e algumas dificuldades/obstáculos. Existe falta de confiança/baixa auto-estima, as mães não acreditam na sua capacidade de amamentar. A percepção de leite insuficiente é um fenómeno universal e uma das causas da introdução de suplementos precoce e da interrupção do AM em quase todas as sociedades.

Na maioria dos casos as mães abandonam o AM no 1º mês devido à falta de conhecimento, embora a falta de conhecimento não mude atitudes torna-se importante no processo de mudança de comportamentos.

Perante o estudo de Vânia Junqueira (2011), dos resultados obtidos salienta-se 91,3% das mulheres abandonaram a amamentação exclusiva precocemente, os factores que levaram a tal acto, foram: ter pouco leite, o leite ser fraco e motivos de trabalho.

A falta de acompanhamento por parte da equipa de enfermagem, talvez por falta de recursos humanos e de apoio no domicílio, torna-se também um obstáculo. Pois é neste período que surgem as dificuldades, tais como: problemas mamários, o conhecimento de

que a técnica utilizada na amamentação, em destaque o posicionamento da mãe/filho e a pega/sucção é importante para a transferência do leite da mama para a criança e também para a prevenção de lesões mamilares, alguns estudos sugerem que a técnica de amamentação está associada com a duração do AM exclusivo (Carvalho et al, 2010). A falta de confiança, influência de familiares e amigos. Tudo isto, pode ser ultrapassado com um bom acompanhamento.

É comum surgir mitos sobre o AM, no seio familiar: o leite não é suficiente, não presta, o bebé chora porque tem fome, não fica satisfeito... Para, Mónica Pina, médica e conselheira de AM, “ Quem vai proteger a díade, mãe e bebé, de todos os momentos difíceis, vai ser o pai. A primeira pessoa que a mãe vai procurar para pedir apoio é o homem. É ele o seu grande pilar de suporte”. O pai tem a incumbência de protecção da mãe de todas as impressões e opiniões que a possam fragilizar.

Os pais têm influência em quatro aspectos: na decisão de amamentar, no auxílio da primeira mamada, na duração da amamentação e no factor de risco para o uso de chupetas. Nem todos apoiam a amamentação, apresentam ciúmes, ansiedade, rejeição, exclusão e dificuldades sexuais. Sentimentos que podem gerar culpa e hostilidade no Homem, causando afastamento do seio familiar, causando assim, uma ameaça para o sucesso da amamentação. Isto pode ser minimizado, estimulando e envolvendo o pai, fazendo que ele participe activamente nos cuidados com o RN e esposa (Carvalho et al, 2010).

A relação entre trabalho materno, duração e padrão de amamentação pode ser influenciada pelo tipo de ocupação, nº de horas de trabalho, leis e suporte ao AM no ambiente de trabalho. Ainda existe desconhecimento da população e dos profissionais de saúde quanto ao manuseamento das técnicas de extracção do leite, conservação e meios de oferecer o leite extraído, provocando uma amamentação mal sucedida.

### 3.3 PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O papel do profissional de saúde é fundamental nos primeiros dias após o parto. Tentando sempre diminuir a ansiedade, o medo da insuficiência do leite e adquirir/ manter a confiança da mãe.

“ É importante lembrar que o AM bem sucedido, depende mais do desejo da mãe de amamentar o seu filho, do que qualquer outro factor” Waley e Wong (1985). Se não existir preparação e motivação por parte da mãe, esta poderá deixar de amamentar precocemente. Para isso o papel dos profissionais de saúde é primordial, não esquecendo o apoio do

marido, familiares e amigos, que poderão ser um elemento fundamental na promoção do AM (Martins MJPF, 2001).

A equipa de enfermagem desempenha um papel primordial na promoção e no apoio ao AM, quer a nível comunitário quer nas maternidades. A formação destes profissionais não é uniforme e existem crenças, mitos face a este processo que podem prejudicar a sua actuação perante a díade mãe/filho. A falta de apoio à saída das maternidades, como a facilidade de aquisição de leites artificiais, tem uma importância fundamental na continuação do AM.

As más práticas, a falta de orientação, conhecimentos e insegurança dos profissionais de saúde contribuem para que o AM seja abandonado, logo, é necessário que estes ao longo do seu desempenho profissional invistam na sua formação, não apenas em conhecimentos científicos e técnicos sobre o AM, mas também no sentido de aplicarem técnicas educativas e pedagógicas de sensibilização e ajuste de comportamentos.

O profissional de saúde deve identificar durante o período pré-natal conhecimentos, experiência, prática, crenças, vivência social e familiar da grávida a fim de promover educação em saúde, passando pelo ensino da preparação dos mamilos, mecanismos de lactação, vantagens do leite materno, higiene das mamas, técnica e “horário” das mamadas, alimentação do lactente, aumentando a autoconfiança da futura mãe na capacidade de amamentar. Garantir a vigilância e efectividade durante a assistência no pós-parto.

Várias práticas hospitalares podem interferir negativamente no AM exclusivo, tais como o atraso na primeira mamada, separação mãe-filho, mamadas em horários preestabelecidos, uso desnecessário de leites industrializados, bicos de silicone e chupetas.

O estabelecimento do AM nas duas primeiras horas de vida é fundamental para o seu sucesso e manutenção, pois é quando o RN se encontra mais desperto e predisposto para interagir com o que o rodeia. O pai deve ser incentivado pelos profissionais de saúde a participar activamente neste processo, logo, não deve ser separado da mãe e do bebé, mas sim ajudar a mãe a posicionar-se e o bebé a adaptar-se ao mamilo da mãe.

É função do enfermeiros da sala de partos tranquilizar a mãe em relação à primeira adaptação não ser um sucesso. Pois a amamentação estabelece-se ao longo do tempo, mais ou menos, duas semanas. É também importante, esclarecer que os RN não necessitam de grandes quantidades de leite.

A equipa de enfermagem deve substituir a mãe quando for necessário e colaborar para que ela se torne a mais autónoma possível (Ana Filipa, 2006).

É desejável que os profissionais de saúde sigam estes conselhos (Cardoso, M; 2009).

- Promover e apoiar com “paixão” o AM;
- Conhecer a fisiologia da lactação, adquirindo prática na resolução de problemas concretos em relação à amamentação;
- Trabalhar com equipas multidisciplinares, dando todo o apoio e esclarecimento à mulher que vai engravidar ou que está grávida, sobre a problemática do AM;
- Usufruir de todas as oportunidades para realizar acções de formação, pois, existem profissionais com Curso de Formadores, com Curso de Conselheiros em AM, logo, todos os profissionais que trabalhem nos serviços de atendimento à mulher e criança devem ter formação nessa área;
- Desenvolver todas as estratégias e procedimentos que facilitem o AM a nível hospitalar;
- Aumentar a comunicação e colaboração com outros profissionais de saúde, visando a educação para a saúde da mãe e o seu aconselhamento;
- Motivar os meios de comunicação social, na divulgação de que, a amamentação é um acto natural e de grandes vantagens. Devem publicar imagens de crianças a serem amamentadas, eliminando assim barreiras à amamentação em público;
- Originar nos órgãos de tutela a facilidade de darem às mães trabalhadoras e que amamentem, tempo para esse acto e disponibilidade de bombas extractoras. Existe legislação que promove e protege. Deve existir incentivos governamentais, institucionais e socioeconómicos.

Segundo Carvalho (2002), uma equipa de enfermagem preparada e bem treinada pode influenciar o sucesso da amamentação.

Tamez (2005) refere que “ajudar o binómio mãe-filho no processo de amamentação não é somente um procedimento que envolve técnicas, mas sim um fenómeno também psicossomático complexo, que requer um conjunto de habilidades e atitudes de empatia”.

Em 14 de Fevereiro de 2012, foi criada uma comissão de AM na ULS de CB com o objectivo de apoiar, promover e proteger a amamentação. É um órgão de apoio técnico da ULS, dotado de autonomia técnica. Elabora a política de AM da ULS e promove a formação a todos os grupos profissionais da área, segundo as normas da OMS/UNICEF e da CNIHAB. Contribui, acompanha e monitoriza o desenvolvimento da implementação das 10

Medidas promotoras do sucesso do AM. Propõe ao Conselho de Administração, estratégias para a promoção do AM na área de influência. Anualmente elabora e envia ao Conselho de Administração um relatório sobre as actividades desenvolvidas.

É composta por um membro do Conselho de Administração, membros dos serviços de Pediatria / Neonatologia, Ginecologia / Obstetrícia, Consulta Externa, Centro de Saúde Pinhal Interior Sul, Centro de Saúde Beira Interior Sul e um conselheiro de AM.



#### 4 ATITUDES FACE À AMAMENTAÇÃO

As atitudes das mulheres em relação à amamentação poderão influenciar o seu comportamento face à forma de alimentar o seu filho.

Segundo Joana Coutinho e Isabel Leal, as atitudes são indicadores de como as pessoas organizam as suas experiências de forma a atribuírem-lhes um sentido, sendo necessário perceber, não apenas os seus efeitos, mas também os seus antecedentes. Isto é, para compreendermos como é que as atitudes influenciam o comportamento, é necessário saber como elas se formam, como são sustentadas ao longo do tempo e como podem ser modificadas como resposta às diversas formas de persuasão.

Logo, pode-se definir atitude como a tendência ou predisposição adquirida e relativamente estável para agir, pensar ou sentir de uma determinada forma (positiva ou negativa) face a um objecto, pessoa, situação, grupo social, instituição, conceito ou valor.

Segundo um estudo da Universidade do Algarve (2007) as mães têm intenção de amamentar tanto tempo quanto o possível, no entanto referem não ter recebido informações sobre amamentação. O conhecimento sobre aspectos importantes da amamentação, como a duração indicada para a amamentação exclusiva, assim como o conhecimento dos benefícios mais associados pelas mães à amamentação, como a saúde e o valor nutricional, não são suficientes para conduzir a uma prática adequada.

É necessário haver um acompanhamento durante todo o período pós-parto para que as mulheres possam ser orientadas e estimuladas para a amamentação exclusiva, e conseqüentemente interferir na interrupção precoce da mesma (Catarino, 2007).

Como tal, a atitude é antes uma motivação social do que mais propriamente uma motivação biológica. É uma pré-disposição aprendida/adquirida para responder de forma consistente a um objecto social. Foram distinguidos três componentes das atitudes: a cognitiva (formada pelas percepções e crenças relativamente a um objecto, bem como pela informação que temos sobre o mesmo), a afectiva (o sentimento a favor ou contra um objecto consoante aquilo que este nos suscita) e a comportamental (a tendência a reagir, podendo ser ou não favorável, face aos objectos).

#### 4.1 FACTORES ASSOCIADOS AO ABANDONO DO ALEITAMENTO MATERNO

No final do século passado, o AM era praticado por todas as mães e na impossibilidade de o fazerem, recorriam às amas-de-leite. Rapidamente o leite de vaca substituiu o leite materno. Após a revolução industrial, principalmente a 2ª Guerra Mundial, trouxe modificações a nível social e cultural em todas as sociedades, levando a um declínio do AM e ao aumento do recurso a leites adaptados. Actualmente é notória a preocupação em identificar essas causas, bem como procurar a sua correcção.

Os factores que têm contribuído para o abandono do AM são: a nível social, como, as famílias nucleares, diminuição do apoio da família, trabalho profissional da mulher fora de casa, precariedade laboral, limitações à sua liberdade, não cumprimento da legislação.

A nível cultural, como, sendo o peito um símbolo sexual, falsos conceitos sobre repercussão na estética e relações sexuais, percepção de pouco leite, medo da dor ou desconforto, de papel negativo do cônjuge, crença de que o pai não pode ser envolvido neste processo, pudor em amamentar em público, falsa relação com emancipação feminina.

A nível das atitudes dos profissionais de saúde, investindo pouco nos cuidados antecipatórios, indiferença e por vezes até oposição ao AM, lacunas na formação dos profissionais.

A nível da organização dos serviços de saúde, mamadas em horários rígidos incluindo a primeira mamada tardiamente, administração intempestiva, recurso fácil e exagerado de leite adaptado, falsos conceitos de assepsia.

A nível das atitudes dos comerciantes, influência da publicidade (Martins MJPF, 2001)

Logo, os profissionais de saúde desempenham um papel primordial quanto ao apoio e confiança transmitida à mãe. Visto que os estímulos verdadeiros da secreção láctea serem a sucção vigorosa, frequente e o completo esvaziamento da glândula mamária (Amaral JMV, 2008).

Estes factores relacionados com a amamentação ultrapassam o domínio biológico, abrangendo o psicológico e o social, encarando os profissionais com as suas próprias crenças, mitos e sentimentos em relação à amamentação.

2ª PARTE

INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

---



## 5 METODOLOGIA

Tendo por base o quadro teórico elaborou-se este capítulo, onde iremos dar a conhecer as opções metodológicas efectuadas ao longodeste estudo, assim como o tipo de abordagem metodológica efectuada, as principais questões de investigação, o método utilizado para seleccionar a amostra e suacaracterização, o instrumento de colheita de dados utilizado, bem como os procedimentos efectuados, no que respeita à recolha e tratamento dos dados colhidos.

### 5.1. MÉTODOS

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

O vínculo entre mãe e filho, na amamentação, é sem dúvida muito forte e faz desse “ato” ou “prática” um relacionamento que tem início na concepção, cresce na gestação e se fortalece na amamentação, principalmente quando iniciada precocemente.

A assistência de enfermagem em amamentação significa ultrapassar a dimensão biológica e técnica do aleitamento, ampliando seus aspectos para assistência de saúde mais humanizada, permitindo às mulheres expressão dosanseios, medos e dúvidas da amamentação (Almerinda Gurgel et al, 2009).

Em Portugal existem muitos estudos sobre a temática amamentação, no entanto, a consulta bibliográfica efectuada revelou-nos que são escassas as pesquisas que se tem debruçado sobre as atitudes maternas face à amamentação. Não é nossa pretensão dar resposta e encontrar soluções para uma problemática complexa, mas será mais um contributo a juntar a todos os outros.

Assim, este projecto surgiu como resposta à necessidade de uma intervenção direccionada, no sentido de procurar melhorar a amamentação. Para tal achámos pertinente investigar as atitudes maternas face à amamentação.

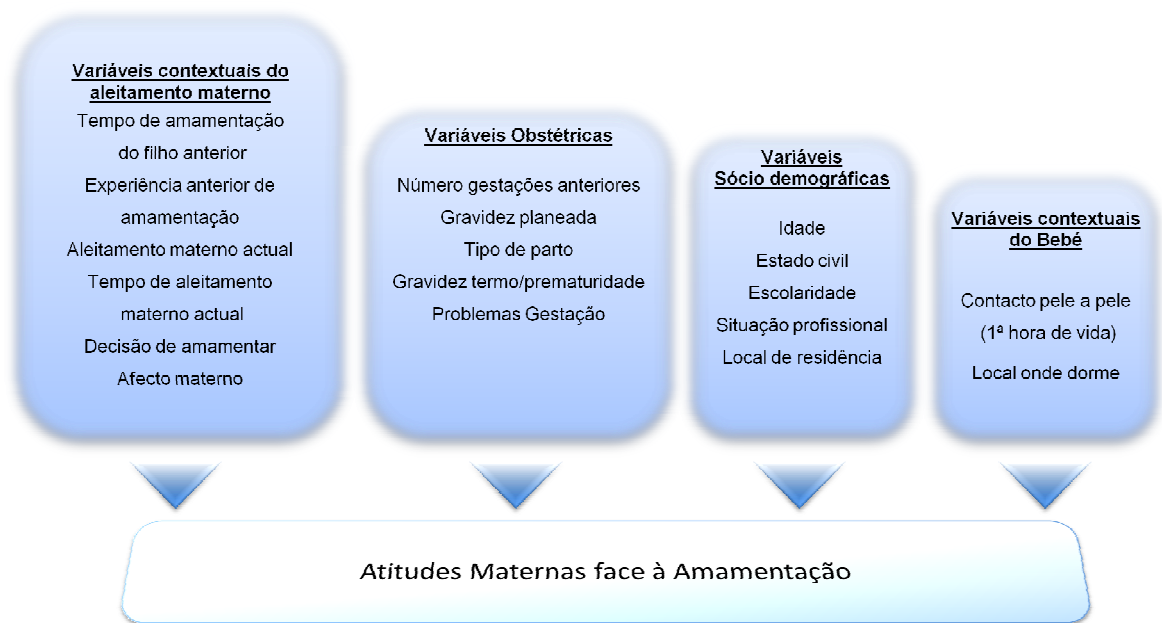
Neste estudo focalizámos o interesse naquilo que nos pareceu vir a ser mais pertinente, no sentido de dar possíveis respostas às seguintes questões:

- ***Qual a influência das variáveis sócio demográficas (idade, estado civil, escolaridade, situação profissional e local de residência) nas atitudes maternas face à amamentação?***
- ***Que impacto têm as variáveis obstétricas (número de gestações anteriores, planeamento da gravidez, tipo de parto, gravidez termo/prematuridade, problemas na gestação) nas atitudes maternas face à amamentação?***
- ***Em que medida as variáveis de aleitamento materno (tempo de amamentação do filho anterior, experiência anterior de amamentação, aleitamento materno actual, tempo de aleitamento materno actual, decisão em amamentar e afecto materno) influenciam as atitudes maternas face à amamentação?***
- ***Qual a influência do contacto pele a pele na 1ª hora de vida e do alojamento conjunto (local onde dorme) nas atitudes maternas face à amamentação?***

Neste sentido, delineamos um conjunto de objectivos que procuram responder a algumas das inquietações que esta problemática nos suscita, ou seja:

- Determinar se o perfil sócio demográfico tem impacto nas atitudes maternas face à amamentação;
- Avaliar a influência das variáveis obstétricas nas atitudes maternas face à amamentação;
- Verificar o impacto que o aleitamento materno tem nas atitudes maternas face à amamentação;
- Verificar se o contacto pele a pele na primeira hora de vida e a alojamento conjunto influenciam as atitudes maternas face à amamentação.

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



**Figura 1** – Esquema de investigação do estudo

## 5.2 TIPO DE ESTUDO

Conceptualizámos um estudo transversal, uma vez que a recolha de dados incide num único momento, tendo como objectivo descrever variáveis e analisar a incidência e inter-relação em dado momento. Recorremos ainda a uma pesquisa descritiva do tipo correlacional e explicativo, já que recolhe informações de maneira independente ou conjunta sobre conceitos ou variáveis, distinguindo as suas propriedades, características e oferece a possibilidade de fazer predições, (Duarte, 2011).

Por outro lado dada a natureza do estudo, utilizámos a metodologia quantitativa, na medida em que se usou um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis e não experimental. Estes tipos de estudos representam a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação.

Ainda como característica dos estudos apresentados podemos dizer que é um estudo retrospectivo. Uma das vantagens dos estudos retrospectivos é a aplicação dos questionários auto-administrados, método a que recorremos para a colheita de informação. Alguns autores como (Hill e Hill 2001; Lobiondo-Hood&Haber 2001; Sampieri 2003), citados por Duarte (2008), referem que utilização deste método tem vantagens sobre as entrevistas face a face, ou entrevistas pelo telefone. No questionário auto-administrado, o indivíduo faz apelo à sua memória e com alguma facilidade responde às várias questões, pois não se sente pressionado e inibido pelo entrevistador.

### 5.3 PARTICIPANTES

O nosso estudo foi desenvolvido nos centros de saúde dos concelhos de Covilhã, Fundão, Guarda, Viseu e na Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULS CB).

Recorremos a uma amostra não probabilística, visto que cada elemento da população, não tem a mesma probabilidade de ser escolhida para formar a amostra. Dentro desta consideramos a do tipo conveniência ou acidental, tendo em conta ser formada por pessoas facilmente acessíveis e que estavam presentes num determinado local e num momento exacto. (Fortin, 1999). Este foi considerado o método mais adequado para o nosso estudo já que, e de acordo com Coutinho (2013), este tipo de amostragem tem algumas vantagens, como a economia, a rapidez e a facilidade de organização. Ocorre quando a participação é voluntária.

No global o estudo ficou constituído por 312 mães, que cumpriram os seguintes critérios de admissão: participar voluntariamente no estudo; que se desloquem à consulta infantil dos 2 anos de vida aos centros de saúde dos concelhos de Covilhã, Fundão, Guarda, Viseu e na ULS de CB.

#### 5.3.1 Caracterização sócio demográfica da amostra

**Idade** - As estatísticas relativas à idade das mulheres oscilam entre os 20 e os 42 anos, valores mínimos e máximos ao que corresponde uma idade média de 31,18 anos, (dp= 4,81 anos).

Através da análise do quadro 1 verificamos que a maioria das mulheres possui idades até 35 anos (80,1%), seguidas das mulheres com idades superiores a 36 anos com (19,9%).

**Estado civil** - Podemos constatar que a grande maioria das mulheres são casadas/união de facto, com (80,4%) da amostra e encontramos 19,6% que referem ser solteiras/divorciadas. Ao relacionarmos o estado civil com os grupos etários verificamos que são as mulheres casadas/união de facto que apresentam uma maior percentagem nas duas classes, sendo que o maior percentual se situa no grupo com idade igual ou inferior a 35 anos com 64,4%, (cf. Quadro 1).

**Nacionalidade** – Através da análise do quadro 1 verificamos que na nossa amostra existem 10 mulheres com nacionalidade estrangeira, a grande maioria (96,8%) possui a nacionalidade portuguesa e 76,9% tem idade inferior ou igual a 35 anos.

**Coabitação** – Verifica-se que, a maioria (87,6%) das mães em estudo vive como família nuclear (marido e filhos), tendo a maioria idade inferior ou igual a 35 anos. Existem diferenças estatisticamente significativas e os valores residuais ajustados mostram que estas se situam para as mulheres que coabitam com marido e filhos no grupo das que têm idade superior ou igual a 36 anos e para as mulheres que coabitam com outros familiares no grupo com idade inferior ou igual a 35 anos (cf. Quadro 1).

**Zona de Residência** – Em relação à residência constata-se que 48,1% da totalidade da amostra, reside na cidade. As mulheres com idades mais elevadas residem na sua maioria (11%) na cidade o mesmo ocorrendo entre as que têm idade inferior ou igual a 35 anos (37,1%). Encontramos 40,0% da amostra que vive na vila, 33,2% têm idade inferior a 35 anos. Na aldeia vive 11,9% da nossa amostra, apresentando maior valor percentual (9,7%) as mulheres com idade inferior ou igual a 35 anos. (cf. Quadro 1).

**Escolaridade** - No que concerne à escolaridade (cf. Quadro 1), verificámos que a maior parte possui um curso superior (43,4%), destas 32,5% têm idade inferior ou igual a 35 anos, seguindo-se 30,9% com o ensino secundário e 25,7% com escolaridade igual ou inferior ao 3º ciclo. Existem diferenças estatisticamente significativas e os valores residuais ajustados mostram que estas se situam nas mulheres com ensino superior e com idade superior ou igual a 36 anos.

**Profissão** – Quanto à profissão das mães em estudo, pode-se verificar que (41,4%) pertence aos quadros superiores/intermédios, das quais 30,1% têm idade inferior ou igual a 35 anos. Encontramos 30,1% que são trabalhadoras qualificadas e 28,5% são trabalhadoras não qualificadas/reformadas. Entre os grupos encontramos significâncias estatísticas e os valores residuais ajustados mostram que estas se situam para o grupo dos quadros superiores/intermédios e com idade superior ou igual a 36 anos e no grupo das trabalhadoras não qualificadas/reformadas com idade inferior ou igual a 35 anos (cf. Quadro 1).

**Situação Profissional** – Finalmente para a situação profissional actual, a grande maioria das mães em estudo estão empregadas a tempo inteiro (81%) destas 63% têm idade inferior ou igual a 35 anos. Existem diferenças estatisticamente significativas e os valores residuais ajustados mostram que estas se situam para as mulheres empregadas a tempo inteiro no grupo das que têm idade superior ou igual a 36 anos e para as mulheres empregadas a tempo parcial no grupo com idade inferior ou igual a 35 anos (cf. Quadro 1).

**Quadro 1 – Caracterização sócio demográfica (mulheres)**

	≤ 35 Anos		≥ 36 Anos		Total		Resíduos Ajustados	
	N (249)	% (80.1)	N (62)	% (19.9)	N (312)	% (100.0)	≤ 35 Anos	≥ 36 Anos
<b>Estado Civil</b>								
Solteira/divorciada	49	15,7	12	3,8	61	19,6	0	0
Casada/União de facto	201	64,4	50	16	251	80,4	0	0
<b>Coabitação</b>								
Marido/filhos	188	68,4	53	19,3	241	87,6	-2,0	2,0
Outros familiares	27	9,8	7	2,5	34	12,4	2,0	-2,0
<b>Nacionalidade</b>								
Portuguesa	240	76,9	62	19,9	302	96,8	-1,6	1,6
Estrangeira	10	3,2	0	0	10	3,2	1,6	-1,6
<b>Escolaridade</b>								
Até 3º Ciclo	67	21,5	13	4,2	80	25,7	1,0	-1,0
Secundário	81	26	15	4,8	96	30,9	1,3	-1,3
Superior	101	32,5	34	10,9	135	43,4	-2,0	2,0
<b>Profissão</b>								
Quadros Superiores/Intermédios	93	30,1	35	11,3	128	41,4	-2,7	2,7
Trabalhadoras Qualificadas	77	24,9	16	5,2	93	30,1	0,8	-0,8
Trabalhadoras Não Qualificadas/Reformadas	77	24,9	11	3,6	88	28,5	2,1	-2,1
<b>Situação Profissional</b>								
Empregada a Tempo Inteiro	196	63	56	18	252	81	-2,1	2,1
Empregada a Tempo Parcial	19	6,1	0	0	19	6,1	2,2	-2,2
Desempregada	34	10,9	6	1,9	40	12,9	0,8	-0,8
<b>Residência</b>								
Aldeia	30	9,7	7	2,3	37	11,9	0,2	-0,2
Vila	103	33,2	21	6,8	124	40	1,1	-1,1
Cidade	115	37,1	34	11	149	48,1	-1,2	1,2

### **Em síntese:**

A amostra deste estudo é constituída por 312 mães, com uma idade mínima de 20 anos e uma máxima de 42 anos, sendo a idade média de 31,18 anos com um desvio padrão 4,82. O grupo etário mais prevalente é o de idade inferior ou igual a 35 anos (80,1%).

Grande peso da amostra (80,4%) está casado/união de facto, com maior representatividade no grupo inferior ou igual a 35 anos.

Quase a totalidade da nossa amostra tem nacionalidade portuguesa (96,8%) pertencendo na sua maioria à classe inferior ou igual a 35 anos.

A maioria das mulheres vive como família nuclear (marido e filhos) (87,6%), com maior percentagem na classe inferior ou igual a 35 anos. Apenas (12,4%) das mulheres residem com outros familiares e a maioria tem idade inferior ou igual a 35 anos.

Quanto à escolaridade a maiorias das mulheres tem o ensino superior (43,4%), ao que as mulheres com idade, na classe inferior ou igual a 35 anos, têm a maior percentagem.

Em relação à profissão a maioria das mulheres da nossa amostra, num total de (41,4%) está inserida nos quadros superiores/intermédios e neste grupo a maioria possui idade inferior ou igual a 35 anos (30,1%).

Mulheres empregadas a tempo inteiro (81%) possui idade inferior ou igual a 35 anos.

Quanto à residência, (48,1%) das mulheres que residem na cidade tem idade inferior ou igual a 35 anos.

## 5.4 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Face à natureza do estudo que pretendemos realizar, usamos o instrumento de avaliação que achamos mais adequado à consecução do mesmo.

Optámos pela utilização de questionários e escalas (**Anexo I**), particularmente pela heterogeneidade da amostra.

O instrumento de recolha de dados foi aplicado, pelas enfermeiras, do serviço da consulta externa e centros de saúde pertencentes à ULS de CB. Acrescem os centros de saúde do concelho de Viseu, Guarda, Covilhã e Fundão. Foram informadas e elucidadas acerca de todos os aspectos da investigação, de modo a esclarecerem as dúvidas colocadas pelas utentes convidadas a participar no estudo.

O instrumento encontra-se estruturado em duas partes: a primeira compreende o questionário que pela ordem apresentada permite colher informações sobre a

caracterização sócio demográfica, história da gravidez, história do aleitamento materno anterior e história do aleitamento materno actual. A segunda parte é composta pela escala das atitudes maternas face à amamentação de Levy, (1996) e do inventário do afecto materno de Galvão, (2000).

#### **5.4.1 Questionário**

##### Caracterização sócio demográfica (parte I)

Esta secção é composta por nove questões que permitem obter informações acerca da idade (materna/paterna), estado civil, nacionalidade, agregado familiar, rendimento familiar, local de residência, escolaridade (materna/paterna), profissão (materna/paterna) e situação profissional.

##### História da gravidez

Esta secção comporta catorze questões relativas à história da gravidez, tais como: número de gestações anteriores, número de partos anteriores, número de filhos vivos, planeamento da gravidez, vigilância da gravidez, se a vigilância foi feita numa instituição pública ou privada, quem realizou o parto, como decorreu a gravidez, tipo de gravidez, tipo de parto, tipo de gestação, com quantas semanas foi à primeira consulta, se fez formação sobre o aleitamento materno durante a gravidez e quem foi o formador.

##### História do aleitamento materno anterior

Nesta secção encontramos um conjunto de seis questões que se destinam às mães com uma experiência anterior de aleitamento materno, como: se foi amamentada, viu amamentar em criança/adolescente, existem crianças na família que foram amamentados, se já tem filhos foram amamentados e por quanto tempo, como foi a experiência anterior em amamentar, se desagradável porquê.

##### História do aleitamento materno actual

Esta secção é composta por treze questões sobre o aleitamento materno actual, a saber: se fez aleitamento materno, se deixou de amamentar e quem respondeu afirmativamente foi ainda questionado porquê, quem decidiu amamentar, quem prestou ensinamentos sobre o aleitamento materno, se houve contacto pele a pele na 1ª hora de vida, quanto tempo levou a iniciar o aleitamento materno após o nascimento, se estipulou horário das mamadas, se introduziu chupeta, ofereceu água/chá no intervalo das mamadas, onde

dorme habitualmente o seu bebé, se consultou grupos de apoio à amamentação, quais as dificuldades que sentiu e a quem recorreu para resolver as dificuldades sentidas.

#### 5.4.2 Escalas

##### a) Escala das atitudes maternas faces á amamentação (Levy, 1996)

Para avaliar as atitudes maternas face à amamentação, foi utilizado um instrumento da autoria de Levy (1996), baseado na Teoria da Acção Reflectida desenvolvida por Fishbein e Ajzen (1974), modificada por Manstead, Proffitt e Smart (1983), validado e aferido para a população Portuguesa por Pereira, (2004). Esta teoria procura estabelecer uma relação entre a atitude e o comportamento e assenta em três constructos de base: crenças, intenção e acção.

Esta escala constitui um questionário de auto preenchimento, dividido em cinco partes.

**1ªParte**-Constituída por 16 questões, tem a finalidade de avaliar a opinião das mães quanto às vantagens do aleitamento materno e artificial. É cotada numa escala de Lickert com sete alternativas de resposta em que o 7 respeita a (Muito certo), 6,5,4 (Nem certo, nem errado), 3,2,1 (Muito errado).

**2ªParte**-Constituída por 16 questões e permite avaliar a importância atribuída pelas mães à prática do regime alimentar escolhido pelo bebé. É cotada numa escala de Lickert de +3 (muito importante), +2, +1,0, -1, -2, -3 (nada importante). No nosso estudo optamos pela sua recodificação considerando sete pontos em 7 (muito importante), 6,5,4,3,2 e 1 (nada importante).

**3ªParte**-Constituída por 4 questões que permitem avaliar a opinião das mães acerca das opiniões de pessoas significativas relativas à amamentação do bebé. É cotada numa escala de Lickert com sete alternativas de resposta em que 7 (devo absolutamente), 6, 5, 4, 3, 2,1 (Não devo);

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

**5ªParte**-Constituída por 4 questões, que permite avaliar a sensibilidade materna quanto às opiniões das pessoas significativas consideradas. É cotada numa escala de Lickert de +3(não se importa),+2, +1,0,-1,-2,-3(importa-se muito), tendo sido recodificada em 7 (importa-me muito), 6,5,4,3,2 e 1 (não me importa nada).

Na 1ª e 2ª parte do questionário, composto por 16 itens cada, é feita a análise das atitudes perante o comportamento. Na 3ª, 4ª e 5ª partes, descrito por 12 itens, a norma subjectiva. A decisão de amamentar abrange a totalidade dos itens.

O cálculo de cada dimensão (cotação que oscila entre 1 a 49) foi efectuado da seguinte forma:

- **Atitudes perante o comportamento:** multiplicação da avaliação de cada consequência pelo valor da opinião. Soma global dos resultados e divisão pelo número de itens (16).
- **Norma subjectiva:** multiplicação das opiniões pela motivação, agindo de acordo com as pessoas significativas. Soma global dos resultados e divisão por 8.
- **Decisão de amamentar:** soma das dimensões anteriores (atitudes perante o comportamento e norma subjectiva), apresentando um valor mínimo de 1 e máximo de 98.

Quanto mais elevados os índices em cada dimensão, melhor a atitude materna face à amamentação.

### **Resultados psicométricos do questionário atitudes maternas face à amamentação**

Com o objectivo de avaliar a consistência das escalas utilizadas, procedemos ao cálculo das propriedades psicométricas dos instrumentos utilizados. Nomeadamente: **os estudos de fiabilidade e estudos de validade.**

Fiabilidade - significa precisão do instrumento de medida e pode ser averiguada através da análise da consistência ou estabilidade desse instrumento. A estabilidade temporal, também conhecida por fiabilidade teste-reteste, não foi efectuada neste nosso estudo na medida em que como refere Duarte (2008) constituindo este inventário um instrumento para medir um estado que poderá ser modificado, o teste-reteste não é relevante como medida de fiabilidade.

A consistência interna refere-se ao grau de uniformidade e de coerência entre as respostas dos inquiridos a cada um dos itens que compõem a prova, isto é, avalia o grau em que a variância geral dos resultados se associa ao somatório da variância item a item.”

O estudo da homogeneidade dos itens (consistência interna), foi efectuada considerando os seguintes passos (Duarte, 2008):

- **Determinação do coeficiente de correlação de Pearson** das diversas questões com a nota global. Indica-nos “se cada parte se subordina ao todo”, ou seja, se cada

item se define como um todo “operante” do “constructo geral” que pretende medir (Vaz Serra, 1994);

➤ **Determinação do coeficiente alfa de Cronbach** - Mede a correlação entre cada escala com os restantes que, supostamente, pertencem a um mesmo universo e o valor obtido corresponde ao limite inferior de consistência interna. Este indicador, permite avaliar a forma como os diversos itens se complementam na avaliação dos diferentes aspectos de um factor pertencentes a uma mesma subescala. Os parâmetros variam entre zero (0) e um (1). Apartir de 0.8 a consistência interna é considerada de muito boa; (Pestana e Gageiro, 2005)

➤ **Determinação do coeficiente de bipartição ou método da metade (split-half)** - Este coeficiente divide os itens de uma escala em dois grupos e examina a correlação dentro de cada grupo e entre os dois grupos, isto é, procura comprovar se uma das metades dos itens da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra metade. De algum modo este indicador tenta substituir o teste-reteste que não permite controlar os acontecimentos que ocorrem entre dois momentos de aplicação do instrumento a um mesmo grupo de pessoas, tornando difícil a comparação dos resultados.

Os procedimentos aqui adoptados são comuns ao estudo psicométrico da escala do inventário do afecto materno.

No quadro 2 pode-se observar as estatísticas (médias e desvios padrão), as correlações obtidas entre cada item e o valor global, apresentando a forma como o item se combina com o valor global. Os valores médios e respectivos desvios padrões dos diversos itens, permitem-nos dizer que se encontram bem centrados. Os coeficientes item total corrigido revelam que o item 4 é o que se apresenta como mais problemático dado que o valor mínimo é de ( $r=0,022$ ) e a correlação máxima é obtida no item 1 ( $r=0,785$ ). Como verificamos os valores de alfa de Cronbach são classificados de razoáveis pois variam entre 0,752 e 0,879.

Calculando o índice de fiabilidade pelo método das metades os valores de alfa de Cronbach revelaram-se inadmissíveis para a primeira metade (0,512) e muito bom para a segunda (0,921), sendo superior ao verificado para a escala global.

**Quadro 2** – Consistência interna da escala atitudes maternas face à amamentação (1ª parte) e correlações item/total da escala e respectivos valores de Alpha de Cronbach

Itens	Médias	Desvio Padrão	Correlação Item/total	Cronbach's Alpha
1- A amamentação estabelece um contacto íntimo entre a mãe e o bebé	4,78	2,763	0,785	0,752
2- O biberão é um método muito prático para alimentar um bebé	4,04	1,955	0,195	0,782
3- A amamentação é embaraçosa para a mãe	3,64	2,296	-0,394	0,805
4- O leite do biberão fornece um alimento incompleto para um bebé	4,08	1,951	0,022	0,788
5- A amamentação é boa para a saúde da mãe	4,71	2,533	0,750	0,756
6- O biberão torna possível para o pai o envolvimento na refeição do bebé	4,22	2,251	0,579	0,766
7- A amamentação dificulta as saídas da mãe de sua casa	3,82	2,236	-0,087	0,793
8- O biberão é um método caro de alimentar um bebé	4,41	3,253	0,403	0,772
9- A amamentação fornece o melhor alimento para o bebé	4,75	2,684	0,759	0,754
10- A alimentação por biberão é um método de alimentar o bebé que não dá preocupações	3,96	1,970	-0,090	0,792
11- A amamentação protege o bebé contra as infecções	4,65	2,666	0,779	0,753
12- A alimentação por biberão permite avaliar exactamente a quantidade de leite que o bebé tomou	4,47	2,407	0,671	0,761
13- A amamentação protege o bebé de alergias	4,66	2,558	0,753	0,756
14- A amamentação protege a mãe do cancro da mama	4,76	2,264	0,667	0,762
15- A amamentação é uma fonte de prazer para a mãe	4,59	2,407	0,707	0,759
16- A amamentação é uma fonte de prazer para o bebé	4,72	2,613	0,768	0,754
<b>Split alf</b>	<b>Primeira metade</b>	33,71	9,288	<b>0.512</b>
	<b>Segunda metade</b>	36,56	15,762	<b>0.921</b>
<b>Valor Global</b>	<b>70,28</b>	<b>23,354</b>		<b>0,879</b>

No que concerne à segunda parte da escala salienta-se ainda que o item 29 é o que mais se correlaciona ( $r=0,671$ ) e o menor é o item 21 ( $r=-0,005$ ). Os valores de alfa classificados de bons uma vez que oscilam entre os 0,809 nos itens 18, 23, 29 e 31 e 0,858 no item 21 (quadro 3) com um valor global para o total da escala de 0,829.

Quanto ao índice de fiabilidade avaliado pelo método das metades os valores de alfa de cronbach desceram, na primeira metade (0,678) na segunda metade (0,780) e não deixam assim de se constituírem como bons indicadores da consistência interna.

**Quadro 3** – Consistência interna da escala atitudes maternas face à amamentação (2ª parte) e correlações item/total da escala e respectivos valores de Alpha de Cronbach

Itens	Médias	Desvio Padrão	Correlação Item/total	Cronbach'sAlpha
17 - Usar um método que permita sair de casa é:	5,50	1,443	0,386	0,823
18 - Usar um método que seja bom para a minha saúde é:	6,14	1,013	0,657	0,809
19 - Usar um método prático é:	5,61	1,276	0,485	0,816
20 - Usar um método que estabeleça um contacto íntimo entre mim e o meu filho é:	6,26	1,015	0,633	0,810
21 - Usar um método que não me faça sentir embaraçada é:	4,56	1,772	-0,005	0,858
22 - Usar um método que permita ao pai do bebé envolver-se na refeição do filho é:	5,64	1,197	0,320	0,826
23 - Usar um método que forneça uma alimentação completa para o meu bebé é:	6,33	0,994	0,653	0,809
24 - Usar um método que não me cause preocupações é	5,45	1,484	0,441	0,820
25 - Usar um método barato é	5,38	1,684	0,283	0,834
26 - Usar um método que permita avaliar exactamente a quantidade de leite que o bebé toma é:	5,40	1,321	0,222	0,833
27- Usar um método que proteja o meu bebé de infecções é:	6,39	0,929	0,648	0,811
28 - Usar um método que me dê prazer é:	5,85	1,151	0,482	0,817
29 - Usar um método que proteja o meu bebé de alergias é:	6,33	0,971	0,671	0,809
30 - Usar um método que me proteja do cancro da mama é:	6,21	1,056	0,599	0,811
31 - Usar um método que dê prazer ao meu bebé é:	6,32	0,979	0,661	0,809
32 - Usar o melhor método para alimentar o meu bebé é:	6,40	0,916	0,655	0,810
<b>Split alf</b>	<b>Primeira metade</b>			0,678
	<b>Segunda metade</b>			0,780
<b>Valor Global</b>	<b>93,79</b>	<b>10,406</b>		<b>0,829</b>

Na terceira parte da escala em termos médios os resultados mais fracos verificam-se no item 35, sendo o item 34 o que apresenta maior variabilidade de resposta. Quanto à consistência obtiveram-se valores de alfa a oscilarem entre (0,963) nos itens 33 e 34 e (0,967) no item 35 que podem classificar-se de muito bom (Quadro 4). Também o alfa total para esta subescala pode considerar-se muito bom ao obter um valor de (0,973), e os valores de split-half, são muito bons para a primeira metade com (0,951) e na segunda metade (0,939).

Encontramos semelhança nas respostas na quarta parte, pois apresentam valores médios que variam entre os (3,82) e os (3,93). No entanto, o desvio padrão regista o seu maior valor no item 40. Quanto à correlação item total os valores oscilam entre um máximo de (0,928) e um mínimo de (0,898). Os coeficientes de alfa de Cronbach obtidos oscilaram

entre (0,961) no item 40 e (0,951) no item 37, indicando uma consistência interna muito boa. O coeficiente de split-half é muito bom tanto para a primeira parte, como para a segunda (0,939) e (0,926) respectivamente, bem como para o coeficiente alfa global (0,966).

No que concerne à quinta parte da escala, os valores médios e respectivos desvios padrões dos diversos itens, permitem-nos dizer que se encontram bem centrados. Os coeficientes item total corrigido revelam o valor mínimo de ( $r=0,471$ ) no item 43 e a correlação máxima é obtida no item 41 ( $r=0,672$ ). Os valores de alfa de Cronbach são classificados de razoáveis pois variam entre (0,713) e (0,818), enquanto o valor de alfa total é de (0,795), sendo um revelador de boa consistência interna. Os valores de split-half, são razoáveis para a primeira metade com (0,723) e na segunda metade (0,519).

**Quadro 4** – Consistência interna da escala atitudes maternas face à amamentação (3<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup> parte) e correlações item/total da escala e respectivos valores de Alpha de Cronbach

Itens	Médias	Desvio Padrão	Correlação Item/total	Cronbach's Alpha
33 - Pensamento do pai do bebé acerca da amamentação do seu bebé	4,52	2,557	0,936	0,963
34 – Pensamento da sua mãe acerca da amamentação do seu bebé	4,61	2,521	0,936	0,963
35 – Pensamento da sua melhor amiga acerca da amamentação do seu bebé	4,47	2,408	0,924	0,967
36 – Pensamento do seu médico acerca da amamentação do seu bebé	4,55	2,647	0,932	0,964
<b>Valor Global</b>	<b>18,14</b>	<b>9,749</b>		<b>0,973</b>
37 – Pensamento do pai do bebé acerca da alimentação do seu bebé com leite artificial	3,85	2,176	0,928	0,951
38 – Pensamento da sua mãe acerca da alimentação do seu bebé com leite artificial	3,82	2,178	0,913	0,956
39 – Pensamento da sua melhor amiga acerca da alimentação do seu bebé com leite artificial	3,93	2,119	0,925	0,953
40 – Pensamento do seu médico acerca da alimentação do seu bebé com leite artificial	3,88	2,321	0,898	0,961
<b>Valor Global</b>	<b>15,49</b>	<b>8,382</b>		<b>0,966</b>
41 – Qual a importância que habitualmente tem para si a opinião do pai do bebé	5,66	0,949	0,672	0,713
42 – Qual a importância que habitualmente tem para si a opinião da sua mãe	5,60	0,980	0,658	0,718
43 - Qual a importância que habitualmente tem para si a opinião da sua melhor amiga	5,44	1,110	0,471	0,818
44 – Qual a importância que habitualmente tem para si a opinião do seu médico	5,68	0,972	0,646	0,724
<b>Valor Global</b>	<b>22,38</b>	<b>3,161</b>		<b>0,795</b>

Dado que o autor não apresenta grupos de corte que permitam classificar o valor global da escala foi utilizada a fórmula preconizada por Pestana e Gageiro (2005), Média  $\pm$  0.25 desvio padrão ou Mediana  $\pm$  0.25 intervalo interquartilico (IIQ) conforme o tipo de distribuição da amostra.

Do resultado da aplicação da fórmula apresentada é adoptada a seguinte classificação para cada dimensão: Baixo, moderado e alto. Consideramos:

Baixo =  $\leq Md - 0,25 IIQ$

Moderado =  $\geq Md - 0,25 IIQ \geq Md \leq + 0,25 IIQ$

Alto =  $\geq Md + 0,25 IIQ$

*b) Escala do inventário do afecto materno (Galvão, 2000)*

As emoções são uma forma de comunicação, sobretudo no recém-nascido constitui o modo de relacionamento com o novo meio ao qual está exposto, usando-as para expressar os seus sentimentos de solidão, fome, alegria, tristeza, incómodo entre outros. (Galvão, 1999).

O Inventário de afecto materno validado para a população portuguesa por Garcia Galvão (2000), é constituído por 26 itens avaliados através de uma escala ordinal, do tipo Likert, apresentando quatro opções de resposta, que variam entre 1 (quase nunca) e 4 (quase sempre). É uma escala para ser auto-administrada, o que implica que no seu início sejam colocadas instruções para um correcto preenchimento. Para Galvão a escala demonstrou consistência interna entre o aceitável e muito bom, dado que os coeficientes apresentam valores mínimos de (0,72) e máximo (0,95) (Galvão, 2006).

**Resultados psicométricos do inventário do afecto materno**

Reportando-nos aos resultados de fiabilidade, o quadro 5 mostra-nos as estatísticas (médias e desvios padrão), as correlações obtidas entre cada item e o valor global o que nos dá uma percepção da forma como o item se combina com o valor global.

Os valores médios e respectivos desvios padrões dos diversos itens, permitem-nos dizer que se encontram bem centrados. Os coeficientes item total corrigido revelam que o item 19 é o mais problemático dado que o valor mínimo é de ( $r=0,575$ ) e a correlação máxima obtida no item 1 ( $r=0,931$ ).

Como verificamos os valores de alfa de Cronbach são classificados de muito bons pois variam entre (0,980) e (0,982), enquanto o valor de alfa total é de 0,981, significando

boa consistência interna. A consistência IAM revelou um Alfa de Cronbach ligeiramente superior ao do verificado pela autora (0,95).

Calculando o índice de fiabilidade pelo método das metades os valores de alfa de Cronbach revelaram-se mais fracos, do que o alfa para a globalidade da escala (0,981) já que para a primeira metade se obteve um valor de (0,976) e para a segunda de (0,955).

**Quadro 5-** Consistência interna do IAM

Itens	Médias	Desvio Padrão	Correlação	Cronbach's Alpha
1- Sinto amor pelo meu bebé	3,68	0,486	0,931	0,980
2- Sinto-me bem e feliz com o meu bebé	3,68	0,494	0,922	0,980
3-Quero passar momentos especiais com o meu bebé	3,68	0,489	0,895	0,980
4-Mal posso esperar para estar como meu bebé	3,66	0,502	0,844	0,981
5-O simples facto de ver o meu bebé faz-me sentir bem	3,65	0,496	0,906	0,980
6-Sei que o meu bebé precisa de mim	3,364	0,524	0,807	0,981
7-O meu bebé é giro	3,70	0,480	0,922	0,980
8-Estou contente por este bebé ser meu	3,70	0,481	0,925	0,980
9-Sinto-me especial quando o meu bebé sorri	3,69	0,492	0,923	0,980
10-Gosto de olhar nos olhos do meu bebé	3,68	0,495	0,904	0,980
11-Gosto de pegar no meu bebé ao colo	3,63	0,533	0,808	0,981
12-Observo o meu bebé quando dorme	3,46	0,609	0,583	0,982
13-Quero o meu bebé junto de mim	3,60	0,528	0,815	0,981
14- Falo aos outros acerca do meu bebé	3,47	0,620	0,590	0,982
15-É divertido estar com o meu bebé	3,65	0,496	0,830	0,981
16-Gosto quando o meu bebé troca carinhos comigo	3,69	0,491	0,888	0,980
17- Tenho orgulho do meu bebé	3,69	0,464	0,910	0,980
18-Gosto de ver o meu bebé fazer coisas novas	3,69	0,469	0,873	0,980
19 -Os meus pensamentos estão cheios como meu bebé	3,54	0,536	0,575	0,982
20 - Conheço a personalidade do meu bebé	3,63	0,528	0,611	0,982
21- Quero que o meu bebé confie em mim	3,68	0,466	0,857	0,980
22 - Sei que sou importante para o meu bebé	3,66	0,473	0,608	0,981
23 - Compreendo os sinais do meu bebé	3,59	0,549	0,608	0,982
24- Dou especial atenção ao meu bebé	3,68	0,469	0,859	0,981
25-Conforto o meu bebé quando ele/ela chora	3,65	0,498	0,803	0,981
26- Amar o meu bebé é fácil	3,68	0,473	0,870	0,980
<b>Split alf</b>	<b>Primeira metade</b>	47,45	5,83	0,976
	<b>Segunda metade</b>	47,30	5,28	0,955
<b>Valor Global</b>	<b>94,75</b>	<b>10,90</b>		<b>0,981</b>

Com o intuito de conhecermos as dimensões/factores subjacentes a esta escala efectuamos com os 26 itens uma análise factorial de componentes principais, com rotação ortogonal de tipo Varimax. A solução factorial final revelou-nos uma escala uni factorial, à semelhança do obtido pela autora.

Estabelecemos de igual modo grupos de corte usando os mesmos critérios acima descritos.

## 5.5 PROCEDIMENTOS

Todas as investigações realizadas com seres humanos conduzem a questões éticas e morais. Sendo assim, para a recolha dos dados deste estudo, foram obtidas as devidas autorizações das instituições onde foi realizada a recolha de informação, por meio de um pedido formal de autorização dirigido ao Conselho de Administração das respectivas instituições, apresentando a temática em estudo, os objectivos da investigação e as condições em que seria feita a colheita de dados (**ANEXO II**).

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

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

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

## 5.6. ANÁLISE DE DADOS

Após a recolha de dados, realizamos uma primeira pesquisa a todos os questionários, com a finalidade de eliminarmos todos aqueles que se encontrassem mal preenchidos ou incompletos. Na análise dos dados, recorreremos à estatística descritiva e analítica. No que diz respeito à primeira, determinámos frequências absolutas e relativas,

medidas de localização (média e mediana), medidas de dispersão (desvio padrão, coeficiente de variação, mínimo e máximo) e o coeficiente “alpha” de Cronbach.

A informação obtida através da aplicação do instrumento de colheita de dados foi objecto de tratamento estatístico. Os dados foram inseridos numa base de dados informatizada e processados no programa de tratamento estatístico *Statistical Package for Social Science 20,0* (SPSS) de forma a procedermos ao tratamento dos mesmos. Estes foram apresentados em quadros e tabelas, de acordo com a sequência do questionário, facilitando uma melhor compreensão e interpretação. A fonte destes dados nos quadros e tabelas não será citada, pois todos os resultados foram obtidos por nós a partir da aplicação do instrumento de recolha de dados.

A decisão dos designs estatísticos (paramétricos ou não paramétricos) a utilizar para o tratamento e análise de dados, ajustaram-se em função dos seguintes critérios: a medida de assimetria Skewness (SK) que se obtém através do cociente entre (SK) com o erro padrão (EP). Se SK/EP variar entre -2 e 2, a distribuição é designada simétrica. Mas, se SK/EP for inferior a -2, a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita e se SK/EP for superior a +2, a distribuição denomina-se assimétrica positiva com enviesamento à esquerda, como refere Pestana e Gajairo (2003), citado por Duarte (2008).

Para as medidas de achatamento curtose (K) o resultado obtém-se através do cociente com o erro padrão (EP). Logo, se K/EP oscilar entre -2 e 2 a distribuição é mesocúrtica, pelo contrário se K/EP for inferior a -2, a distribuição designa-se platicúrtica, enquanto para K/EP for superior a +2, a distribuição é denominada por leptocúrtica.

A avaliação da aderência à normalidade, através da utilização do teste estatístico de Kolmogorov-Smirnov (quando  $p > 0,05$ , as variáveis em estudo possuem uma distribuição normal). A leitura dos coeficientes de simetria e achatamento (curtose), permitiu constatar que as distribuições são assimétricas e leptocúrticas. Esta análise e mediante os valores encontrados no teste de Kolmogorov-Smirnov com a correcção de Lilliefors ( $p < 0,05$ ).

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

Como referem Pestana & Gajairo (2003, p.141) o uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de qui quadrado na medida em que (...) “os resíduos ajustados na forma estandardizada informam sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis”, ou (...) “os valores elevados dos resíduos indicam uma relação de dependência entre as duas variáveis”.

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

- ✓  $\geq 1.96$  diferença estatística significativa;
- ✓  $< 1.96$  diferença estatística não significativa.

A interpretação dos resíduos ajustados necessita de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como na coluna.

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

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

A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogêneas, caso se esteja a comparar duas ou mais amostras populacionais (Maroco, 2007). Deste modo, para o estudo da normalidade da distribuição das variáveis foi usado o teste de Kolmogorov-Smirnov enquanto para testar a homogeneidade das variâncias se recorreu ao teste de Levene por ser um dos mais potentes (Maroco, 2007).

Quanto à estatística paramétrica e não paramétrica destacamos como refere Duarte (2008, p.259-261):

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

**Teste Kruskal-Wallis** - para comparação de  $n$  médias populacionais, a partir de  $n$  amostras aleatórias independentes.

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

Todavia, quando se testa a igualdade de mais de duas médias e, dependendo da natureza nominal ou ordinal do factor, recorre-se habitualmente aos testes post-hoc, para saber quais as médias que se diferenciam entre si (Pestana e Gageiro, 2005);

**Regressão**- é um modelo estatístico que foi usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente ou endógena - Y) a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza intervalar ou rácio (variáveis independentes ou exógenas - Xs) informando sobre as margens de erro dessas previsões, isto é permite-nos determinar quais as variáveis independentes que são preditoras da variável dependente.

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

Em relação às correlações de *Pearson* que este tipo de teste gera, utilizamos os valores de r que, por convenção, Pestana e Gageiro (2005,) sugerem que:

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

**O coeficiente de correlação de Pearson** – é uma medida de associação linear que foi usada para o estudo de variáveis quantitativas. A correlação indica que os fenómenos não estão indissolúvelmente ligados, mas sim, que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso. Por isso os valores oscilam entre -1 e +1. Se a associação for negativa a

variação entre as variáveis ocorre em sentido contrário, isto é, os aumentos numa variável estão associados em média à diminuição da outra; se for positiva a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido.

Na análise estatística utilizámos os seguintes valores de significância:

$p < 0,05^*$ – Diferença estatística significativa
$p < 0,01^{**}$ – Diferença estatística bastante significativa
$p < 0,001^{***}$ – Diferença estatística altamente significativa
$p \geq 0,05$ – Diferença estatística não significativa

**Teste de qui quadrado (X<sup>2</sup>)** - para o estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Se as diferenças entre os valores observados e esperados não se considerarem significativamente diferentes, o valor do teste pertence à região de aceitação e as variáveis são independentes, caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência ou seja os valores do teste pertencem à região crítica. Quando há relação entre as variáveis, os resíduos ajustados standardizados situam-se fora do intervalo -1.96 e 1.96, para  $p=0.05$  (Pestana & Gageiro, 2005, p.127, 128 e 131).

## 6 - RESULTADOS

Neste capítulo descrevemos os dados, a sua análise, interpretação e discussão dos resultados.

Expomos na primeira parte a estatística descritiva, de modo a sintetizar os dados obtidos para possibilitar uma mais fácil leitura. A segunda parte apresenta-se a análise inferencial dos dados.

### 6.1 - ANÁLISE DESCRITIVA

#### **Idade Paterna**

No que respeita à idade dos companheiros/conjugues em estudo (Quadro 6), ressalta que no grupo com idades entre os 19-35 anos que se encontram valores percentuais mais elevados (39,2%), recai sobre os pais com idade entre os 31 e os 35 anos.

É nas mulheres com idade superior ou igual a 36 anos que encontramos o maior valor percentual (75,8%). No total, a amostra revela que (35,6%) tem idade compreendida entre os 31 e 35 anos. A idade máxima foi de 48 anos e a mínima de 20 anos. A média de idade paterna, foi de  $33,36 \pm 5,04$  anos, sendo a mediana de 33 anos. Verifica-se a existência de diferença estatisticamente significativa ( $\chi^2 = 67,132$ ;  $p=0,000$ ) os resíduos ajustados referentes aos vários grupos etários revelam as diferenças existentes entre os grupos 19-35 e superior ou igual a 36 anos.

#### **Escolaridade**

Na operacionalização desta variável foi tida em atenção os graus de escolaridade: 1.º Ciclo, 2.º Ciclo, 3.º Ciclo, Ensino secundário, Bacharelato, Licenciatura, Mestrado e Doutoramento. No entanto, houve necessidade de recodificar em: até 3º ciclo (englobando 1º, 2º e 3º ciclo), secundário e superior (bacharelato, licenciatura, mestrado e doutoramento).

Em relação à escolaridade denota-se que o ensino secundário é a escolaridade predominante (37,4%), é no grupo etário dos 19-35 anos que se encontra o valor percentual mais elevado em relação ao ensino secundário (38,7%) ao invés do ensino superior com (18,4%). O teste de qui-quadrado ( $\chi^2 = 5,172$ ;  $p = 0,075$ ) e os valores residuais apontam para significância estatística que se situa entre as mulheres com a escolaridade até ao ensino superior e mulheres com escolaridade até ao 3º ciclo.

### Profissão paterna

Reportando-nos à profissão paterna ressalta que o grupo etário 31-35 anos corresponde a trabalhadores qualificados (51,8%), ao invés do outro grupo que as profissões paternas se englobam nos quadros superiores/intermédios. A maioria (48,1%) dos companheiros/conjugues das mulheres, são trabalhadores qualificados. Em segundo lugar surgem aqueles que são quadros superiores/intermédios (34,9%). As diferenças são estatisticamente significativas ( $\chi^2 = 8,457; p=0,015$ ) situando-se estas entre os grupos de quadros superiores/intermédios e de trabalhadores qualificados.

**Quadro 6 – Distribuição paterna segundo as variáveis sócio-demográficas**

Variáveis Sócio demográfico paternas		Grupo Etário Materno				Nº	%	Resíduos Ajustados		$\chi^2$	p
		19-35 Anos		≥ 36 Anos				19-35 Anos	≥ 36 Anos		
		Nº	%	Nº	%						
Grupo Etário	≤ 30 Anos	96	38,4	2	3,2	98	31,4	5,3	-5,3	67,132	0,000
	31 - 35 Anos	98	39,2	13	21	111	35,6	2,7	-2,7		
	≥ 36 Anos	56	22,4	47	75,8	103	3,0	-0,8	0,8		
Escolaridade	Até ao 3º Ciclo	95	38,3	19	30,6	114	36,8	1,1	-1,1	5,172	0,075
	Secundário	96	38,7	20	32,3	116	37,4	0,9	-0,9		
	Ensino Superior	57	18,4	23	7,4	80	26,3	2,3	-2,3		
Profissão	Quadros Superiores/Intermédios	76	31	31	50	107	34,9	-2,8	2,8	8,457	0,015
	Trabalhadores Qualificados	127	51,8	21	33,9	148	48,1	2,5	-2,5		
	Trabalhadores não Qualificados	42	17,1	10	16,1	52	17,0	0,2	-0,2		

### 6.1.1 - Caracterização relativa às variáveis obstétricas

#### Número de partos anteriores

Analisando o quadro 7, podemos constatar que o número de partos anteriores, variou entre zero e quatro no grupo etário dos 19-35 anos. O valor máximo observado no outro grupo superior ou igual a 36 anos, foi de sete. A média calculada do total da amostra é de  $0,74 \pm 0,86$ . A maioria das participantes (45,2%) são primíparas, seguindo-se (39,4%) com um parto anterior. As diferenças são estatisticamente significativas ( $\chi^2 = 8,366$ ;  $p = 0,039$ ) situando-se entre o grupo de três ou mais partos e o grupo de dois partos.

**Quadro 7** – Estatísticas relativas ao número partos anteriores por grupo etário

Partos anteriores	$\bar{X}$	DP	Md	Ordenações médias	Mín.Obsv	MaxObsv.
19 - 35 Anos	0,68	0,75	1	151,51	0	4
≥ 36 Anos	1,02	1,17	1	176,61	0	7

#### Gravidez planeada

Quando questionadas acerca do planeamento da gravidez anterior, ambos os grupos responderam afirmativamente. No primeiro grupo 19-35 anos, foram (82,4%) e no segundo grupo superior ou igual a 36 anos (88,7%). Podemos afirmar que (83,7%) do total da amostra planearam a gravidez. Não encontramos no entanto diferenças estatísticas significativas ( $\chi^2 = 1,446$ ;  $p = 0,229$ ), (cf. Quadro 8).

#### Vigilância da gravidez

A quase totalidade da amostra vigiou a gravidez (99,0%), apenas (1%) das mães inquiridas referiu não ter feito essa vigilância. O grupo etário 19-35 anos, vigiou a gravidez em 246 casos, contrapondo com as participantes com idade superior ou igual a 36 anos, em que todas afirmaram ter feito essa vigilância. (cf. Quadro 8).

#### Patologia Gravidez

Relativamente à patologia na gravidez, (88,4%) afirmou ter tido uma gravidez sem patologia, encontrando-se na faixa etária compreendida entre os 19 e os 35 anos. No entanto as participantes de idade superior ou igual a 36 anos, referiram ausência de patologia em 50 casos, (80,6%). As gestações na sua maioria decorreram sem patologia

(84%), quando ocorreu patologia, atingiram um valor percentual superior no grupo com idade superior ou igual a 36 anos (19,4% vs. 15,2% respectivamente). Não encontramos no entanto diferenças estatísticas significativas ( $\chi^2 = 0,637$ ;  $p = 0,425$ ), (cf. Quadro 8).

### Tipo de Parto e Prematuridade

As gestações das participantes com idades entre os 19-35 anos, tiveram como resultado final um parto vaginal (73,2%), sendo maioritariamente recém-nascidos de termo (76,8%). As gestações das participantes com idade superior ou igual a 36 anos apresentou (59,7%) de partos vaginais, tendo resultado (72,6%) de recém-nascidos de termo. Em relação ao tipo de parto, verificamos diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2 = 4,369$ ;  $p=0,037$ ) o mesmo não acontece com a prematuridade ( $\chi^2=0,484$ ;  $p=0,486$ ), (cf. Quadro 8).

**Quadro 8-** Distribuição das mulheres segundo as variáveis obstétricas

Variáveis Obstétricas	Grupo Etário Materno				Nº	%	Resíduos Ajustados		$\chi^2$	p	
	19-35 Anos		≥ 36 Anos				19-35 Anos	≥ 36 Anos			
	Nº	%	Nº	%							
Nº de partos Anteriores	Zero	118	47,2	23	37,1	141	45,2	1,4	-1,4	8,366	0,039
	Um	100	40	23	37,1	123	39,4	0,4	-0,4		
	Dois	28	11,2	12	19,4	40	12,8	-1,7	1,7		
	Três ou mais	4	1,6	4	6,5	8	2,6	-2,2	2,2		
Gravidez Planeada	Sim	206	82,4	55	88,7	261	83,7	-1,2	1,2	1,446	0,229
	Não	44	17,6	7	11,3	51	16,3	1,2	-1,2		
Vigilância da Gravidez	Sim	246	99,8	61	100	309	99	-0,9	0,9	Não aplicável	
	Não	3	1,2	0	0	3	1	Não aplicável			
Patologia gravidez	Sim	212	84,8	50	80,6	262	84	0,8	-0,8	0,637	0,425
	Não	38	15,2	12	19,4	50	16	-0,8	0,8		
Tipo de Parto	Vaginal	183	73,2	37	59,7	220	70,5	2,1	-2,1	4,369	0,037
	Abdominal	67	26,8	25	40,3	92	29,5	-2,1	2,1		
Termo/Prematuro	Sim	58	23,2	17	27,4	75	24	-0,7	0,7	0,484	0,486
	Não	192	76,8	45	72,6	237	76	0,7	-0,7		

### 6.1.2- Caracterização relativa às variáveis contextuais do aleitamento materno

#### Amamentação de filhos anteriores

Quando estudamos a amamentação em filhos anteriores, verificamos que o valor percentual mais elevado, foi no grupo etário de idade mais avançada (82,1%) sendo superior à percentagem global da amostra (76%) bem como ao valor obtido pelas mães mais jovens (74,2%). As diferenças não são estatisticamente significativas ( $\chi^2 = 1,007$ ;  $p=0,316$ ), (cf. Quadro 9).

#### Duração da amamentação anterior

Reportando-nos à duração da amamentação (Quadro 9), ressalta que as mulheres com idades compreendidas entre os 19-35 anos, o fizeram por um período entre os três e os cinco meses (26,8%). A média calculada do tempo de amamentação é de  $3,98 \pm 3,74$  meses, sendo a mediana de 4 meses. No grupo superior ou igual a 36 anos observamos que a duração média é de  $4,48 \pm 3,23$  meses e a mediana de 4 meses, quanto às mulheres que amamentaram por um período superior ou igual a 12 meses (32,2%), a média total da amostra é de  $4,11 \pm 3,6$  logo a mediana é de 4 meses. Embora não tenhamos encontrado diferenças estatísticas significativas ( $\chi^2=2,079$ ;  $p = 0,838$ ).

#### Experiência anterior de amamentar

Analisando os resultados, quanto à experiência de amamentar, é notório que a grande maioria (93,1%) considera uma experiência agradável. As mulheres com idades compreendidas entre os 19 – 35 anos (93,7%) e as mulheres com idade superior ou igual a 36 anos (91%) consideraram uma experiência agradável. Das mães que consideraram a experiência desagradável, na maioria foi por inexperiência, peito gretado e com a mesma percentagem a dor e sangramento. As diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas ( $\chi^2 = 0,107$ ;  $p=0,744$ ), (cf. Quadro 9).

**Quadro 9-** Variáveis relativamente ao aleitamento materno anterior

Aleitamento materno anterior		Grupo Etário Materno				Nº	%	Resíduos Ajustados		$\chi^2$	p
		19-35 Anos		≥ 36 Anos				19-35 Anos	≥ 36 Anos		
		Nº	%	Nº	%						
Amamentação de filhos anteriores	Sim	98	74,2	32	82,1	130	76	-1	1	1,007	0,316
	Não	34	25,8	7	17,9	41	24	1	-1		
Duração da Amamentação	<1 Mês	13	13,4	3	9,7	16	12,5	0,5	-0,5	2,079	0,838
	[2-3[Meses	6	6,2	3	9,7	9	7	0,7	-0,7		
	[3 - 6[Meses	26	26,8	6	19,4	32	25	0,8	-0,8		
	[6-9[Meses	8	20,6	6	19,4	26	20,3	0,2	-0,2		
	[9-12[Meses	10	10,3	3	9,7	13	10,2	0,1	-0,1		
	≥ 12 Meses	22	22,7	10	32,3	32	25	-1,1	1,1		
Experiência de Amamentação	Agradável	59	93,7	22	91,7	81	93,1	0,3	-0,3	0,107	0,744
	Desagradável	4	6,3	2	8,3	6	6	-0,3	0,3		

#### Aleitamento materno actual

Pela leitura e análise do Quadro 10, podemos verificar que a grande maioria das mulheres do grupo etário 19-35 anos, fez aleitamento materno aos seus filhos (92,8%). De referir, atendendo ao valor percentual (100,0%), as mulheres com idade superior ou igual a 36 anos, realizou aleitamento materno.

#### Duração da amamentação

A análise da Quadro 10, referente à duração da amamentação, permite verificar que, a maior parte (51,7%), amamentou num período de [3 -6 [meses e com idade superior ou igual a 36 anos. O grupo 19-35 anos apresenta um valor percentual de 53,9%, no mesmo período. Observa-se que o grupo superior ou igual a 36 anos amamentou por um tempo médio superior  $4,21 \pm 2,9$  meses face aos  $3,90 \pm 3,3$  das mães mais jovens. A duração da amamentação actual, oscila entre um mínimo de 1 semana e um máximo de 2 anos, sendo a média 3,96 meses, com um desvio padrão de 3,23 e a mediana e a moda de quatro meses. Esta variável apresenta diferença estatisticamente significativa sendo que o ajustamento residual verifica diferenças entre os grupos compreendidos entre os 6 e os 11 meses, ( $\chi^2=14,582$ ;  $p=0,012$ ).

### Tempo em minutos para iniciar o aleitamento após o nascimento

O aleitamento materno após o nascimento iniciou-se num espaço de tempo inferior ou igual a 30 minutos, no grupo da faixa etária mais baixa em (53,7%) dos casos, sendo que no outro grupo ocorreu em 50% (Quadro 10). Os elementos desse grupo amamentaram mais precocemente o seu bebé (média 109,24), tendo as mães mais velhas demorado mais 12 minutos aproximadamente (média 121,94).

No total da amostra podemos verificar que os valores oscilaram entre um mínimo de 5 minutos e um máximo de 48 horas, sendo a média de sensivelmente uma hora e meia (111,96 minutos  $\pm$  257,81 minutos) e a mediana de 30 minutos. Referir que (52,9%) das mulheres amamentou o seu bebé nos 30 minutos a seguir ao parto, seguindo-se (19,4%) que o fizeram entre os 30 minutos e uma hora. No entanto, (12,8%) das mulheres só amamentaram o seu bebé num período superior a duas horas depois do nascimento. Não encontramos no entanto diferenças estatísticas significativas ( $\chi^2 = 2,526$ ;  $p = 0,471$ ).

### Estabelecimento do horário de amamentação

Quando questionadas se estipularam horário certo de amamentar, (67,3%) das mulheres com 36 anos ou mais referiram que não, contra 59,3% com idades entre os 19-35 anos. A maioria das mulheres (60,9%) respondeu que não. As diferenças entre grupos não são estatisticamente significativas ( $\chi^2 = 1,269$ ;  $p = 0,260$ ), (cf. Quadro 10).

### Introdução da Chupeta

No que se refere à introdução da chupeta (Quadro 10), verifica-se que a maioria (76,0%) das mulheres o fez, (81,6 %) pertence à faixa etária mais jovem e (70,5%) com idade superior ou igual a 36 anos. Das mulheres que introduziram a chupeta, a maioria (48,3%) fê-lo na 1ª semana, sendo que (17,5%) o fizeram logo no 1º dia. Em média, fizeram-no por volta do 11º dia (10,89  $\pm$  22,47), sendo a mediana do 3º dia.

As mulheres com idade superior ou igual a 36 anos introduziram a chupeta mais precocemente (6,51  $\pm$  14,01 vs. 11,74  $\pm$  23,88). É de salientar que houve mulheres do grupo 19-35 anos que demoraram 7 meses a fazê-lo. Tendo por base o ajustamento residual verifica-se que a introdução da chupeta no 16º ou posteriormente revela diferenças entre os grupos. Não encontramos no entanto diferenças estatísticas significativas ( $\chi^2 = 1,252$ ;  $p = 0,263$ ).

### Oferta de água/chá no intervalo das mamadas

A faixa etária com idade compreendida entre os 19-35 anos referiu não introduzir chá no intervalo das mamadas (63,6%), valor idêntico ao das participantes com idade superior ou igual a 36 anos (62,3%). A análise do Quadro 10, salienta que a maioria das mulheres não ofereceu água ou chá, ao seu bebê, no intervalo das mamadas (63,6%).

### Decisão de amamentar

Analisando a variável decisão de amamentar, as mulheres com idades compreendidas entre os 19-35 anos decidiu amamentarem por iniciativa própria (90,1%), contra (91,8%) das mulheres com idades superior ou igual a 36 anos, enquanto apenas (1%) do total da amostra decidiu fazê-lo a conselho de familiares (cf. Quadro 10).

**Quadro 10** - Distribuição das mulheres segundo o aleitamento materno actual

Aleitamento materno actual		Grupo Etário Materno				Nº	%	Resíduos Ajustados		$\chi^2$	p
		19-35 Anos		≥ 36 Anos				19-35 Anos	≥ 36 Anos		
		Nº	%	Nº	%						
Aleitamento materno	Sim	232	92,8	62	100	294	94,2	-2,2	2,2	Não aplicável	
	Não	18	7,2	-	0,0	18	5,2	2,2	-2,2		
	<b>Total</b>	250		62		312	100				
Duração da amamentação	< 1 Mês	47	20,3	12	19,4	59	20,1	0,2	-0,2	14,582	0,012
	[2-3[ Meses	33	14,2	9	14,5	42	14,3	-0,1	0,1		
	[3-6[ Meses	125	53,9	27	51,7	152	51,7	1,4	-1,4		
	[6-9[ Meses	9	3,9	8	5,8	17	5,8	-2,7	2,7		
	[9-12[ Meses	5	2,2	5	8,1	10	3,4	-2,3	2,3		
	≥ 12 Meses	13	5,6	1	1,6	14	4,8	1,3	-1,3		
	<b>Total</b>	232		62		294	100				
Tempo até iniciar o aleitamento materno após o nascimento	≤ 30 m	122	53,7	31	50	153	52,9	0,5	-0,5	2,526	0,471
	31 – 60 m	46	20,3	10	16,1	56	19,4	0,7	-0,7		
	61 – 120 m	29	12,8	8	12,9	7	12,8	0	0		
	≥ 120m	30	13,2	13	21	43	14,9	-1,5	1,5		
	<b>Total</b>	227		62		289	100				
Estabelecimento de horário para amamentação	Sim	100	40,7	20	32,8	120	39,1	1,1	-1,1	1,269	0,260
	Não	146	59,3	41	67,2	187	60,9	-1,1	1,1		
	<b>Total</b>	246		61		307	100				
Introdução de chupeta	Sim	191	81,6	43	70,5	234	76	1,1	-1,1	1,252	0,263
	Não	56	22,7	18	29,5	74	24	-1,1	1,1		
	<b>Total</b>	250		62		312	100				
Idade em que introduziu a chupeta	1 dia	32	16,8	9	20,9	41	17,5	-0,7	0,7	4,226	0,238
	2º – 7º dia	90	47,1	23	53,5	113	48,3	-0,8	0,8		
	8º – 15º dia	37	19,4	9	20,9	46	19,7	-0,2	0,2		
	≥ 16º dia	32	16,8	2	4,7	34	14,5	2	-2		
	<b>Total</b>	191		43		234	100				
Oferta de chá no intervalo das mamadas	Sim	90	36,4	23	37,7	113	36,7	-0,2	0,2	0,034	0,854
	Não	157	63,6	38	62,3	195	63,3	0,2	-0,2		
	<b>Total</b>	247		61		308	100				
Decisão em amamentar	Por iniciativa própria	219	90,1	56	91,8	275	90,5	-0,4	0,4	0,700	0,705
	Conselho do médico/enfermeiro	22	9,1	4	6,6	26	8,6	0,6	-0,6		
	Conselho de familiares	2	0,8	1	1,6	3	1,0	-0,6	0,6		
	<b>Total</b>	243		61		304	100				

### Afecto Materno

As estatísticas relativas ao afecto materno na componente da relação mãe/filho das mulheres em estudo (avaliado pelo IAM), apresentam um valor médio observado de 94,75, para um máximo possível de 104, com um desvio padrão de 10,89, sendo a mediana de 101.

Concluimos que as mulheres em estudo mostram uma forte ligação materna. Os valores oscilaram entre um mínimo de 65 e um máximo de 104.

Os valores de assimetria e curtose indicam uma curva mesocúrtica e uma distribuição simétrica. O teste de KolmogorovSmirnov não é revelador de uma distribuição normal, uma vez que o valor de (p) é estatisticamente significativo. O coeficiente de variação traduz uma dispersão alta, (cf. Quadro 11).

**Quadro 11 – Estatística descritiva relativa ao afecto materno**

	Min. Obsv	Max. Obsv.	Min. Posv.	Max. Posv.	$\bar{X}$	DP	Md	s	SK/ erro	K/ erro	KS(p)	CV
Afecto materno	65	104	26	104	94,75	10,89	101	-0,844	0,138	0,275	0,000	118,793

O Quadro 12 refere-se ao afecto materno agrupado em categorias ( $Md \pm \frac{1}{4}$  Intervalo interquartil), permite verificar que a maioria das mulheres (65,4%) apresentam valores moderados no afecto materno, porém (34,6%) apresentam um fraco afecto materno. É necessário referir que nenhuma mulher apresentou valores elevados de afecto materno.

**Quadro 12- Distribuição das mulheres segundo o afecto materno**

Afecto materno	Grupo Etário Materno				Resíduos Ajustados		Nº	%
	19-35 Anos		≥ 36 Anos		19-35 Anos	≥ 36 Anos		
	Nº	%	Nº	%				
Fraco	89	35,6	19	30,6	0,7	-0,7	108	34,6
Moderado	161	64,4	43	69,4	-0,7	0,7	204	65,4
Alto	-	0,0	-	0,0	-	-	-	0,0
<b>Total</b>	250	100,0	62	100,0	-	-	312	100,0

### 6.1.3 Caracterização relativa às variáveis contextuais do bebé

#### Contacto pele a pele na primeira hora após o nascimento

Podemos verificar que na primeira hora de vida o contacto pele a pele foi praticado em 196 casos (78,7%), correspondendo às mulheres na faixa etária dos 19-35 anos, ocorreu em 45 casos (72,6%) nas mulheres com idade superior ou igual a 36 anos. Para a maioria das mulheres (77,5%) referiu ter tido contacto “pele a pele” com o seu bebé na primeira hora após o parto.

#### Coabitação Conjunta (local onde dorme)

No que se refere, ao deixar o bebé dormir habitualmente no seu quarto, verifica-se que as mulheres pertencentes à faixa etária superior ou igual a 36 anos o fez em (70%), sendo este valor de (67,3%) no grupo etário 19- 35 anos (Quadro 13). No global é uma prática habitual para a maioria das mulheres (67,9%).

**Quadro 13-** Distribuição das mulheres segundo as variáveis contextuais do bebé

Bebé		Grupo Etário Materno				Nº	%	Resíduos Ajustados		χ <sup>2</sup>	p
		19-35 Anos		≥ 36 Anos				19-35 Anos	≥ 36 Anos		
		Nº	%	Nº	%						
Pele/pele 1ª h. vida	Sim	196	78,7	45	72,6	241	77,2	1	-1	1,071	0,301
	Não	53	21,3	17	27,4	71	22,8	-1	1		
Bebé dorme no Quarto dos pais	Sim	167	67,3	42	70	209	67,9	-0,4	0,4	0,157	0,692
	Não	81	32,7	18	30	99	32,1	0,4	-0,4		

#### **Em resumo:**

- Das mães inquiridas com filhos, (76%) amamentou.
- A experiência de amamentação para a grande maioria da amostra (93,1%) foi agradável.
- Entre as mães que planejaram a gravidez apontam-se (83,7%), e (99,0%) fez vigilância.
- Em relação ao tipo de gravidez, a quase totalidade das grávidas tem uma gravidez simples e sem problemas (84%).

- No que respeita à duração da gravidez (76%) apresentou uma gravidez de termo e quanto ao tipo de parto (70,5%) das mães teve um parto por via vaginal.
- No que respeita à amamentação de filhos anteriores (76%) amamentou e a grande maioria (93,1%) considerou uma experiência agradável.
- A análise dos dados relativa à amamentação actual diz-nos que (94,2%) amamentou.
- No que diz respeito à decisão de amamentar, quase toda a amostra pretende fazê-lo por iniciativa própria, apenas (1%) decidiu fazê-lo a conselho de familiares.
- No que respeita aos ensinamentos sobre aleitamento materno (75,1%) das mães inquiridas, recebeu esses ensinamentos pelos enfermeiros.
- Quanto ao contacto pele a pele na primeira hora após o nascimento (77,5%) respondeu afirmativamente.
- Mais de 50% das mães não estipulou horário certo das mamadas (60,9%).
- A grande maioria das mães (76%) introduziu a chupeta ao seu bebé e (67,9%) dorme com o bebé no seu quarto.
- A introdução de água e chá aos bebés no intervalo das mamadas não foi oferecido por (63,6%) das mães inquiridas.

#### 6.1.4 Caracterização relativa à escala das atitudes maternas face à amamentação

##### Atitudes Maternas face à Amamentação

Reportando-nos à análise descritiva das atitudes maternas face à amamentação, considerou-se que, a pontuação quanto mais elevada fosse, mais positivas eram as atitudes.

Pela análise do Quadro 14, os valores médios verificados foram moderados para a dimensão “atitudes perante o comportamento” ( $X = 25,54 \pm 8,58$ ), por outro lado, em relação à dimensão “norma subjectiva” ( $X = 23,59 \pm 7,67$ ) e “decisão de amamentar” ( $X = 49,14 \pm 13,76$ ) o valor médio é baixo.

Os valores de assimetria e curtose indicam curvas assimétricas negativas, com enviesamento à direita e mesocúrticas para as atitudes perante o comportamento e a decisão em amamentar. Já a norma subjectiva apresenta uma curva mesocúrtica e com uma distribuição simétrica. O teste Kolmogorov Smirnov não é revelador de uma distribuição normal, uma vez que o valor de (p) é em todos os factores estatisticamente significativo. Os coeficientes de variação traduzem uma dispersão alta em todos os factores.

**Quadro 14** – Estatística descritiva relativa às atitudes maternas face à amamentação

Atitudes maternas face à amamentação	Mín. Obsv	Max. Obsv.	Mín. Posv	Max. Posv.	$\bar{X}$	DP	Md	s	SK/ erro	K/ erro	KS(p)	CV
Atitudes perante o comportamento	6,25	44	1	49	25,54	8,58	26,91	-0,097	0,138	0,275	0,000	73,636
Norma Subjectiva	5	49	1	49	23,59	7,67	23	0,386	0,138	0,275	0,000	58,841
Decisão Amamentar	17,44	91,56	1	98	49,14	13,76	51,78	-0,087	0,138	0,275	0,000	189,359

Através dos valores médios, da dispersão da escala atitudes maternas face à amamentação e da aplicação da fórmula  $Md \pm \frac{1}{4}$  Intervalo interquartil criou-se as seguintes categorias para cada dimensão: baixa, moderada e alta.

Analisando o quadro 15, podemos verificar que o grupo etário 19-35 anos apresenta um valor alto de atitudes maternas face a amamentação, à semelhança do grupo superior ou igual a 36anos. Sendo o valor global da amostra de (46,8%).

**Quadro 15** - Distribuição das mulheres segundo a sua atitude face à amamentação

Atitudes face à amamentação	Grupo Etário Materno		Resíduos Ajustados		Nº	%
	19-35 Anos	≥ 36 Anos	19-35 Anos	≥ 36 Anos		
	Nº	Nº				
Baixo	100	20	1,1	-1,1	120	38,5
Moderado	32	14	-1,9	1,9	46	14,7
Alto	118	28	0,3	-0,3	146	46,8
<b>Total</b>	250	62	-	-	312	100,0

Com o intuito de analisar as atitudes maternas face à amamentação e com base nos grupos anteriormente criados, bem como, com as variáveis dependentes, foram produzidos os seguintes quadros.

### Caracterização Materna

A observação do Quadro 16 facilita a verificação das variáveis estado civil, escolaridade, situação profissional e local de residência. Não determinam diferenças

estatisticamente significativas com as atitudes maternas face à amamentação, podendo ser comprovado através dos valores dos resíduos ajustados.

A profissão materna apresenta diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,000$ ) e os valores de ajustamento residual indicam que as diferenças são ao nível do grupo participantes com escolaridade até ao 3º ciclo e com escolaridade superior.

O grupo de fracas atitudes maternas face à amamentação tem como escolaridade o ensino superior (42,9%), face aos (42,5%) do grupo alto das atitudes maternas face à amamentação. Por sua vez, este último grupo tem (42,5%) de formação superior nas suas participantes.

No Quadro 16 podemos observar a existência de diferença estatisticamente significativa ( $p=0,069$ ), da variável estado civil. O grupo de fracas atitudes maternas face à amamentação apresenta (22,5%) e (77,5%) respectivamente, face ao grupo alto de atitudes maternas face à amamentação que apresenta (85,6%) casada/união de facto e (14,4%) solteira/divorciada.

**Quadro 16 - Caracterização sócio demográfica em função das atitudes maternas face à amamentação**

Variáveis Sócio demográficas maternas		Atitudes maternas face à amamentação						Nº	%	Resíduos Ajustados			$\chi^2$	p
		Fraco		Moderado		Alto				Fraco	Moderado	Alto		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%							
<b>Estado Civil</b>	Solteira/ Divorciada	27	22,5	13	28,3	21	14,4	61	19,6	1,0	1,6	-2,2	5,361	0,069
	Casada/ união de facto	93	77,5	33	71,7	125	85,6	251	80,4	-1,0	-1,6	2,2		
<b>Escolaridade</b>	Até ao 3º Ciclo	28	23,5	9	19,6	43	29,5	80	25,7	-0,7	-1,0	1,4	2,638	0,620
	Secundário	40	33,6	15	32,6	41	28,1	96	30,9	0,8	0,3	-1,0		
	Ensino Superior	51	42,9	22	47,8	62	42,5	135	43,4	-0,2	0,7	-0,3		
<b>Profissão</b>	Quadros superiores/ Intermédios	48	40,7	22	47,8	58	40,0	128	41,4	-0,2	1,0	-0,5	29,041	0,000
	Trabalhadores qualificados	19	16,1	14	30,4	60	41,4	93	30,1	-4,2	0,1	4,1		
	Trabalhadores não qualificados	51	43,2	10	21,7	27	18,6	88	28,5	4,5	-1,1	-3,6		
<b>Situação Profissional</b>	Empregada Tempo inteiro	99	83,2	36	78,3	117	80,1	252	81,0	0,8	-0,5	-0,4	1,961	0,743
	Empregada Tempo parcial	8	6,7	2	4,3	9	6,2	19	6,1	0,4	-0,5	0,0		
	Desempregada/ Em formação	12	10,1	8	17,4	20	13,7	40	12,9	-1,2	1,0	0,4		
<b>Residência</b>	Aldeia	15	12,7	6	13,0	16	11,0	37	11,9	0,3	0,3	-0,5	7,869	0,096
	Vila	37	31,4	17	37,0	70	47,9	124	40,0	-2,4	-0,5	2,7		
	Cidade	66	55,9	23	50,0	60	41,1	149	48,1	2,2	0,3	-2,3		

No que se refere à idade paterna e escolaridade verifica-se a ausência de diferenças estatisticamente significativas para a variável grupo etário e escolaridade.

A análise do Quadro 17 permite depreender que no grupo de fracas atitudes maternas face à amamentação, os pais têm maioritariamente como escolaridade até ao secundário (40,3%). Em relação ao grupo de atitudes maternas alto, a escolaridade com maior valor percentual é até ao 3º ciclo (42,1%) sendo que no global existem 116 casos (37,4%) com ensino secundário.

De acordo com a actividade profissional, encontramos diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,000$ ). Os valores de ajustamento residual da tabela indicam que as diferenças são ao nível dos grupos de quadros de trabalhadores qualificados e de trabalhadores não qualificados. O grupo de fracas atitudes maternas face à amamentação

verifica-se maioritariamente nos pais que desempenham funções de quadros superiores/intermédios (37,6%) em relação ao grupo de altas atitudes maternas face à amamentação, que apresenta um valor superior nos trabalhadores qualificados com (63,4%) e no global com (48,2%).

**Quadro 17-** Caracterização sócio demográfica (pai) em função das atitudes maternas face à amamentação

Variáveis Sócio demográficas paternas		Atitudes maternas face à amamentação						Nº	%	Resíduos Ajustados			χ <sup>2</sup>	p
		Fraco		Moderado		Alto				Fraco	Moderado	Alto		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%							
Grupo Etário	≤ 30 anos	44	36,7	13	28,3	41	28,1	98	31,4	1,6	-0,5	-1,2	2,790	0,594
	31 - 35 Anos	41	34,2	16	34,8	54	37,0	111	35,6	-0,4	-0,1	0,5		
	≥ 36 Anos	35	29,2	17	37,0	51	34,9	103	33,0	-1,1	0,6	0,7		
	<b>Total</b>	120	38,5	46	14,7	146	46,8	312	100,0					
Escolaridade	Até ao 3º Ciclo	41	34,5	12	26,1	61	42,1	114	36,8	-0,7	-1,6	1,8	5,594	0,232
	Secundário	48	40,3	22	47,8	46	31,7	116	37,4	0,8	1,6	-1,9		
	Ensino Superior	30	25,2	12	26,1	38	26,2	80	25,8	-0,2	0,0	-0,2		
	<b>Total</b>	119	38,4	46	14,8	145	46,8	310	100,0					
Profissão	Quadros superiores/ Intermédios	44	37,6	18	40,0	45	31,0	107	34,9	0,8	0,8	-1,3	47,728	0,000
	Trabalhadores qualificados	34	29,1	22	48,9	92	63,4	148	48,2	-5,3	0,1	5,1		
	Trabalhadores Não qualificados	39	33,3	5	11,1	8	5,5	52	16,9	6,0	-1,1	-5,0		
	<b>Total</b>	117	38,1	45	14,7	145	47,2	307	100,0					

### Variáveis obstétricas

Da análise estabelecida com o número de gestações anteriores e as atitudes maternas face à amamentação, denota-se que (49,2%) das mulheres sem nenhuma gestação têm atitudes fracas em relação à amamentação. Entre as mulheres com 1 gestação o maior valor percentual recai nas que têm altas atitudes maternas face à

amamentação com uma percentagem de (40,4%). As diferenças são estatisticamente significativas ( $\chi^2 = 10,702$ ;  $p = 0,098$ ), (cf. Quadro 18).

No que se refere ao planeamento da gravidez, verificamos que são as mulheres que planeiam a gravidez com uma percentagem de (87,5%) que apresentam as atitudes mais fracas. Entre os grupos as diferenças não são significativas ( $\chi^2 = 2,505$ ;  $p = 0,286$ ).

Já para o tipo de parto verificamos que são as mulheres com um parto por via vaginal que apresentam uma percentagem de (72,5%) que têm fracas atitudes, em relação às mulheres com uma parto por via abdominal o maior valor percentual recai nas que têm altas atitudes maternas, com uma percentagem de (31,5%). Embora não tenhamos encontrado diferenças estatísticas significativas ( $\chi^2 = 0,548$ ;  $p = 0,760$ ).

Reportando-nos agora ao número de partos anteriores ressalta que são as mulheres que nunca tiveram um parto que apresentam o valor percentual mais elevado (55,0%), que apresentam atitudes maternas mais fracas. As mulheres com um parto anterior são aquelas onde se encontra a maior percentagem (43,2%), com altas atitudes maternas face à amamentação. As diferenças são estatisticamente significativas ( $\chi^2 = 17,388$ ;  $p = 0,008$ ).

**Quadro 18 – Caracterização das variáveis obstétricas em função das atitudes maternas face à amamentação**

Variáveis Obstétricas		Atitudes maternas face à amamentação						Nº	%	Resíduos Ajustados			χ <sup>2</sup>	p
		Fraco		Moderado		Alto				Fraco	Moderado	Alto		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%							
Nº de gestações anteriores	Zero	59	49,2	17	37,0	55	37,7	131	42,0	2,0	-0,7	-1,4	10,702	0,098
	Uma	44	36,7	14	30,4	59	40,4	117	37,5	-0,2	-1,1	1,0		
	Duas	13	10,8	12	26,1	21	14,4	46	14,7	-1,5	2,4	-0,2		
	≥3	4	3,3	3	6,5	11	7,5	18	5,8	-1,5	0,2	1,3		
Planeamento da gravidez	Sim	105	87,5	36	78,3	120	82,2	261	83,7	1,5	-1,1	-0,7	2,505	0,286
	Não	15	12,5	10	21,7	26	17,8	51	16,3	-1,5	1,1	0,7		
Tipo de Parto	Vaginal	87	72,5	33	71,7	100	68,5	220	70,5	0,6	0,2	-0,7	0,548	0,760
	Abdominal	33	27,5	13	28,3	46	31,5	92	29,5	-0,6	-0,2	0,7		
Nº de Partos anteriores	Zero	66	55,0	18	39,1	57	39,0	141	45,2	2,8	-0,9	-2,0	17,388	0,008
	Um	44	36,7	16	34,8	63	43,2	123	39,4	-0,8	-0,7	1,3		
	Dois	10	8,3	11	23,9	19	13,0	40	12,8	-1,9	2,4	0,1		
	≥3	-	0,0	1	2,2	7	4,8	8	2,6	-2,3	-0,2	2,3		

Para saber a relação entre as variáveis atitudes maternas face a amamentação e o afecto materno, nas diferentes componentes, foi feita uma análise através de uma matriz de correlações de Pearson. Demonstrando que as correlações são positivas, podemos afirmar que quanto maiores as atitudes maternas face à amamentação, melhor é o afecto materno. No entanto, entre o comportamento e as atitudes maternas face à amamentação a correlação é muito alta ( $r=0,864$ ) sendo que a menor correlação analisa-se entre o afecto materno e as atitudes maternas face à amamentação ( $r=0,132$ ).

**Quadro 19 – Matriz de correlações**

	Atitudes maternas face à amamentação	Comportamento	Norma Subjectiva
Atitudes maternas face à amamentação			
Comportamento	0,864***	-	
Norma Subjectiva	0,827***	0,432***	
Afecto Materno	0,132	0,156**	0,062ns

$p < 0.05$  \* - Diferença estatística significativa

$p < 0.01$  \*\* - Diferença estatística bastante significativa

$p < 0.001$  \*\*\* - Diferença estatística altamente significativa

$p \geq 0.05$  n.s. – Diferença estatística não significativa

#### Variáveis aleitamento materno

Quando estudamos o aleitamento materno, observamos que são as mulheres que realizaram aleitamento materno anterior que apresentaram moderadas atitudes (85,7%). Entre os grupos não existe diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2 = 3,167$ ;  $p = 0,205$ ).

No que respeita à duração do aleitamento anterior verificamos que as mulheres que amamentaram num período superior ou igual a 12 Meses (39,1%) têm moderadas atitudes maternas.

Analisando a experiência de amamentação constatamos que as mulheres com experiência agradável são as que possuem maior percentagem de altas atitudes com (95,7%).

**Quadro 20** -Caracterização do aleitamento materno anterior em função das atitudes maternas face à amamentação

Aleitamento materno anterior		Atitudes maternas face à amamentação						Nº	%	Resíduos Ajustados			$\chi^2$	p
		Fraco		Moderado		Alto				Fraco	Moderado	Alto		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%							
Aleitamento materno	Sim	43	79,6	24	85,7	63	70,8	130	76,0	0,8	1,3	-1,7	3,167	0,205
	Não	11	20,4	4	14,3	26	29,2	41	24,0	-0,8	-1,3	1,7		
Duração do aleitamento	< 1 Mês	6	14,0	3	13,0	7	11,3	16	12,5	0,4	0,1	-0,4	Não aplicável	
	[2-3[ Meses	3	7,0	0	0,0	6	9,7	9	7,0	0,0	-1,5	1,1		
	[3 - 6[ Meses	11	25,6	5	21,7	16	25,8	32	25,0	0,1	-0,4	0,2		
	[6-9[ Meses	11	25,6	4	17,4	11	17,7	26	20,3	1,1	-0,4	-0,7		
	[9-12[ Meses	2	4,7	2	8,7	9	14,5	13	10,2	-1,5	-0,3	1,6		
	≥ 12 Meses	10	23,3	9	39,1	13	21,0	32	25,0	-0,3	1,7	-1,0		
Experiência de Amamentação	Agradável	20	95,2	17	85,0	44	95,7	81	93,1	0,4	-1,6	1,0	Não aplicável	
	Desagradável	1	4,8	3	15,0	2	4,3	6	6,9	-0,4	1,6	-1,0		

### Aleitamento materno actual

Da análise do aleitamento materno actual (Quadro 21), averiguamos a existência de diferença estatisticamente significativa na duração do aleitamento materno e introdução de chupeta ( $p=0,000$ ). Através da análise dos resíduos ajustados averiguamos que as diferenças ocorrem nos intervalos [3 - 6 [Meses; [6-9 [Meses e superior ou igual a 12 Meses.

O Quadro 21, mostra-nos que, a maior parte (51,7%) o fizeram num período compreendido entre [3-6 [meses. Quanto às mulheres com altas atitudes maternas face à amamentação, (7,3%) amamentaram por um período superior ou igual a 12 meses, sendo que para igual período de tempo as mulheres com fracas atitudes não amamentaram.

Tendo por base o valor dos resíduos ajustados determinados para as variáveis, verifica-se que a idade em que a chupeta foi introduzida ao bebé, apresenta diferença para o grupo superior ou igual ao 16º dia de vida, sendo que o grupo com mais atitudes maternas face à amamentação o fez 14 vezes (12,6%) e o de fraco em 19 vezes (19,4%).

Comparativamente às outras variáveis em estudo: aleitamento materno actual, tempo de iniciar o aleitamento materno após o nascimento, estabelecimento de horário para amamentar, idade em que introduziu a chupeta, oferta de chá no intervalo das mamadas não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas relativamente às atitudes maternas face à amamentação.

**Quadro 21-** Caracterização do aleitamento materno actual em função às atitudes maternas face à amamentação

Aleitamento materno actual		Atitudes maternas face à amamentação						Nº	%	Resíduos Ajustados			$\chi^2$	p
		Fraco		Moderado		Alto				Fraco	Moderado	Alto		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%							
Aleitamento materno	Sim	113	94,2	44	95,7	137	93,8	294	94,2	0,0	0,4	-0,3	0,214	0,899
	Não	7	5,8	2	4,3	9	6,2	18	5,8	0,0	-0,4	0,3		
Duração do aleitamento	< 1 Mês	26	23,0	5	11,4	28	20,4	59	20,1	1,0	-1,6	0,1	32,342	0,000
	[2-3[ Meses	19	16,8	7	15,9	16	11,7	42	14,3	1,0	0,3	-1,2		
	[3 - 6[ Meses	68	60,2	21	47,7	63	46,0	152	51,7	2,3	-0,6	-1,8		
	[6-9[ Meses	0	0,0	5	11,4	12	8,8	17	5,8	-3,4	1,7	2,0		
	[9-12[ Meses	0	0,0	2	4,5	8	5,8	10	3,4	-2,5	0,5	2,2		
	≥ 12 Meses	0	0,0	4	9,1	10	7,3	14	4,8	-3,0	1,5	1,9		
Tempo ate iniciar o aleitamento após o nascimento	≤ 30 m	56	50,9	26	60,5	71	52,2	153	52,9	-0,5	1,1	-0,2	5,485	0,483
	31 – 60 m	24	21,8	4	9,3	28	20,6	56	19,4	0,8	-1,8	0,5		
	61 – 120 m	17	15,5	5	11,6	15	11,0	37	12,8	1,1	-0,2	-0,9		
	≥ 121 m	13	11,8	8	18,6	22	16,2	43	14,9	-1,1	0,7	0,6		
Estabelecimento de horário para amamentar	Sim	44	38,3	18	39,1	58	39,7	120	39,1	-0,2	0,0	0,2	0,058	0,971
	Não	71	61,7	28	60,9	88	60,3	187	60,9	0,2	0,0	-0,2		
Introdução da chupeta	Sim	98	84,5	25	54,3	111	76,0	234	76,0	2,7	-3,7	0,0	16,387	0,000
	Não	18	15,5	21	45,7	35	24,0	74	24,0	-2,7	3,7	0,0		
Idade em que introduziu chupeta	1 dia	14	14,3	6	24,0	21	18,9	41	17,5	-1,1	0,9	0,5	8,260	0,220
	2º – 7º dia	42	42,9	12	48,0	59	53,2	113	48,3	-1,4	0,0	1,4		
	8º – 15º dia	23	23,5	6	24,0	17	15,3	46	19,7	1,2	0,6	-1,6		
	≥ 16º dia	19	19,4	1	4,0	14	12,6	34	14,5	1,8	-1,6	-0,8		
Oferta de chá no intervalo das mamadas	Sim	42	36,2	15	32,6	56	38,4	113	36,7	-0,1	-0,6	0,6	0,516	0,773
	Não	74	63,8	31	67,4	90	61,6	195	63,3	0,1	0,6	-0,6		
Afecto materno	Fraco	51	42,5	13	28,3	44	30,1	108	34,6	2,3	-1,0	-1,6	5,411	0,067
	Moderado	69	57,5	33	71,7	102	69,9	204	65,4	-2,3	1,0	1,6		

### Variáveis contextuais do bebé

Em relação ao contacto pele a pele na primeira hora de vida denota-se que 73,9% das mulheres que o fizeram apresentaram moderadas atitudes maternas face à amamentação. Entre os grupos não existe diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2 = 0,492$ ;  $p=0,782$ ).

No que respeita ao local onde dorme, verificamos que (69,2%) das mulheres que realizaram coabitação conjunta, apresentam altas atitudes maternas face à amamentação. Contudo não existe diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2 = 1,212$ ;  $p=0,546$ ).

**Quadro 22** -Caracterização das variáveis contextuais do bebé em função às atitudes maternas face à amamentação

Variáveis contextuais do bebé		Atitudes maternas face à amamentação						Nº	%	Resíduos Ajustados			$\chi^2$	p
		Fraco		Moderado		Alto				Fraco	Moderado	Alto		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%							
<b>Contacto pele/pele 1ª h vida</b>	Sim	94	79,0	34	73,9	113	77,4	241	77,5	0,5	-0,6	0,0	0,492	0,782
	Não	25	21,0	12	26,1	33	22,6	70	22,5	-0,5	0,6	0,0		
<b>Local onde dorme (Coabitação conjunta)</b>	Sim	80	69,0	28	60,9	101	69,2	209	67,9	0,3	-1,1	0,5	1,212	0,546
	Não	36	31,0	18	39,1	45	30,8	99	32,1	-0,3	1,1	-0,5		

## 6.2 ANÁLISE INFERENCIAL

Neste subcapítulo, após a caracterização da amostra, passamos a avaliar as relações existentes entre algumas das variáveis independentes, com as atitudes maternas face à amamentação.

**H1 – As variáveis sócio demográficas (idade, estado civil, nacionalidade, residência, escolaridade e situação profissional) influenciam as atitudes maternas face à amamentação.**

### Relação entre a idade e as atitudes maternas face à amamentação.

Procuramos saber em que medida a idade influenciava as atitudes maternas. Realizado o teste de UMW verificou-se que as ordenações médias eram maiores nas mulheres com idade superior ou igual a 36 anos nas dimensões atitudes perante o comportamento e decisão em amamentar, com excepção da norma subjectiva. Contudo, não existe diferença estatística significativa, o que nos permite afirmar que a idade é independente das atitudes face à amamentação, (cf. Quadro 23).

**Quadro 23** – Teste U - Mann-Whitney entre a idade e atitudes maternas face à amamentação

Atitudes maternas face à amamentação	19 - 35 anos (n=250)	≥ 36 anos (n=62)	UMW	p
	OM	OM		
Atitudes perante o comportamento	152,61	172,18	6778,000	0,126
Norma subjectiva	156,68	155,77	7705,000	0,944
Decisão de amamentar	155,06	162,31	7389,500	0,571

### Relação entre o estado civil e as atitudes maternas face à amamentação

Pressupomos pela experiência pessoal que o estado civil tem influência nas atitudes maternas face à amamentação. Para estudar esta relação efectuamos o teste de *U-Mann-Whitney*. Os resultados incertos no quadro 24 indicam-nos que as mães casadas/união de facto apresentam médias superiores em todas as dimensões, com excepção da dimensão “atitudes perante o comportamento”, em comparação com as mães solteiras/divorciadas, o que vem de encontro ao nosso pressuposto. Porém, constatamos que as diferenças apenas são significativas para a norma subjectiva sendo que na decisão de amamentar se encontra uma significância marginal, o que comprova a relação de dependências nestas variáveis e rejeita-se em relação à atitude comportamental.

**Quadro 24** – Teste U - Mann-Whitney entre o estado civil e atitudes maternas face à amamentação

Atitudes maternas face à amamentação	Solteira/ Divorciada (n=61)	Casada/ União de facto (n=251)	UMW	p
	OM	OM		
Atitudes perante o comportamento	148,45	158,46	7164,500	0,437
Norma subjectiva	134,89	161,75	6337,000	0,037*
Decisão de amamentar	136,77	161,29	6452,000	0,057*

### Relação entre a nacionalidade e as atitudes maternas face à amamentação

Com a finalidade de analisar o efeito da variável nacionalidade nas atitudes maternas face à amamentação, foi utilizado o Teste *U-Mann-Whitney*.

Analisando o quadro, verificamos que as mães que não apresentam nacionalidade Portuguesa apresentam médias superiores em todas as dimensões, relativamente às mães com nacionalidade Portuguesa. Contudo, não existe diferença estatística significativa.

**Quadro 25** – Teste U - Mann-Whitney entre a nacionalidade e atitudes maternas face à amamentação

Atitudes maternas face à amamentação	Sim (n=302)	Não (n=10)	UMW	p
	OM	OM		
Atitudes perante o comportamento	156,49	156,85	1506,500	<b>0,990</b>
Norma subjectiva	156,15	167,15	1403,500	<b>0,704</b>
Decisão de amamentar	156,32	161,85	1456,500	<b>0,849</b>

### Relação entre a escolaridade e as atitudes maternas face à amamentação

Com o intuito de estudarmos a relação entre a escolaridade e as atitudes maternas aplicamos o Teste de *Kruskal-Wallis*.

Verificámos que as mães com escolaridade superior, apresentam ordenações médias mais elevadas na dimensão atitudes perante o comportamento, contudo, as que apresentam um grau de escolaridade até 3º ciclo revelam ter um maior nível na dimensão

norma subjectiva e na decisão de amamentar. Encontramos diferenças estatisticamente significativas na dimensão norma subjectiva ( $p = 0,039$ ). Pelo que podemos afirmar que a **escolaridade** influencia as atitudes maternas face à amamentação, nesta dimensão.

Efectuado o teste post hoc de Tukey com as ordenações, verificamos que a diferença se situa entre as inquiridas com menor nível de escolaridade e as que possuem o ensino superior ( $p=0.032$ )

**Quadro 26** – Teste Kruskal Wallis entre a escolaridade e atitudes maternas face à amamentação

Atitudes maternas face à amamentação	Até ao 3º ciclo	Secundário	Superior	X <sup>2</sup>	p
	N=80	N=96	N=135		
	OM	OM	OM		
Atitudes perante o comportamento	151,10	149,83	163,29	1,578	0,454
Norma subjectiva	176,43	142,25	153,67	6,477	0,039
Decisão de amamentar	162,10	144,22	160,76	2,395	0,302

### Relação entre a situação profissional e as atitudes maternas face à amamentação

Com a finalidade de estudarmos a influência da variável situação profissional nas atitudes maternas face à amamentação usamos o Teste *Kruskal-Wallis*.

A análise das ordenações expostas no quadro 27, permite constatar, que as mães desempregadas apresentam médias superiores nas dimensões atitudes perante o comportamento e decisão de amamentar comparativamente às das mães empregadas. Para a dimensão norma subjectiva são as mães empregadas a tempo parciais que exibem ordenações médias mais elevadas, condizentes com melhor atitude materna.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões pelo que, podemos inferir que a **situação profissional** não influencia as atitudes maternas face à amamentação.

**Quadro 27** – Teste Kruskal Wallis entre a situação profissional e atitudes maternas face à amamentação

Atitudes maternas face à amamentação	Empregada a tempo inteiro	Empregada a tempo parcial	Desempregada	X <sup>2</sup>	p
	N=252	N=19	N=40		
	OM	OM	OM		
Atitudes perante o comportamento	155,34	151,11	162,51	0,280	0,869
Norma subjectiva	153,19	176,79	163,85	1,571	0,456
Decisão de amamentar	154,98	159,18	160,94	0,177	0,915

**Relação entre residência e as atitudes maternas face à amamentação**

O Teste *Kruskal-Wallis* foi o utilizado para estudar a relação entre as atitudes maternas e o local de residência.

As mães que residem na vila revelam ter ordenações mais elevadas em todas as dimensões em relação às que residem na cidade e aldeia. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões pelo que, podemos inferir que a **residência** não influencia as atitudes maternas face à amamentação.

**Quadro 28** – Teste Kruskal-Wallis entre a residência e atitudes maternas face à amamentação

Atitudes maternas face à amamentação	Aldeia	Vila	Cidade	X <sup>2</sup>	p
	N=37	N=124	N=149		
	OM	OM	OM		
Atitudes perante o comportamento	131,54	168,49	150,64	5,688	0,058
Norma subjectiva	149,27	165,31	148,88	2,482	0,289
Decisão de amamentar	136,92	167,73	149,94	4,473	0,107

**H2 – As variáveis obstétricas (Número de gestações anteriores, Gravidez planeada, Vigilância da gravidez, Tipo de parto, Gravidez termo/prematuridade, Problemas Gestação) tem efeito significativo com as atitudes maternas face à amamentação.**

### **Relação entre o número de gestações anteriores e atitudes maternas face à amamentação**

Quando verificamos se existia relação entre as atitudes maternas e o nº de gestações, efectuamos o Teste de *Kruskal-Wallis*.

Verificámos que as mães com três ou mais gestações anteriores, apresentam ordenações médias superiores em todas as dimensões. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão decisão em amamentar ( $p = 0,025$ ). Por conseguinte podemos afirmar que a o **nº de gestações anteriores** influencia as atitudes maternas face à amamentação.

**Quadro 29 – Teste Kruskal Wallis entre o número de gestações anteriores e atitudes maternas face à amamentação**

Atitudes maternas face à amamentação	0 gesta	1 gesta	2 gesta	>= 3 gestas	X <sup>2</sup>	p
	N=131	N=117	N=46	N=18		
	OM	OM	OM	OM		
<b>Atitudes perante o comportamento</b>	141,37	162,27	175,88	179,58	7,465	0,058
<b>Norma subjectiva</b>	142,79	165,27	158,24	194,81	7,411	0,060
<b>Decisão de amamentar</b>	139,65	166,61	164,47	193,03	9,349	0,025

Efectuado o teste post hoc com as ordenações médias, verificamos não existir significância estatisticamente entre os grupos.

### **Relação entre gravidez planeada e atitudes maternas face à amamentação.**

Para saber se o planeamento da gravidez influenciava as atitudes maternas face à amamentação realizamos o Teste U-Mann-Whitney.

Analisando as médias constatámos, que as mães com uma gravidez não planeada, apresentam médias superiores em todas as dimensões. Contudo, não existe diferença estatística significativa.

**Quadro 30** – Teste U - Mann-Whitney entre a gravidez planeada e atitudes maternas face à amamentação

Atitudes maternas face à amamentação	Sim (n=261)	Não (n=51)	UMW	p
	OM	OM		
Atitudes perante o comportamento	155,02	164,06	6270,000	0,513
Norma subjectiva	154,28	167,84	6077,000	0,326
Decisão de amamentar	154,80	165,19	6212,500	0,452

#### **Relação entre vigilância da gravidez e atitudes maternas face à amamentação.**

Pretendíamos identificar se a vigilância da gravidez influencia as atitudes maternas, para tal realizamos novamente o Teste U-Mann-Whitney.

Dos resultados obtidos e apresentados no quadro 31, observamos que as mães com vigilância da gravidez, apresentam médias elevadas em todas as dimensões. Sem significância estatística.

**Quadro 31** – Teste U - Mann-Whitney entre a vigilância da gravidez e atitudes maternas face à amamentação

Atitudes maternas face à amamentação	Sim (n=307)	Não (n=3)	UMW	p
	OM	OM		
Atitudes perante o comportamento	155,07	199,33	329,000	0,395
Norma subjectiva	155,37	169,17	419,500	0,790
Decisão de amamentar	155,05	201,33	323,000	0,373

### Relação entre problemas na gravidez e atitudes maternas face à amamentação

Para saber o comportamento da variável atitudes maternas quando comparada com os problemas na gravidez, efectuamos um Teste de *U-Mann-Whitney*.

Pela análise do quadro 32, constatámos que as mães sem problemas durante a gestação exibem médias mais elevadas na dimensão norma subjectiva. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões das atitudes maternas face à amamentação pelo que, podemos afirmar que **problemas na gravidez** não influenciam a variável dependente.

**Quadro 32** – Teste U - Mann-Whitney entre os problemas na gravidez e atitudes maternas face à amamentação

Atitudes maternas face à amamentação	Sem problemas (n=262)	Com problemas (n=50)	UMW	p
	OM	OM		
Atitudes perante o comportamento	154,84	165,20	6115,000	0,457
Norma subjectiva	156,64	155,79	6514,500	0,952
Decisão de amamentar	155,62	161,10	6320,000	0,694

### Relação entre o tipo de parto e atitudes maternas face à amamentação

Para saber se existe relação entre o tipo de parto e a nossa variável dependente efectuamos o Teste *U-Mann-Whitney*.

Analisando as médias constatámos, que partos por via vaginal, apresentam médias superiores na dimensão norma subjectiva. Observando os níveis de significância constatámos que há diferença estatística significativa apenas na dimensão atitude perante o comportamento ( $p = 0,035$ ), o que nos leva a afirmar que a variável independente **tipo de parto** influencia o comportamento face à amamentação.

**Quadro 33** – Teste U - Mann-Whitney entre o tipo de parto e atitudes maternas face à amamentação

Atitudes maternas face à amamentação	Parto vaginal (n=220)	Abdominal (n=92)	UMW	p
	OM	OM		
Atitudes perante o comportamento	149,54	173,14	8589,000	0,035
Norma subjectiva	156,74	155,93	10068,000	0,943
Decisão de amamentar	152,04	167,16	9139,500	0,177

**Relação entre o tipo de gravidez de termo/prematuridade e atitudes maternas face à amamentação**

Procuramos entretanto saber em que medida o tipo de gravidez de termo/prematuridade influencia as atitudes maternas, para isso utilizamos o Teste *U-Mann-Whitney*.

Realizado este teste, verificou-se que as gestações prematuras exibem as ordenações médias elevadas, em todas as dimensões, com excepção da dimensão norma subjectiva. Encontramos significância estatística na dimensão atitude perante o comportamento (cf. Quadro 34).

**Quadro 34** – Teste U - Mann-Whitney entre a gravidez de termo/prematuridade e atitudes maternas face à amamentação

Atitudes maternas face à amamentação	Prematuro (n=75)	Termo (n=237)	UMW	p
	OM	OM		
Atitudes perante o comportamento	181,15	148,70	7038,500	0,007
Norma subjectiva	155,55	156,80	8816,000	0,916
Decisão de amamentar	168,98	152,55	7951,500	0,169

**H3 – As atitudes maternas face à amamentação são influenciadas pelo aleitamento materno (Tempo de amamentação do filho anterior, experiência anterior, aleitamento actual, tempo de aleitamento actual, decisão de amamentar e afecto materno)**

**Relação existência de filhos com amamentação anterior e atitudes maternas face à amamentação**

Com a finalidade de estudar a relação entre as atitudes maternas e a existência de filhos com amamentação anterior realizou-se o Teste *U-Mann-Whitney*.

Podemos constatar que as mulheres com filhos apresentam ordenações médias superiores em todas as dimensões. Foram obtidas diferenças estatisticamente significativas na dimensão atitudes perante o comportamento ( $p=0,035$ ).

**Quadro 35 – Teste U - Mann-Whitney entre se já têm filhos amamentou e atitudes maternas face à amamentação**

Atitudes maternas face à amamentação	Sim (n=130)	Não (n=41)	UMW	p
	OM	OM		
Atitudes perante o comportamento	81,52	100,22	2082,000	0,035
Norma subjectiva	85,97	86,09	2661,500	0,990
Decisão de amamentar	83,31	94,52	2315,500	0,206

**Relação entre experiência anterior de amamentação e atitudes maternas face à amamentação**

Os resultados da análise do Quadro 36, e dos valores do teste de Mann-Whitney, demonstram-nos a não existência de diferença estatisticamente significativa entre as variáveis.

Contudo a análise detalhada do quadro permite constatar que as mães que tiveram experiência anterior de amamentação agradável, apresentam médias elevadas em todas as dimensões à excepção da dimensão atitudes perante o comportamento, comparativamente às que tiveram uma experiência desagradável.

**Quadro 36** – Teste U - Mann-Whitney entre o tipo de experiência anterior de amamentação e atitudes maternas face à amamentação

Atitudes maternas face à amamentação	Agradável (n=81)	Desagradável (n=6)	UMW	p
	OM	OM		
Atitudes perante o comportamento	43,91	45,17	236,000	0,907
Norma subjectiva	44,72	34,25	184,500	0,326
Decisão de amamentar	44,56	36,50	198,000	0,451

### Relação entre aleitamento materno actual e atitudes maternas face à amamentação

A fim de verificarmos a relação entre o aleitamento materno actual e as atitudes maternas face à amamentação (quadro 37) utilizamos o Teste *U-Mann-Whitney*, que não identificou existência de diferenças significativas entre os grupos de mães que amamentaram.

**Quadro 37** – Teste U - Mann-Whitney entre o tipo de aleitamento materno actual e atitudes maternas face à amamentação

Atitudes maternas face à amamentação	Sim (n=294)	Não (n=18)	UMW	p
	OM	OM		
Atitudes perante o comportamento	155,82	167,56	2447,000	0,592
Norma subjectiva	155,96	165,31	2487,500	0,669
Decisão de amamentar	155,94	165,72	2480,000	0,655

### Relação entre tempo até amamentar e atitudes maternas face à amamentação

O teste *Kruskal-Wallis* permitiu identificar a existência de diferenças significativas nas dimensões atitude perante o comportamento e decisão de amamentar ( $p=0,000$ ). Logo, podemos afirmar que a atitude perante o comportamento e a decisão em amamentar tem poder explicativo sobre o tempo até amamentar. Verificámos que quem amamentou entre os 6-9 meses, apresenta ordenações médias superiores nestas dimensões.

**Quadro 38** – Teste Kruskal Wallis entre o tempo de aleitamento materno actual e atitudes maternas face à amamentação

Atitudes maternas face à amamentação	1 mês	2 -3 meses	3 - 6 meses	6 – 9 meses	9 – 12 meses	>= 12 meses	X <sup>2</sup>	p
	N=59	N=42	N=152	N=17	N=10	N=14		
	OM	OM	OM	OM	OM	OM		
Atitudes perante o comportamento	130,30	147,62	132,55	228,38	241,15	216,86	43,959	0,000
Norma subjectiva	154,69	129,48	142,21	175,00	190,10	164,86	7,790	0,168
Decisão de amamentar	142,16	136,86	135,93	206,94	225,60	199,57	25,709	0,000

Foi aplicado o Teste *Post Hoc* - *Tukey*, para localizar as diferenças entre pares de grupos, com significância estatística, podendo estas ser conferidas no quadro 39.

**Quadro 39** – Teste Post Hoc – *Tukey* entre o tempo de aleitamento materno actual e atitudes maternas face à amamentação

Atitudes maternas face à amamentação	1 mês/ >= 12meses	2 -3meses/ >= 12meses	3 – 6meses/ >= 12meses	6 – 9meses/ >= 12meses	9 – 12meses/ >= 12meses
	p	p	p	p	p
Atitudes perante o comportamento	0,004	0,056	0,002	0,999	0,977
Norma subjectiva	0,999	0,757	0,931	0,999	0,979
Decisão de amamentar	0,175	0,133	0,064	1,000	0,971

*Tukey*

### Relação entre tempo de aleitamento actual e atitudes maternas face à amamentação

Quando estudamos a relação entre o tempo de aleitamento actual e as atitudes maternas aplicamos o Teste *Kruskal-Wallis*. Os resultados obtidos e expressos no quadro 40 mostram que quem amamentou nos primeiros 31- 60 min, apresentam ordenações médias superiores na dimensão norma subjectiva, contudo, as que amamentaram após 120 minutos do nascimento apresentam um maior nível na dimensão atitude perante o comportamento e na decisão de amamentar. Não encontramos diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões das atitudes maternas face à amamentação.

**Quadro 40** – Teste Kruskal Wallis entre o tempo até amamentar e atitudes maternas face à amamentação

Atitudes maternas face à amamentação	<= 30 minutos	31 – 60 minutos	61 -120 minutos	> 120 minutos	X <sup>2</sup>	p
	N=153	N=56	N=37	N=43		
	OM	OM	OM	OM		
Atitudes perante o comportamento	149,28	135,99	121,96	161,33	5,506	0,138
Norma subjectiva	140,89	158,11	138,89	147,80	1,999	0,573
Decisão de amamentar	145,53	149,33	127,45	152,58	2,143	0,543

**Relação entre a introdução da chupeta e atitudes maternas face à amamentação**

Quando estudamos a relação entre a introdução da chupeta e as atitudes maternas face à amamentação aplicamos o Teste *U-Mann-Whitney*.

Os resultados obtidos e expressos no quadro 41 permitiu-nos certificar, que quem introduziu a chupeta, apresenta médias mais elevadas em todas as dimensões à excepção da dimensão norma subjectiva, comparativamente às que não introduziram chupeta. As diferenças encontradas são significativas para a dimensão atitudes perante o comportamento ( $p=0,052$ ).

**Quadro 41** – Teste U - Mann-Whitney entre a introdução de chupeta e atitudes maternas face à amamentação

Atitudes maternas face à amamentação	Sim (n=234)	Não (n=74)	UMW	p
	OM	OM		
Atitudes perante o comportamento	148,95	172,05	7359,000	0,052
Norma subjectiva	154,93	153,13	8556,500	0,879
Decisão de amamentar	152,06	162,23	8086,000	0,392

**H4 – As variáveis contextuais do bebé (o contacto pele a pele na 1ª hora de vida, local onde dorme) tem efeito significativo com as atitudes maternas face à amamentação.**

#### **Relação entre o contacto pele a pele na 1ª hora de vida e atitudes maternas face à amamentação**

Pretendemos identificar se o contacto pele a pele na 1ª hora de vida influenciava as atitudes maternas e nesta medida realizamos o Teste *U-Mann-Whitney*.

Realizado o teste verificou-se que quando existiu contacto pele a pele as ordenações médias eram mais elevadas na dimensão norma subjectiva. Contudo, não existe diferença estatística significativa (cf. Quadro 42).

**Quadro 42 – Teste U - Mann-Whitney entre o contacto pele a pele na 1ª hora de vida e atitudes maternas face à amamentação**

Atitudes maternas face à amamentação	Sim (n=241)	Não (n=70)	UMW	p
	OM	OM		
Atitudes perante o comportamento	153,33	165,19	7791,500	0,331
Norma subjectiva	158,00	149,12	7953,500	0,467
Decisão de amamentar	155,81	156,66	8388,500	0,944

#### **Relação entre o local onde dorme e atitudes maternas face à amamentação**

Já para saber se o local onde dorme influencia as atitudes maternas efectuamos o Teste *U-Mann-Whitney*.

Analisando as médias constatámos, que quem dorme no quarto dos pais apresentam médias superiores no que diz respeito às atitudes perante o comportamento e decisão de amamentar. Os que não dormem no quarto dos pais, apresentam valores médios superiores no que diz respeito à norma subjectiva. Não foi encontrada significância estatística.

**Quadro 43** – Teste U - Mann-Whitney entre o local onde dorme e atitudes maternas face à amamentação

Atitudes maternas face à amamentação	Sim (n=209)	Não (n=99)	UMW	p
	OM	OM		
Atitudes perante o comportamento	156,13	151,05	10004,000	0,640
Norma subjectiva	152,54	158,64	9936,000	0,574
Decisão de amamentar	154,28	154,97	10299,000	0,949

#### **Relação entre as atitudes maternas face à amamentação e as variáveis independentes (Idade materna e paterna e decisão de amamentar)**

Para o estudo das atitudes maternas face à amamentação (comportamento) com as variáveis idade materna e paterna e decisão de amamentar, procedemos à realização de uma regressão múltipla. Este procedimento estatístico é usado quando pretendemos relacionar uma variável dependente (endógena) com mais de duas variáveis independentes (exógenas) em simultâneo. Os resultados apresentam-se nos Quadros 44 e 45.

Neste modelo de regressão a variável que apresenta maior correlação com as atitudes maternas (comportamento) é a idade paterna ( $r=0,171$ ) e a de menor correlação é a idade materna ( $r=-0,146$ ). As variáveis idade e decisão de amamentar estabelecem com as atitudes maternas (comportamento) uma relação directa, contudo é estatisticamente significativa em relação à idade paterna.

**Quadro 44** – Correlação de Pearson entre as atitudes maternas face à amamentação (comportamento) e as variáveis independentes (idade materna e paterna e decisão em amamentar)

Variáveis	r	R <sup>2</sup>	p
Idade Materna	0,146	0,024	0,005
Idade Paterna	0,171	0,029	0,001
Decisão de amamentar	0,156	0,024	0,003

A correlação que o conjunto destas variáveis estabelecem com as atitudes maternas face à amamentação (comportamento) é fraca ( $r=0,171$ ) explicando 2,9% da variação e o erro padrão da estimativa é de 8,36983.

Observamos também que as variáveis presentes no modelo não são colineares dado que os valores da variance inflation factor (VIF) situam-se entre o 1,000, e 5,0 tal como preconizado por PESTANA e GAGEIRO (2007).

Por sua vez, os coeficientes padronizados beta indicam que “a idade paterna” é a variável com maior peso preditivo, sendo a que apresenta menor peso a decisão em amamentar. Estas duas variáveis são preditoras da decisão de amamentar variando em sentido directo, isto é, quanto maior a idade das mães e dos pais, maior a decisão em amamentar.

A equação de regressão é:

Atitudes maternas face à amamentação (comportamento) = 4,170 + 0,298 idade paterna + 0,121 afecto materno

**Quadro 45** – Regressão múltipla para a variável atitudes maternas (comportamento) e variáveis independentes (idade materna e paterna e decisão em amamentar)

Variável dependente = Comportamento					
R=0,234					
$R^2=0,055$					
R ajustado = 0,049					
Erro padrão da estimativa = 8,36983					
Incremento de $r^2= 0,023$					
F= 7,662					
p = 0,006					
ANOVA					
	Soma	Média quadrados	F	p	
Regressão	1254,076	627,038	8,951	0,000	
Residual	21646,686	70,054			
Total	22900,763				
Coeficiente					
	B	Beta	t	p	VIF
Constante	4,170				
Idade Paterna	0,298	0,095	3,155	0,002	1,000
Afecto materno	0,121	0,044	2,768	0,006	1,000

Após termos terminado a análise inferencial procedendo ao estudo da relação entre variáveis, empregando de seguida a análise multivariada através da **árvore de decisão**, do método CHAID. É um instrumento de apoio à tomada de decisão que consiste numa representação gráfica das alternativas disponíveis geradas a partir de uma decisão inicial. Uma das grandes vantagens é a possibilidade de transformação/decomposição de um problema complexo em diversos sub-problemas mais simples. De uma forma recursiva, os novos sub-problemas identificados voltam a ser decompostos em sub-problemas ainda mais simples. (Nunes, P. 2009).

No caso particular do nosso estudo pretendemos decompor a variável inicial atitudes maternas face à amamentação, para através de uma sequência de decisões tomadas, adquirirmos as respostas mais plausíveis acerca das variáveis determinantes, com base na classificação dos dados.

As variáveis independentes utilizadas para a construção da árvore de decisão foram: nacionalidade, residência, planeamento gravidez, vigilância da gravidez, a gravidez decorreu com/sem problemas, prematuridade, bebé fez aleitamento materno, introdução de chupeta, bebé dorme habitualmente no quarto da mãe, idade do pai (gridapai), estado civil (grestadocivil), escolaridade materna (grescmae), escolaridade paterna (grescpai), situação profissional (grsitprof), gestações anteriores (grngestaanterior), tipo de parto (grtipoparto), e a decisão de amamentar (grtotiama) componente das atitudes materna face amamentação.

Como variável dependente consideramos, as atitudes maternas face à amamentação (grtotamamenta1). Os resultados presentes na Árvore mostram que existem três níveis de profundidade, o número mínimo estabelecido para os nós Parent 100 e Child 50, cujas variáveis são estatisticamente significativas na explicação se as atitudes maternas face à amamentação se são baixas, moderadas ou altas. Como variáveis explicativas permaneceram, **a introdução da chupeta** (sim ou não), o **estado civil** (solteira/divorciada e casada/união de facto) e **residência** (vila e aldeia/cidade) encontrando-se distribuídas por sete nós, dos quais dois são terminais.

Os sete nós repartem-se em caixas que contêm a informação do número e percentagem das atitudes baixas, moderadas e altas atitudes maternas face à amamentação, como mostra o diagrama da árvore. Dois dos nós não têm ramificações (2,3) pelo que se chamam nós terminais.

O diagrama da árvore mostra, a sombreado cinzento em cada caixa, a categoria prevista da variável de resposta pelo método CHAID.

A primeira caixa correspondente ao nó zero, ou de raiz, delimita a sombreado a categoria de **alta atitude materna face à amamentação**, apresentando uma probabilidade

46,8% ( $= 146 \div 312 \times 100$ ) de alta atitude em amamentar, pelo que 38,5% apresentam baixa atitude em amamentar e 14,7% moderada atitude.

O primeiro nível de profundidade da árvore obtém-se através do perfil de introdução da chupeta, indicando ser esta variável a que melhor prevê as atitudes maternas face à amamentação, segmentando-se a amostra nas suas duas modalidades (sim e não).

Neste nível apenas se interpreta o nó dois, não só por ser um nó terminal mas também porque o método CHAID lhe atribui 47,3% de probabilidade em pertencer à categoria alvo de alta atitude em amamentar.

Retira-se deste nó que 23,97% ( $= 35 \div 146 \times 100$ ) da totalidade das altas atitudes em amamentar da amostra se deve aquelas mães que não introduziram chupeta, independentemente das demais variáveis, por ser o nó terminal do primeiro nível.

O segundo nível de profundidade mostra que o estado civil é a variável que melhor prevê a alta atitude em amamentar.

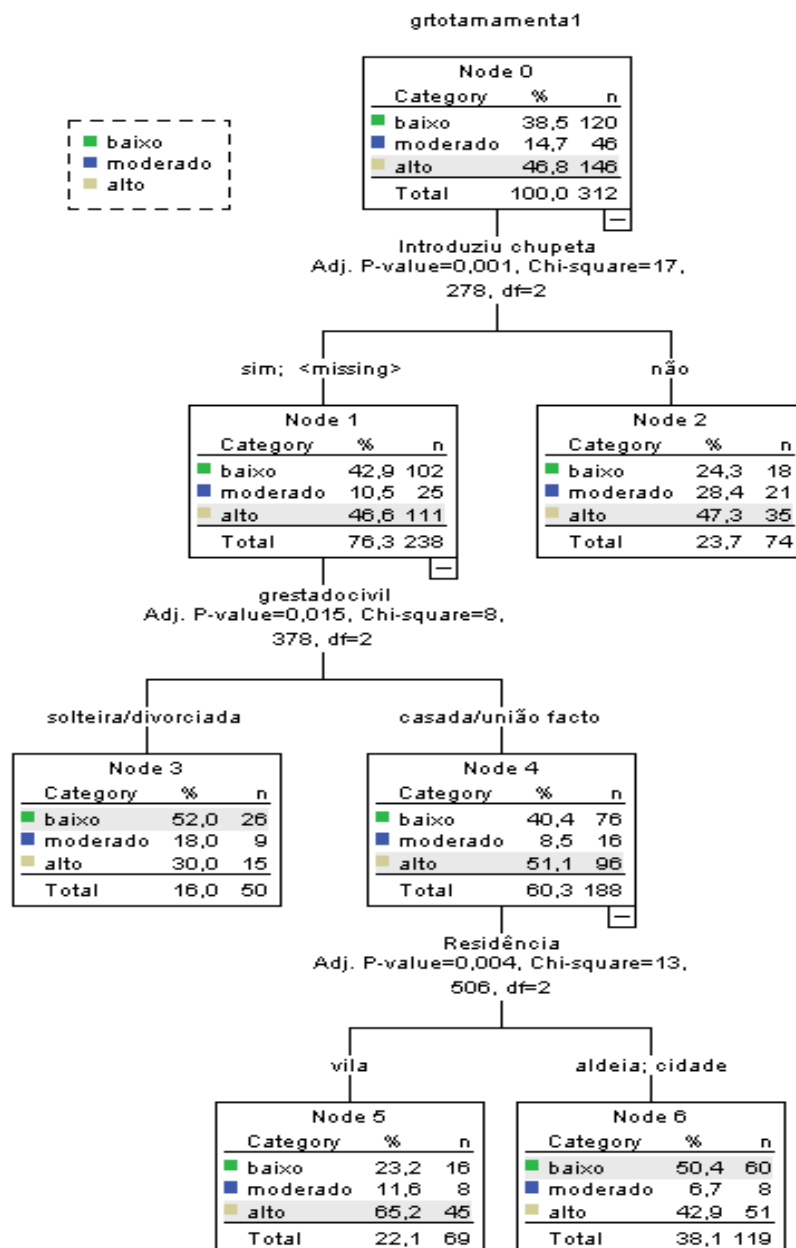
O nó três deste nível embora seja terminal mostra a probabilidade, respectivamente 52% de baixa atitude em amamentar.

Assim prossegue-se com o terceiro nível de profundidade a partir do nó quatro, que através da residência origina os nós terminais 5,6.

O nó cinco indica que, as mulheres que vivem na vila, 65,2% são previstas terem uma alta atitude em amamentar. Embora o método CHAID preveja que o nó seis a existência modal de baixa atitude em amamentar (50,4%), este nó tem associado um erro de classificação incorrecta em alta atitude em amamentar de 42,9%.

O erro padrão de 0,028 permite a construção de intervalos de confiança a 95% dado por  $0,468 \pm 1,96 \times 0,028$  mostra que o risco das classificações incorrectas se situa entre,0 4% e 10%. Existem 146 mães correctamente classificadas com alta atitude materna face à amamentação, provenientes dos nós terminais e que correspondem a 46,8%. Podemos inferir que não existe erro uma vez que a diferença entre as atitudes maternas face à amamentação e o valor preditivo é nula.

## ÁRVORE DE DECISÃO – Árvore CHAID das atitudes maternas face à amamentação



### Em síntese:

- A variável idade influencia a dimensão norma subjectiva.
- Relativamente ao estado civil interage na predição da dimensão norma subjectiva e a decisão de amamentar.
- A variável independente nacionalidade não influencia as atitudes maternas face à amamentação.

- A escolaridade influencia as atitudes maternas face à amamentação.
- Não existe relação entre a variável situação profissional e as atitudes maternas face à amamentação.
- A variável independente residência não influencia as atitudes maternas face à amamentação.
- Existe relação entre o número de gestações anteriores e a norma subjectiva.
- O planeamento da gravidez não influencia as atitudes maternas face à amamentação.
- O local de vigilância da gravidez não influencia a variável dependente.
- Não existe relação entre problemas na gravidez e atitudes maternas face à amamentação.
- A variável tipo de parto influencia a dimensão comportamento face à amamentação ( $p=0,035$ ).
- A variável gravidez de termo/prematuridade influencia a dimensão comportamento face à amamentação  $p=(0,007)$ .
- Existe relação entre a variável já tem filhos amamentou e a dimensão comportamento ( $p=0,035$ ).
- A variável experiência anterior influencia as atitudes maternas face à amamentação.
- O aleitamento materno actual não influencia a variável dependente.
- Existe relação entre a variável tempo de amamentar e atitudes maternas face à amamentação ( $p=0,000$ ).
- Não existe relação entre o tempo de aleitamento actual e as atitudes maternas face à amamentação.
- O contacto pele a pele na 1ª hora de vida não influencia as atitudes maternas face à amamentação.
- A variável introdução da chupeta interage na predição das dimensões atitudes perante o comportamento e decisão de amamentar.
- Não existe relação entre o local onde dorme e as atitudes maternas face à amamentação.



## 7 – DISCUSSÃO

Após a apresentação dos resultados torna-se pertinente responder aos objectivos do nosso estudo. Deste modo, a discussão dos resultados, permite-nos referir, o que empiricamente foi o que mais se evidenciou.

A discussão dos resultados é uma fase decisiva de um estudo científico, porque ajuda a conhecer os dados recolhidos e confrontá-los com as conceptualizações teóricas que serviram de apoio à nossa investigação.

O investigador examina os principais resultados da investigação, na discussão, ligando-os ao problema, às questões ou às hipóteses, comparando os resultados obtidos com os de outros trabalhos de investigação. Anuncia os erros de amostragem, os constrangimentos experimentados na aplicação do desenho ou as dificuldades encontradas na manipulação das variáveis (Fortin, 2009). Neste capítulo, procuramos fazer uma reflexão sobre o trabalho desenvolvido, assentando no pensamento e análise crítica, recorrendo sempre a opinião de autores consultado. A informação foi sistematizada e os resultados foram apresentados através das medidas estatísticas que nos pareceram mais adequadas a cada situação.

### 7.1 – DISCUSSÃO METODOLÓGICA

A estratégia metodológica desenhada para este estudo teve em conta, o tipo de estudo realizado e os objectivos traçados.

Tais objectivos levaram-nos a definir uma amostra que conseguisse traduzir resultados fiáveis e a eleger como instrumentos de medição questionários de auto-resposta, que na opinião de Sampieri et al. (2003), são os instrumentos mais adequados para se estudar no mais curto espaço de tempo um grande número de sujeitos.

Usámos o questionário que denominámos de Aleitamento Materno e solicitámos a autorização aos respectivos Conselhos de Administração dos serviços de saúde, através de ofício juntamente com um exemplar dos questionários que pretendíamos aplicar, garantindo todos os precedentes éticos.

Para que o presente estudo possa contribuir para o conhecimento na área da Saúde Materna e mais especificamente, para as atitudes maternas face à amamentação, é importante distinguir algumas restrições metodológicas.

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

O facto do presente estudo ser transversal e descritivo/analítico, aponta também para algumas desvantagens, uma vez que carece de um controlo experimental das variáveis independentes e de no momento da colheita de dados as mães terem de se referir a fenómenos com um distanciamento temporal significativo, de cerca de dois anos. A transformação do nosso estudo em longitudinal com monitorização da evolução das variáveis envolvidas poderia conduzir à obtenção de resultados mais fiáveis.

O estudo empírico descritivo correlacional e explicativo apesar de ser um estudo não experimental pretende descrever os comportamentos dos participantes tal qual se manifestem nos seus ambientes naturais de vida e de identificar a inter-relação entre as variáveis dependentes e independentes, sendo também nossa intenção obter evidências para explicar por que ocorre um determinado fenómeno (Duarte, 2008). Foi com base neste pressuposto que se tornou possível avaliar a eficácia preditiva de algumas variáveis em estudo como foi o caso do planeamento da gravidez, a experiência anterior de amamentar e a introdução da chupeta.

## 7.2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

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

### **Atitudes maternas face à amamentação e variáveis sócio demográficas**

O número de mães estudadas é de 312, com **idades** compreendidas entre os 18 e os 42 anos, a média é de 31,18, sendo o grupo mais representativo o das mães com idades compreendidas entre 19 e 35 anos, com uma percentagem de 80,1%.

Importa referir que no grupo de mães com idades superiores ou iguais a 36 anos, obtivemos 19,9% da amostra, o que nos indica a existência de mães que tiveram os seus filhos nos extremos da vida fértil, que segundo Mendes da Graça (2005) se situa antes dos 18 anos e após os 35 anos de idade. Contudo, na nossa amostra não participaram mães adolescentes.

Verificámos, que as mães com idade superior ou igual a 36 anos possuem melhores resultados, com excepção na dimensão “norma subjectiva” comparativamente às mães com idade 19 - 35 anos, logo pode-se concluir que a idade apenas influencia esta dimensão.

Existem autores que consideram não haver associação significativa entre a idade materna e a duração do aleitamento materno, outros, por sua vez, verificam que os filhos de mães mais velhas, mamam por mais tempo, exclusiva ou parcialmente, em relação aos filhos das mães mais jovens, especialmente quando estas tinham maior número de filhos e/ou história pregressa de sucesso em aleitamento materno (Faleiros, Trezza e Carandina, 2006; Caldeira, Moreira, Pinto, 2007).

Para Santos, Ferrari e Tonete (2009), independentemente da idade materna, o desmame precoce tem-se revelado um grande problema a enfrentar, condicionado por factores emocionais, educacionais, culturais, familiares e sociais.

Quanto à sua distribuição segundo o **estado civil**, constatámos que na sua grande maioria (80,4%) são casadas/união de facto. Ao compararmos o estado civil com a amamentação, podemos constatar que as mães casadas/união de facto são aquelas que amamentaram mais. Existe diferença estatística significativa entre o estado civil e a norma subjectiva e a decisão de amamentar.

O facto de as mães terem uma união estável e o apoio de outras pessoas, especialmente do marido ou companheiro, parece exercer uma influência positiva na duração do aleitamento materno. Tanto o apoio social e económico, como o emocional e o educacional parecem ser muito importantes, sendo o companheiro a pessoa de maior peso nesses diferentes tipos de apoio (Faleiros, Trezza e Carandina, 2006; Caldeira, Moreira, Pinto, 2007).

A maioria das mães em estudo tem **nacionalidade** Portuguesa (96,8%). Ao compararmos a nacionalidade com a amamentação, podemos constatar que as mães portuguesas amamentam menos.

No que concerne à **escolaridade** das mães em estudo, constatámos que a maioria possuía um curso superior (43,4%), seguindo-se 30,9% com o ensino secundário. Estes resultados confirmam os dados do INE (2011) nos Censos 2011, tendo revelado um aumento do nível de instrução da população portuguesa de forma bastante expressiva na última década. Mais ainda, a população que hoje possui o ensino superior completo quase duplicou, face a 2001, e cerca dos 61% dos licenciados são do sexo feminino.

A maioria dos trabalhos aponta índices de aleitamento materno nos filhos de pais com maior nível de escolaridade e socioeconómico, como relata Kummer et al, citado por Silva e Souza (2005). Segundo Almeida (1996,) citado por Maia (2007), o maior nível de

escolaridade nos países industrializados encontra-se associado ao sucesso do aleitamento materno, dado que as mães amamentam mais e durante mais tempo, situação inversa à verificada nos países em desenvolvimento.

Também o estudo de Sarafana et al (2006), no qual se observou uma relação estatisticamente significativa entre a amamentação e a escolaridade, com as mães de escolaridade superior a amamentarem mais e durante mais tempo, bem como no estudo de (Galvão, 2005; Branco, 2004; Caldeira, Moreira, Pinto, 2007) em que foram as mães com maiores habilitações literárias que mais prolongaram a amamentação.

Nesta linha de pensamento, este estudo vai de encontro ao defendido por estes autores. As mães que possuem um grau de ensino superior são as que apresentam valores médios superiores na dimensão do comportamento.

No que é referente à **situação profissional** e as atitudes maternas face à amamentação, pudemos verificar que as mães que referiram estar empregadas a tempo inteiro (81%) obtiveram ordenações inferiores em todas as dimensões comparativamente às das mães desempregadas.

Todavia, verificámos não existir diferença estatística significativa entre os dois grupos, sendo legítimo referir que a situação profissional não influencia as atitudes maternas face à amamentação.

Quanto à distribuição das mães segundo a sua zona de **residência**, podemos constatar que a maior parte (48,1%) reside na cidade, seguindo-se (40,0%) que vivem numa vila. As mães residentes em vilas revelam ter ordenações mais elevadas em todas as dimensões em relação às que residem nas cidades e aldeias. Contudo, pelo Teste de *Kruskal-Wallis* e seus resultados constatámos que as diferenças entre as duas variáveis não são significativas.

No estudo descritivo realizado por Galvão (2005) com 607 pares mãe/bebé avaliados durante três meses, as mães residentes em meio rural foram as que mais prolongaram a amamentação dos seus filhos. Ao contrário do estudo realizado por Maria Helena Rodrigues (2002) com uma amostra de 1159 mães inquiridas, 54% são residentes em meio urbano e amamentaram até aos três meses.

### **Atitudes maternas face à amamentação e variáveis Obstétricas**

A maior parte das mães (40%) não apresentaram **gestações anteriores**, são primíparas, o que vai de encontro aos censos de 2011, referindo que as mulheres não só são mães mais cada vez mais tarde, como têm cada vez um menor número de filhos.

Pela análise inferencial apurámos que as mães com superior ou igual a três gestas apresentam médias superiores na norma subjectiva, no comportamento e na decisão de amamentar. Observando o nível de significância, verificámos existir diferença estatística significativa na dimensão norma subjectiva e no comportamento pelo que podemos inferir que estas são influenciadas pela variável gestações anteriores.

Lopes e Marques (2004) chegaram a resultados divergentes com um estudo no qual se observou uma associação entre a paridade e a duração do aleitamento, sendo a duração da amamentação superior nas mulheres com um ou mais filhos, tal como no estudo de Caldeira, Moreira, Pinto, (2007).

Já no estudo de Branco et al (2004), foram primíparas as que amamentaram durante mais tempo.

No nosso estudo, (99%) das mulheres efectuaram **vigilância da gravidez**, e a maioria das participantes do estudo (83,7%) refere que a **gravidez foi planeada** o que nos parece revelar uma sensibilidade da população em estudo para a importância da vigilância da gravidez. Paraphraseando Pinto F. conforme Caldeira, Moreira, Pinto (2007) as mulheres com gravidezes não vigiadas encontravam-se entre as que abandonaram mais precocemente o AM.

A maioria das mães (84%) nega **problemas na gravidez**. Constatámos que as mães sem problemas durante a gestação exibem médias mais elevadas para a dimensão norma subjectiva. Concluimos ainda que não existe relação entre problemas na gravidez e atitudes maternas face à amamentação.

Observou-se que a maioria das mulheres do nosso estudo (70,5%) teve um parto por via vaginal. Podemos verificar que as mães que tiveram um parto “vaginal” apresentam médias superiores na norma subjectiva, às verificadas pelas mães que tiveram um parto “abdominal”. Contudo, o teste de Mann-Whitney revelou a existência de diferença significativa na dimensão do comportamento ( $p= 0,035$ ).

Quanto ao **tipo de parto**, parece haver maior facilidade no estabelecimento da lactação mais precoce e efectiva no parto vaginal, uma vez que não está presente o factor dor incisional ou o efeito pós-anestésico da cesariana, dificultando, portanto, as primeiras mamadas (Faleiros, Treza e Carandina, 2006).

No parto normal, o primeiro contacto mãe/filho ocorre mais precocemente, enquanto na cesariana dificilmente a criança vai até a mãe antes das primeiras seis horas pós-parto, propiciando a introdução de fórmula láctea ou glicose para o recém-nascido (Faleiros, Trezza e Carandina, 2006; Caldeira, Moreira, Pinto, segundo Estévez et al, 2007).

Observámos que a maioria das mulheres (76%) tiveram uma **gestação de termo** e (24%) uma **gestação pré-termo**, tendo-se verificado que as mulheres que tiveram uma gestação de pré-termo apresentaram ordenações médias mais elevadas à excepção da dimensão norma subjectiva. Após aplicação do teste de Mann-Whitney verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão comportamento ( $p=0,007$ ).

Para obter êxito no AM de prematuros, deve-se otimizar o cuidado perinatal, incluindo uma avaliação acurada e individualizada da mãe e do filho e garantindo apoio incondicional para o estabelecimento e manutenção da amamentação. O acompanhamento apropriado do RNPT após a alta hospitalar também é fundamental para a manutenção do AM no domicílio. As mães necessitam de atenção especial, principalmente na primeira semana após a alta e são indispensáveis avaliações periódicas do crescimento e desenvolvimento do lactente (Nascimento & Issler, 2004).

#### **Atitudes maternas face à amamentação e variáveis do aleitamento materno**

Observámos que a maioria das mães (76%) **amamentou outros filhos**. A análise inferencial mostrou-nos existir diferença estatística significativa na dimensão atitude perante o comportamento.

A **experiência de amamentação em filhos anteriores** contribuiu positivamente para a manutenção do AM durante mais tempo.

Após uma experiência prévia positiva, provavelmente, terão mais facilidade para estabelecer AM com os demais filhos. Parece haver uma forte correlação entre a intenção da gestante em amamentar o seu filho e a duração da amamentação (Faleiros, Trezza e Carandina, 2006)

A análise dos dados relativos à experiência de amamentação em filhos anteriores mostrou-nos que 93,1% das mães afirmou ter sido uma experiência agradável.

Verificámos que as mães com experiências agradáveis obtiveram valores médios superiores nas dimensões norma subjectiva e decisão de amamentar. Contudo, após aplicação do teste de Mann-Whitney verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão comportamento ( $p=0,025$ ).

Os principais motivos referidos pelas participantes que caracterizam a experiência anterior como desagradável são “inexperiência e peito gretado”, “dor e sangramento”, ambas com (33,3%), seguindo-se com 16.7% a “mastite”

Segundo Fujimori et al (2010), a insegurança materna decorrente da falta de experiência, tanto pessoal, quanto por observação de outras mulheres que amamentam, é

um factor que influencia a decisão por essa prática e pela sua manutenção. É importante salientar, no entanto, que embora possa ser uma influência positiva o facto de ter visto outras mulheres amamentarem, ou ter amamentado outro filho com sucesso, há que se considerar que os actos humanos não se constituem em mera repetição. Para Fujimori et al (2010), citando Ramos & Almeida (2003) e Rezende et al (2002), a amamentação é um processo diferente a cada experiência, e por isso precisa ser “aprendido” e “reaprendido”. Estes factos reforçam a necessidade de apoio, seja de familiares, amigos ou profissional de saúde que ajude a mãe a construir competências para cuidar do bebé.

No presente estudo as participantes que decidiram realizar o **aleitamento materno actual** foi de (94,8%). No entanto, constatámos que as mães que não amamentaram exibem médias mais elevadas nas dimensões atitude perante o comportamento, norma subjectiva e decisão em amamentar. Concluímos que não existe diferença estatística significativa.

Para Juliana Monteiro (2006), a amamentação está enquadrada como tarefa natural da mulher, já que as suas mamas produzem leite, necessário para a nutrição do filho. Assim, cabe à mulher que acabou de parir a função de alimentar o recém-nascido e mostrar-se uma boa mãe, amamentando pelo tempo recomendado.

Verificámos que a **duração da amamentação do filho actual** no grupo dos 3/6 meses foi o que apresentou um valor percentual mais elevado com (25,0%), seguindo-se o grupo dos 6/9 meses com (20,3%), sendo o grupo dos 2/3 meses com o valor percentual mais baixo (7,0%). No entanto a duração de 9/12 meses apresenta valores médios superiores em todas as dimensões. Apresentando na atitude do comportamento e na decisão em amamentar diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,000$ ).

Segundo a OMS, deve-se manter a amamentação exclusivamente com leite materno até ao 6.º mês, é benéfico dar o peito seja qual for a duração da amamentação.

A maioria das participantes do nosso estudo (60,9%) não estipulou um **horário certo para amamentar o bebé**. O que vai de encontro com a opinião dos autores consultados e com as recomendações da OMS.

Para Fujimori et al (2010), citando Giugliani (2000) e Euclides (1997), a livre demanda deve ser encorajada, pois a prática de amamentar sem restrições de horário associa-se a ganho de peso adequado, melhor estabelecimento e maior duração do aleitamento materno. Contudo, mamadas com intervalos curtos, a cada 30 ou 40 minutos, ou mesmo de hora a hora, como referido por algumas mulheres, são preocupantes e podem indicar que o lactente não pega na mama correctamente (Fujimori et al, 2010).

Relativamente à **introdução de chupeta**, verifica-se que a maioria (74,0%) das mulheres o fez. Este aspecto está associado ao facto de grande parte de profissionais de

saúde, assim como leigos e mães, acreditam que as chupetas são inofensivas e até mesmo necessárias e benéficas para o desenvolvimento da criança, tendo atitude indiferente ou permissiva (Lamounier, 2003; Victora et al, 1997).

As mães que introduziram chupeta, apresentam médias mais elevadas em todas as dimensões à excepção da dimensão norma subjectiva, comparativamente às que não introduziram chupeta. A dimensão atitudes perante o comportamento e decisão de amamentar revela diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ).

### **Atitudes maternas e as variáveis contextuais do bebé**

Está recomendado o **contacto pele a pele na primeira hora de vida**, tendo sido verificado que ele ocorreu em 77,5% dos casos.

Aquando da análise inferencial verificou-se a ausência de diferenças estatisticamente significativas e também que as ordenações médias mais elevadas se encontram nas participantes em que este contacto foi posterior a primeira hora de vida. Uma vez que, estes dados vão contra o consenso que existe sobre esta matéria, seria pertinente a realização de um estudo mais exaustivo sobre a temática.

Contacto pelecompele significa colocar o seu bebé de barriga para baixo, directamente sobre o seu peito, logo depois de nascer. As primeiras horas de aconchego pele com pele permitem que a mãe e o bebé se conheçam melhor, além de trazer grandes benefícios para a saúde (Massachusetts Breastfeeding Coalition).

Para Robson e Moss (1970), consideraram que os momentos imediatamente a seguir ao parto, período que designaram de “crítico” ou “sensível”, são cruciais para o estabelecimento da ligação da díade e, conseqüentemente, para a qualidade futura dos cuidados maternos, determinantes para o desenvolvimento e bem-estar subsequentes do bebé (Martins, 2012).

No que concerne ao deixar o **bebé dormir habitualmente** no seu quarto é prática habitual para a maioria (67,9%) das mulheres em estudo. Não foi identificada no estudo diferença estatística significativa.

A OMS recomenda que o bebé durma no quarto dos pais, no berço, até ao sexto mês. O objectivo é estimular a amamentação, estudos mostram que a indicação também pode reduzir a taxa de morte súbita. (Menegueço, B; Echeverria, M. sd)

## 8 CONCLUSÃO

É importante que todas as mães estejam conscientes da importância do AM, nos primeiros meses de vida. Que sejam incentivadas e informadas correctamente sobre os seus direitos. Que existam políticas de saúde esclarecedoras de promoção ao AM. Os sistemas de informação em saúde devem fornecer dados concretos para as prioridades necessárias. Os técnicos de saúde devem receber formação adequada, para se sentirem capacitados na prestação de cuidados totalmente livre de riscos.

É necessário educar, consciencializar a população em geral quanto ao valor desta prática (amamentação), melhorar os processos de trabalho dos serviços de saúde, dar suporte às mães na comunidade, nos locais de trabalho e restringir a promoção inadequada dos substitutos do leite materno.

A saúde deve ser um tema dominante nos discursos sociais e políticos. As crianças devem ser consideradas não só parte do processo produtivo da espécie humana, mas também, o resultado de uma maturação psicológica influenciada pelo ambiente social, cultural, político, económico, geográfico.

Este capítulo procura ser um ponto de reflexão sobre o estudo realizado. Dar conta de algumas conclusões a que chegamos, no entanto continuam em aberto muitas questões a suscitar novos avanços e novas conclusões.

O presente estudo procurou avaliar as atitudes maternas face à amamentação e identificar a presença de algumas variáveis que pudessem influenciar.

Embora estejamos cientes dos limites existentes no nosso estudo, pensamos ter contribuído para a identificação das características sócio demográficas das mães da amostra, para a avaliação das variáveis obstétricas nas atitudes maternas face à amamentação, verificar o impacto do aleitamento materno nas atitudes maternas, bem como detectar se o contacto pele a pele na 1ª hora de vida e a habitação conjunta influenciam as atitudes maternas face à amamentação.

Ao longo deste estudo recorreu-se a uma revisão da literatura que procurou ser o mais recente possível, aprofundando e fortificando conhecimentos relacionados com a amamentação.

Existem algumas limitações no nosso estudo, tais como: termos uma amostra não aleatória de mães, ser um estudo transversal descritivo/analítico. De referenciar ainda, o facto de no momento da colheita de dados as mães reportarem-se a um acontecimento que

ocorreu nos primeiros dois anos de vida do(a) seu(ua) filho(a). Podíamos ter melhores resultados ao transformarmos o nosso estudo em longitudinal com monitorização da evolução das variáveis envolvidas.

Pretendemos, apresentar uma síntese das principais conclusões que se foram configurando no decurso desta investigação.

Ao traçarmos o **perfil sócio demográfico** médio das mães, teríamos uma mãe, com cerca de 31 anos de idade, casada ou em união de facto, de nacionalidade portuguesa, residente na cidade com o marido e/ou filhos, que possui um curso superior como habilitações literárias, e exercendo funções de quadros superiores/intermédios a tempo inteiro.

A história de gravidez anterior da nossa amostra revela que as mães que já tiveram filhos, planearam e vigiaram a gravidez. Foi uma gravidez simples, sem problemas, o parto foi eutócico, de termo. Amamentou o (s) outro (s) filho (s) e teve uma experiência agradável.

A história de amamentação actual revela uma mãe com intenção de amamentar o filho, por iniciativa própria e com duração entre os [6-9] meses. O motivo de abandono é a falta de leite. Os ensinamentos sobre a amamentação foram realizados pelo enfermeiro e não recorreram a nenhum grupo de apoio. Não estipularam horário certo das mamadas, introduziram chupeta e habitualmente coabitam no quarto dos pais.

As mulheres com melhores atitudes maternas face à amamentação são as que têm idades entre os 19-35 anos, casadas/união de facto, residentes em vila, com ensino superior e trabalhadores qualificados, numa situação profissional empregada a tempo inteiro.

A maioria das mulheres (40,4%) da amostra com uma gestação anterior possuem altas atitudes maternas face à amamentação, enquanto que (30,4%) e (36,7%) possuem moderadas e fracas atitudes, respectivamente.

Em relação ao planeamento da gravidez observamos que (82,2%) o fizeram e que possuíam altas atitudes maternas, enquanto que (78,3%) tinham moderadas atitudes e (87,5%) fracas.

Quanto ao tipo de parto, (68,5%) das inquiridas tiveram um parto por via vaginal e classificadas com altas atitudes maternas, (71,7%) das mulheres com moderadas atitudes e (72,5%) com fracas atitudes.

As mulheres com um parto anterior (43,2%) apresentaram altas atitudes maternas (34,8%) moderadas e (36,7%) fracas.

De acordo com o aleitamento materno anterior (70,8%) das mulheres fizeram-no com altas atitudes maternas, (85,7%) com moderadas atitudes e (79,6%) com fracas atitudes maternas.

Em relação à duração do aleitamento materno anterior, as mulheres que amamentaram durante [3-6 [meses apresentaram atitudes mais elevadas (25,8%), com atitudes moderadas (21,7%) e com fracas atitudes (25,6%).

A experiência de amamentação anterior foi agradável, (95,7%) das mulheres demonstraram ter atitudes elevadas, (85,0%) moderadas e (95,2%) fracas.

Na história do aleitamento materno actual, encontramos (93,8%) das mulheres com altas atitudes maternas, seguindo-se (95,7%) com moderadas atitudes e (94,2) com fracas atitudes. Maioritariamente amamentou num período de [3-6[ meses, apresentando altas atitudes (46%), moderadas (47,7%) e fracas (60,2%). Considerando que o tempo até iniciar o aleitamento após o nascimento foi inferior ou igual a 30 minutos, (52,2%) apresentaram altas atitudes maternas, (60,5%) moderadas e (50,9%) fracas. As mulheres não estabeleceram horário para amamentar, sendo que, (60,3%) apresentaram altas atitudes, (60,9%) moderadas e (61,7%) fracas atitudes maternas face à amamentação. Na introdução da chupeta revelou-se que, as mulheres que introduziram a chupeta, (76%) apresentaram altas atitudes, (54,3%) moderadas e (84,5%) fracas. Esta foi introduzida entre o 2º e 7º dia, (53,2%) apresentaram altas atitudes, (48,0%) moderadas e (42,9%) fracas atitudes maternas. Não ofereceram chá no intervalo das mamadas, e apresentaram altas atitudes maternas (61,6%), moderadas (67,4%) e fracas (63,8%). As mulheres com moderado afecto materno, demonstraram ter (69,9%) de altas atitudes, (71,7%) moderadas e (57,5%) fracas atitudes maternas face à amamentação.

Relativamente às variáveis contextuais do bebé a maior parte das mulheres teve contacto pele /pele na primeira hora de vida com o seu bebé, demonstrando altas atitudes maternas (77,4%), moderadas (73,9%) e fracas atitudes (79%). O bebé dorme no quarto dos pais na sua maioria, apresentando altas atitudes maternas (69,2%), moderadas (60,9%) e fracas (69%).

Esperamos que os resultados deste estudo tenham trazido aspectos decisivos que influenciam as atitudes maternas face à amamentação, e que, as informações obtidas com a realização deste estudo possam contribuir para o aprofundamento dos conhecimentos já existentes nesta área. Esperamos também contribuir para uma tomada de consciência/reflexão relativamente às práticas profissionais, o que se traduzirá em benefício para as mães/família/sociedade.

Tornou-se evidente a importância dos profissionais de saúde em actualizar conhecimentos, aprimorando saberes, não só de forma, a cumprir tarefas que lhes competem, como também alargar horizontes na amamentação. O enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia, para além das competências que lhe são atribuídas no acompanhamento e vigilância da gravidez, trabalho de parto e puerpério, tem o dever de identificar situações, oferecer ajuda e garantir diferentes e melhores condições para que todas as mães tenham a oportunidade de estabelecer bases sólidas nas atitudes face à amamentação, que se irão traduzir em ganhos em saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- \* Alvarenga; I.- *Amamentação e seus benefícios*; Saúde e Beleza; 2008  
[Www.webartigos.com](http://www.webartigos.com)
- \* Amaral, JMV - *Alimentação com Leite Materno*. Tratado de Clínica Pediátrica, capítulo 52; p.288-293;2008
- \* Ana Filipa, D.; Castilho, M.; Ribeiro - *O Início do Aleitamento Materno... Na Sala de partos!*. Servir, vol.nº54- nº2; p.66-68;2006
- \* Barbosa, F. A., Machado, L. D., Souza, L. V., & Scorsolini-Comin, F. (Dezembro de 2010). *Significados do cuidado materno em mães de crianças pequenas*. Periódicos electrónicos em psicologia - Barbaroi, pp. 28-49.
- \* Batalha, L. – *Aleitamento Materno na Região do Baixo Mondego*. Ciência e Técnica; p.19-22;2004
- \* Caldeira,T.;Moreira,P.;Pinto,E.- *Aleitamento materno: estudo dos factores relacionados com o seu abandono*. Rev. Port. Clin. Geral 2007; 23:685-99.
- \* Cardoso, M.; Nogueira,R. - *Função do Enfermeiro na Promoção do Aleitamento Materno*. Revista Ecos de Enfermagem – 271/272, p.26-28
- \* Carvalho, M; Tamez, R.(2005) – *Amamentação bases científicas*. 2ªedição; Guanabara Koogan.
- \* Carvalho, M; Tavares, L. (2010) – *Amamentação bases científicas*. 3ª Edição; Guanabara Koogan.
- \* Cavaco, M. D. (2009). *Aleitamento Materno de Recém-nascidos pré-termo*. Dissertação de mestrado em Enfermagem, Universidade do Porto, Instituto de Ciências biomédica Isabel Salazar.
- \* Chalhub, A. A. (2004). *Padrões comportamentais maternos e desenvolvimento cognitivo de pré-escolares em contexto urbano pobre*. Mestrado em Psicologia, Universidade federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
- \* Costa, A.; Lamy L. - “ *Amamentação: uma questão de desejo ou cultura?*”. Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE Portimão Lagos
- \* Coutinho, C.- *Métodos e Técnicas de Amostragem*; Universidade do Minho. Claracoutinho.wikispaces.com
- \* Coutinho, S.; Teruya K.; - *Sobrevivência Infantil e Aleitamento Materno*. In: José Dias Rego. (Org.). *Aleitamento Materno*. 2a ed. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2006, v. 1, p. 1-26.

- \* Coutinho, J.; Leal, I.P. - *Atitudes de mulheres em relação à amamentação - estudo exploratório*. *Análise Psicológica* (2005), 3 (XXIII): 277-282.
- \* Duarte, J.C. – *Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psico-afectivo na adolescência*. Porto: Universidade do porto, 2008. 462 p. Dissertação de Doutoramento em Saúde Mental, apresentada ao instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar do Porto.
- \* Faleiros, F. T., Trezza, E. M., & Carandina, L. (Outubro de 2006). *Aleitamento materno: factores de influência na sua decisão e duração*. *Revista de Nutrição*, pp. 623-630.
- \* Ferreira, M.- *Aleitamento Materno – Experiência de Mães pela Primeira Vez*. *Enfermagem* nº 40 (2ª série); p.5-18
- \* Ferreira, H.; Teixeira, M.; Pereira, P.; Marques, R.- *Aleitamento Materno Exclusivo Sucesso/Insucesso*. *Revista Ecos da Enfermagem*
- \* Fortin, M.-F. - *O Processo de Investigação*. Loures: Luso ciência. (1999).
- \* Fortin, M.-F.- *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures (2009).
- \* Franco, J – *Leite Materno: os bebés agradecem; 2008*  
[Http://enfermagemaberta.blogs.sapo.pt/4941.html](http://enfermagemaberta.blogs.sapo.pt/4941.html)
- \* Fugimori, E. E. (Abril/Junho de 2010). *Aspectos relacionados ao estabelecimento e manutenção do aleitamento materno na perspectiva de mulheres atendidas numa unidade básica de saúde*. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação.*, 14, pp. 315-27.
- \* Galvão, D. M.- *Amamentação Bem Sucedida: alguns Factores Determinantes*. *Geral de Saúde*; 2006
- \* Gomes, B., Nelas, P., & Duarte, J. (2012). *Prevalência do aleitamento materno na beira interior*. In C. M. Albuquerque, *Comportamento de saúde infanto-juvenis – realidades e perspectivas* (pp. 159-172). Viseu: Escola Superior de Saúde.
- \* Graça, L. C. (2010). *Contributos da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno*. Doutoramento em Enfermagem, universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- \* Hill, M. M., Hill, A. – *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edicoes Silabo, 2000, 377p. ISBN 972-618-233-9.
- \* Hoyer S, Horvat L. *Successful breastfeeding as a result of a health education programme for mothers*. *J Adv Nur.* Vol 2000;5:1158-67.
- \* Junqueira, V.; *Aleitamento Materno: Factores de Abandono*; Universidade Fernando Pessoa, Faculdade Ciências da Saúde; Porto 2011
- \* Kilpp, D. S. (2008). *Aleitamento Materno: percepção das puérperas*.

- \* Lamy, L.; Costa, A. - *Aleitamento Materno: Papel do Pai*. Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE ; Abril, 2010.
- \* Lana, Adolfo, P. B. O Livro de Estímulo à Amamentação. São Paulo: Atheneu, 2001.
- \* Laviria, Leal; et al - Reportagem RTP1 21 de Maio 2012.
- \* Leonor, L.- *Manual de Aleitamento Materno*. Edição revista (2008).
- \* Levy, L.; Bértolo, H.; – Manual de aleitamento materno. Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. Lisboa, 2002.
- \* Lima, M. J. (2010). *Aleitamento materno prevalência e duração na área do centro de saúde de Belmonte*. Dissertação para a obtenção do grau de mestre em medicina, universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências da Saúde, Covilhã
- \* Lopes, B.; Marques, P. – Prevalência do aleitamento materno no distrito de Viana do Castelo nos primeiros seis meses de vida. Revista Portuguesa de clínica geral. Nº 20,2004, p. 539-544.
- \* Lusa - Agência de Notícias de Portugal, S.A. 31 Jul., 2009, 07:30 / actualizado em 31 Jul., 2009, 10:00.
- \* Maia, M. J. (2007). *O Papel do enfermeiro num estudo de adesão ao aleitamento materno*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Universidade do Porto, Instituto de ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- \* Marinho, C.; Leal, I. - *Os Profissionais de Saúde e o Aleitamento Materno: Um Estudo Exploratório Sobre as Atitudes de Médicos e Enfermeiros*. Psicologia, Saúde e Doenças, 2004,5 (1), 93-105.
- \* Maroco, J. *Análise estatística: com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, 2007;
- \* Marques, A (2012) - *Aleitamento Materno - Os Afectos ao peito*; revista o nosso bebé; nº3 Outubro a Janeiro de 2012; pag.30-33.
- \* Marques;R.;Cunha;I.;Aragón;M.;Peixoto;V.; *Factores relacionados às dificuldades no aleitamento materno entre mães adolescentes*. Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará;Rev. Para. Med. V.22 n.1 Belém mar. 2008.
- \* Martins, C. F. (2012). *Impacto da dade materna na relação que a mãe estabelece com o seu bebé*. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia - Secção de psicologia clínica e da Saúde – Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica, Lisboa.
- \* Martins, C.; Sardo, D.; Fernandes M.; Rocha, V - *Aleitamento materno: O conhecimento das Mães*; Revista Enfermeiros Obstetras 7/2006;p.57-59
- \* Martins, MJPF - *Aleitamento materno: um dom a não perder*. Revista Sinais Vitais 35, Março 2001, p.22.
- \* Massachusetts Breastfeeding Coalition; Acabei de nascer, me-abraça!; 2011 [Massbreastfeeding.org/pdf/skintoskin-Port\\_12-27-2011.pdf](http://Massbreastfeeding.org/pdf/skintoskin-Port_12-27-2011.pdf)

- \* Mendes da Graça, L. (2005). *Medicina Materno-Fetal* (3ª ed.). Lisboa: Lidel, edições técnicas Lda.
- \* Mendes, R. (2001). *Amamentação: quando ele mais depende de nós...*
- \* Menegueço, B; Echeverria, M. – 50 dúvidas sobre o primeiro ano de vida do seu filho; *Revista Crescer*;
- \* Monteiro, JCS. - *Contacto Precoce e Amamentação em sala de parto na Perspectiva da mulher*. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2006.
- \* Nascimento, M.B.R.; Issler, H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. *J. Pediatr.*, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, supl./S163. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a08.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2007.
- \* Nelas, P; Ferreira, M; Duarte, J. (2008) – *Motivação para a Amamentação: construção de um instrumento de medida*. *Revista Referência* iiª série- nº 6 junho pp.39-56.
- \* Nogueira, H.; Teixeira, M; Pereira, P.; Marques, R. – *Aleitamento Materno Exclusivo Sucesso/Insucesso*. *Revista ECOS da Enfermagem*, p.42-45.
- \* Nunes, J.; Pestana, M.; - *Análise Categórica, Árvores de Decisão e Análise de Conteúdo*; 2009
- \* Oliveira, C., Pedrosa, A. A., & Canavarro, M. C. (2005). *Gravidez, parentalidade e mudança. Stress e adaptação nos processos de transição para a parentalidade*. In A. M. Pinto, & A. L. Silva, *Stress e bem-estar* (pp. 59-85). Lisboa: Climepsi.
- \* Oliver, J.; Garrido, M.; Plaza, J. – *Aproximación A Los Factores Que influyen en La Incidencia Y Prevalencia De La lactancia natural. motivomás Frecuente De Su Abandono*.
- \* OMS/UNICEF – *Declaracao de Innocenti Sobre a Proteccao, Promocao e Apoio ao Aleitamento Materno*. Florencia: 1990.
- \* Paulo, Nunes [www.knoow.net/cienciaconempr/gestao/arvore\\_de\\_decisao.htm](http://www.knoow.net/cienciaconempr/gestao/arvore_de_decisao.htm)
- \* Pereira M.A. *Aleitamento Materno: estabelecimento e prolongamento da amamentação. Intervenções para o seu sucesso*. Porto: [s.n.], 2004. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências Biomédicas submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- \* Pereira, A. - *Amamentação na 1ª Hora de vida Salva 1 milhão de bebés: Semana*. 2007
- \* Pereira, M. – *Aleitamento Materno: Importancia da Correccao da Pega no Sucesso da Amamentacao – Resultados de um estudo Experimental*. Loures: Lusociencia, 2006. 299p. ISBN 972-8930-21-6.

- \* Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (2003). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS*. (3.<sup>a</sup> ed. ver.rev. e aumentada). Lisboa: Edições Sílabo, 727p.
- \* Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais* (4<sup>a</sup> ed.).Lisboa: Síllabo.
- \* Pina,M. - *Aleitamento Materno, uma responsabilidade de todos*. Motherly breastfeeding, a responsibility of all. Nursing, Junho 2009,pag.26.
- \* Pires, C.- Leite Materno, 2011
- \* Projecto 74/2008 - Registo do Aleitamento Materno | Relatório Julho 2010 – Junho 2011, Direcção-geral da Saúde | Divisão de Saúde Reprodutiva Mama Mater| Associação pró Aleitamento Materno em Portugal.
- \* Sampieri, R. H. (2003). *Metodologia de la investigacion*. México: Interamerica.
- \* Sandes, A.; Nascimento C.; Figueira J.; Gouveia R.,et al; *Aleitamento Materno Prevalência e Factores Condicionantes*. Acta Medica Portuguesa 2007; 20:193-200.
- \* Santos, A. (24 de Março de 2011). *A importância do contacto pele a pele precoce entre mãe e bebé*. Centro Hospitalar Barlavento Algarvio.
- \* Santos; M.;Catarino;S.; - *Ideias e práticas das mães face à amamentação*; Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia na especialização em Psicologia da Saúde; Faro; 2007
- \* Sarafana, S.; Abecasis, F.; Tavares, A.; Soares, I.; Gomes, A., (2006) - *Aleitamento Materno: evolução na última década*. Acta Pediátrica Portuguesa 2006:1 (37): 9-14.
- \* Saúde, M. D. (2002). *Ganhos de saúde em Portugal: ponto da situação*. Lisboa: direcção geral de Saúde.
- \* Silva, A. C. (2011). *Vivências da maternidade expectativas e satisfação das mães no parto*. Dissertação de mestrado na área científica de Psicologia do Desenvolvimento, Universidade de Coimbra, Faculdade de ciências e educação.
- \* Silva, L.; Dauber, L. (2008) – *Da Amamentação aos Afectos da vida Adulta*; Interbio v.2 n.2 – ISSN 1981-3775.
- \* Silva; A.; Aguiar;H.; - *Diversificação Alimentar No Primeiro Ano De Vida*; Acta Med Port 2011; 24(S4): 1035-1040
- \* Simões, S. C. (2011). *Influência dos estilos educativos parentais na qualidade de vinculação em crianças em idade escolar em diferentes tipos de família*. Tese de Doutoramento, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Bioédicas Abel Salazar, Porto.
- \* Soares, I. (2001). *Vinculação e Cuidados Maternos*. In M. C. Canavarro, Psicologia da gravidez e da maternidade (pp. 74-104). Coimbra: Quarteto.
- \* Soares,M. – *De vida da Criança*. Abril, 2006.

- \* Sousa, EJV - *Aleitamento Materno: Antecedentes e actualidades*. Nursing, Março 2008, p30.
- \* Takushi, S. A., Tanaka, A. C., Gallo, P. R., & Machado, M. A. ( set./out. De 2008). *Motivação de gestantes para o aleitamento materno*. Revista Nutrição, pp. 491-502.
- \* Thaís Alves Matos, M. S. (9 de Novembro de 2010). *Contacto precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem*. Revista Brasileira de Enfermagem, pp. 998-1004.
- \* Torre, M. J. (2004). Los diezpasos de la OMS e UNICEF para favorecer la lactanciamaterna. Aplicación y evidencia científica de sueficacia. In C. D. Pediatría, lactanciamaterna: guia para profesionales (pp. 117-140). Madrid: Ergon. Universitário Feevale, Instituto de Ciências da Saúde, Centro de Nutrição, Novo Hamburgo. [Www.leitematerno.org/oms.htm](http://www.leitematerno.org/oms.htm)

## **ANEXOS**



## **ANEXO I – Instrumento de colheita de dados**



Este questionário faz parte de um trabalho de investigação sobre “**Aleitamento Materno**”. A sua concretização só será possível graças à sua colaboração, preenchendo o questionário. Neste sentido, pedimos-lhe que leia atentamente as perguntas que se seguem e responda a todas elas de uma forma espontânea e sincera, sempre de acordo com aquilo que faz, sente ou pensa. Não existem respostas correctas ou incorrectas, o que nos interessa é a sua opinião.

O questionário é anónimo e confidencial e o seu uso restrito ao presente trabalho.

Desde já agradecemos a sua colaboração e disponibilidade.

**MUITO OBRIGADA**

### **PARTE I - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO- DEMOGRÁFICA**

1. Idade Materna: \_\_\_\_\_ anos      Idade Paterna: \_\_\_\_\_ anos
2. Estado Civil: Solteira \_\_\_ Casada/União de facto \_\_\_ Divorciada \_\_\_ Viúva \_\_\_\_\_
3. Nacionalidade: \_\_\_\_\_
4. Com quem vive? \_\_\_\_\_
5. Rendimento familiar mensal: ≤500€ \_\_\_ ≥ 500€ e ≤ 1500€ \_\_\_ ≥ 1500€ e ≤ 2500€ \_\_\_ ≥ 2500€ \_\_\_
6. Local de Residência: Urbano (Cidade) \_\_\_ Rural (Vila ou Aldeia) \_\_\_
7. Escolaridade      Materna      \_\_\_\_\_      Escolaridade      Paterna  
\_\_\_\_\_
8. Profissão      Materna      \_\_\_\_\_      Profissão      Paterna  
\_\_\_\_\_
9. Situação profissional: Emp. Integral \_\_\_ Emp. Tempo parcial \_\_\_ Desempregada \_\_\_  
Em formação \_\_\_

### **PARTE II – HISTÓRIA DA GRAVIDEZ**

10. Número de gestações anteriores \_\_\_\_\_
11. Número de partos anteriores \_\_\_\_\_
12. Filhos Vivos \_\_\_\_\_
13. Gravidez planeada: sim \_\_\_ não \_\_\_
14. Vigilância da gravidez: sim \_\_\_ não \_\_\_

15. Em que instituição? Pública \_\_\_\_\_ Privada \_\_\_\_\_
16. Parto realizado por : Médico \_\_\_\_\_ Enfermeiro Especialista \_\_\_\_\_  
Outro \_\_\_\_\_
17. A gravidez decorreu: sem problemas \_\_\_ com problemas \_\_\_
18. Gravidez: simples \_\_\_ gemelar \_\_\_ Outra \_\_\_\_\_
19. Tipo de parto: normal \_\_\_\_\_ fórceps \_\_\_ ventosa \_\_\_\_\_ cesariana \_\_\_\_\_
20. O seu filho nasceu: antes do final da gestação \_\_\_ no final da gestação \_\_\_\_\_
21. Com quantas semanas foi à 1ª consulta? \_\_\_\_\_
22. Fez alguma formação sobre Aleitamento Materno durante a gravidez? \_\_\_\_\_
23. Quem foi o formador: Médico \_\_\_\_\_ Enfermeiro Especialista \_\_\_\_\_ Outro  
\_\_\_\_\_

### **PARTE III – HISTÓRIA DO ALEITAMENTO MATERNO ANTERIOR**

24. Foi amamentada? \_\_\_\_\_
25. Em criança/adolescente viu amamentar? \_\_\_\_\_
26. Tem na família bebés que foram amamentados? \_\_\_\_\_
27. Se já tem filhos, estes foram amamentados: Sim \_\_\_ Não \_\_\_ Durante  
quanto tempo? \_\_\_\_\_(meses)
28. A experiência anterior de amamentar foi: Agradável \_\_\_\_\_ Desagradável  
\_\_\_\_\_
29. Se \_\_\_\_\_ desagradável, \_\_\_\_\_ qual \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ motivo:  
\_\_\_\_\_

### **PARTE IV – HISTÓRIA DO ALEITAMENTO MATERNO ACTUAL**

30. O seu bebé fez aleitamento materno: sim \_\_\_ não \_\_\_ Se sim, durante  
quanto tempo \_\_\_\_\_ (meses)
31. Se deixou de amamentar refira o motivo por que o fez:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
32. A decisão de amamentar foi por: iniciativa própria \_\_\_\_\_ Médico/Enfermeiro  
(conselho) \_\_\_\_\_ Familiares (conselho) \_\_\_\_\_

33. Quem lhe fez os ensinamentos sobre aleitamento materno: Médico \_\_\_  
 Enfermeiro \_\_\_ Outro \_\_\_ Quem \_\_\_\_\_
34. Na primeira hora após o nascimento, teve contacto pele a pele com o seu bebé: sim \_\_\_ não \_\_\_
35. Quanto tempo levou até iniciar o aleitamento do seu filho após o nascimento \_\_\_ (minutos)
36. Estipulou horário certo de dar de mamar ao seu bebé: sim \_\_\_ não \_\_\_
37. Introduziu chupeta: sim \_\_\_ não \_\_\_ Se sim, que idade tinha o seu bebé \_\_\_\_\_ (dias)
38. Ofereceu água/chá no intervalo das mamadas: sim \_\_\_ não \_\_\_
39. O seu bebé habitualmente dorme no seu quarto: sim \_\_\_ não \_\_\_
40. Alguma vez consultou grupos de apoio à amamentação: sim \_\_\_ não \_\_\_
41. Quais as principais dificuldades que sentiu na amamentação:  
 \_\_\_\_\_
42. A quem recorreu para as resolver:  
 \_\_\_\_\_

### INVENTÁRIO DO AFECTO MATERNO

(Versão Portuguesa de Garcia Galvão, D., 2000)

		Quase sempre	Muitas vezes	Às vezes	Quase Nunca
1	Sinto amor pelo meu bebé				
2	Sinto-me bem e feliz com o meu bebé				
3	Quero passar momentos especiais com o meu bebé				
4	Mal posso esperar para estar com o meu Bebé				
5	O simples facto de ver o meu bebé faz-me sentir bem				
6	Sei que o meu bebé precisa de mim				

7	O meu bebé é giro				
8	Estou contente por este bebé ser meu				
9	Sinto-me especial quando o meu bebé sorri				
10	Gosto de olhar nos olhos do meu bebé				
11	Gosto de pegar no meu bebé ao colo				
12	Observo o meu bebé quando dorme				
13	Quero o meu bebé junto de mim				
14	Falo aos outros acerca do meu bebé				
15	É divertido estar com o meu bebé				
16	Gosto quando o meu bebé troca carinhos comigo				
17	Tenho orgulho do meu bebé				
18	Gosto de ver o meu bebé fazer coisas novas				
19	Os meus pensamentos estão cheios com o meu bebé				
20	Conheço a personalidade do meu bebé				
21	Quero que o meu bebé confie em mim				
22	Sei que sou importante para o meu bebé				
23	Compreendo os sinais do meu bebé				
24	Dou especial atenção ao meu bebé				
25	Conforto o meu bebé quando ele/ela chora				
26	Amar o meu bebé é fácil				

### ATITUDES MATERNAS FACE À AMAMENTAÇÃO

Abaixo estão algumas afirmações acerca de diferentes métodos de alimentação do bebé. Indique por favor na escala abaixo de cada afirmação se está muito certo ou muito errado, colocando um círculo no número de cada escala. Os números nestas e noutras escalas deste questionário, representam posições tanto mais fortes quanto mais perto estão de cada extremo. Neste conjunto de escalas por exemplo, 1 e 7 representam crenças muito fortes, 2 e 6 representam crenças um pouco menos fortes (moderadamente certo ou errado), 3 e 5 representam crenças ainda menos fortes (algo certo ou algo errado) e 4 a média (nem certo, nem errado)

**A. Por favor examine cada uma das seguintes frases que contem opiniões sobre as vantagens do aleitamento materno e do artificial. Indique a sua opinião**

**7 – Muito certo**

**1 – Muito errado**

		Muito certo			Muito errado			
		7	6	5	4	3	2	1
1	A amamentação estabelece um contacto íntimo entre a mãe e bebé							
2	O biberão é um método muito prático para alimentar um bebé							
3	A amamentação é embaraçosa para a mãe							
4	O leite do biberão fornece um alimento incompleto para um bebé							
5	A amamentação é boa para a saúde da mãe							
6	O biberão torna possível para o pai o envolvimento na refeição do bebé							
7	A amamentação dificulta as saídas da mãe de sua casa							
8	O biberão é um método caro de alimentar um bebé							

9	A amamentação fornece o melhor alimento para o bebé								
10	A alimentação por biberão é um método de alimentar o bebé que não dá preocupações								
11	A amamentação protege o bebé contra as infecções								
12	A alimentação por biberão permite avaliar exactamente a quantidade de leite que o bebé tomou								
13	A amamentação protege o bebé de alergias								
14	A amamentação protege a mãe do cancro da mama								
15	A amamentação é uma fonte de prazer para a mãe								
16	A amamentação é uma fonte de prazer para o bebé								

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

**+3 – Muito importante**

**- 3 – Nada importante**

		Muito Importante						Nada importante
		7	6	5	4	3	2	1
1	Usar um método que permita sair de casa, é							
2	Usar um método que seja bom para a minha saúde, é							
3	Usar um método prático, é							
4	Usar um método que estabeleça um contacto íntimo entre mim e o meu filho, é							
5	Usar um método que faça sentir embaraçada, é							
6	Usar um método que permita ao pai do bebé envolver-se na refeição, é							

7	Usar um método que forneça uma alimentação completa para o meu bebé, é							
8	Usar um método que não me cause preocupações, é							
9	Usar um método barato, é							
10	Usar um método que permita avaliar exactamente a quantidade de leite que o bebé toma, é							
11	Usar um método que proteja o meu filho de infecções, é							
12	Usar um método que me dê prazer, é							
13	Usar um método que proteja o meu filho de alergias, é							
14	Usar um método que me proteja do cancro da mama, é							
15	Usar um método que dê prazer ao meu bebé, é							
16	Usar o melhor método para alimentar o meu bebé, é							

**C. O que pensa cada uma das seguintes pessoas acerca de você amamentar o seu bebé?**

7 – Devo

1 – Não devo

		Devo			Não devo			
		7	6	5	4	3	2	1
1	O pai do bebé pensa que eu devo absolutamente							
2	A minha mãe pensa que eu devo absolutamente							
3	A minha melhor amiga pensa que eu devo absolutamente							
4	O meu médico pensa que eu devo absolutamente							

**D. O que pensa cada uma das pessoas acerca de você alimentar o seu bebê com leite artificial?**

**7 – Devo**

**1 – Não devo**

		Devo			Não devo			
		7	6	5	4	3	2	1
1	O pai do bebê pensa que eu devo absolutamente							
2	A minha mãe pensa que eu devo absolutamente							
3	A minha melhor amiga pensa que eu devo absolutamente							
4	O meu médico pensa que eu devo absolutamente							

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

**+3 – Não se importa**

**- 3 – Importa-se muito**

		Não se importa				Importa-se muito		
		7	6	5	4	3	2	1
1	O pai do bebê							
2	A sua mãe							
3	A sua melhor amiga							
4	O seu médico							

## **ANEXO II – Pedido de autorização para a recolha de dados**



24-08\*11 SAIDA000670

Exm<sup>o</sup> Sr<sup>a</sup>  
Professora Manuela Ferreira  
Escola Superior de Saúde de Viseu  
Rua D. João Crisóstomo Gomes de  
Almeida, n<sup>o</sup> 102  
3500 – 843 Viseu

Sua referência

Sua comunicação de

Sua comunicação de

ASSUNTO:

**Autorização do Pedido para Recolha de Dados**

Em resposta ao solicitado no VI ofício referência 767 de 21/07/2011 referente à aluna Cláudia Sofia Fialho Nisa Fernandes, do 2<sup>o</sup> ano do 1<sup>o</sup> Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica, cumpre-nos informar que o respectivo pedido foi autorizado.

Com os melhores cumprimentos, *Henrique*

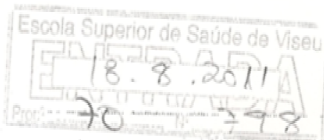
O Director Executivo ACES Pinhal Interior Sul

*Henrique*  
(Dr. Henrique Rodrigues Nogueira Brandão)

Na resposta indicar as referências deste ofício



*Alc: hrola  
Paula Alves*



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Administração Regional de Saúde do Centro

**XULS**  
Unidade Local de Saúde  
de Castelo Branco

Exmo. Senhor  
Professor Doutor Daniel Silva  
Escola Superior de Viseu  
Rua D. João Crisóstomo Gomes de  
Almeida, nº 102  
3500-843 Viseu

Sua Referência	Sua comunicação	Nº Ofício - Data
Ofício nº 767 Processo: 70	21/07/2011	Administração HRL HRL 01 4695 2011-08-01 15:32:53

Assunto:	<i>Pedido de autorização para a recolha de dados</i>
----------	--

Na resposta indicar a seguinte referência: Em cada ofício indicar apenas uma assinatura.

Em resposta ao pedido de autorização da aluna Cláudia Sofia Fiatho Nisa Fernandes, aluna do 2º ano do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecologia para a recolha de dados no âmbito do estudo subordinado ao tema "Aleitamento Materno" nesta Unidade Local de Saúde, no período de 01 de Setembro a 01 de Novembro de 2011, somos a informar V. Exa. que o mesmo está autorizado.

Deve assim, ser contactado o Exmo. Director do Serviço Dr. Gil Silva, na data de início da colheita.

Com os melhores cumprimentos,

*João Correia do Estêvão*  
*e do Conselho de Administração*  
A Vice - Presidente d  
ESSV

O Presidente do Conselho de Administração

*Alves 18/8/2011*

Dr. Luis Correia

ULS - Castelo Branco  
Vogal do Conselho de Administração  
Directora Clínica

*Eugénia André*  
Dr. Maria Eugénia André