

Sílvia Margarida de Almeida Pinho

Dificuldades na amamentação no primeiro mês de vida: impacto do contexto da amamentação e dos contextos de vida

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia



Maio de 2015

Sílvia Margarida de Almeida Pinho

**Dificuldades na amamentação no primeiro mês de vida:
impacto do contexto da amamentação e dos contextos
de vida**

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

Relatório Final sob a orientação:

Professora Doutora Paula Nelas

Professor Doutor João Carvalho Duarte

“Para ser grande, sê inteiro: nada
teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
no mínimo que fazes.
assim em cada lago a lua toda
brilha, porque alta vive.”

Fernando Pessoa

Agradecimentos

À Professora Doutora Paula Nelas, por todo o apoio, disponibilidade e incentivo ao longo do meu percurso académico nesta escola. É um grande privilégio trabalhar sob a sua orientação.

Ao Professor Doutor João Duarte, pela sua enorme disponibilidade no tratamento estatístico, sua excelência na investigação, pela orientação clara e objetiva, sem a qual seria impossível concretizar este trabalho.

A todas as mulheres que aceitaram participar neste estudo, pela sua fundamental colaboração.

À minha família e amigos, pela sua força, determinação, apoio incondicional e por me terem sempre feito acreditar que tudo é possível.

A todos, o meu profundo agradecimento

Resumo

Enquadramento: O aleitamento materno não é determinado simplesmente de forma biológica, mas também envolve fatores emocionais e socioculturais.

Objetivos: Caracterizar o perfil sociodemográfico das puérperas em estudo; identificar as dificuldades mais frequentes associadas à amamentação no primeiro mês de vida do bebé; avaliar a relação das dificuldades na amamentação com o contexto de amamentação, o suporte familiar e a satisfação com a vida das puérperas.

Métodos: Estudo quantitativo, descritivo, correlacional. Recorreu-se ao questionário de caracterização sociodemográfica, caracterização da amamentação, Escala de Satisfação com a Vida (Simões, 1992) e Escala de Apgar familiar (Smilkstein, 1984). A amostra é não probabilística por conveniência, constituída por 255 puérperas que amamentam, inscritas nas Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados das cidades de Viseu e Aveiro.

Resultados: As participantes apresentam uma média de idade de 20,7 anos, sendo maioritariamente casadas, com escolaridade inferior ao 3º ciclo, empregadas em tempo completo e residentes na cidade. Quanto às dificuldades mais frequentes associadas à amamentação nos dois momentos de avaliação que as mulheres tinham ao 7º dia e continuaram a ter ao 30º dia, predominam as fissuras (77.5%), o ingurgitamento mamário (66.7%), a mastite (63.6%), as dificuldades na pega (82.4%), na posição e postura para amamentar (50.0%).

Conclusões: Perante estes resultados, e sabendo que as mulheres apresentam dificuldades relacionadas com a amamentação nos dois momentos de avaliação, é importante o apoio por parte dos enfermeiros de modo a que as mesmas possam ultrapassá-las e que não se constituam como motivo de abandono da amamentação.

Palavras-Chave: Amamentação; Dificuldades; Manutenção; Apoio familiar; Satisfação com a vida.

Abstract

Background: Breastfeeding is determined not just organically but also involves emotional and socio-cultural factors.

Objectives: Characterize the sociodemographic profile of the mothers in the study; identify the most common problems associated with breastfeeding in the first months of baby's life; evaluate the relationship of the difficulties in breastfeeding to breastfeeding context, family support and life satisfaction of mothers.

Methods: A quantitative study, descriptive, correlational. It used the questionnaire of sociodemographic, characterization of breastfeeding, Satisfaction with Life Scale (Simões, 1992) and family Apgar Scale (Smilkstein, 1984). The sample is not probabilistic for convenience, made up of 255 mothers who breastfeed, entered in the Family Health Units and Custom Health Care Units in the cities of Viseu and Aveiro.

Results: Participants have an average age of 20.7 years, mostly married, with education less than the 3rd cycle, and residents employed full time in the city. As for the most common problems associated with breastfeeding in the two stages of evaluation that women had the 7th day and continued to be the 30th day, the fissures predominate (77.5%), breast engorgement (66.7%), mastitis (63.6%) the difficulties in the handle (82.4%), the position and posture for nursing (50.0%).

Conclusions: In view of these results, and knowing that women have difficulties with breastfeeding in the two time points, it is important the support from nurses so that they can overcome them and do not constitute a repudiation of reason breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding; Difficulties; Maintenance; Family Support; Life Satisfaction.

Índice

Introdução.....	17
1. Contextualização relativa ao aleitamento materno.....	23
1.1. Manutenção da amamentação e as suas principais dificuldades.....	25
1.2. Importância da família e da comunidade na amamentação.....	30
1. Metodologia.....	39
1.1. Métodos.....	39
1.2. Participantes.....	42
1.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra.....	43
1.3. Instrumentos.....	46
1.3.1. Escala de Satisfação com a Vida (Simões, 1992).....	46
1.3.2. Escala de Apgar Familiar (Smilkstein, 1984).....	49
1.4. Análise dos dados.....	51
2. Resultados.....	55
2.1. Análise descritiva.....	55
2.1.1. Varáveis de contexto da amamentação.....	55
2.1.2. Variáveis do contexto de amamentação nos dois momentos de avaliação.....	64
2.1.3. Funcionalidade familiar.....	67
2.1.4. Satisfação com a vida e idade, nos dois momentos de avaliação.....	69
2.2. Análise inferencial.....	70
2.2.1. Dificuldades associadas à amamentação e variáveis sociodemográficas.....	70
2.2.2. Dificuldades associadas à amamentação no grupo de puérperas ao 7º dia de vida do bebé em função das variáveis de contexto de amamentação.....	76
2.2.3. Dificuldades em amamentar e classificação da experiência de amamentar ao 30º dia de vida do bebé.....	82
2.2.4. Satisfação com a vida e idade, nos dois momentos de avaliação.....	85
2.2.5. Satisfação com a vida e dificuldades nos dois momentos de avaliação.....	86
2.2.6. Funcionalidade familiar e idade, nos dois momentos de avaliação.....	87
2.2.7. Satisfação com a vida e funcionalidade familiar em função da zona de residência, nos dois momentos de avaliação.....	88
3. Discussão.....	93
3.1. Discussão Metodológica.....	93
Referências Bibliográficas.....	107
Anexos.....	115

Índice de Tabelas

Tabela 1	Estatísticas relativas à idade
Tabela 2	Caracterização sociodemográfica da amostra
Tabela 3	Valores correlacionais e de alfa de cronbach para a Escala de Satisfação com a Vida – Primeiro momento de avaliação (7º dia após o nascimento do bebê) Valores correlacionais e de alfa de cronbach para a Escala de
Tabela 4	Satisfação com a Vida – Segundo momento de avaliação (30º dia após o nascimento do bebê)
Tabela 5	Pontuação atribuída às respostas pela Escala de Apgar Familiar
Tabela 6	Pontuação e correspondente Funcionalidade Familiar
Tabela 7	Varáveis de contexto da amamentação
Tabela 8	Fontes de informação para a amamentação
Tabela 9	Tipo de informação recebida para a amamentação
Tabela 10	Dificuldades sobre a amamentação
Tabela 11	Dificuldades sobre a amamentação foram ultrapassadas
Tabela 12	Oferta de leite artificial
Tabela 13	Utilização do mamilo de silicone para amamentar
Tabela 14	Possuir dúvidas atualmente relacionadas com a amamentação
Tabela 15	Experiência de amamentar vs dois momentos de avaliação
Tabela 16	Apoio dos enfermeiros nas dificuldades sentidas vs dois momentos de avaliação
Tabela 17	Ultrapassar as dificuldades sentidas vs dois momentos de avaliação
Tabela 18	Oferecer leite artificial ao bebê vs dois momentos de avaliação
Tabela 19	Usar mamilo de silicone para amamentar vs dois momentos de avaliação
Tabela 20	Ter dúvidas sobre a amamentação atualmente vs dois momentos de avaliação
Tabela 21	Estatísticas relativas funcionalidade familiar e os dois momentos de avaliação
Tabela 22	Estatísticas relativas funcionalidade familiar, nos dois momentos de avaliação, em função da idade
Tabela 23	Funcionalidade familiar vs dois momentos de avaliação

Tabela 24	Estatísticas relativas ao total da satisfação com a vida, nos dois momentos de avaliação
Tabela 25	Influência da idade na satisfação com a vida
Tabela 26	Resultados da matriz de Correlação de Pearson entre a satisfação com a vida e os dois momentos de avaliação
Tabela 27	Dificuldades associadas à amamentação e variáveis sociodemográficas
Tabela 28	Dificuldades em amamentar vs primeira vez que amamenta
Tabela 29	Dificuldades em amamentar vs ter amamentado o bebé na 1ª hora de vida
Tabela 30	Dificuldades em amamentar vs tipo de aleitamento após o parto, no internamento
Tabela 31	Dificuldades em amamentar vs classificação da experiência de amamentar
Tabela 32	Dificuldades em amamentar vs decisão de amamentar
Tabela 33	Dificuldades em amamentar vs altura da gravidez considerou pela primeira vez a possibilidade de amamentar
Tabela 34	Dificuldades em amamentar vs apoio dos enfermeiros nas dificuldades associadas à amamentação
Tabela 35	Dificuldades em amamentar vs dificuldades ultrapassadas
Tabela 36	Dificuldades em amamentar vs oferta de leite artificial ao bebé
Tabela 37	Dificuldades em amamentar vs utilização de mamilo de silicone para amamentar
Tabela 38	Dificuldades em amamentar vs dúvidas atuais sobre a amamentação
Tabela 39	Dificuldades associadas à amamentação nos dois momentos de avaliação
Tabela 40	Tipo de dificuldades associadas à amamentação nos dois momentos de avaliação
Tabela 41	Dificuldades em amamentar vs classificação da experiência de amamentar
Tabela 42	Dificuldades em amamentar vs apoio dos enfermeiros nas dificuldades associadas à amamentação
Tabela 43	Dificuldades em amamentar vs dificuldades ultrapassadas
Tabela 44	Dificuldades em amamentar vs oferta de leite artificial ao bebé
Tabela 45	Dificuldades em amamentar vs utilização de mamilo de silicone para amamentar

Tabela 46	Dificuldades em amamentar vs dúvidas atuais sobre a amamentação
Tabela 47	Estatísticas relativas ao total da satisfação com a vida, nos dois momentos de avaliação
Tabela 48	Influência da idade na satisfação com a vida
Tabela 49	Resultados da matriz de Correlação de Pearson entre a satisfação com a vida e os dois momentos de avaliação
Tabela 50	Satisfação com a vida e dificuldades associadas à amamentação
Tabela 51	Influência da idade na funcionalidade familiar
Tabela 52	Resultados da matriz de Correlação de Pearson entre a funcionalidade familiar e os dois momentos de avaliação
Tabela 53	Relação entre a satisfação com a vida e funcionalidade familiar em função da zona de residência, nos dois momentos de avaliação
Tabela 54	Relação entre a satisfação com a vida e funcionalidade familiar em função dos dois momentos de avaliação
Tabela 55	Relação entre a satisfação com a vida e funcionalidade familiar em função do estado civil, nos dois momentos de avaliação
Tabela 56	Relação entre a satisfação com a vida e funcionalidade familiar em função da escolaridade, nos dois momentos de avaliação
Tabela 57	Relação entre a satisfação com a vida e funcionalidade familiar em função da situação profissional, nos dois momentos de avaliação

Índice de figuras

- Figura 1- Modelo conceitual do estudo
- Figura 2 - Árvore CHAID da Escala das dificuldades associadas à amamentação, em função das habilitações literárias e zona de residência
- Figura 3 - Output gráfico da satisfação com a vida ao 7º dia
- Figura 4 - Output gráfico da satisfação com a vida ao 30º dia

Introdução

A amamentação consiste num ato natural decorrente entre a díade mãe/bebé. Todavia, a forma de alimentar os recém-nascidos tem-se alterado em conformidade com as tendências e modas que sucedem nos diferentes momentos históricos (Natal & Martins, 2011). Os mesmos autores referem que, à semelhança de outros países europeus, a prática e a evolução do aleitamento em Portugal têm decorrido de forma análoga. Atualmente, o aleitamento materno é encarado como a melhor alternativa para o recém-nascido e muito se tem investido para que este constitua o único alimento até aos seis meses de idade.

O leite materno é considerado pela Organização Mundial de Saúde como o alimento ideal nos primeiros meses de vida. Contudo, em Portugal, apesar das recomendações, continua-se a verificar elevadas taxas de abandono precoce. Em Portugal, unicamente 55-64% das mães amamentam aos três meses e apenas 34% aos seis meses (Aguiar & Silva, 2011).

Importa referir que o aleitamento materno, sob livre arbítrio da mãe, deve ser incentivado para assegurar o bem-estar, segurança e saúde do bebé, uma vez que o leite materno é um alimento ideal. Além disso, garante a manutenção do vínculo mãe e filho que se inicia na gestação. Inúmeras investigações têm mostrado o efeito protetor do leite contra a mortalidade e morbidade infantil, bem como a sua importância na construção da componente emocional do ser humano, assegurando a sua sobrevivência com qualidade de vida futura (Cremonese, Wilhelm, Santos, Alves, Martello et al., 2011).

A corroborar, Levy e Bártolo (2012) referem que o aleitamento materno, nos primeiros meses de vida, aumenta três vezes a possibilidade de sobrevivência da criança, facultando o melhor início de vida, desde que seja proporcionado na quantidade suficiente.

Contudo, mesmo estando informadas da importância do aleitamento materno, muitas mulheres não amamentam porque se deparam com dificuldades, sobretudo nos primeiros dias pós-parto, ou não têm sucesso na sua manutenção devido a problemas específicos do aleitamento materno, nomeadamente: traumas mamários (ingurgitamento, dor mamilar, mastite, etc.), mamilos invertidos, monilíase, crenças (como a do “leite fraco”), pega incorreta, dor, desconforto, entre outros (Cremonese et al., 2011).

A decisão de amamentar é pessoal e é afetada por inúmeros fatores, incluindo as práticas hospitalares, problemas médicos que ocorrem antes e durante a gravidez, complicações durante o parto, estruturas de suporte e apoio à amamentação, o apoio familiar, entre outros.

A amamentação deve ser ativamente estimulada pelos profissionais de saúde envolvidos na relação mãe, filho e família. O aconselhamento deve ser iniciado logo na gravidez, uma vez que muitas mulheres tomam a sua decisão nessa altura, devendo ser mantido após o nascimento do bebé, facultando à mãe um apoio contínuo para que se possam esclarecer dúvidas, desmistificar falsas crenças, medos, tabus e receios próprios dessa fase (Greiner, 2014).

A questão do aleitamento materno ultrapassa o nível fisiológico e os fatores sociais e emocionais assumem um papel importante. A continuidade do aleitamento pelo período recomendado exige o conhecimento de sinais indiciadores do *terminus* precoce. Neste sentido e de acordo com Aguiar e Silva (2011), têm sido feitas diversas investigações com o intuito de identificar estes fatores de risco, dos quais têm sido destacados os fatores demográficos, biológicos, sociais e psicológicos. Ainda segundo os mesmos autores, os fatores demográficos não são suscetíveis de intervenção, contudo, possibilitam identificar um perfil de risco. A intenção da mãe no que se refere à alimentação do lactente tem sido assimilada como um determinante muito significativo para a duração do aleitamento materno.

Têm sido enumerados um conjunto de fatores que se direcionam para a decisão de amamentar, tais como: as condições psíquicas da mãe, que abarcam as experiências anteriores e o significado atribuído à amamentação; as condições biológicas da mãe, sobretudo o seu estado de saúde, a presença de dor ou doenças; as representações sociais sobre a amamentação, que dizem respeito ao valor cultural que a sociedade confere a este processo; a satisfação da própria mulher com a vida; o apoio social, que corresponde aos mecanismos com que a mulher pode contar para a manutenção da amamentação, especificamente o apoio dos serviços de saúde e da família (Greiner, 2014).

Também assumem grande importância a motivação e a satisfação da mulher perante a vida, na medida em que são estes dois fatores que dinamizam, direcionam e condicionam o comportamento da mulher (Noel-Weiss, Taljaard & Kujawa-Myles, 2014). De acordo com os mesmos autores, quanto mais motivada estiver a mulher em relação à amamentação e quanto mais satisfação a mesma revelar em relação à própria vida, maior será o sucesso da amamentação. Todavia, importa ressaltar que o

ato de amamentar pode ser influenciado pelos conhecimentos que a mãe possui sobre os benefícios da amamentação, o que poderá determinar a sua vontade em amamentar o filho (Noel-Weiss, Taljaard & Kujawa-Myles, 2014).

Neste sentido, é importante que se questionem as mulheres sobre as suas ideias e planos no que se refere ao aleitamento materno, devendo isto acontecer já no período da gravidez. Esta poderá ser uma forma muito fácil e eficaz de prever a cessação precoce (Aguiar & Silva, 2011). A promoção permanente do aleitamento materno por parte dos profissionais de saúde fomenta a efetiva e já comprovada continuidade do mesmo.

Em síntese, julgo que se trata de uma problemática muito atual e pertinente para os profissionais de saúde. A pertinência da problemática em estudo reside na necessidade de avaliar e compreender o processo de amamentação e as principais dificuldades na sua manutenção.

Face ao exposto, delinearão-se as seguintes questões de investigação, às quais se procurou dar resposta com a investigação empírica: i) As dificuldades sentidas na amamentação são dependentes do contexto de amamentação? ii) De que modo as dificuldades sentidas na amamentação estão relacionadas com a satisfação com a vida? iii) Em que medida o apoio familiar pode interferir nas dificuldades sentidas na amamentação?.

Como objetivo geral, procurou-se estudar as dificuldades sentidas com a amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento do bebé. Como objetivos específicos, que procuram responder a algumas das inquietações que esta problemática suscita, definiram-se: i) caracterizar o perfil sociodemográfico das puérperas em estudo; ii) identificar as dificuldades na amamentação mais frequentes no primeiro mês de vida do bebé; iii) avaliar a relação entre as dificuldades na amamentação com o contexto de amamentação, o suporte familiar e a satisfação das puérperas com a vida.

Nesta perspetiva e para melhor compreensão, o presente estudo encontra-se estruturado em duas partes, a primeira referente ao Enquadramento Teórico e a segunda ao Estudo Empírico. Na fundamentação teórica encontram-se definidos os conceitos que integram a problemática: amamentação, dificuldades, manutenção, suporte familiar e satisfação pessoal. No estudo empírico, faz-se o enquadramento da problemática, apresentando-se as questões de investigação e os objetivos. É descrito o esquema da investigação, os métodos de seleção e caracterização da amostra, bem

como o instrumento utilizado e os procedimentos de recolha e análise de dados. Segue-se a apresentação e discussão de resultados. Por fim, são apresentadas as principais conclusões, limitações e sugestões para investigações futuras.

Espero que este estudo contribua, de forma efetiva, para o conhecimento das dificuldades na amamentação e da sua relação com o suporte familiar e a satisfação com a vida das puérperas e para o desenvolvimento de linhas orientadoras da intervenção dos enfermeiros, de forma a prevenir o abandono precoce do aleitamento materno.

I Parte – Enquadramento Teórico

1. Contextualização relativa ao aleitamento materno

Nos séculos passados, a prática do aleitamento materno teve uma evolução lenta. A Revolução Industrial e a II Guerra Mundial tiveram como consequência transformações socioeconómicas profundas, particularmente, no que se refere ao estilo de vida da mulher. A sua emancipação, os movimentos feministas e a sua entrada no mercado de trabalho influenciaram os seus padrões de vida, designadamente a educação dos filhos, abarcando a amamentação (Galvão, 2006). Concomitantemente ocorreu um avanço tecnológico, relacionado com a oportunidade da indústria de leite materno desenvolver leites dietéticos para bebés. Por consequência, houve uma reeducação da amamentação e uma alteração dos padrões de saúde e alimentação infantil, a nível mundial (Galvão, 2006).

Na espécie humana, o leite materno relaciona-se com o ciclo reprodutor da mulher e a sua produção sobrevém apenas no período pós-parto. A lactação consiste, assim, num processo fisiológico normal, ou seja, uma consequência de parir (Galvão, 2006).

Para o bebé, desde o primeiro momento de vida, não existe melhor alimento do que o leite materno, com as características nutricionais fundamentais, que possibilitam um crescimento e um desenvolvimento saudáveis. Não existe nenhum outro que possa reproduzir as suas propriedades, uma vez que este tem a correta proporção de todos os nutrientes que o bebé necessita em cada etapa de desenvolvimento. Graças à natureza, a composição do leite materno vai-se alterando à medida que passam os meses, para se adaptar às necessidades da criança nas diferentes fases de crescimento (Pereira, 2006). Para a mesma autora, o processo da amamentação, embora de aparente simplicidade e automatismo fisiológico singular, requer um complexo conjunto de condições interacionais no contexto social da mulher e do seu filho.

Os bebés alimentados com leite materno mostram um vínculo afetivo mais intenso e duradouro, tanto que Ferreira, Nelas e Duarte (2011) asseguram que há estudos que demonstram que, no futuro, se adaptam melhor à vida social, suscetíveis de ter menos problemas no que se refere ao relacionamento social.

O ato de amamentar não se baseia somente na administração de nutrientes ao recém-nascido, é igualmente um ato de amor que, ao satisfazer as necessidades nutricionais do bebé, propicia o contacto íntimo pele com pele, fomentando o vínculo

precoce e os laços afetivos entre a díade: mãe/filho. Quando a mãe opta por amamentar o seu filho, a interação mãe-bebé é, *grosso modo*, mais ajustada do que nas díades em que a mãe decide por alimentar o seu filho com leite artificial (Ferreira, Nelas & Duarte, 2011). De acordo com os mesmos autores, contribui também para que a mãe se sinta emocionalmente satisfeita, promovendo a relação mãe-filho, ajudando, de igual modo, a mãe a adaptar-se ao filho, a passar do bebé idealizado para o bebé real.

O aleitamento materno não é determinado simplesmente de forma biológica, mas também envolve fatores emocionais e socioculturais. A decisão de amamentar, de continuar a amamentar ou de parar de amamentar é essencialmente da responsabilidade da mãe, que é influenciada pela sua história de vida, pela sua rede de apoio social e familiar, pelas suas condições físicas e emocionais e das do bebé, bem como pelo valor social que é conferido à amamentação e à maternidade na comunidade em que a mulher se integra (Falceto, 2006). Por esse motivo, os profissionais de saúde e as campanhas de promoção da amamentação não podem unicamente transmitir mensagens generalizadas, com ênfase no aspeto biológico da amamentação, em detrimento de questões peculiares e emocionais da mulher (Faleiros, Trezza & Carandina, 2006).

Os profissionais de saúde são os principais intervenientes e responsáveis pela promoção do aleitamento materno e da sua manutenção, isto porque são estes, com as suas competências e formação técnica, que podem conceder o maior apoio e informação durante a gravidez e no período do puerpério (Galvão, 2006). Segundo o autor, é importante consciencializar a mãe em relação ao aleitamento materno, reforçar a sua contribuição, fundamental na saúde e bem-estar do seu filho.

São sobejamente reconhecidas as vantagens do aleitamento materno, quer a curto, quer a longo prazo, subsistindo o consenso geral de que a sua prática exclusiva é a melhor maneira de alimentar as crianças até aos 6 meses de vida, e que, depois da introdução ajustada de novos alimentos, é importante que este se prolongue até aos dois anos de idade ou mais (Ferreira, Nelas & Duarte, 2011).

1.1. Manutenção da amamentação e as suas principais dificuldades

No ano de 2001, o relatório de Consultoria Especializada da Organização Mundial de Saúde recomendou a amamentação exclusiva por cerca de 6 meses, com a introdução de alimentos complementares e continuidade da amamentação após estes meses.

Todas as mulheres devem ser informadas sobre os benefícios do aleitamento materno e os riscos de não amamentar. Os profissionais de saúde também devem discutir o aleitamento materno com as mães e incentivá-las a usar as estruturas de apoio disponível nos serviços. O papel do profissional de saúde é de educação, encorajamento e apoio, sempre tendo em conta as sugestões da mãe, preocupações e fundo cultural (Gatty et al., 2008).

A entrevista pré-natal inicial entre uma mulher e o profissional de saúde deve incluir uma avaliação cuidadosa das atitudes de uma mulher (e do seu parceiro), crenças, expectativas, conhecimentos e experiências em relação à alimentação da criança. A pesquisa mostra que, quanto mais cedo na gravidez a decisão de amamentar é tomada, mais provável é que amamentação será bem-sucedida (Baxter et al., 2009).

Existe um certo número de fatores que podem retardar o início da amamentação, após o nascimento, nomeadamente:

- Stress materno - pode interferir com a libertação de ocitocina, a hormona responsável pela ejeção do leite;

- Cesariana – Embora nem todos os estudos têm relatado uma associação negativa entre o aleitamento materno e a cesariana, estas diferenças podem estar relacionadas com o tipo de anestesia utilizada e a recuperação pós-parto de mulheres que sofrem uma cesariana (Qiu et al., 2008; Rowe-Murray et al., 2002);

- A obesidade materna - tem uma associação negativa com o provável início da amamentação e da sua manutenção, e tem sido associada com o início tardio da amamentação. Foi identificado que, como os tecidos adiposos concentram progesterona, as mulheres obesas podem ter níveis mais elevados de progesterona, levando a uma resposta reduzida da prolactina e um atraso no aparecimento posterior de lactogenese fase II (Rasmussen & Kjolhede, 2004). Uma teoria alternativa é de que

a sucção diminuída como resultado de problemas mecânicos conduz à diminuição da resposta de prolactina. Apesar das iniciais dificuldades, com a orientação suficiente sobre a amamentação, a grande maioria das mulheres com excesso de peso são capazes de amamentar com sucesso.

- Nutrição - Uma boa nutrição é importante para a saúde e o bem-estar de todas as mulheres e em especial para as mulheres que amamentam, que têm exigências nutricionais adicionais (Picciano, 2001). A produção de leite e proteínas, gordura e concentrações de lactose são pouco afetados pela dieta materna. Contudo, esta pode influenciar a composição de ácidos gordos de micronutrientes e do leite materno (Picciano, 2001; Canfield et al., 2001).

Muitas mães experimentam algumas dificuldades durante a amamentação, especialmente no início do processo da amamentação. Essas dificuldades são geralmente pequenas e podem ser facilmente superadas com aconselhamento, assistência e suporte (Walker, 2008). No entanto, problemas que parecem menores para os profissionais de saúde podem ser questões importantes para os pais da criança. O apoio adequado na comunidade e na prática, essencialmente, através de profissionais de saúde treinados, é fundamental para minimizar o impacto dos problemas da amamentação (Walker, 2008).

As dores no mamilo ou desconforto são uma das razões mais comuns para o abandono da amamentação por algumas mulheres (Walker, 2008). Segundo o autor, apesar da frequência das dificuldades iniciais, se a dor no mamilo persistir pode ser um sinal de problemas. O mamilo é vulnerável devido à sua exposição repetida ao trauma e presença de bactérias. No entanto, podem existir outros problemas como a dermatite e eczema, situação em que os mamilos apresentam vermelhidão e descamação da pele seca.

Um certo número de causas da dor e o desconforto no mamilo foram identificados, incluindo fatores maternos e infantis (Morland-Schultz, 2005): eczema, deficiências alimentares, mamilos planos ou retraídos, uso de protetores do mamilo, falta de exposição do mamilo ao ar, ingurgitamento mamário, posicionamento incorreto do bebé na mama, pega incorreta, pressão negativa e quebra na sucção incorretamente.

Neste âmbito, faz-se referência ao estudo realizado por Marques, Cunha, Aragón e Peixoto (2008), cujo objetivo foi verificar os fatores relacionados com as

dificuldades no aleitamento materno, tendo observado que 41,7% das puérperas relataram ter encontrado algum tipo de dificuldade durante a amamentação, desde o primeiro dia até ao 30º dia de amamentação, sendo este um índice relativamente alto quando comparado ao apurado por Carvalhaes e Correa (2003), cuja frequência de mulheres com dificuldade associadas à amamentação variou entre os 18% aos 34%. No seu estudo, Frota e Marcopito (2004) verificaram que a ocorrência mais elevada de dificuldades durante esse período de amamentação ocorreu em puérperas adolescentes, sobretudo ao 7º dia de vida do seu bebé.

Os problemas de dificuldades na pega e na posição inadequada foram os mais encontrados por Marques et al. (2008), estando em consonância com Carvalhaes e Correa (2003). Por sua vez, Sanches (2004) afirma que o posicionamento inadequado da mãe e do bebé dificulta a amamentação, o que interfere na pega e na extração do leite, demonstrando que as dificuldades na amamentação, por norma, não são isoladas, apresentando-se muitas delas como consequência da outra. Por conseguinte, os mesmos autores consideram importante a observação das condições das mamas, na medida em que as fissuras e o ingurgitamento mamário podem dificultar grandemente a amamentação, além de causar dor, a qual, em conformidade com Giugliani (2010), se assume como uma causa relevante no abandono desta prática.

Marques et al. (2008), ao compararem as faixas etárias das mulheres entrevistadas, observaram que as que possuíam mais idade relataram, com mais frequência, possuir dificuldades no aleitamento de seus filhos, o que foi justificado pelos mesmos autores com a possibilidade de estas mães terem uma melhor percepção de dificuldades e de identificação de problemas, enquanto as mais novas, pela própria imaturidade, não os assimilam, passando, assim, de forma impercetível. Constataram também que a presença de um elevado percentual de mães que afirmaram possuir “pouco leite”. Neste âmbito, Marques et al. (2008) sublinham que a ideia de possuir “pouco leite” ou mesmo “sem leite”, em muitos casos, é um tabu difundido por fatores sociais e culturais muito fortes. Como tal, os mesmos autores são da opinião que é essencial que as orientações durante a gravidez e no decorrer da amamentação sejam no âmbito de auxiliar a mãe no ganho de autoestima e a terem confiança de que o seu próprio leite é capaz de garantir a saúde e bem-estar do seu bebé. Outro resultado a que chegaram Marques et al. (2008) refere-se ao facto de a maioria das mães, independente de possuírem dificuldades ou não com a amamentação, obtiveram informação sobre a amamentação nas consultas de

vigilância pré-natal, o que comprova a importância do papel dos profissionais de saúde nesta área.

Oliveira, Patel e Fonseca (2004) salientam que a dificuldade que mais perturba o processo de amamentação no período pós-parto é a dor, seguida do ingurgitamento mamário, posicionamento do recém-nascido no seio materno, além da crença de possuir o leite fraco. Os mesmos autores acrescentam que a dor, ao amamentar, ocorre devido à função da libertação de ocitocina durante a saída do leite, ocasionando simultaneamente a contração uterina, causando um certo desconforto na hora da amamentação, podendo também estar associada ao período pós-parto, pela incisão cirúrgica das cesarianas, das episiotomias dos partos normais ou pelo processo de ingurgitamento mamário, fissuras mamilares, entre outros fatores.

Outro fator apontado como preditor de dificuldades associadas à amamentação, sobretudo entre o 7º e o 30º dia de vida do bebê, é a circunstância de a mulher ser primípara (Almeida, Ribeiro, Rodrigues, Costa & Vargas, 2010). Os mesmos autores referem que a gestação acarreta para a mãe primípara sentimentos conflituosos que aumentam a sua vulnerabilidade emocional, quer durante a gestação, quer durante todo o processo de amamentação, com enfoque no seu início. A percepção da maternidade, consoante a história de vida destas mulheres, configura-se como elemento despoletador de tais sentimentos, na medida em que muitas vezes não contam com o apoio do pai da criança e/ou da própria família. Como tal, Almeida et al. (2010) consideram que essas mães necessitam de orientação por parte dos enfermeiros, porque nem sempre a maturidade está relacionada com a habilidade maternal para cuidar do recém-nascido e amamentá-lo, revertendo-se em dificuldades e levando as mães a considerar o ato de amamentar como desagradável.

Num outro estudo de autoria Gubert, Veieira, Oliveira, Delatore e Sanches (2012), cuja finalidade foi avaliar o aleitamento materno de recém-nascidos no primeiro mês de vida, constatou-se que as principais dificuldades relatadas pelas mães, durante a hospitalização e após a alta, foram a dor ao amamentar, as mamas túrgidas, o mamilo plano e a dificuldade em manter o bebê acordado, ou seja, registam casos em que os bebês apresentavam, segundo as puérperas, sonolência logo no início da mamada e permaneciam sonolentos ao longo da mesma. Quanto ao posicionamento materno durante o aleitamento, de acordo com os resultados de Gubert et al. (2012), algumas mães tinham dificuldade em permanecer confortáveis no momento da mamada. Na primeira avaliação, que decorreu até ao 7º dia de vida do seu bebê, três mães revelaram que tiveram problemas com a postura, e na segunda (30º dia de vida

do bebê) e terceira avaliação (2 meses dia de vida do bebê), duas mães apontaram essa dificuldade. As que apresentaram sinais indicativos de problema estavam em posição desconfortável, inclinavam-se para colocar o bebê na mama, seguravam-no sem cuidado, sem olhá-lo nos olhos ou sem conversar com ele, e/ou ofereciam a mama com os dedos em forma de tesoura. A maioria das mães manifestou sinais favoráveis ao aleitamento materno. Estes autores, tendo em conta as evidências encontradas, salientam que a preocupação com o aleitamento materno deve ir além do período de hospitalização, com continuidade após a alta hospitalar, visto que este é o período em que a díade encontra maior dificuldade de adaptação e necessita de apoio para a manutenção da lactação e do aleitamento materno.

Oliveira, Oliveira, Perez et al. (2006), através do seu estudo, com uma amostra de puérperas (N=254) com uma média de idade de 20,7 anos, com escolaridade inferior ao 3º ciclo do ensino básico (63,8%), observaram que a maioria (98,4%) das mães estudadas estava a amamentar os seus filhos no final do primeiro mês; 91,7% em aleitamento materno exclusivo.

Num estudo realizado por Braga, Machado e Bosi (2008), foi analisado que o reconhecimento das vantagens do leite materno foi o principal motivo apresentado pelas entrevistadas para amamentarem exclusivamente, mesmo perante algumas situações de insegurança, incómodo e desconforto. Deste modo, os mesmos autores, para promover o aleitamento materno exclusivo, sugerem que o atendimento direto às mães seja realizado por uma equipa de profissionais especializados, treinados nas técnicas de aconselhamento em amamentação, orientando-as e ajudando-as, quando necessário. Deste modo, assume-se como fundamental o papel e as competências do enfermeiro especialista que deve, junto das mães, realizar uma adequada promoção ao aleitamento materno, tendo em conta todas as suas vantagens e ensinar as mães como manter uma amamentação, de modo a ultrapassarem as possíveis dificuldades inerentes à amamentação (Braga, Machado e Bosi, 2008).

Prates, Schmalfluss e Lipinski (2015) realizaram um estudo, objetivando conhecer as condutas adaptadas pelas puérperas durante o primeiro mês de amamentação do seu bebê. Verificaram que as dificuldades mais apontadas pelas mulheres foram a queixa de insuficiente ou fraco leite, dor aquando da amamentação, fissuras, ingurgitamento mamário, o posicionamento e pega inadequados. Consideraram também a ansiedade materna e o choro da criança como aspetos que interferem na amamentação.

Fatores psicológicos, como por exemplo as alterações de humor durante e após a gravidez, que ocorrem em cerca de 85% das mulheres na primeira semana após o nascimento atingindo o pico no terceiro-quinto dia (Cohen *et al.*, 2010) podem contribuir para dificuldades na amamentação.

A depressão pós-parto afeta aproximadamente 10-15% das mulheres no período de 12 meses após o parto, e ocorre em todos grupos culturais (Cohen *et al.*, 2010). Muitos estudos epidemiológicos têm documentado a prevalência de depressão pós-parto em todo o mundo (Scalea & Wisner, 2009). Concluíram que 7% das mulheres experimentaram um episódio depressivo no prazo de 3 meses do nascimento e, quando foram incluídos os casos de depressão menor, a taxa de prevalência no período de 3 meses foi de 19% (Scalea & Wisner, 2009).

Os transtornos de saúde mental pós-natais podem interferir com a relação mãe-bebê e influenciar negativamente o estabelecimento da amamentação. Estudos realizados em vários países confirmaram a relação entre depressão pós-parto e interrupção precoce do aleitamento materno. Um estudo longitudinal australiano (n = 1745) constatou que a depressão pós-natal foi significativamente associada de forma negativa à duração do aleitamento materno, e que as mulheres que experimentam a depressão pós-parto têm um maior risco de interromper a amamentação do que as mulheres que não a experimentam (Henderson *et al.*, 2003).

Outros estudos demonstram que fatores com moderada a forte associação com a depressão pós-parto incluem a depressão e a ansiedade durante a gravidez, história anterior de depressão, eventos de vida stressantes e uma má relação conjugal (Robertson *et al.*, 2004).

1.2. Importância da família e da comunidade na amamentação

A capacidade da mulher para iniciar e manter o aleitamento materno é, também, influenciada por uma série de fatores, incluindo a comunidade em que vive. A comunidade tem muitos componentes, tais como a saúde pública e outros programas baseados na saúde do bebê e da mãe, associações e organizações, escolas e creche e os meios de comunicação. A medida em que cada uma dessas entidades suporta ou desencoraja a amamentação pode ser crucial para o sucesso da mesma.

O papel do homem, especificamente do pai na família, que no passado era negligenciado, tem emergido nas agendas das instituições internacionais, as quais propõem políticas públicas como uma nova forma de promover a igualdade de gêneros.

As práticas de apoio presencial do pai iniciam-se antes do nascimento do bebê, envolvendo a participação nas consultas de vigilância da gravidez e nas ações educativas durante a mesma, como as aulas de preparação para o parto.

A maior parte dos estudos apontam que o pai representa um importante aliado na manutenção da amamentação, através da sua participação no cotidiano da família e na inserção do novo membro. As práticas de apoio dos pais consistem essencialmente, em dar a devida atenção à mãe, conversar com ela sobre a amamentação durante a gravidez e após o nascimento, incluindo igualmente, as manifestações de carinho para com a mãe e o bebê. Envolve o acalmar a mãe, com paciência, manifestar alegria, proferir elogios e apoiar a decisão da mãe (Miller & Silva, 2009). Envolve, essencialmente, a calma em apoiar a mãe a amamentar logo na primeira meia hora após o parto, e proporcionar um ambiente agradável para a amamentação (Spanó *et al.*, 2007).

A preparação do homem para a parentalidade é fundamental para que o mesmo possa compreender as modificações que sucedem na dinâmica familiar com a chegada o bebê e, a partir daí, melhorar o seu apoio à mulher no período da amamentação. As suas atitudes são de extrema importância para o sucesso da prática do aleitamento materno. Como tal, é importante ajudar o pai a superar as dificuldades que possam surgir, como, por exemplo, o sentimento de separação da companheira e o sentimento de omissão e inabilidade no período da amamentação (Armstrong, Abraham, Squair, Brogan & Merewood, 2014).

Assim, nos primeiros 10 dias após o parto a figura do pai é de grande importância para a continuidade do aleitamento materno em decorrência das dificuldades que possam ocorrer na amamentação (Maia *et al.*, 2006).

A amamentação é física e emocionalmente exigente, desgastante e por vezes desconfortável. De uma forma geral, todas as mães experimentam um conjunto de dúvidas sobre a sua capacidade de cuidar do recém-nascido. Os pais podem desempenhar um papel fundamental no reforço da confiança na mãe, elogiando os

seus esforços e oferecendo palavras de encorajamento. Esse papel de apoio pode ser difícil quando a mulher está cansada e desanimada.

O conhecimento sobre a amamentação e o envolvimento dos pais tem sido o tema de vários estudos. Rempel & Rempel (2010) entrevistaram 21 pais e determinaram o seu envolvimento na experiência da amamentação. Os resultados deste estudo determinaram várias formas dos pais se envolverem na amamentação, como adquirir conhecimento sobre aleitamento materno e utilizar este conhecimento para o incentivar e apoiar. Outras áreas identificadas pelos pais foram a valorização da mãe, colaborar nas tarefas domésticas e nos cuidados infantis. (Rempel e Rempel, 2010).

Num estudo controlado de uma intervenção para os pais, a taxa de início da amamentação entre as novas mães foi de 74% quando o parceiro participou de educação para a saúde sobre amamentação, em oposição a uma taxa de início da amamentação de 41% entre as mães cujo parceiro não compareceu à sessão de intervenção (Wolfberg et al., 2004).

De acordo com algumas investigações, como salientam Lamy e Costa (2010), a mãe e o bebê não podem ser considerados os exclusivos intervenientes no processo de aleitamento materno. As mesmas autoras referem a importância de um ambiente favorável, de relações familiares, dando destaque à existência de apoio por parte do pai, sendo este um fator de relevância para o sucesso e para a longa duração do aleitamento materno. Como tal, o êxito do aleitamento materno é significativa possível quando o pai se revela favorável a esta prática. A sua participação faz aumentar a prevalência da amamentação e parece ser um fator de diferença entre o seu sucesso e o seu fracasso (Lamy & Costa, 2010). Um estudo realizado por Arora (2000, cit. por Lamy & Costa, 2010) demonstra que a atitude negativa do pai quanto ao aleitamento materno assume-se como o motivo mais importante pelo qual as mães utilizam leite artificial em substituição ao leite materno/amamentação.

Ficou igualmente demonstrado num estudo realizado no Reino Unido que a participação do pai na promoção do aleitamento materno assume-se como relevante, na medida em que existe a partilha da parentalidade, o que pode aliviar a sobrecarga da mãe em todo este processo (Earle 2002, cit. por Lamy & Costa, 2010).

Deste modo, os estudos sugerem que o pai assume um papel decisivo no aleitamento materno, dado que transmite segurança à mãe, incentivando-a a

amamentar. Por este motivo, o pai tem de ser incluído na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, na medida em que o mesmo tem a probabilidade de influenciar a tomada de decisão mãe/casal para amamentar. Conforme a Direção Geral de Saúde (2004, p. 25), “para mais ganhos em saúde de uma forma global, tendo em conta a situação da União Europeia e a situação em Portugal, definem-se como prioritárias as estratégias centradas na família e no ciclo de vida...”.

São várias as atividades que o pai pode fazer para apoiar a mãe e ter sucesso na amamentação. Assim, ao longo da gestação, o pai deve acompanhar a mãe às consultas de Vigilância de Saúde Materna, participando no processo, sobretudo na formação/informação sobre aleitamento, os pais informados participam mais. Apoiar a mãe durante o parto; ajudar se for necessário na primeira mamada e nas seguintes. No domicílio, deve ajudar a mãe a posicionar-se confortavelmente para amamentar e fazer as atividades domésticas ou cuidar dos outros filhos, ou providenciar que alguém faça, para a mãe ficar disponível para o bebé e repousar no intervalo das mamadas. O pai deve elogiar e incentivar a mãe a amamentar, pois aumenta a autoestima e confiança da mãe e associa-se ao sucesso da amamentação (Pinto, 2008). Sabe-se que a amamentação não é um vínculo exclusivamente maternal, o pai também faz parte desta esfera mãe/filho.

O envolvimento do pai promove o aleitamento materno e favorece a sua manutenção por mais tempo, resultando, inclusive, no aumento da autoestima e a confiança da mãe, com benefícios para toda a família. De acordo com Pereira (2006), o pai, por meio de uma participação ativa na decisão da amamentação, juntamente com uma atitude positiva e conhecimentos acerca dos benefícios do aleitamento materno, tem sido demonstrado que tem uma forte influência sobre o início e duração do aleitamento materno em estudos observáveis.

Deste modo, a amamentação deverá ser vista enquanto assunto de casal parental e não só unilateralmente. A decisão quanto ao tipo de alimentação escolhida para o bebé pode e deve ser tomada a dois, no seio de uma relação de casal. O homem, levando em linha de conta a motivação da mulher e os conhecimentos que existem sobre as vantagens do aleitamento materno para a mãe e para o bebé, deve emitir a sua opinião e desejo. Todavia, a amamentação é influenciada por vários aspetos de ordem psicológica e emocional intrínsecos à mãe e que se refletem no bebé e na relação estabelecida, quer na díade (mãe-bebé), quer na tríade (pai-mãe-bebé) (Pereira, 2006).

Os profissionais de saúde, nesta área, desempenham igualmente um papel importante, particularmente os enfermeiros, pois, desde as consultas pré-natais, devem incluir o pai no ato de amamentar, dando-lhe conselhos e diretrizes para o sucesso da amamentação (Pereira, 2006).

Quanto ao apoio familiar, como refere Pereira (2006), a pesquisas sustentam que o apoio e suporte familiar, principalmente do marido e da mãe, são fatores relevantes na escolha da alimentação do recém-nascido. Além disso, a mesma autora refere que, em vários estudos, ficou demonstrado que a aprovação e as atitudes do marido/companheiro em relação ao aleitamento materno são consideradas pelas mulheres na decisão de amamentar.

Em suma, o facto de existir apoio familiar e uma união estável poderá constituir uma influência positiva para a tomada de decisão em amamentar, pois a mãe sente-se apoiada e segura em tomar essa decisão.

A importância do apoio familiar e as referências sociais são muito relevantes para a mulher que amamenta, sobretudo no que se refere, como já referido anteriormente, ao papel do pai. O apoio social inclui o apoio da família e da comunidade em geral. O apoio do pai da criança é fundamental para o sucesso do aleitamento materno. Este papel tem início desde o momento da decisão da escolha da alimentação do filho, que deve ser sempre discutida pelo casal, até ao final da amamentação (Lamy & Costa, 2010).

É bastante importante a inclusão da família na preparação para o aleitamento materno e para o suporte do mesmo, uma vez que estes fatores se associam positivamente ao sucesso do aleitamento. No apoio social, deve estar presente o papel dos diversos organismos governamentais de apoio ao aleitamento. A intervenção destes organismos e grupos de apoio têm sido referenciados como um fator de sucesso para o aleitamento (Pinto, 2008).

Os profissionais de saúde desempenham um papel importante na promoção e apoio ao aleitamento materno e têm a oportunidade de aumentar não só o conhecimento da amamentação das mães e habilidades, mas também de influenciar as atitudes em relação ao aleitamento materno, proporcionando e incentivando o uso das estruturas de apoio à amamentação durante a gravidez e pós-parto. Indo de encontro ao que refere Pechevis (2011), o sucesso da promoção do aleitamento depende não só da aquisição de conhecimentos e práticas sobre a amamentação,

mas também das atitudes dos profissionais de saúde, sobretudo, os enfermeiros que têm um papel muito importante na promoção, proteção e apoio ao aleitamento. Devem atuar no período pré-natal, durante o parto, pós parto e enquanto durar a amamentação.

Hagemann (2003) fez um estudo exploratório prospetivo com o objetivo de demonstrar o impacto da educação para a saúde sobre o aleitamento realizada em diferentes momentos: período pré-natal, no parto e pós-parto no suporte ao aleitamento materno. A avaliação da eficácia desta educação foi feita seis semanas após o parto. Os resultados mostraram que a informação e o apoio facultado às mães, pelos enfermeiros teve um impacto positivo no sucesso da amamentação nesse período.

Segundo Vieira (2009), muitas mulheres quando iniciam a vigilância pré-natal já têm bem definido como vão amentar os seus filhos e conhecem os benefícios da amamentação. Contudo, ainda existem algumas que têm dúvidas e mitos relacionados com esta experiência. Deve ser dada especial atenção às primíparas e também às múltíparas que tiveram insucesso anterior. O enfermeiro deverá centrar a sua informação sobre as vantagens do aleitamento, para a mãe, para a criança, família, sociedade e meio ambiente.

Os estudos de Barnett, Sienkiewicz e Roholt (2005) sublinham que atitudes positivas e crenças adequadas dos profissionais de saúde em relação ao aleitamento materno podem influenciar o apoio e o incentivo que estes podem dar às mulheres grávidas e às mães. Os aspetos relacionados com a amamentação ultrapassam, em muito, o domínio do biológico e abrangem os territórios do psicológico e do social, defrontando-se os profissionais que trabalham nesta área com as suas próprias crenças e sentimentos face à amamentação.

Os estudos desenvolvidos na Europa nos Estados Unidos da América acerca do apoio dos profissionais de saúde às mães têm demonstrado uma concordância sobre os benefícios do aleitamento materno e a uma assunção do papel dos técnicos na promoção do aleitamento, o que se reflete, de uma forma geral, em atitudes muito positivas por parte das mulheres (Vinagre et al., 2010).

Sendo assim os profissionais de saúde têm um papel vital no encorajamento e suporte do aleitamento materno. Estes apoiam as mães a amamentar, explicando os

benefícios que esta prática tem na saúde da mãe e no crescimento e desenvolvimento da criança.

A satisfação com a vida é um conceito complexo e de difícil mensuração, por se tratar de um estado subjetivo. Porém, está associado à experiência de vida em relação às várias condições de vida de cada pessoa. A satisfação com a vida é um julgamento cognitivo de alguns domínios específicos na vida da pessoa, tais como, a saúde, o trabalho, as relações sociais, a autonomia entre outros, ou seja, trata-se de um processo de juízo e de avaliação geral da própria vida, segundo um critério próprio. A satisfação com a vida reflete o bem-estar subjetivo individual, ou seja, o modo e os motivos que levam as pessoas a viverem as suas experiências de vida de uma forma positiva (Donalísio, Joial & Ruiz, 2007). Desta feita, depreende-se, tendo em conta o tema do presente trabalho, que a satisfação com a vida, sendo um julgamento cognitivo de determinado aspeto na vida da pessoa, um processo de juízo e avaliação geral da própria vida, então, a avaliação sobre a satisfação com a vida das mulheres a amamentar poderá depender de uma comparação entre as circunstâncias da sua vida e a opção pela amamentação.

II Parte – Investigação empírica

1. Metodologia

Este capítulo é constituído por um conjunto de etapas sequenciadas, onde se incluem uma descrição detalhada de todos os procedimentos necessários para o desenvolvimento da investigação, nomeadamente: a questão de investigação, a conceptualização, o tipo e os objetivos do estudo, as variáveis a estudar, a população e amostra, os instrumentos de colheita de dados, os procedimentos efetuados e as considerações teóricas do tratamento estatístico que irá ser efetuado no capítulo seguinte.

1.1. Métodos

A Organização Mundial da Saúde recomenda o aleitamento materno exclusivo até ao sexto mês de vida e o aleitamento materno complementado até aos dois anos ou mais, sustentando-se nos benefícios que o mesmo tem, essencialmente, em termos de saúde e bem-estar do bebé e da mãe (Pinto, 2008). Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde também aconselha o estímulo desta prática, assumindo-a como um critério de qualidade dos cuidados de saúde perinatais.

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

Neste sentido, pretende-se com este estudo dar resposta a algumas inquietações, traduzidas nas seguintes questões de investigação: i) As dificuldades sentidas na amamentação são dependentes do contexto de amamentação? ii) De que modo as dificuldades sentidas na amamentação estão relacionadas com a satisfação

com a vida? iii) Em que medida o apoio familiar pode interferir nas dificuldades sentidas na amamentação?

Tentar-se-á dar resposta ao conjunto de interrogações formuladas, tendo em consideração os limites impostos por um estudo desta natureza. Assim, delineou-se como objetivo geral estudar as dificuldades sentidas na amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento, e um conjunto de objetivos específicos que procuram responder a algumas das inquietações que esta problemática suscita:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico das puérperas em estudo;
- Identificar as dificuldades mais frequentes associadas à amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento;
- Avaliar a relação entre as dificuldades sentidas na amamentação com o contexto da amamentação, o suporte familiar e a satisfação com a vida das puérperas;
- Comparar as dificuldades sentidas pelas puérperas com a amamentação ao 7º dia de vida do bebé e com um mês de vida.

De seguida, descreve-se e explica-se o tipo de investigação, as variáveis em estudo, a amostragem, os instrumentos de recolha de dados utilizados e os procedimentos estatístico a realizar.

O estudo realizado enquadra-se numa investigação quantitativa, longitudinal de curta duração, descritiva e correlacional. Este tipo de estudo oferece uma grande variedade de estudos descritivos (Babbi, 1997, cit. por Coutinho, 2011). Estes estudos iniciam sempre pelo levantamento de uma questão ou problema, que o investigador procura dar resposta, inquirindo, para tal, uma amostra de sujeitos que seja representativa da população. Trata-se de um plano de estudo mais utilizado em investigação social.

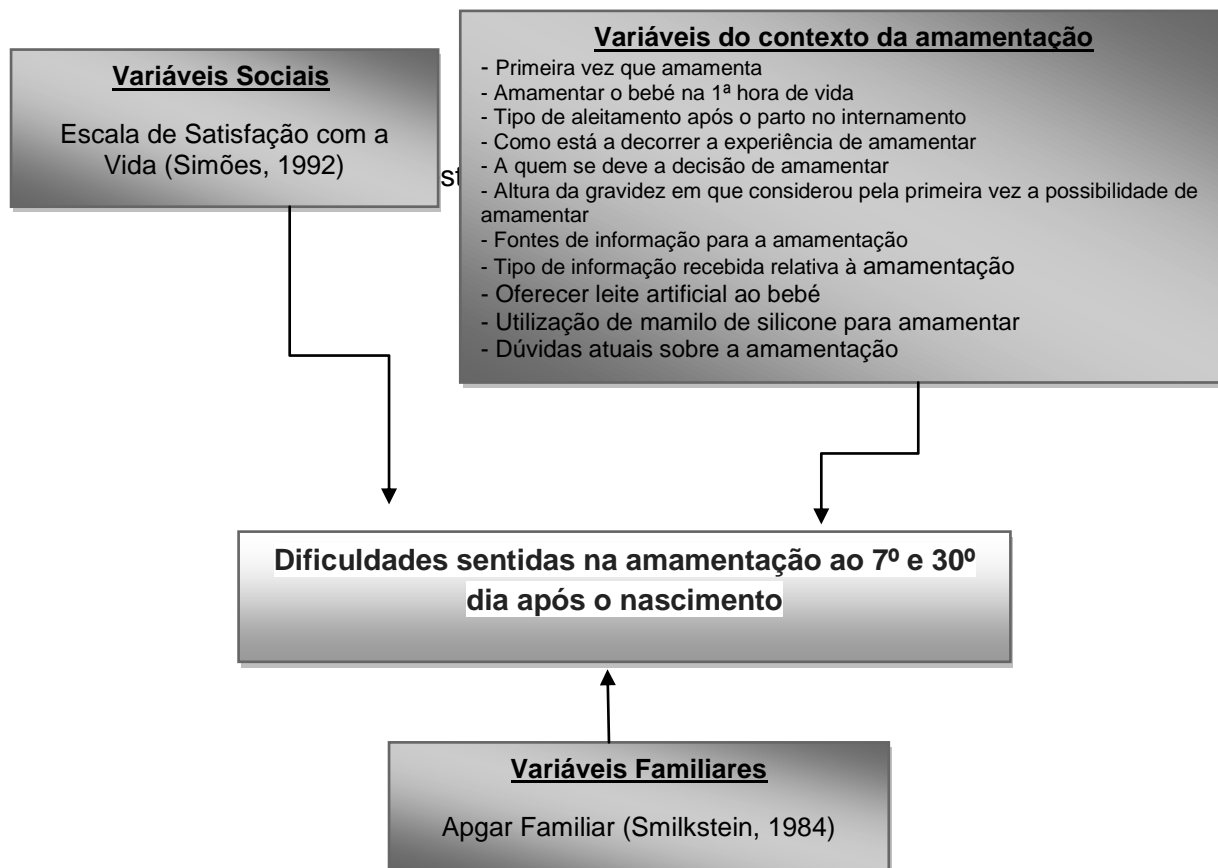
A autora citada refere que este tipo de estudo segue regras que possibilitam aceder de forma científica ao que os inquiridos opinam. *Grosso modo*, o estudo tende a analisar a incidência, distribuição e relações entre variáveis que são estudadas tal qual existem sem manipulação, sendo quase sempre classificados em função desses três objetivos básicos: descrever, explicar ou explorar (Coutinho, 2011).

No que se refere ao estudo descritivo, procura-se descobrir a incidência e a distribuição de determinados traços ou atributos de uma determinada população, sem

que o investigador os procure explicar. Assim, o presente estudo pode ser caracterizado de descritivo, na medida em que se estuda a distribuição do traço (variável) numa amostra representativa de puérperas, para que se possa da mesma inferir para a descrição na população de que a amostra foi extraída (Coutinho, 2011). A presente investigação pode também ser classificada de explicativa, pois tentou-se determinar a relação entre variáveis. É igualmente exploratório, na medida que se pretende fornecer pistas para estudos futuros (Coutinho, 2011). Assume-se igualmente como um estudo longitudinal de curta duração, na medida em que se fizeram duas avaliações, ou seja, a primeira recolha de dados foi efetuada ao 7º dia de vida do bebé e a segunda ao 30º dia, na mesma amostra de mulheres. É de natureza quantitativa, caracterizado pela colheita de dados observáveis e quantificáveis. Abarca uma colheita metódica de informação numérica, utilizada em procedimentos estatísticos (Polit & Hungler, 2004).

Face ao exposto, elaborara-se a representação esquemática que procura dar a conhecer a inter-relação que se pretende estabelecer entre a variável dependente e as independentes deste estudo. A Figura 1 apresenta o modelo conceptual que foi delineado com o tipo de estudo que se pretende realizar.

Figura 1 – Modelo conceitual do estudo.



No presente estudo foram denominadas as dificuldades sentidas na amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento como a variável dependente e as variáveis sociais (satisfação com a vida), as variáveis familiares (Apgar familiar) e as variáveis de contexto de amamentação como variáveis independentes.

1.2. Participantes

Para a realização desta investigação contou-se com uma amostragem do tipo não probabilística por conveniência, tendo em conta os seguintes critérios de inclusão: puérperas que amamentam, inscritas nas Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) das cidades de Viseu e Aveiro, que recorreram às consultas de vigilância de saúde infantil e consultas de enfermagem, entre os meses de Julho de 2013 a Outubro de 2014. A amostra perfaz 255 mulheres. É de referir, ainda, como critério de inclusão, a presença do aleitamento

materno, em dois momentos, até aos 7 dias de vida do bebé, inclusive, e no primeiro mês de vida deste. Foram excluídas todas as puérperas que não satisfizeram os critérios de inclusão, designadamente, as que não amantassem e que apresentassem inconformidades no preenchimento do seu questionário.

1.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

A amostra é constituída por 255 mulheres que amamentaram o seu filho no primeiro mês de vida. Segue-se a caracterização sociodemográfica da amostra, tendo em conta a idade, o estado civil, as habilitações literárias, a situação profissional, a profissão e a zona de residência.

Idade

Em conformidade com os resultados apurados relativos à idade, apurou-se que as participantes têm uma idade mínima de 17 anos e uma máxima de 42 anos, correspondendo-lhe uma idade média de 30.78 anos \pm 4,904 dp. Os coeficientes de variação apontam para uma dispersão baixa em relação às idades médias obtidas (cf. Tabela 1).

Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade

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

Estado civil

Os resultados expostos na Tabela 2 revelam-nos que a grande parte das participantes (88.6%) é casada ou vive em união de facto, quer se situem na faixa etária igual ou inferior aos 30 anos (83.8%), quer possuam idade igual ou superior aos 31 anos (92.8%), tendo resultado em relevância estatística ($X^2=5.080$; $p=0.024$).

Habilitações literárias

Fazendo-se uma análise dos resultados tendo em conta as habilitações literárias, verifica-se que as participantes com o ensino superior estão em maior representatividade no total da amostra (42.0%), das quais a maioria, ou seja, 58.7% têm idade igual ou superior aos 31 anos. Seguem-se, em termos de amostra total, 35.7% das mulheres com o ensino secundário, donde sobressaem 54.7% das participantes na faixa etária igual ou inferior aos 30 anos, o que resultou em relevância estatística ($X^2=42.029$; $p=0.000$) (cf. Tabela 2).

Situação profissional

No que respeita à situação profissional, conforme os resultados expostos na Tabela 2, pode dizer-se que mais de metade das participantes (61.2%) encontra-se empregada em tempo completo, sendo significativos os percentuais de ambos os grupos etários constituídos (≤ 30 anos 53.0% vs ≥ 31 anos 68.1%). É também relevante o percentual encontrado para as mulheres desempregadas (29.8%), donde sobressaem as mulheres mais novas (43.6%) nesta situação, com diferenças estatisticamente significativas ($X^2=23.673$; $p=0.000$).

Profissão

Dada a diversidade de profissões encontradas no estudo, definidas pela Classificação Portuguesa das Profissões (2010), a análise dos resultados seriam tradutores de pouco interesse estatístico, pelo que se sentiu necessidade de reagrupar as diferentes profissões, obtendo-se, desse modo, vários grupos conforme exposto na Tabela 2. Assim, constata-se que, em termos de amostra total, evidenciam-se os 32.0% das mulheres que se enquadram na categoria profissional especialistas das profissões intelectuais e científicas, onde o percentual mais elevado corresponde às participantes mais velhas (47.8%). Seguem-se as mulheres desempregadas, com uma representatividade na totalidade da amostra de 23.3%, onde se agrupam 32.5% das participantes mais novas (≤ 30 anos), tendo-se encontrado diferenças estatisticamente significativas ($X^2=39.668$; $p=0.000$).

Zona de residência

Quando questionadas acerca da sua zona de residência (cf. Tabela 2), a maioria das participantes 51.0% referiu residir na cidade, das quais 41.9% possuem idade inferior ou igual aos 30 anos e 58.7% idade igual ou superior aos 31 anos. Opostamente, 36.1% das puérperas residem numa aldeia, com destaque para 42.7% de mulheres mais novas. Obteve um percentual reduzido de mulheres a residir na vila (12.9%), tendo-se encontrado diferenças estatisticamente significativas ($X^2=7.164$; $p=0.028$).

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis	Idade	<= 30 anos		>= 31 anos		Total		Residuais		X ²	p		
		Nº (117)	% (45.9)	Nº (138)	% (54.1)	Nº (255)	% (100.0)	1	2				
Estado civil													
Casada/União de facto		98	83.8	128	92.8	226	88.6	-2,3	2,3	5.080	0.024		
Solteira		19	16.2	10	7.2	29	11.4	2,3	-2,3				
Habilitações literárias													
Ensino básico		27	23.1	30	21.7	57	22.4	.3	-.3	42.029	0.000		
Ensino secundário		34	54.7	27	19.6	91	35.7	5.8	-5.8				
Ensino superior		26	22.2	81	58.7	107	42.0	-5.9	5.9				
Situação profissional													
Desempregada		51	43.6	25	18.1	76	29.8	4.4	-4.4	23.673	0.000		
Empregada em tempo parcial		4	3.4	19	13.8	23	9.0	-2.9	2.9				
Empregada em tempo completo		62	53.0	94	68.1	156	61.2	-2.5	2.5				
Profissão													
		Nº (117)	% (46.2)	Nº (136)	% (53.8)	Nº (253)	% (100.0)						
Especialistas das profissões intelectuais e científicas		16	13.7	65	47.8	81	32.0	-5,8	5,8	39.668	0.000		
Técnicos e profissionais de nível intermédio		5	4.3	2	1.5	7	2.8	1.4	-1.4				
Pessoal administrativo e Similares		5	4.3	4	2.9	9	3.6	.6	-.6				
Pessoal dos serviços e Vendedores		27	23.1	19	14.0	46	18.2	1.9	-1.9				
Agricultores e trabalhadores Qualificados da agricultura e Pescas		-	-	1	0.7	1	0.4	-.9	.9				
Operários, artífices e trabalhadores similares		17	14.5	20	14.7	37	14.6	.0	.0				
Doméstica		5	4.3	3	2.2	8	3.2	.9	-.9				
Desempregada		38	32.5	21	15.4	59	23.3	3.2	-3.2				
Estudante		4	3.4	1	0.7	5	2.0	1.5	-1.5				
Zona de residência													
		Nº (117)	% (45.9)	Nº (138)	% (54.1)	Nº (255)	% (100.0)						
Aldeia		50	42.7	42	30.4	92	36.1	2.0	-2.0			7.164	0.028
Vila		18	15.4	15	10.9	33	12.9	1.1	-1.1				
Cidade		49	41.9	81	58.7	130	51.0	-2.7	2.7				

1.3. Instrumentos

O instrumento de recolha de dados contém um questionário de **caracterização sociodemográfica**, onde constam 6 questões que permitem recolher informação sobre: idade, estado civil, escolaridade, situação profissional, profissão residência. Possui também o questionário de **caracterização da amamentação** com 14 questões: primeira vez que amamenta; amamentou o bebé na 1ª hora de vida; tipo de aleitamento após o parto, no internamento; experiência de amamentar; decisão de amamentar foi por quem; em que altura da gravidez considerou pela primeira vez a possibilidade de amamentar; fontes de informação sobre a amamentação; tipo de informação recebida relativa à amamentação; dificuldades relacionadas com a amamentação; apoio dos enfermeiros nas dificuldades sentidas; dificuldades ultrapassadas; oferecer leite artificial ao bebé; utilizar mamilo de silicone para amamentar; dúvidas sobre amamentação.

Contém a **Escala de Satisfação com a Vida** (Simões, 1992) e **Apgar familiar** (Smilkstein, 1984).

1.3.1. Escala de Satisfação com a Vida (Simões, 1992)

A Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) de Diener et al. (1985) foi adaptada para a população portuguesa por Simões, 1992) e tem como objetivo a avaliação da satisfação da vida global em adultos, jovens e pessoas da terceira idade, sendo constituída por cinco itens numa escala tipo Likert de 5 pontos. A versão portuguesa apresenta uma boa consistência interna, embora o valor de Alpha de Cronbach seja ligeiramente inferior ao obtido na versão original (.87 para a original e de .77 para a portuguesa) (Simões, 1992).

Estudo psicométrico da Escala de Satisfação com a Vida

Procedeu-se ao estudo de consistência interna da Escala de Satisfação com a Vida (Simões 1992), no primeiro e segundo momentos de avaliação, nomeadamente os estudos de fiabilidade.

Os resultados apresentados na Tabela 3 mostram que as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o global da escala, em relação ao primeiro momento de avaliação, ou seja, ao 7º dia de vida do bebê.

Os valores médios e respectivos desvios padrão dos diferentes itens permitem-nos afirmar que, na globalidade, os itens não se encontram bem centrados, sendo o valor mais baixo o do item 2 “As minhas condições de vida são muito boas” (M=3.87).

Os coeficientes de correlação item total corrigido revelam que se está perante correlações acima de 0.30, sendo o mais elevado no item 3 “Estou satisfeita com a minha vida” (r=0.774) e o menor no item 2 “As minhas condições de vida são muito boas” (r=0.587), com variabilidades de 60.7% e 39.8%, respetivamente.

Ao analisar-se o alfa de Cronbach, por item, os mesmos podem ser classificados de muito bons, pois os valores mínimos e máximos oscilam entre 0.803 e 0.950. Calculado 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 (0.858), dado que para a primeira metade apresenta um valor de 0.799 e a segunda de 0.757 (cf. Tabela 3).

Tabela 3 – Valores correlacionais e de alfa de cronbach para a Escala de Satisfação com a Vida – Primeiro momento de avaliação (7º dia após o nascimento do bebê)

Nº Item	Itens	Média	DP	r/item total	r ²	α sem item
1	A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que fosse.	3,96	0,947	0,663	0,463	0,832
2	As minhas condições de vida são muito boas.	3,87	0,904	0,587	0,398	0,850
3	Estou satisfeita com a minha vida.	4,16	0,955	0,774	0,607	0,803
4	Até agora tenho conseguido as coisas importantes da vida que eu desejaria.	4,25	0,895	0,697	0,513	0,824
5	Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.	3,91	1,123	0,672	0,500	0,833
Coefficiente Split-half				Primeira metade – 0,799		
				Segunda metade – 0,757		
Coefficiente alpha Cronbach global				0,858		

Procedemos ao estudo de consistência interna da Escala de Satisfação com a Vida, no segundo momento de avaliação, ou seja, ao 30º dia de vida do bebê. Os resultados da Tabela 4 indicam as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o global da escala.

Os valores médios e respetivos desvios padrão dos diferentes itens permitem-nos afirmar que, na globalidade, os itens se encontram bem centrados, onde o valor médio é mais baixo no item 5 “Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada” ($M=3.93$) e o mais elevado nos itens 3 “Estou satisfeita com a minha vida” ($M=4.15$) e 4 “Até agora tenho conseguido as coisas importantes da vida que eu desejaria” ($M=4.15$). Fazendo-se uma comparação com o primeiro momento, poder-se-á dizer que os valores médios no segundo momento são mais elevados.

Os coeficientes de correlação item total corrigido patenteiam que se está perante correlações acima de 0.30, cujo valor mais baixo é o do item 2 “As minhas condições de vida são muito boas” ($r=0.615$) e o mais elevado no item 3 “Estou satisfeita com a minha vida” ($r=0.768$), com variabilidades de 42.4% e 64.1%, respetivamente. Confirma-se também que estes valores são mais elevados no segundo momento da avaliação do que no primeiro momento, como exposto anteriormente.

Ao analisar o alfa de Cronbach, por item, os mesmos podem ser classificados de bons, na medida em que os valores mínimos e máximos oscilam entre os 0.818 no item 1 “A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que fosse” e 0.856 no item 2 “As minhas condições de vida são muito boas”.

Calculado o índice de fiabilidade pelo método das metades os valores de alfa de Cronbach mostraram-se mais fracos do que o alfa para a globalidade da escala (0.866), dado que, para a primeira metade, apresenta um valor de 0.795 e a segunda de 0.756 (cf. Tabela 4). Acrescenta-se que o valor de alfa no segundo momento de avaliação subiu em relação ao primeiro momento de avaliação, onde se obteve $\alpha=0.859$.

Tabela 4 – Valores correlacionais e de alfa de cronbach para a Escala de Satisfação com a Vida – Segundo momento de avaliação (30º dia após o nascimento do bebê)

Nº Item	Itens	Média	DP	r/item total	r ²	α sem item
1	A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que fosse.	3.99	0.933	0.669	0.464	0.842
2	As minhas condições de vida são muito boas.	4.01	0.811	0.615	0.424	0.856
3	Estou satisfeita com a minha vida.	4.15	0.947	0.768	0.641	0.818
4	Até agora tenho conseguido as coisas importantes da vida que eu desejaria.	4.15	0.982	0.730	0.581	0.827
5	Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.	3.93	1.053	0.671	0.477	0.844
Coefficiente Split-half				Primeira metade – 0,795		
				Segunda metade – 0,756		
Coefficiente alpha Cronbach global				0,866		

1.3.2. Escala de Apgar Familiar (Smilkstein, 1984)

Desenvolvida por Smilkstein (1978), traduzida para a versão portuguesa por Agostinho e Rebelo (1988), esta escala permite identificar a funcionalidade familiar. É constituída por cinco perguntas que quantificam a perceção que o indivíduo tem do funcionamento da sua família. Este instrumento é visto como uma medida fidedigna, válida e útil para medir a satisfação do indivíduo com o funcionamento familiar (Smilkstein, Ashworth & Montano, 1982). O seu princípio é que os membros de uma família percebem o funcionamento familiar e podem manifestar o seu grau de satisfação por meio do cumprimento de parâmetros básicos da função familiar definidos pelo acrónimo APGAR:

- **Adaptação (*Adaptability*)** – aponta à utilização dos recursos, dentro e fora da família, para solução dos problemas que ameaçam o equilíbrio da mesma, durante uma crise;
- **Participação/Comunicação (*Partnership*)** – refere-se à partilha da tomada de decisões e das responsabilidades pelos membros da família;
- **Crescimento/Desenvolvimento (*Growth*)** – compreende a maturidade física, psíquica, emocional e realização conseguida pelos membros da família, através de um mútuo apoio e orientação;
- **Afeto (*Affection*)** – existência de relações de cuidados ou ternura entre os membros da família;
- **Resolução/Dedicação ou decisão (*Resolve*)** – reflete o compromisso tomado de dedicar tempo a outros membros da família, encorajando-os

física e emocionalmente, implicando também a decisão na partilha de bens e espaço.

A cada pergunta é atribuída a possibilidade de três respostas, correspondendo-lhes uma determinada pontuação (quase sempre; algumas vezes; quase nunca) (cf. Tabela 5).

Tabela 5 – Pontuação atribuída às respostas pela Escala de Apgar Familiar

Resposta	Pontuação
Quase sempre	2
Algumas Vezes	1
Quase Nunca	0

O resultado final é obtido através do somatório da pontuação atribuída a cada uma das perguntas. A cada somatório é atribuída uma classificação da funcionalidade familiar (cf. Tabela 6).

Tabela 6 – Pontuação e correspondente Funcionalidade Familiar

Pontuação	Funcionalidade familiar
7 – 10	Altamente Funcional
4 – 6	Moderadamente Funcional
0 – 3	Disfunção Acentuada

Alguns estudos debruçaram-se sobre as propriedades psicométricas deste instrumento, havendo evidências da sua consistência interna (Good, Smilkstein, Good, Shaffer & Arrons, 1978; Smilkstein, Ashworth & Montano, 1982). Numa amostra pequena (N=38), sem perturbação clínica diagnosticada, chegou-se a uma correlação elevada (0.80) entre o APGAR Familiar (Smilkstein, 1978) e o Pless-Satterwhite Family Function Index, um instrumento previamente utilizado para avaliar a funcionalidade familiar (Good, Smilkstein, Good, Shaffer & Arrons, 1978); os mesmos autores evidenciaram uma correlação também significativa (0.63) entre o APGAR Familiar (Smilkstein, 1978) e as avaliações dos terapeutas acerca da disfuncionalidade familiar.

É necessário ter em conta que esta escala apenas avalia o grau de satisfação familiar que é manifestado e exprimido pelo sujeito inquirido (Smilkstein, Ashworth & Montano, 1982).

1.4. Análise dos dados

Na análise dos dados, recorreremos à estatística descritiva e analítica. Em relação à primeira, determinámos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização, nomeadamente: médias e medidas de variabilidade ou dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão, medidas de assimetria e achatamento.

A medida de assimetria Skewness (SK) obtém-se através do cociente entre (SK) com o erro padrão (EP). Se SK/EP oscilar entre -2 e 2, a distribuição é 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 é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda (Pestana & Gageiro, 2009).

Para as medidas de achatamento curtose (K) o resultado também se obtém através do cociente com o erro padrão (EP). Deste modo se K/EP oscilar entre -2 e 2 a distribuição é mesocúrtica, pelo contrário se K/EP for inferior a -2, a distribuição é platicúrtica, enquanto para K/EP superior a +2, a distribuição é leptocúrtica. Conforme o recomendado, os testes de normalidade de Kolmogorov-Sminorv, Skewness e Kurtosis foram aplicados a todas as variáveis de natureza quantitativa.

Pestana e Gageiro (2009) referem que o uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de X^2 , porque os resíduos ajustados, na forma estandardizada, fornecem informações acerca das 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:

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

O coeficiente de variação possibilita comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos serem interpretados, do seguinte modo (Pestana & Gageiro, 2009):

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

Quanto à **estatística inferencial**, recorreu-se à estatística paramétrica, bem como à estatística não paramétrica para estudo de proporções.

A utilização de testes paramétricos requer que estejam reunidas duas condições: que as variáveis de natureza quantitativa tenham uma distribuição normal; as variâncias populacionais sejam homogêneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras. Assim, para o estudo da normalidade da distribuição das variáveis usou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov, enquanto para testar a homogeneidade das variâncias se recorreu ao teste de Levene, na medida em que este se assume como um dos mais potentes (Maroco, 2007).

Os testes paramétricos são robustos à violação do pressuposto da normalidade desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e que as dimensões das amostras não sejam extremamente pequenas (Maroco, 2007), estando em conformidade com o postulado por Pestana e Gageiro (2009), quando afirmam que para grupos amostrais com um N superior a 30, a distribuição t com x graus de liberdade aproxima-se da distribuição normal, independentemente da distribuição amostral não apresentar características de curvas gaussianas.

A estatística não paramétrica foi utilizada como alternativa aos testes paramétricos, quando as suas condições de aplicação, designadamente a homogeneidade de variâncias entre os grupos, não se verificaram (Maroco, 2007). Só se recorreu a estes testes quando o cociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor foi superior a 1.6, tendo em conta o referido por Pestana e Gageiro (2009). Estes testes são menos potentes que os correspondentes testes paramétricos deduzindo-se daí que a possibilidade de rejeitar H_0 é muito menor.

Deste modo, descrevem-se os testes usados na estatística paramétrica e na não paramétrica:

- **Testes t de Student ou teste de U-Mann Whitney (UMW)** - para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais;
- **Análise de variância a um fator (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 fator na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si. O teste One-Way Anova é

uma extensão do teste t de Student que permite comparar mais de dois grupos em estudo (Pestana & Gageiro, 2009);

Em relação às correlações de *Pearson* que este tipo de teste gera, utilizámos os valores de r que, por convenção, Pestana e Gageiro (2009) 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. Acresce ainda referir que a comparação de dois coeficientes deve ser feita em termos do seu valor ao quadrado designado por coeficiente de determinação (R^2) que indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra, e que tanto R como R^2 não exprimem relações de causalidade. A violação de normalidade afeta pouco o erro tipo 1 e a potência do teste principalmente quando se trabalham com grandes amostras;
- **Teste de qui quadrado (χ^2)** - 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

estandardizados situam-se fora do intervalo -1.96 e 1.96, para $p=0.05$ (Pestana & Gageiro, 2009).

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

Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS 20.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0 para Windows.

Após estas considerações metodológicas, no capítulo seguinte, fazemos a apresentação e análise dos resultados.

2. Resultados

No presente capítulo, estruturado em duas partes, começa-se por apresentar os resultados relativos à estatística descritiva, seguindo-se os dados concernentes à estatística inferencial.

2.1. Análise descritiva

Começa-se por apresentar os resultados referentes às variáveis de contexto da amamentação, nomeadamente: primeira vez que amamenta; amamentou o bebé na 1ª hora de vida; tipo de aleitamento após o parto, no internamento; experiência de amamentar; decisão de amamentar foi por quem; em que altura da gravidez considerou pela primeira vez a possibilidade de amamentar; fontes de informação sobre a amamentação; tipo de informação recebida relativa à amamentação; dificuldades relacionadas com a amamentação; apoio dos enfermeiros nas dificuldades sentidas; dificuldades ultrapassadas; oferecer leite artificial ao bebé; utilizar mamilo de silicone para amamentar; dúvidas sobre amamentação.

2.1.1. Varáveis de contexto da amamentação

Primeira vez que amamenta

Quando questionadas sobre o facto de poder ser esta a primeira vez que as mulheres amamentam, verifica-se que mais de metade (62.4%) admite que sim, das quais 75.2% situam-se na faixa etária inferior ou igual aos 30 anos e 51.4% com idade igual ou superior aos 31 anos. Todavia, 37.6% das puérperas confirmam que esta não é a primeira vez que estão a amamentar, sobretudo as mulheres mais velhas (48.6%), resultando em relevância estatística ($X^2=15.233$; $p=0.000$) (cf. Tabela 7).

Ter amamentado o bebé na primeira hora de vida

Os resultados indicam que a grande maioria das puérperas (84.5%) admite ter amamentado o seu bebé na primeira hora de vida, quer as mais novas (84.3%), quer

as mais velhas (84.6%). Apenas, 15.5% das participantes não amamentaram o seu bebê na primeira hora de vida (cf. Tabela 7).

Tipo de aleitamento feito após o parto, no internamento

Procurou-se saber que tipo de aleitamento foi feito após o parto, no internamento, donde se conclui que é expressivo o percentual (85.9%) correspondente às participantes cujo bebê foi exclusivamente amamentado com leite materno (<=30 anos 90.6% vs. >=31 anos 81.9%) (cf. Tabela 7).

Como está a decorrer a experiência de amamentar

Constata-se, pela análise dos resultados apresentados na Tabela 7, que quase a totalidade da amostra (96.8%) admite que esta está a ser uma experiência agradável (<=30 anos 93.9% vs. >=31 anos 99.3%), tendo sido reduzido o percentual das participantes que consideram que esta está a ser uma experiência desagradável, resultando em relevância estatística ($X^2=5.387$; $p=0.016$).

A quem se deve a decisão de amamentar

Quando questionadas acerca de quem se deve a decisão de amamentar, quase todas as participantes (86.3%) responderam que foi por iniciativa própria, das quais 88.9% correspondem às puérperas mais novas e 84.1% às mais velhas, enquanto 8.6% admitem que foi por iniciativa própria e conselho do enfermeiro (cf. Tabela 7).

Altura da gravidez em que considerou pela primeira vez a possibilidade de amamentar

Verifica-se que quase a totalidade das puérperas (90.1%) admite que a altura da gravidez em que considerou pela primeira vez a possibilidade de amamentar ocorreu no primeiro trimestre, das quais 88.0% possuem idade inferior ou igual aos 30 anos e 91.9% situam-se no grupo etário com idade igual ou superior aos 31 anos (cf. Tabela 7).

Tabela 7 – Varáveis de contexto da amamentação

Variáveis	Idade	<= 30 anos		>= 31 anos		Total		Residuais		X ²	P
		Nº (117)	% (45.9)	Nº (138)	% (54.1)	Nº (255)	% (100.0)	1	2		
Primeira vez que amamenta											
Sim		88	75,2	71	51,4	159	62,4	3,9	-3,9	15,233	0,000
Não		29	24,8	67	48,6	96	37,6	-3,9	3,9		
Amamentar o bebê na 1ª hora de vida											
Sim		97	84,3	115	84,6	212	84,5	,0	,0	0,002	0,963
Não		18	15,7	31	15,4	39	15,5	,0	,0		
Tipo de aleitamento feito após o parto, no internamento											
Aleitamento materno em exclusivo (mama)		106	90,6	113	81,9	219	85,9	2,0	-2,0	4,762	0,092
Aleitamento artificial (biberão)		-	-	2	1,4	2	0,8	-1,3	1,3		
Aleitamento misto (mama + biberão)		11	9,4	23	16,7	34	13,3	-1,7	1,7		
Como está a decorrer a experiência de amamentar		Nº (115)	% (45.6)	Nº (137)	% (54.4)	Nº (252)	% (100.0)			5,837	0,016
Agradável		108	93,9	136	99,3	244	96,8	-2,4	2,4		
Degradável		7	6,1	1	0,7	8	3,2	2,4	-2,4		
A quem de seve a decisão de amamentar		Nº (117)	% (45.9)	Nº (138)	% (54.1)	Nº (255)	% (100.0)			8,223	0,084
Iniciativa própria		104	88,9	116	84,1	220	86,3	1,1	-1,1		
Conselho do médico		-	-	1	0,7	1	0,4	-,9	,9		
Conselho do enfermeiro		5	4,3	1	0,7	6	2,4	1,9	-1,9		
Iniciativa própria e conselho do enfermeiro		7	6,0	15	10,9	22	8,6	-1,4	1,4		
Iniciativa própria e conselho do enfermeiro e médico		1	0,9	5	3,6	6	2,4	-1,5	1,5		
Em que altura da gravidez considerou pela primeira vez a possibilidade de amamentar											
Primeiro trimestre		103	88,0	125	91,9	228	90,1	-1,0	1,0	6,447	0,092
Segundo trimestre		5	4,3	9	6,6	14	5,5	-,8	,8		
Terceiro trimestre		3	2,6	1	0,7	4	1,6	1,2	-1,2		
Após o nascimento		6	5,1	1	0,7	7	2,8	2,1	-2,1		

Fontes de informação para a amamentação

No que se refere às fontes de informação para a amamentação, conforme indicam os resultados da Tabela 8, pode dizer-se que, na totalidade da amostra, sobressaem os enfermeiros como fonte de informação (89.8%), sendo esta a opinião de 90.6% das puérperas mais novas, bem como de 89.1% das mais velhas. Seguem-se os médicos, como fonte de informação para a amamentação, de acordo com 61.6% das participantes, onde fazem parte 59.0% das que possuem idade igual ou inferior aos 30 anos e 63.8% das que se situam na faixa etária igual ou superior aos 31 anos. Os familiares também são tidos por 33.7% das participantes como fonte de informação, sendo esta uma opinião partilhada por 42.7% das mulheres mais novas e por 26.1% das com mais idade, com relevância estatística ($X^2=7.851$; $p=0.005$). As revistas/livros também registram um percentual significativo 31.4% da totalidade da

amostra, com uma representatividade de 23.9% das mulheres com menos idade e 37.7% das que são mais velhas, resultando em relevância estatística ($X^2=5.560$; $p=0.018$). Verifica-se que 14 mulheres referem as aulas de preparação para o parto também como fonte de informação para a amamentação, das quais 28.6% têm idade igual ou inferior aos 30 anos e 71.4% situam-se na faixa etária igual ou superior os 31 anos.

Tabela 8 – Fontes de informação para a amamentação

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

Tipo de informação recebida relativa à amamentação

Como se pode observar na Tabela 9, são vários os tipos de informação que as mulheres referem ter recebido em relação à amamentação, com destaque para as vantagens da amamentação (92.2%), cuja opinião é partilhada por 92.3% das puérperas mais novas e por 92.0% das com mais idade. Segue-se, em termos de representatividade na totalidade da amostra, a informação recebida acerca da frequência das mamadas (84.3%), onde se incluem 87.2% das participantes mais novas e 81.9% das mais velhas. É também expressivo o percentual apurado em relação às informações recebidas sobre as posições para amamentar (83.1%), estando incluídas nesse grupo 83.8% das puérperas mais novas e 82.6% das que possuem mais idade. A prevenção das fissuras no mamilo representa 64.3% das respostas, das quais 55.6% correspondem às participantes mais novas e 71.7% às

mais velhas, com relevância estatística ($X^2=7.226$; $p=0.007$). Salienta-se também o percentual encontrado para as informações recebidas no que se refere ao tratamento das fissuras nos mamilos (56.1%), onde 46.2% correspondem às participantes com idade igual ou inferior aos 30 anos e 64.5% às que se situam na faixa etária igual ou superior aos 31 anos, com relevância estatística ($X^2=11.907$; $p=0.003$). As informações sobre o tratamento do ingurgitamento mamário foram as menos referidas pelas participantes (62.7%), das quais fazem parte 75.2% das mais novas e 55.8% das mais velhas, o que resultou em diferenças estatisticamente significativas ($X^2=14.379$; $p=0.000$). De entre as informações menos recebidas, destacam-se igualmente as que se referem à mastite, que no total da amostra regista 61.2% das respostas. Neste grupo, inserem-se 67.5% das puérperas mais novas e 55.8% das que possuem mais idade.

Tabela 9 – Tipo de informação recebida para a amamentação

Idade	<= 30 anos		>= 31 anos		Total		Residuais		X ²	P
	Nº (117)	% (45.9)	Nº (138)	% (54.1)	Nº (255)	% (100.0)	1	2		
Frequência das mamadas										
Sim	112	87,2	113	81,9	215	84,3	1,2	-1,2	1,342	0,247
Não	15	12,8	25	18,1	40	15,7	-1,2	1,2		
Vantagens da amamentação										
Sim	108	92,3	127	92,0	235	92,2	,1	-,1	0,007	0,937
Não	9	7,7	11	8,0	20	7,8	-,1	,1		
Posições para amamentar										
Sim	99	83,8	114	82,6	212	83,1	,2	-,2	0,060	0,807
Não	19	16,2	24	17,4	43	16,9	-,2	,2		
Sinais de fome do bebé										
Sim	68	58,1	84	60,9	152	59,6	-,4	,4	0,199	0,656
Não	49	41,9	54	39,1	103	40,4	,4	-,4		
Extração e conservação do leite materno										
Sim	64	54,7	80	58,0	144	56,5	-,5	,5	0,275	0,600
Não	53	45,3	58	42,0	111	43,5	,5	-,5		
Prevenção de fissuras nos mamilos										
Sim	65	55,6	99	71,7	164	64,3	-2,7	2,7	7,226	0,007
Não	52	44,4	39	28,3	91	35,7	2,7	-2,7		
Prevenção do ingurgitamento mamário										
Sim	40	34,2	77	55,8	117	45,9	-3,5	3,5	11,907	0,001
Não	77	65,8	61	44,2	138	54,1	3,5	-3,5		
Tratamento de fissuras nos mamilos										
Sim	54	46,2	89	64,5	143	56,1	-2,9	2,9	8,646	0,003
Não	63	53,8	49	35,5	112	43,9	2,9	-2,9		
Tratamento do ingurgitamento mamário										
Sim	29	24,8	66	47,8	95	37,3	-3,8	3,8	14,379	0,000
Não	88	75,2	72	52,2	160	62,7	3,8	-3,8		
Mastite										
Sim	38	32,5	61	44,2	99	38,8	-1,9	1,9	3,665	0,056
Não	79	67,5	77	55,8	156	61,2	1,9	-1,9		

Teve, ou tem, dificuldades relacionadas com a amamentação

Constata-se que 52.2% das participantes admitem não ter dificuldades sobre a amamentação, das quais 48.7% referem-se às puérperas mais novas e 55.1% às mais velhas.

Das participantes que referiram ter dificuldades relacionadas com a amamentação (n=132), a mais evidente relaciona-se com as fissuras (41.7%), sendo esta uma dificuldade sentida por 47.4% das participantes com idade igual ou inferior aos 30 anos e por parte também de 37.3% das que se situam na faixa etária igual ou superior aos 31 anos. Segue-se, em termos de percentual mais elevado, as dificuldades na pega (28.8%), onde se incluem 33.3% das mulheres mais novas e 25.3% das que possuem mais idade. As dificuldades com o ingurgitamento mamário também são evidentes com um percentual de 16.7%, sendo as mesmas sentidas sobretudo pelas puérperas com mais idade (25.3%). As dificuldades na pega (7.6%) e na posição e postura para mamar (5.3%) são as menos evidentes. Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas ($X^2=14.379$; $p=0.000$) (cf. Tabela 10).

Tabela 10 – Dificuldades sobre a amamentação

Dificuldades sobre a amamentação	Idade	<= 30 anos		>= 31 anos		Total		Residuais		X ²	p
		Nº (117)	% (45.9)	Nº (138)	% (54.1)	Nº (255)	% (100.0)	1	2		
Sim		60	51,3	62	44,9	122	47,8	1,0	-1,0	1,025	0,311
Não		57	48,7	76	55,1	133	52,2	-1,0	1,0		
Tipos de dificuldades		Nº (57)	% (43.2)	Nº (75)	% (56.8)	Nº (132)	% (100.0)			9,520	0,049
Fissuras		27	47,4	28	37,3	55	41,7	1,2	-1,2		
Ingurgitamento mamário		3	5,3	19	25,3	22	16,7	-3,1	3,1		
Mastite		5	8,8	5	6,7	10	7,6	,5	-,5		
Dificuldades na pega		19	33,3	19	25,3	38	28,8	1,0	-1,0		
Dificuldades na posição e na postura para amamentar		3	5,3	4	5,3	7	5,3	,0	,0		

A análise da Tabela 11 indica que quase a totalidade da amostra de mulheres (91.1%) refere que as dificuldades associadas com a amamentação já foram ultrapassadas, fazendo parte deste grupo 94.8% das participantes com idade igual ou inferior aos 30 anos e 87.5% das que se situam na faixa etária igual ou superior aos 31 anos. Apenas 8.9% das mulheres admitem que essas dificuldades ainda não foram ultrapassadas.

Tabela 11 – Dificuldades sobre a amamentação foram ultrapassadas

Dificuldades sobre a amamentação foram ultrapassadas	Idade	<= 30 anos		>= 31 anos		Total		Residuais		X ²	P
		Nº (116)	% (47.0)	Nº (131)	% (53.0)	Nº (247)	% (100.0)	1	2		
Sim		110	94,8	115	87,8	225	91,1	1,9	-1,9	3,759	0,053
Não		6	5,2	16	12,2	22	8,9	-1,9	1,9		

Oferta de leite artificial ao bebé

Quando questionadas acerca de terem oferecido leite artificial ao seu bebé, os resultados apresentados na Tabela 12 indicam que a maioria das participantes (78.4%) diz que não, sendo parte integrante deste grupo 79.5% das puérperas mais novas e 77.5% das mais velhas. Verifica-se também que 21.6% das mulheres admitem ter oferecido leite artificial ao seu bebé, das quais, 42.9% referem que o fizeram por considerarem que o bebé tinha fome, o que corresponde a 50.0% das participantes mais novas e a 37.5% às que possuem mais idade. Constata-se, de igual modo, que 26.8% das participantes justificam o facto de terem oferecido leite artificial ao seu bebé por perda de peso do mesmo, onde se incluem 12.5% das mulheres com menos idade e 37.5% das mais velhas. Por incentivos dos amigos foi a justificação menos apontada pelas participantes (3.6%) e por incentivo de profissionais de saúde (5.4%). Regista-se relevância estatística nos motivos que levaram as participantes a oferecer leite artificial ao seu bebé, em função da idade ($X^2=12.172$; $p=0.033$).

Tabela 12 – Oferta de leite artificial

Idade Oferecer leite artificial ao bebê	<= 30 anos		>= 31 anos		Total		Residuais		X ²	P
	Nº (117)	% (45.9)	Nº (138)	% (54.1)	Nº (255)	% (100.0)	1	2		
Não	93	79,5	107	77,5	200	78,4	,4	-,4	0,142	0,706
Sim	24	20,5	31	22,5	55	21,6	-,4	,4		
Motivo da oferta	Nº (24)	% (42.9)	Nº (32)	% (57.1)	Nº (56)	% (100.0)			12,172	0,033
Considerar que o bebê tem fome	12	50,0	12	37,5	24	42,9	,9	-,9		
Perda de peso do bebê	3	12,5	12	37,5	15	26,8	-2,1	2,1		
Problemas com os mamilos	3	12,5	3	9,4	6	10,7	,4	-,4		
Problemas com os mamilos	1	4,2	5	15,6	6	10,7	-1,4	1,4		
Incentivo de amigos	2	8,3	-	-	2	3,6	1,7	-1,7		
Incentivo de profissionais de saúde	3	12,5	-	-	3	5,4	2,1	-2,1		

Utilização do mamilo de silicone para amamentar

Procurou-se saber se as participantes utilizam o mamilo de silicone para amamentar o bebê, cujos resultados revelam que a grande maioria (82.7%) não o utiliza, das quais 83.3% são mulheres na faixa etária igual ou inferior aos 30 anos e 81.9% com idade igual ou superior aos 31 anos (cf. Tabela 13).

Das mulheres que responderam que utilizam o mamilo de silicone para amamentar o bebê, constata-se que mais de metade fá-lo porque o mamilo é raso/pequeno (65.8%), sendo esta uma situação referida por 68.4% das mulheres mais novas e por 63.2% das mais velhas. Seguem-se os 23.7% das participantes que recorrem ao mamilo de silicone por causa das fissuras, onde se enquadram 21.1% das puérperas com menos idade e 26.3% das mais velhas. Por fim, 10.5% das mulheres referem utilizar o mamilo de silicone porque o bebê não conseguia mamar sem o mesmo, o que é partilhado por 10.5% das puérperas na faixa etária igual ou inferior aos 30 anos e por 10.5% das que possuem idade igual ou superior aos 31 anos (cf. Tabela 13).

Tabela 13 – Utilização do mamilo de silicone para amamentar

Idade Utilização do mamilo de silicone	<= 30 anos		>= 31 anos		Total		Residuais		X ²	p
	Nº (117)	% (45.9)	Nº (138)	% (54.1)	Nº (255)	% (100.0)	1	2		
Não	98	83,8	113	81,9	211	82,7	,4	-,4	0,156	0,963
Sim	19	16,2	25	18,1	44	17,3	-,4	,4		
Se sim, qual o motivo	Nº (19)	% (50.0)	Nº (19)	% (50.0)	Nº (38)	% (100.0)			0,151	0,927
O bebê não conseguia mamar sem o silicone	2	10,5	2	10,5	4	10,5	,0	,0		
Fissuras	4	21,1	5	26,3	9	23,7	-,4	,4		
Mamilo raso/pequeno	13	68,4	12	63,2	25	65,8	,3	-,3		

Possuir dúvidas relacionadas com a amamentação

Os resultados apresentados na Tabela 14 indicam que a grande maioria das mulheres (91.4%) não possui atualmente dúvidas sobre a amamentação, o que é partilhado por 92.3% das puérperas na faixa etária igual ou inferior aos 30 anos e por 90.6% das que possuem idade igual ou superior aos 31 anos, enquanto 8.6% das participantes admitem ter ainda dúvidas, das quais 47.6% menciona que essas dúvidas se relacionam com a forma de saberem se o seu bebé ficou com fome, tendo sido esta dúvida manifestada principalmente pela participantes com mais idade (61.5%). Refere-se também que se observa que 23.8% das participantes têm dúvidas acerca dos alimentos que podem comer, donde fazem parte 25.0% das puérperas mais novas e 23.1% das mais velhas. Com idêntico percentual (14.3%) encontram-se as mulheres que cujas dúvidas se relacionam com o facto de não saberem se o seu leite está a acabar e em relação à prevenção e ao tratamento do ingurgitamento mamário.

Tabela 14 – Possuir dúvidas atualmente relacionadas com a amamentação

Dúvidas relacionadas com a amamentação	Idade	<= 30 anos		>= 31 anos		Total		Residuais		X ²	P
		Nº (117)	% (45.9)	Nº (138)	% (54.1)	Nº (255)	% (100.0)	1	2		
Não		108	92,3	125	90,6	233	91,4	,5	-,5	0,240	0,624
Sim		9	7,7	13	9,4	22	8,6	-,5	,5		
Dúvidas		Nº (8)	% (38.1)	Nº (13)	% (61.9)	Nº (21)	% (100.0)				
O meu leite parece estar a esgotar		2	25,0	1	7,7	3	14,3	1,1	-1,1	3,473	0,324
Alimentos que posso comer		2	25,0	3	23,1	5	23,8	,1	-,1		
Prevenção e tratamento do ingurgitamento mamário		2	25,0	1	7,7	3	14,3	1,1	-1,1		
Como saber se o bebé ficou com fome		2	25,0	8	61,5	10	47,6	-1,6	1,6		

2.1.2. Variáveis do contexto de amamentação nos dois momentos de avaliação

Experiência de amamentar

Ao analisar a experiência de amamentar nos dois momentos de avaliação, conforme os resultados apresentados na Tabela 15, verificamos que a maioria das mulheres (97.5%) que avaliaram esta experiência como agradável ao 7º dia de vida do seu bebê continuam a classificá-la como agradável ao 30º dia, enquanto 60.0% das que consideraram esta uma experiência como agradável no primeiro momento de avaliação passaram a classificá-la de desagradável no segundo momento de avaliação. Por outro lado, 2.5% das puérperas que admitem que esta foi uma experiência desagradável ao 7º dia, já consideram agradável amamentar ao 30º dia. Contrariamente, 40.0% viu esta experiência como desagradável nos dois momentos, tendo resultado em relevância estatística ($X^2=21.806$; $p=0.000$).

Tabela 15 – Experiência de amamentar vs dois momentos de avaliação

Experiência de amamentar 30º dia de vida do bebê	Agradável		Desagradável		Total		Residuais		X ²	p
	Nº (240)	% (98.0)	Nº (5)	% (2.0)	Nº (245)	% (100.0)	1	2		
Agradável	234	97.5	3	60.0	237	96.7	4.7	-4.7	21.806	0.000
Desagradável	6	2.5	2	40.0	8	3.3	-4.7	4.7		
Total	240	100.0	5	100.0	245	100.0				

Apoio dos enfermeiros nas dificuldades sentidas

A análise dos resultados expostos na Tabela 16 indica-nos que 97.3% das mulheres admitem ter tido apoio dos enfermeiros nas dificuldades sentidas em relação à amamentação ao 7º e 30º dia de vida do bebê, enquanto 2.7% das que não tiveram apoio ao 7º dia passaram-no a ter ao 30º dia. Constatamos também que 71.4% das participantes que tiveram apoio dos enfermeiros ao 7º dia admitem não o ter ao 30º dia. Por sua vez, 28.6% das participantes que não obtiveram apoio destes profissionais de saúde ao 7º dia também não o tiveram ao 30º dia, resultando em diferenças estatisticamente significativas ($X^2=13.754$; $p=0.000$).

Tabela 16 – Apoio dos enfermeiros nas dificuldades sentidas vs dois momentos de avaliação

Apoio dos enfermeiros ao 30º dia de vida do bebê	Sim		Não		Total		Residuais		X ²	p
	Nº (226)	% (97.0)	Nº (7)	% (3.0)	Nº (233)	% (100.0)	1	2		
Sim	220	97.3	5	71.4	225	96.6	3.7	-3.7	13.754	0.000
Não	6	2.7	2	28.6	8	3.4	-3.7	3.7		
Total	226	100.0	7	100.0	233	100.0				

Ter ultrapassado as dificuldades sentidas

Apuramos que 93.9% das participantes que admitem ter ultrapassado as dificuldades sentidas com a amamentação ao 7º dia de vida do bebê referem que as mesmas também foram ultrapassadas ao 30º dia; 6.1% das puérperas que não ultrapassaram as dificuldades sentidas ao 7º dia, ultrapassaram-nas ao 30º dia. Podemos, ainda, ler na Tabela 17, que 61.1% das participantes que admitem ter ultrapassado as dificuldades relacionadas com a amamentação ao 7º dia, não as ultrapassaram no segundo momento de avaliação (30º dia), contrariamente a 38.9% das que não ultrapassaram as dificuldades sentidas nos dois momentos de avaliação, com relevância estatisticamente significativa ($X^2=22.423$; $p=0.000$).

Tabela 17 – Ultrapassar as dificuldades sentidas vs dois momentos de avaliação

Ultrapassar as dificuldades 30º dia de vida do bebê	Sim		Não		Total		Residuais		X ²	P
	Nº (212)	% (92.2)	Nº (18)	% (7.8)	Nº (230)	% (100.0)	1	2		
Ultrapassar as dificuldades ao 7º dia de vida do bebê										
Sim	199	93.9	11	61.1	210	91.3	4.7	-4.7	22.423	0.000
Não	13	6.1	7	38.9	20	8.7	-4.7	4.7		
Total	212	100.0	18	100.0	230	100.0				

Oferecer leite artificial ao bebê

De acordo com aos resultados expostos na Tabela 18 observamos que 94.8% das mulheres que admitem não ter oferecido leite artificial ao seu bebê ao 7º dia, continuaram a fazê-lo ao 30º dia. Verificamos também que 5.2% das participantes que ofereceram este tipo de leite ao seu bebê ao 7º dia, deixaram de o oferecer ao 30º dia. Constatamos ainda que 16.7% das puérperas que no primeiro momento de avaliação não ofereceram leite artificial ao seu bebê passaram a fazê-lo no segundo momento de avaliação. Por fim, os resultados indicam-nos que 83.3% das participantes ofereceram leite artificial ao seu bebê ao 7º e 30º dia, com relevância estatisticamente significativa ($X^2=148.890$; $p=0.000$).

Tabela 18 – Oferecer leite artificial ao bebê vs dois momentos de avaliação

Oferecer leite artificial ao bebê 30º dia de vida	Não		Sim		Total		Residuais		X ²	p
	Nº (193)	% (78.1)	Nº (54)	% (21.9)	Nº (247)	% (100.0)	1	2		
Oferecer leite artificial ao bebê ao 7º dia de vida										
Não	183	94.8	9	16.7	192	77.7	12.2	-12.2	148.890	0.000
Sim	10	5.2	45	83.3	55	22.3	-12.2	12.2		
Total	193	100.0	54	100.0	247	100.0				

Usar mamilo de silicone para amamentar

Fazendo uma leitura da Tabela 19, podemos inferir que 93.5% das participantes que admitiram não ter usado mamilo de silicone para amamentar o seu bebé ao 7º dia também não o usaram ao 30º dia, enquanto 6.5% das que o utilizaram ao 7º dia de vida do bebé também não o fizeram ao 30º dia. Verificamos igualmente que 15.2% das participantes que não recorreram ao mamilo de silicone no primeiro momento da avaliação passaram a utilizá-lo no segundo momento de avaliação; 84.8% das mulheres usaram o mamilo de silicone ao 7º e ao 30º dia, resultando em diferenças estatisticamente significativas ($X^2=125.376$; $p=0.000$).

Tabela 19 – Usar mamilo de silicone para amamentar vs dois momentos de avaliação

Usar mamilo de silicone para amamentar ao 30º dia de vida do bebé	Não		Sim		Total		Residuais		X ²	p
	Nº (216)	% (83.7)	Nº (33)	% (13.3)	Nº (249)	% (100.0)	1	2		
Usar mamilo de silicone para amamentar ao 7º dia de vida do bebé									125.376	0.000
Não	202	93.5	5	15.2	207	83.1	11.2	-11.2		
Sim	14	6.5	28	84.8	42	16.9	-11.2	11.2		
Total	216	100.0	33	100.0	249	100.0				

Ter dúvidas sobre a amamentação

No que se refere ao facto de as participantes terem dúvidas sobre a amamentação no momento da avaliação, conforme os dados apresentados na Tabela 20, podemos inferir que 95.3% não as tinham nem ao 7º nem ao 30º dia de vida do bebé, enquanto 4.7% das mulheres quer tinham dúvidas no primeiro momento de avaliação, deixando de as ter no segundo momento de avaliação. Constatamos, ainda, que 30.8% das puérperas não possuíam duvidas sobre a amamentação no primeiro momento, passando a tê-las aquando da segunda avaliação. Por fim, 69.2% das participantes admitem ter tido dúvidas nos dois momentos de avaliação. Estes resultados redundaram em diferenças estatisticamente significativas ($X^2=69.542$; $p=0.000$).

Tabela 20 – Ter dúvidas sobre a amamentação atualmente vs dois momentos de avaliação

Dúvidas sobre a amamentação ao 30º dia de vida do bebé	Não		Sim		Total		Residuais		X ²	p
	Nº (236)	% (94.8)	Nº (13)	% (5.2)	Nº (249)	% (100.0)	1	2		
Dúvidas sobre a amamentação ao 7º dia de vida do bebé									69.542	0.000
Não	225	95.3	4	30.8	229	92.0	8.3	-8.3		
Sim	11	4.7	9	69.2	20	8.0	-8.3	8.3		
Total	236	100.0	13	100.0	249	100.0				

2.1.3. Funcionalidade familiar

Os resultados obtidos em relação à funcionalidade familiar em função dos momentos de avaliação revelam para a avaliação ao 7º dia de vida do bebé uma funcionalidade familiar mínima de 1.00 e uma máxima de 10.00. Para o segundo momento de avaliação, ou seja, 30º dia de vida do bebé, a funcionalidade familiar mínima é .00 e a máxima de 10.00.

Em média (M=7.66 de funcionalidade familiar \pm 2.285), as participantes não 7º dia de vida do bebé apresentam mais funcionalidade familiar do que ao 30º dia de vida do bebé (M=7.42 funcionalidade familiar \pm 2.383), com significância estatística (p=0.000). O teste de aderência à normalidade de Kolmogorod-Smirnov (K/S) não apresenta uma distribuição normal, revelando os valores de assimetria e curtose, curvas enviesadas à esquerda para os dois momentos de avaliação e para a totalidade da amostra. Já os coeficientes de variação indicam uma dispersão moderada e alta face às médias encontradas (cf. Tabela 21).

Tabela 21 - Estatísticas relativas funcionalidade familiar e os dois momentos de avaliação

Momentos de avaliação	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	KS	p
Ao 7º dia de vida do bebé	255	1.00	10.00	7.66	2.285	29.83	-5.70	-0.05	180	0.000
Ao 30º dia de vida do bebé	255	.00	10.00	7.42	2.383	32.11	-7.20	3.48	156	0.000

No que se refere aos dados alcançados em relação à funcionalidade familiar, nos dois momentos de avaliação, em função da idade das puérperas, observamos, pela análise da Tabela ?, que, na avaliação ao 7º dia de vida do bebé, no grupo de participantes com idade igual ou inferior aos 30 anos, a funcionalidade familiar mínima é de 1.00 e uma máxima de 10.00, sendo estes resultados análogos aos do grupo etário dos \geq 31 anos. Para o segundo momento de avaliação, ou seja, 30º dia de vida do bebé, o valor mínimo encontrado, para ambos os grupos etários constituídos, para a funcionalidade familiar é .00 e o máxima de 10.00.

No que se refere ao 7º dia de vida do bebé, em média (M=7.73 de funcionalidade familiar \pm 2.450), as participantes com idade igual ou inferior aos 30 anos apresentam mais funcionalidade familiar, sendo esta uma situação semelhante na avaliação ao 30º dia de vida do bebé (M=7.55 funcionalidade familiar \pm 2.679) para o referido grupo etário, com significância estatística (p=0.000). Na globalidade, são as participantes mais novas a demonstrar mais funcionalidade familiar. O teste de

aderência à normalidade de Kolmogorod-Smirnov (K/S) não apresenta uma distribuição normal, revelando os valores de assimetria e curtose, curvas enviesadas à esquerda para os dois grupos etários instituídos, em ambos os momentos de avaliação, e para a totalidade da amostra. Os coeficientes de variação indiciam uma dispersão moderada e alta face às médias encontradas (cf. Tabela 22)

Tabela 22 - Estatísticas relativas funcionalidade familiar, nos dois momentos de avaliação, em função da idade

Momentos de avaliação	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	KS	p
Ao 7º dia de vida do bebê										
<= 30 anos	117	1.00	10.00	7.73	2.450	31.69	-4.09	-0.37	0.201	0.000
>= 31 anos	138	1.00	10.00	7.60	2.142	28.18	-4.10	0.45	0.178	0.000
Ao 30º dia de vida do bebê										
<= 30 anos	117	.00	10.00	7.55	2.679	35.48	-5.25	1.61	0.198	0.000
>= 31 anos	138	.00	10.00	7.31	2.103	28.76	-5.03	3.77	0.150	0.000

Os dados apresentados na Tabela 23 indicam-nos que 61.1% das participantes apresentavam uma família marcadamente disfuncional ao 7º dia de vida do bebê e também ao 30º dia; 16.7% possuíam uma família moderadamente disfuncional aquando do primeiro momento de avaliação e, no segundo momento de avaliação, uma situação de família marcadamente disfuncional; 22.2% das puérperas com uma família altamente funcional ao 7º dia encontrava-se inserida numa família marcadamente disfuncional ao 30º dia. Verificamos também que 71.9% das mulheres inseriam-se, no primeiro momento de avaliação, numa família moderadamente disfuncional, bem como no segundo momento de avaliação; 21.1% tinham uma família altamente funcional ao 7º dia e moderadamente disfuncional ao 30º dia. Com menos representatividade, encontramos 7.0% de puérperas que, ao 7º dia, se inseriam numa família marcadamente disfuncional e que, ao 30º dia, era moderadamente disfuncional. A análise dos resultados revela ainda que 94.4% das participantes apresentavam uma família altamente funcional nos dois momentos de avaliação, sendo pouco expressivos os percentuais de participantes com família marcadamente disfuncional (1.1%) e moderadamente disfuncional (4.4%) ao 7º dia e que, no 30º dia, passaram a revelar uma família altamente funcional. Os resultados apresentam relevância estatística ($X^2=223.992$; $p=0.000$).

Tabela 23 – Funcionalidade familiar vs dois momentos de avaliação

Funcionalidade familiar ao 30º dia de vida do bebê	Família marcad. disfuncional		Família moderad. disfuncional		Família alt. funcional		Total		Residuais			χ²	p
	Nº (18)	% (7.1)	Nº (57)	% (22.4)	Nº (180)	% (70.6)	Nº (255)	% (100.0)	1	2	3		
Família marcadamente disfuncional	11	61.1	4	7.0	2	1.1	17	6.7	9.6	.1	-5.5	223.992	0.000
Família moderadamente disfuncional	3	16.7	41	71.9	8	4.4	52	20.4	-.4	11.0	-9.8		
Família altamente funcional	4	22.2	12	21.1	170	94.4	186	72.9	5.0	10.0	12.0		
Total	18	100.0	57	100.0	180	100.0	255	100.0					

2.1.4. Satisfação com a vida e idade, nos dois momentos de avaliação

Observamos, através dos resultados apresentados na Tabela 24, que há um mínimo de 9.00 de satisfação com a vida para ambos os momentos de avaliação e um valor máximo de 25.00. Todavia, em termos média, a satisfação com a vida aumentou no segundo momento de avaliação, atendendo a que se obteve uma média ligeiramente mais alta ($M=20.22 \pm 3.862$), com significância estatística ($p=0.000$). Na globalidade, as mulheres ao 30º dia de vida do seu bebê revelam-se mais satisfeitas com a vida. O teste de aderência à normalidade de Kolmogorod-Smirnov (K/S) não apresenta uma distribuição normal, revelando os valores de assimetria e curtose, curvas enviesadas à esquerda para os dois grupos etários instituídos, em ambos os momentos de avaliação, e para a totalidade da amostra. Os coeficientes de variação indicam uma dispersão baixa face às médias encontradas (cf. Tabela 24).

Tabela 24 - Estatísticas relativas ao total da satisfação com a vida, nos dois momentos de avaliação

Momentos de avaliação	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	KS	p
Ao 7º dia de vida do bebê	225	9.00	25.00	20.14	3.867	19.20	-5.42	0.85	0.105	0.000
Ao 30º dia de vida do bebê	225	9.00	25.00	20.22	3.826	18.92	-5.18	0.56	0.116	0.000

Da análise dos resultados apresentados na Tabela 25, podemos inferir que, em ambos os momentos de avaliação, são as participantes mais novas (≤ 30 anos) que apresentam valores médios mais elevados ($M=20.33 \pm 4.258$ dp ao 7º dia de vida do bebê; $M=20.54 \pm 4.071$ dp ao 30º dia de vida do bebê), sugerindo que são estas as

mulheres a estarem mais satisfeitas com a vida, em comparação às mais velhas, no entanto, sem relevância estatística ($p > 0.05$).

Tabela 25 - Influência da idade na satisfação com a vida

Momentos de avaliação	idade	Média	dp	t	p
Ao 7º dia de vida do bebê	<= 30 anos	20.33	4.258	0.715	0.057
	>= 31 anos	19.98	3.510	0.715	
Ao 30º dia de vida do bebê	<= 30 anos	20.54	4.071	1.244	0.447
	>= 31 anos	19.94	3.597	1.244	

A Tabela 26 contém a matriz de correlação de Pearson estabelecida com o total da Escala da Satisfação com a Vida, nos dois momentos de avaliação. Verificamos que as correlações entre os dois momentos de avaliação são positivas e significativas, aferindo-se, assim, que a maiores índices da satisfação com a vida ao 7º dia de vida do bebê correspondem maiores índices de satisfação com a vida ao 30º dia de vida do bebê.

Tabela 26 – Resultados da matriz de Correlação de Pearson entre a satisfação com a vida e os dois momentos de avaliação

Satisfação com a vida		Total da satisfação com a vida ao 7º dia de vida do bebê	Total da satisfação com a vida ao 30º dia de vida do bebê
Total da satisfação com a vida ao 7º dia de vida do bebê	r		.827**
	p		.000
Total da satisfação com a vida ao 30º dia de vida do bebê	r	.827**	
	p	.000	

2.2. Análise inferencial

Neste subcapítulo, procedemos à análise inferencial, com o intuito de darmos resposta às questões de investigação formuladas.

2.2.1. Dificuldades associadas à amamentação e variáveis sociodemográficas

Conforme os resultados expostos na Tabela 27, podemos observar que, em termos de grupos etários, especificando as mulheres com idade igual ou inferior aos 30 anos, prevalecem 56.5% das que tinham dificuldades ao 7º dia após o nascimento, todavia sem dificuldades ao 30º dia de vida do bebê, seguindo-se os 50.0% das participantes sem dificuldades ao 7º dia, mas com dificuldades ao 30º dia, sendo

igualmente expressivo o percentual de 48.5% sem quaisquer dificuldades relacionadas com a amamentação nos dois momentos de avaliação. No que se refere às mulheres com idade igual ou superior aos 31 anos, a maior prevalência corresponde às que possuíam dificuldades ao 7º e 30º dia de vida do bebê (59.6%), estando-lhes muito próximas os 51.5% das que não tinham dificuldades nos dois momentos de avaliação, bem como os 50.0% sem dificuldades ao 7º dia, mas com dificuldades ao 30º dia de vida do bebê.

Na Tabela 27 também constam os resultados referentes às dificuldades associadas à amamentação em função da escolaridade, de onde retiramos que o percentual mais elevado recaiu no grupo de puérperas com o ensino superior, as quais apresentam dificuldades na amamentação ao 7º e 30º dia de vida do bebê (60.6%). Também observamos que 46.4% das participantes, com o ensino secundário, não tinham dificuldades ao 7º e 30º dia após o nascimento do bebê, enquanto 42.3%, de igual modo com o ensino secundário, não revelaram dificuldades ao 7º dia, tendo as mesmas surgido ao 30º dia.

No que se refere às dificuldades na amamentação segundo o estado civil, conforme a Tabela 27, 88.7% das mulheres casadas ou em união de facto não tinham dificuldades em nenhum dos dois momentos de avaliação, contrariamente aos 84.6% das que não tinham dificuldades na amamentação ao 7º dia, mas revelaram-nas ao 30º dia de vida do bebê. Quanto às dificuldades sentidas no primeiro momento de avaliação, todavia, sem dificuldades no segundo momento, sobressaem 100% das mulheres casadas ou em união de facto. Verificamos, ainda, que com dificuldades nos dois momentos de avaliação continuam a ser as mulheres casadas ou em união de facto a prevalecer, no caso com uma representatividade de 87.2%.

Atendendo-se à variável situação profissional, conforme os resultados igualmente expostos na Tabela 27, começamos por referir que, no grupo de puérperas sem dificuldades ao 7º e 30º dia de vida do bebê, há um predomínio de participantes empregadas a tempo inteiro (55.7%), sendo igualmente neste grupo de mulheres que se destacam os 53.8% das que não revelaram dificuldades ao 7º dia, mas sim no 30º dia de vida do bebê, os 69.6% com dificuldades na amamentação na primeira avaliação, contudo, sem dificuldades na segunda avaliação. Salientamos também que 64.2% das puérperas a trabalhar a tempo completo apresentam dificuldades nos dois momentos de avaliação.

Por fim, e no que concerne à zona de residência, ainda de acordo com a leitura da Tabela 27, 51.5% das mulheres residente na cidade revelam não ter dificuldades

relacionadas com a amamentação nos dois momentos de avaliação, seguindo-se os 39.2% das residentes na aldeia. Já em relação ao grupo de participantes sem dificuldades ao 7º dia, mas com dificuldades no 30º dia de vida do bebé, apuramos que se destacam os 53.8% das que residem na aldeia, sendo também prevaiente 47.8% das participantes com dificuldades no primeiro momento da avaliação, mas sem dificuldades no segundo momento. A revelarem dificuldades com a amamentação nos dois momentos encontramos, tendo em conta o percentual mais elevado, as puérperas residentes na cidade, com uma representatividade de 51.0%.

Referimos que só não encontramos diferenças estatisticamente significativas na idade ($X^2=2.820$; $p=0.420$) e no estado civil ($X^2=3.601$; $p=0.308$), enquanto nas restantes variáveis sociodemográficas há relevância estatística, pois $p<0.05$ (cf. Tabela 27).

Tabela 27 - Dificuldades associadas à amamentação e variáveis sociodemográficas

Dificuldades associadas à amamentação	Sem dificuldades ao 7º e 30º dia de vida do bebé		Sem dificuldades ao 7º dia, mas com dificuldades ao 30º dia		Dificuldades ao 7º dia, mas sem dificuldades ao 30º dia		Com dificuldades ao 7º e 30º dia de vida do bebé		Total		Residuais				X ²	p
	nº (97)	% (38.0)	nº (26)	% (10.2)	nº (23)	% (9.0)	nº (109)	% (42.7)	nº (255)	% (100)	1	2	3	4		
Idade																
≤ 30	47	48.5	13	50.0	13	56.5	44	40.4	117	45.9	.6	.4	1.1	-1.5	2.820	0.420
≥ 31	50	51.5	13	50.0	10	43.5	65	59.6	138	54.1	-6	-4	-1.1	1.5		
Escolaridade																
Ensino básico	26	26.8	8	30.8	6	26.1	17	15.6	57	22.4	1.3	1.1	.5	-2.2	27.812	0.000
Ensino secundário	45	46.4	11	42.3	9	39.1	26	23.9	91	35.7	2.8	.7	.4	-3.4		
Ensino Superior	26	26.8	7	26.9	8	34.8	66	60.6	107	42.0	-3.8	-1.6	-7	5.2		
Estado civil																
Casada / União de facto	86	88.7	22	84.6	23	100.0	95	87.2	226	88.6	.0	-.7	1.8	-.6	3.601	0.308
Solteira/Outro	11	11.3	4	15.4	-	-	14	12.8	29	11.4	.0	.7	-1.8	.6		
Situação profissional																
Desempregada	36	37.1	10	38.5	7	30.4	23	21.1	76	29.8	2.0	1.0	.1	-2.6	13.614	0.034
Empregada em tempo parcial	5	5.2	2	7.7	-	-	16	14.7	23	9.0	-1.7	-.2	-1.6	2.7		
Empregada em tempo completo	56	57.7	14	53.8	16	69.6	70	64.2	156	61.2	-.9	-.8	.9	.9		
Local de residência																
Aldeia	38	39.2	14	53.8	11	47.8	29	26.6	92	36.1	.8	2.0	1.2	-2.7	13.044	0.042
Vila	9	9.3	5	19.2	2	8.7	17	15.6	33	12.9	-1.4	1.0	-.6	1.1		
Cidade	50	51.5	7	26.9	10	43.5	63	57.8	51	51.0	.1	-2.6	-.8	1.9		
Total	97	100.0	26	100.0	23	100.0	109	100.0	255	100.0						

Como complemento ao estudo realizado apresentamos o procedimento de análise multivariada, designado por árvores de decisão, em que se utilizou o algoritmo CHAID que não é mais que um acrónimo do “Chi-square Automatic Interaction Detector” (cf. Figura 2). É um método exploratório para estudar as relações entre uma variável de resposta e um conjunto de variáveis explicativas que podem interagir entre si.

Este procedimento consta na representação gráfica das alternativas disponíveis, e consiste na decomposição de um problema complexo em diversos sub-problemas mais simples.

As **variáveis explicativas (independentes)** utilizadas para a construção da árvore de decisão 1, a seguir representada, foram as habilitações literárias e a zona de residência das puérperas. Como **variável de resposta (dependente)** considerou-se **as dificuldades associadas à amamentação até ao 7º e 30º dia de vida do bebé e até.**

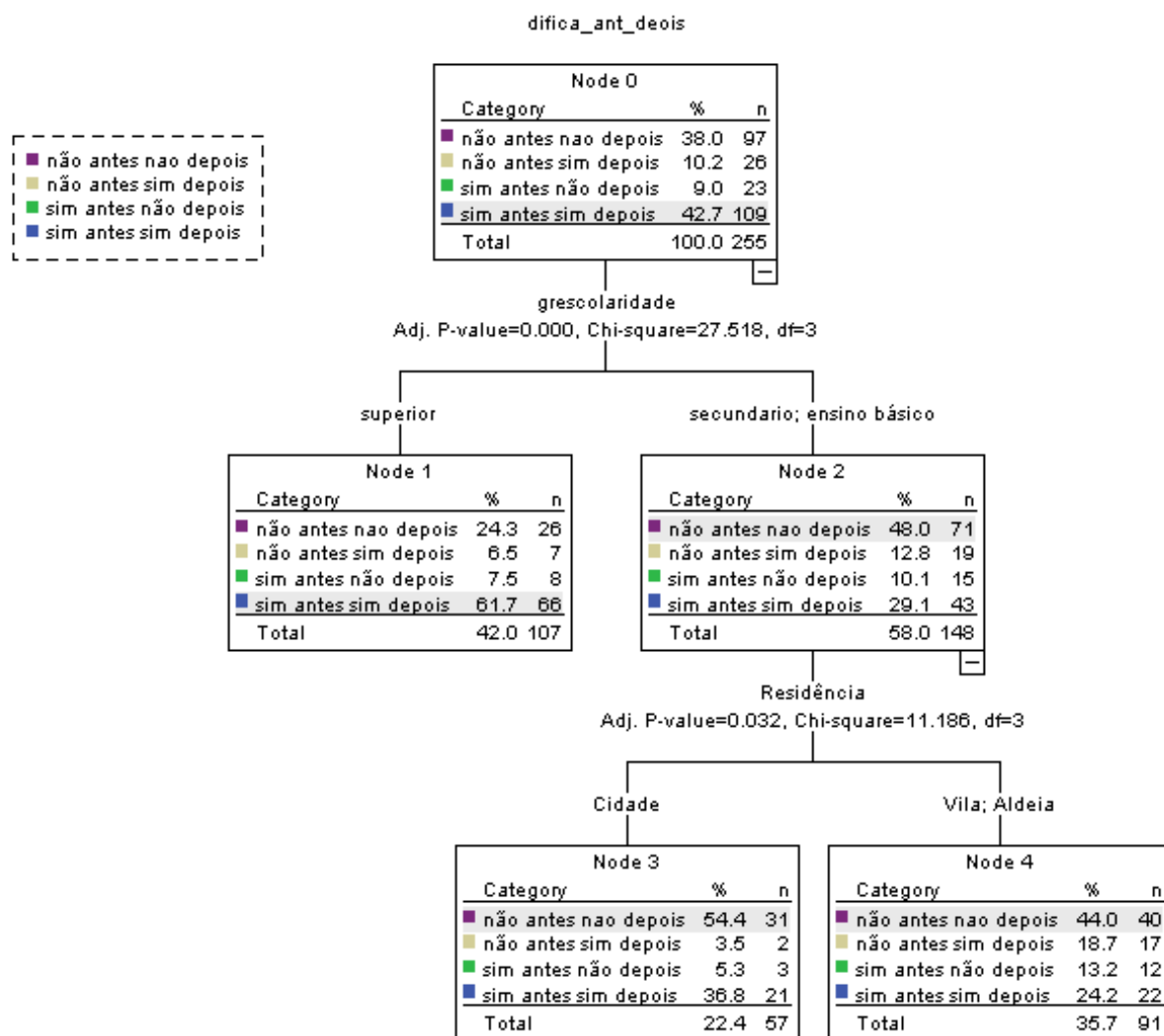
Os resultados presentes na árvore de decisão mostram que existem três níveis de profundidade, cujas variáveis são estatisticamente significativas na explicação das dificuldades associadas à amamentação. Como variáveis explicativas permaneceram para as dificuldades, as habilitações literárias (ensino superior, ensino secundário; ensino básico) e a zona de residência (cidade, vila; aldeia), encontrando-se distribuídas por dois nós terminais.

A primeira caixa que representa o nó 0, ou nó de raiz, tem a sombreado nas dificuldades relacionadas com a amamentação ao 7º e 30º dia de vida do bebé, com uma representatividade de 42,7% puérperas.

No primeiro nível de profundidade da árvore encontra-se as habilitações literárias, indicando ser esta a variável que originou os nós terminais 1 e 2. Neste nível, o método CHAID tem a sombreado, para as puérperas com o ensino superior, com dificuldades nos dois momentos de avaliação, com uma probabilidade de 61.7%. Já para as mulheres com o ensino secundário e ensino básico o método CHAID tem a sombreado em sem dificuldades relacionadas com a amamentação ao 7º dia e ao 30º dia de vida do bebé, apresentando uma representatividade de 48.0%, com diferenças estaticamente significativas, pois $p=0.000$.

O segundo nível de profundidade mostra que a variável que melhor prevê as dificuldades associadas à amamentação é a zona de residência, prevendo, no terminal 3, em 54.4% das que residem na cidade sem dificuldades nos dois momentos de avaliação, e no nó terminal 4 prevê-se, em 40.0% das puérperas a residirem na vila/aldeia, igualmente sem dificuldades associadas à amamentação, em ambas as avaliações. Registou-se diferenças estaticamente significativas ($p=0.032$).

Figura 2 - Árvore 1: Árvore CHAID da Escala das dificuldades associadas à amamentação, em função das habilitações literárias e zona de residência



2.2.2. Dificuldades associadas à amamentação no grupo de puérperas ao 7º dia de vida do bebé em função das variáveis de contexto de amamentação

De seguida apresentam-se os resultados referentes às dificuldades associadas na amamentação no grupo de puérperas ao 7º dia de vida do seu bebé, tendo em conta as variáveis de contexto de amamentação.

Em conformidade com os resultados expostos na Tabela 28, verificamos que, na totalidade da amostra, sobressaem 62.4% das mulheres que afirmam ser a primeira vez que amamentam, das quais 62.6% admitem não ter dificuldades associadas à amamentação, enquanto 62.1% apresentam-nas. Importa referir que 37.9% das mulheres que já têm experiência anterior de amamentação referem ter dificuldades, contrariamente a 37.4% das que admitem não ter dificuldades, todavia sem relevância estatística ($X^2=0.006$; p. 0.937).

Tabela 28 – Dificuldades em amamentar vs primeira vez que amamenta

Dificuldades em amamentar Variável contexto de amamentação	Não		Sim		Total		Residuais		X ²	p
	Nº (123)	% (48.2)	Nº (132)	% (51.8)	Nº (255)	% (100.0)	1	2		
Primeira vez que amamenta										
Sim	77	62.6	82	62.1	159	62.4	.1	-.1	0.006	0.937
Não	46	37.4	50	37.9	96	37.6	-.1	.1		
Total	123	100.0	132	100.0	255	100.0				

Ao analisar os resultados tendo em conta o facto de as puérperas terem amamentado o seu bebé na primeira hora de vida, verificamos, como mostra a Tabela 29, que no total da amostra a maioria (84.5%) amamentou o seu bebé no referido momento, das quais 87.4% não têm dificuldades na amamentação, enquanto 81.8% apresentam-nas. No grupo de mulheres que não amamentarem o seu bebé na primeira hora de vida, com uma representatividade de 15.5% da amostra total, 12.6% não têm dificuldades na amamentação, contrariamente a 18.2% que assumem tê-las, sem relevância estatística ($X^2=1.483$; p. 0.223).

Tabela 29 – Dificuldades em amamentar vs ter amamentado o bebé na 1ª hora de vida

Dificuldades em amamentar Variável contexto de amamentação	Não		Sim		Total		Residuais		X ²	p
	Nº (119)	% (47.4)	Nº (132)	% (52.6)	Nº (251)	% (100.0)	1	2		
Amamentar o bebé na 1ª hora de vida										
Sim	104	87.4	108	81.8	212	84.5	1.2	-1.2	1.483	0.223
Não	15	12.6	24	18.2	39	15.5	-1.2	1.2		
Total	119	100.0	132	100.0	251	100.0				

Fazendo uma análise dos resultados apresentados na Tabela 30, pode-se referir que, na totalidade da amostra predominam as puérperas cujo aleitamento materno foi exclusivo (mama) (85.9%), seguindo-se as que o tipo de aleitamento no internamento foi o misto (mama + biberão), com uma representatividade de 13.3%. Apuramos que, no grupo de participantes que admitem não ter dificuldades na amamentação, prevalecem as que o aleitamento materno foi exclusivo (mama) (89.4%), tendo sido também neste grupo que registamos o percentual mais elevado de mulheres com dificuldades na amamentação, seguindo-se 13.3% das que o tipo de amamentação foi misto (mama + biberão). Todavia, os resultados apurados não apresentam diferenças estatisticamente significativas ($X^2=5.930$; p. 0.052).

Tabela 30 – Dificuldades em amamentar vs tipo de aleitamento após o parto, no internamento

Dificuldades em amamentar Variável contexto de amamentação	Não		Sim		Total		Residuais		X ²	P
	Nº (123)	% (48.2)	Nº (132)	% (51.8)	Nº (255)	% (100.0)	1	2		
Tipo de aleitamento após o parto, no internamento										
Aleitamento materno em exclusivo (mama)	110	89.4	109	82.6	219	85.9	1.6	-1.6	5.930	0.052
Aleitamento artificial (biberão)	2	1.6	-	-	2	0.8	1.5	-1.5		
Aleitamento misto (mama + biberão)	11	8.9	23	17.4	34	13.3	-2.0	2.0		
Total	123	100.0	132	100.0	255	100.0				

As puérperas foram questionadas acerca de como classificam a sua experiência de amamentar, do que verificamos que, na totalidade da amostra, há um claro predomínio de participantes que classificam esta experiência de agradável (96.8%), onde 100.0% não tem dificuldades associadas à amamentação e, apesar de estar a ser uma experiência agradável, para 93.8% há dificuldades na amamentação. As diferenças de percentuais resultaram em relevância estatística ($X^2=7.754$; p. 0.005) (cf. Tabela 31).

Tabela 31 – Dificuldades em amamentar vs classificação da experiência de amamentar

Dificuldades em amamentar Variável contexto de amamentação	Não		Sim		Total		Residuais		X ²	P
	Nº (122)	% (48.4)	Nº (130)	% (51.6)	Nº (252)	% (100.0)	1	2		
Classificação da experiência de amamentar										
Agradável	122	100.0	122	93.8	244	96.8	2.8	-2.8	7.754	0.005
Desagradável	-	-	8	6.2	8	3.2	-2.8	2.8		
Total	122	100.0	130	100.0	252	100.0				

Ao analisa os resultados da Tabela 32, observa-se que são as participantes cuja decisão de amamentar foi por iniciativa própria que têm uma maior representatividade na amostra total (86.3%), sendo também este o grupo de mulheres em que os percentuais mais expressivos foram registados, ou seja, 87.0% admitem não ter dificuldades com a amamentação e 85.6% têm dificuldades, sem relevância estatística ($X^2=3.153$; p. 0.533).

Tabela 32 – Dificuldades em amamentar vs decisão de amamentar

Dificuldades em amamentar Variável contexto de amamentação	Não		Sim		Total		Residuais		X ²	p
	Nº (123)	% (48.2)	Nº (132)	% (51.8)	Nº (255)	% (100.0)	1	2		
Decisão de amamentar										
Iniciativa própria	107	87.0	113	85.6	220	86.3	.3	-.3	3.153	0.533
Conselho do médico	1	0.8	-	-	1	0.4	1.0	-1.0		
Conselho do enfermeiro	4	3.3	2	1.5	6	2.4	.9	-.9		
Iniciativa própria e conselho enfermeiro	8	6.5	14	10.6	22	8.6	-1.2	1.2		
Iniciativa própria, conselho médico e enfermeiro	3	2.4	3	2.3	6	2.4	.1	-.1		
Total	123	100.0	132	100.0	255	100.0				

Os resultados obtidos e apresentados na Tabela 33 mostram que quase a totalidade das participantes (90.1%) consideraram pela primeira vez a possibilidade de amamentar no primeiro trimestre, onde observamos que 85.4% das mesmas não tem dificuldades associadas à amamentação e 94.6% têm-nas, tendo-se registado diferenças estatisticamente significativas ($X^2=11.808$; p. 0.008).

Tabela 33 – Dificuldades em amamentar vs altura da gravidez considerou pela primeira vez a possibilidade de amamentar

Dificuldades em amamentar Variável contexto de amamentação	Não		Sim		Total		Residuais		X ²	p
	Nº (123)	% (48.2)	Nº (132)	% (51.8)	Nº (255)	% (100.0)	1	2		
Altura da gravidez considerou pela primeira vez a possibilidade de amamentar										
Primeiro trimestre	105	85.4	123	94.6	228	90.1	-2.5	2.5	11.808	0.008
Segundo trimestre	10	8.1	4	3.1	14	5.5	1.8	-1.8		
Terceiro trimestre	1	0.8	3	2.3	4	1.6	-1.0	1.0		
Após o nascimento	7	5.7	-	-	7	2.8	2.8	-2.8		
Total	123	100.0	132	100.0	255	100.0				

No que se refere ao facto de as puérperas terem tido apoio dos enfermeiros nas dificuldades, conforme os resultados indicados na Tabela 34, apuramos que 96.8% das mulheres admitem ter tido o apoio destes profissionais de saúde nas dificuldades, fazendo parte deste grupo 96.6% das que admitem não ter dificuldades associadas à amamentação e 96.9% das que possuem essas dificuldades. No entanto, não há registo de diferenças estatisticamente significativas ($X^2=0.023$; $p=0.880$).

Tabela 34 – Dificuldades em amamentar vs apoio dos enfermeiros nas dificuldades associadas à amamentação

Dificuldades em amamentar Variável contexto de amamentação	Não		Sim		Total		Residuais		X^2	P
	Nº (117)	% (47.4)	Nº (130)	% (52.6)	Nº (247)	% (100.0)	1	2		
Apoio dos enfermeiros										
Sim	113	96.6	126	96.9	239	96.8	-.2	.2	0.023	0.880
Não	4	3.4	4	3.1	8	3.2	.2	-.2		
Total	117	100.0	130	100.0	247	100.0				

As puérperas foram questionadas sobre a superação das dificuldades associadas à amamentação, cujos resultados indicam que a maior representatividade é a das participantes que confirmam essa superação (91.1%), sendo igualmente neste grupo onde registamos os percentuais mais expressivos em relação à inexistência de dificuldades na amamentação (99.1%) e à presença das mesmas (83.8%, o que redundou em diferenças estatisticamente significativas ($X^2=17.765$; $p=0.000$) (cf. Tabela 35).

Tabela 35 – Dificuldades em amamentar vs dificuldades ultrapassadas

Dificuldades em amamentar Variável contexto de amamentação	Não		Sim		Total		Residuais		X^2	P
	Nº (117)	% (47.4)	Nº (130)	% (52.6)	Nº (247)	% (100.0)	1	2		
Dificuldades ultrapassadas										
Sim	116	99.1	109	83.8	225	91.1	.4	-.4	17.765	0.000
Não	1	0.9	21	16.2	22	8.9	-4.2	4.2		
Total	117	100.0	130	100.0	247	100.0				

De acordo com os resultados expostos na Tabela 36, verificamos que a maioria das participantes (78.4%), na totalidade da amostra, não oferecem leite artificial ao seu bebê, donde se destacam 80.5% das que não têm dificuldades na amamentação e 76.5% que admitem possuí-las. Referimos também que 21.6% das mulheres oferecem leite artificial ao bebê, destacando-se, neste grupo, 23.5% das que admitem ter dificuldades associadas à amamentação. Contudo, não há relevância estatística ($X^2=0.594$; p. 0.441).

Tabela 36 – Dificuldades em amamentar vs oferta de leite artificial ao bebê

Dificuldades em amamentar Variável contexto de amamentação	Não		Sim		Total		Residuais		X^2	p
	Nº (123)	% (48.2)	Nº (132)	% (51.8)	Nº (255)	% (100.0)	1	2		
Oferta de leite artificial ao bebê										
Não	99	80.5	101	76.5	200	78.4	.8	-.8	0.594	0.441
Sim	24	19.5	31	23.5	55	21.6	-.8	.8		
Total	123	100.0	132	100.0	255	100.0				

Questionadas as puérperas sobre a utilização de mamilo de silicone para amamentar o seu bebê, conforme nos indica a Tabela 37, a maior representatividade corresponde às participantes que o não utilizam, das quais 87.0% não têm dificuldades associadas à amamentação e 78.8% possuem-nas. Importa também ressaltar que 17.3% das participantes recorrem ao uso do mamilo de silicone para amamentar o seu bebê, onde sobressaem 21.2% das que afirmam ter dificuldades na amamentação. Não há registo de diferenças estatisticamente significativas ($X^2=3.001$; p=0.083).

Tabela 37 – Dificuldades em amamentar vs utilização de mamilo de silicone para amamentar

Dificuldades em amamentar Variável contexto de amamentação	Não		Sim		Total		Residuais		X^2	p
	Nº (123)	% (48.2)	Nº (132)	% (51.8)	Nº (255)	% (100.0)	1	2		
Utilização de mamilo de silicone para amamentar										
Não	107	87.0	104	78.8	211	82.7	1.7	-1.7	3.001	0.083
Sim	16	13.0	28	21.2	44	17.3	-1.7	1.7		
Total	123	100.0	132	100.0	255	100.0				

Os resultados da Tabela 38 indicam-nos que há uma grande prevalência de participantes que não têm dúvidas sobre a amamentação atualmente (91.4%), das quais 94.3% não possuem dificuldades na amamentação, enquanto 88.6% demonstram ter dificuldades. É muito reduzido o percentual das puérperas que atualmente ainda têm dúvidas sobre a amamentação (8.6%), contudo, sem relevância estatística ($X^2=2.599$; p=0.117).

Tabela 38 – Dificuldades em amamentar vs dúvidas atuais sobre a amamentação

Dificuldades em amamentar Variável contexto de amamentação	Não		Sim		Total		Residuais		X ²	P
	Nº (123)	% (48.2)	Nº (132)	% (51.8)	Nº (255)	% (100.0)	1	2		
Dúvidas atuais sobre a amamentação										
Não	116	94.3	117	88.6	233	91.4	1.6	-1.6	2.599	0.107
Sim	7	5.7	15	11.4	22	8.6	-1.6	1.6		
Total	123	100.0	132	100.0	255	100.0				

De acordo com a análise efetuada dos resultados apresentados na Tabela 39, podemos referir que 80.8% das mulheres não possuíam dificuldades com a amamentação ao 7º dia de vida do seu bebé, continuando a não revelá-las no 30º dia, enquanto 19.3% não as tinham no 7º dia de vida do seu bebé, mas passaram a tê-las no 30º dia. Em relação às participantes que afirmaram ter dificuldades relacionadas com a amamentação no primeiro momento de avaliação, 19.2% deixaram de as possuir no segundo momento de avaliação, contrariamente a 80.7% que demonstraram continuar com dificuldades. Estas diferenças resultaram em relevância estatística ($X^2=96.465$; $p=0.000$).

Tabela 39 - Dificuldades associadas à amamentação nos dois momentos de avaliação

Teve, ou tem, dificuldades relacionadas com a amamentação no 7º dia de vida do bebé	Teve, ou tem, dificuldades relacionadas com a amamentação no 30º dia de vida do bebé				Total		Residuais		X ²	p
	Não		Sim							
	nº (120)	% (47.1)	nº (135)	% (52.9)	nº (255)	% (100)	1	2		
Não	97	80.8	26	19.3	123	48.2	9.8	-9.8	96.465	0.000
Sim	23	19.2	109	80.7	132	51.8	-9.8	9.8		
Total	120	100.0	135	100.0	255	100.0				

O estudo conjunto da informação referente ao tipo de dificuldades relacionadas com a amamentação que as puérperas tiveram ou ainda têm encontra-se na Tabela 40, cujos resultados nos indicam que 77.5% das participantes tinham dificuldades com as fissuras ao 7º dia, continuando a tê-las ao 30º dia. Sobressaem também as participantes com dificuldades relacionadas com o ingurgitamento mamário nos dois momentos de avaliação, com uma representatividade de 66.7%, bem como é expressivo o percentual de 63.6% das mães que tinham, ao 7º dia, dificuldades em termos de mastite, com continuidade no 30º dia. Observamos também que 82.4% das puérperas revelavam dificuldades na pega ao 7º dia, tendo continuado a demonstrá-las no 30º dia. Por fim, registamos que 50.0% das participantes revelaram dificuldades

na posição e postura para amamentar nos dois momentos de avaliação, resultando estas diferenças em relevância estatística ($X^2=205.014$; $p=0.000$).

Tabela 40 – Tipo de dificuldades associadas à amamentação nos dois momentos de avaliação

Dia	30º dia – segundo momento de avaliação						χ^2	p	
	Dificuldades	Fissuras	Ingurgitamento mamário	Mastite	Dificuldades na pega	Dificuldades na posição e postura para amamentar			Total
7º Dia – primeiro momento de avaliação	Fissuras	31 (77.5%)	2 (11.1%)	4 (36.4%)	6 (17.6%)	-	43 (39.4)	205.014	0.000
	Residuais	6.2	-2.7	-2	-3.1	-2.0			
	Ingurgitamento mamário	6 (15.0%)	12 (66.7%)	-	-	3 (50.0%)	21 (19.3%)		
	Residuais	-9	5.6	-1.7	-3.4	2.0			
	Mastite	-	1 (5.6%)	7 (63.6%)	-	-	8 (7.3%)		
	Residuais	-2.2	-3	7.6	-2.0	-7			
	Dificuldades na pega	3 (7.5%)	3 (16.7%)	-	28 (82.4%)	-	34 (31.2%)		
	Residuais	-4.1	-1.5	-2.4	7.8	-1.7			
	Dificuldades na posição e postura para amamentar	-	-	-	-	3 (50.0%)	3 (2.8%)		
	Residuais	-1.3	-8	-6	-1.2	7.3			
Total	40 100.0%	18 100.0%	11 100.0%	34 100.0%	6 100.0%	109 100.0%			

2.2.3. Dificuldades em amamentar e classificação da experiência de amamentar ao 30º dia de vida do bebê

A análise dos resultados expostos na Tabela 41 indica-nos que a grande maioria das puérperas avaliadas ao 30º dia de vida do seu bebê (98.0%) consideram que a experiência de amamentar está a ser agradável. Neste grupo, 100.0% das mulheres referem não ter dificuldades na amamentação e 96.2% admitem tê-las. São poucas as mulheres que admitem que esta está a ser uma experiência desagradável (2.0%), o que resultou em diferenças estatisticamente significativas ($X^2=4.374$; $p=0.036$).

Tabela 41 – Dificuldades em amamentar vs classificação da experiência de amamentar

Dificuldades em amamentar Variável contexto de amamentação	Não		Sim		Total		Residuais		X ²	P
	Nº (114)	% (46.2)	Nº (133)	% (53.8)	Nº (247)	% (100.0)	1	2		
Classificação da experiência de amamentar										
Agradável	114	100.0	128	96.2	242	98.0	2.1	-2.1	4.374	0.036
Desagradável	-	-	5	3.8	5	2.0	-2.1	2.1		
Total	114	100.0	133	100.0	247	100.0				

Procurámos saber se as puérperas, avaliadas ao 30º dia de vida do seu bebé, tiveram apoio dos enfermeiros nas dificuldades sentidas. Assim, em conformidade com os resultados apresentados na Tabela 42, podemos referir que, na globalidade da amostra, 97.0% admitem ter tido esse apoio profissional, de onde fazem parte 99.0% das participantes que já não têm dificuldades associadas à amamentação e 95.4% das que confirma possuí-las. Todavia, não há registo de significância estatística ($X^2=2.588$; $p=0.108$).

Tabela 42 – Dificuldades em amamentar vs apoio dos enfermeiros nas dificuldades associadas à amamentação

Dificuldades em amamentar Variável contexto de amamentação	Não		Sim		Total		Residuais		X ²	P
	Nº (103)	% (44.0)	Nº (131)	% (56.0)	Nº (234)	% (100.0)	1	2		
Apoio dos enfermeiros										
Sim	102	99.0	125	95.4	227	97.0	1.6	-1.6	2.588	0.108
Não	1	1.0	6	4.6	7	3.0	-1.6	1.6		
Total	103	100.0	131	100.0	234	100.0				

Constatamos que, pela interpretação dos dados expostos na Tabela 43, prevalecem as mulheres cujas dificuldades associadas à amamentação foram ultrapassadas ao 30º dia de vida do seu bebé, sobressaindo 98.6% das mulheres que admitem não ter dificuldades relacionadas com a amamentação, contrariamente a 87.6%, resultando em significância estatística ($X^2=8.531$; $p=0.003$).

Tabela 43 – Dificuldades em amamentar vs dificuldades ultrapassadas

Dificuldades em amamentar Variável contexto de amamentação	Não		Sim		Total		Residuais		X ²	P
	Nº (101)	% (43.9)	Nº (129)	% (56.1)	Nº (230)	% (100.0)	1	2		
Dificuldades ultrapassadas										
Sim	99	98.0	113	87.6	212	92.2	2.9	-2.9	8.531	0.003
Não	2	2.0	16	12.4	18	7.8	-2.9	2.9		
Total	101	100.0	129	100.0	230	100.0				

De acordo com os resultados expostos na Tabela 44, verificamos que a maioria das participantes (78.1%), na totalidade da amostra ao 30º dia de vida do bebê, não oferecem leite artificial ao seu bebê, donde se destacam 81.3% das que não têm dificuldades na amamentação e 75.6% que admitem possuí-las. As evidências indicam-nos igualmente que 21.9% das mulheres oferecem leite artificial ao bebê, destacando-se, neste grupo, 18.8% das que admitem não ter dificuldades associadas à amamentação, enquanto 24.4% ainda as possui. Contudo, não há relevância estatística ($X^2=1.162$; p. 0.281).

Tabela 44 – Dificuldades em amamentar vs oferta de leite artificial ao bebê

Dificuldades em amamentar Variável contexto de amamentação	Não		Sim		Total		Residuais		X ²	p
	Nº (112)	% (45.3)	Nº (135)	% (54.7)	Nº (247)	% (100.0)	1	2		
Oferta de leite artificial ao bebê										
Não	91	81.3	102	75.6	193	78.1	1.1	-1.1	1.162	0.281
Sim	21	18.8	33	24.4	54	21.9	-1.1	1.1		
Total	112	100.0	135	100.0	247	100.0				

Intentámos saber se as participantes utilizam mamilo de silicone para amamentar o seu bebê. Assim, conforme nos indica a Tabela 45, o percentual mais expressivo corresponde às participantes que o não utilizam (86.7%), das quais 92.1% não têm dificuldades relacionadas com a amamentação e 82.2% possuem-nas. Observamos, ainda, que 13.3% das participantes recorrem ao uso do mamilo de silicone para amamentar o seu bebê, destacando-se 17.8% das que afirmam ter dificuldades na amamentação, o que resultou em diferenças estatisticamente significativas ($X^2=5.251$; p=0.022).

Tabela 45 – Dificuldades em amamentar vs utilização de mamilo de silicone para amamentar

Dificuldades em amamentar Variável contexto de amamentação	Não		Sim		Total		Residuais		X ²	p
	Nº (114)	% (45.8)	Nº (135)	% (54.2)	Nº (249)	% (100.0)	1	2		
Utilização de mamilo de silicone para amamentar										
Não	105	92.1	111	82.2	216	86.7	2.3	-2.3	5.251	0.022
Sim	9	7.9	24	17.8	33	13.3	-2.3	2.3		
Total	114	100.0	135	100.0	249	100.0				

Os resultados da Tabela 46 revelam-nos que a grande maioria das participantes não têm dúvidas sobre a amamentação atualmente (94.8%), das quais 98.2% não possuem dificuldades na amamentação, enquanto 91.9% demonstram ter dificuldades. É muito reduzido o percentual das puérperas que atualmente ainda têm dúvidas sobre a amamentação (8.6%), com relevância estatística ($X^2=5.106$; p=0.024).

Tabela 46 – Dificuldades em amamentar vs dúvidas atuais sobre a amamentação

Dificuldades em amamentar Variável contexto de amamentação	Não		Sim		Total		Residuais		X ²	P
	Nº (114)	% (45.8)	Nº (135)	% (54.2)	Nº (249)	% (100.0)	1	2		
Dúvidas atuais sobre a amamentação										
Não	112	98.2	124	91.9	236	94.8	2.3	-2.3	5.106	0.024
Sim	2	1.8	11	8.1	13	5.2	-2.3	2.3		
Total	114	100.0	135	100.0	249	100.0				

2.2.4. Satisfação com a vida e idade, nos dois momentos de avaliação

Observamos, através dos resultados apresentados na Tabela 47, que há um mínimo de 9.00 de satisfação com a vida para ambos os momentos de avaliação e um valor máximo de 25.00. Todavia, em termos média, a satisfação com a vida aumentou no segundo momento de avaliação, atendendo a que se obteve uma média ligeiramente mais alta ($M=20.22 \pm 3.862$), com significância estatística ($p=0.000$). Na globalidade, as mulheres ao 30º dia de vida do seu bebé revelam-se mais satisfeitas com a vida. O teste de aderência à normalidade de Kolmogorod-Smirnov (K/S) não apresenta uma distribuição normal, revelando os valores de assimetria e curtose, curvas enviesadas à esquerda para os dois grupos etários instituídos, em ambos os momentos de avaliação, e para a totalidade da amostra. Os coeficientes de variação indiciam uma dispersão baixa face às médias encontradas.

Tabela 47 - Estatísticas relativas ao total da satisfação com a vida, nos dois momentos de avaliação

Momentos de avaliação	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	KS	p
Ao 7º dia de vida do bebé	225	9.00	25.00	20.14	3.867	19.20	-5.42	0.85	0.105	0.000
Ao 30º dia de vida do bebé	225	9.00	25.00	20.22	3.826	18.92	-5.18	0.56	0.116	0.000

Da análise dos resultados apresentados na Tabela 48, podemos inferir que, em ambos os momentos de avaliação, são as participantes mais novas (≤ 30 anos) que apresentam valores médios mais elevados ($M=20.33 \pm 4.258$ dp ao 7º dia de vida do bebé; $M=20.54 \pm 4.071$ dp ao 30º dia de vida do bebé), sugerindo que são estas as mulheres a estarem mais satisfeitas com a vida, em comparação às mais velhas, no entanto, sem relevância estatística ($p>0.05$).

Tabela 48 - Influência da idade na satisfação com a vida

Momentos de avaliação	idade	Média	dp	t	p
Ao 7º dia de vida do bebê	<= 30 anos	20.33	4.258	0.715	0.057
	>= 31 anos	19.98	3.510	0.715	
Ao 30º dia de vida do bebê	<= 30 anos	20.54	4.071	1.244	0.447
	>= 31 anos	19.94	3.597	1.244	

A Tabela 49 contém a matriz de correlação de Pearson estabelecida com o total da Escala da Satisfação com a Vida, nos dois momentos de avaliação. Verificamos que as correlações entre os dois momentos de avaliação são positivas e significativas, aferindo-se, assim, que a maiores índices da satisfação com a vida ao 7º dia de vida do bebê correspondem maiores índices de satisfação com a vida ao 30º dia de vida do bebê.

Tabela 49 – Resultados da matriz de Correlação de Pearson entre a satisfação com a vida e os dois momentos de avaliação

Satisfação com a vida		Total da satisfação com a vida ao 7º dia de vida do bebê	Total da satisfação com a vida ao 30º dia de vida do bebê
Total da satisfação com a vida ao 7º dia de vida do bebê	r		.827**
	p		.000
Total da satisfação com a vida ao 30º dia de vida do bebê	r	.827**	
	p	.000	

2.2.5. Satisfação com a vida e dificuldades nos dois momentos de avaliação

Procuramos agora analisar os resultados referentes à satisfação com a vida em função das dificuldades relacionadas com a amamentação, tendo feito grupo de coorte, no intuito de podermos classificar os grupos nos percentis. Assim, classificamos a satisfação em três níveis: pouco satisfeita, satisfeita e muito satisfeita, conforme a Tabela 50.

Assim, começamos por referir, na globalidade da amostra, predominam as mulheres satisfeitas com a sua vida, com uma representatividade de 45.5%, seguindo-se as que se sentem pouco satisfeitas (29.4%). Fazendo-se uma análise tendo em conta os dois momentos de avaliação, constatamos que, no grupo de mulheres sem dificuldades ao 7º e 30º dia de vida do bebê, prevalecem as que estão satisfeitas com a sua vida (40.2%). Ressalvamos que são as mulheres que referem estar satisfeitas com a vida que, em todos os momentos, se destacam. Ou seja, 38.5% sem

dificuldades ao 7º dia, mas com dificuldades ao 30º dia; 52.2% com dificuldades ao 7º dia, mas sem as ter no 30º dia, e 50.5% com dificuldades em ambos os momentos de avaliação.

Tabela 50 – Satisfação com a vida e dificuldades associadas à amamentação

Dificuldades associadas à amamentação	Sem dificuldades ao 7º e 30º dia de vida do bebé		Sem dificuldades ao 7º dia, mas com dificuldades ao 30º dia		Dificuldades ao 7º dia, mas sem dificuldades ao 30º dia		Com dificuldades ao 7º e 30º dia de vida do bebé		Total		Residuais				X ²	p
	nº (97)	% (38.0)	nº (26)	% (10.2)	nº (23)	% (9.0)	nº (109)	% (42.7)	nº (255)	% (100)	1	2	3	4		
Pouco satisfeita	27	27.8	7	26.9	6	26.1	35	32.1	75	29.4	-4	-.3	-.4	.8	7,602	0.269
Satisfeita	39	40.2	10	38.5	12	52.2	55	50.5	116	45.5	-	-.8	.7	1.4		
Muito satisfeita	31	32.0	9	34.6	5	21.7	19	17.4	64	21.5	2.0	1.2	-.4	-2.4		
Total	97	100.0	26	100.0	23	100.0	109	100.0	255	100.0						

3.2.6. Funcionalidade familiar e idade, nos dois momentos de avaliação

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 51, observamos que, em termos de médias, os resultados do t-teste revelam que as mulheres com idade igual ou inferior aos 30 anos, nos dois momentos de avaliação são as que revelam valores superiores ($M=7.73 \pm 2.450$ dp ao 7º dia de vida do bebé; $M=7.55 \pm 2.679$ dp ao 30º dia de vida do bebé), o que significa que são estas que apresentam uma funcionalidade familiar mais elevada, comparativamente às que são mais velhas. Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas, na segunda avaliação, para a funcionalidade familiar segundo a faixa etária das puérperas ($p=0.003$).

Tabela 51 - Influência da idade na funcionalidade familiar

Momentos de avaliação	idade	Média	dp	t	p
Ao 7º dia de vida do bebé	<= 30 anos	7.73	2.450	0.464	0.079
	>= 31 anos	7.60	2.142	0.464	
Ao 30º dia de vida do bebé	<= 30 anos	7.55	2.679	0.790	0.003
	>= 31 anos	7.31	2.103	0.790	

A Tabela 52 possui a matriz de correlação de Pearson estabelecida com o total da funcionalidade familiar, nos dois momentos de avaliação, donde constatamos que as correlações entre os dois momentos de avaliação são positivas e significativas, apurando-se, deste modo, que a maiores índices de funcionalidade familiar ao 7º dia

de vida do bebê correspondem maiores índices de funcionalidade familiar ao 30º dia de vida do bebê.

Tabela 52 – Resultados da matriz de Correlação de Pearson entre a funcionalidade familiar e os dois momentos de avaliação

Funcionalidade familiar		Total da funcionalidade familiar ao 7º dia de vida do bebê	Total da funcionalidade familiar ao 30º dia de vida do bebê
Total da funcionalidade familiar ao 7º dia de vida do bebê	r		0.705**
	p		0.000
Total da funcionalidade familiar ao 30º dia de vida do bebê	r	0.705**	
	p	0.000	

2.2.7. Satisfação com a vida e funcionalidade familiar em função da zona de residência, nos dois momentos de avaliação

Tendo em conta os resultados apresentados na Tabela 53, onde aplicámos um teste Kruskal-Wallis, verificamos que, em relação à satisfação com a vida, são as mulheres residentes na cidade a apresentar uma ordenação média mais elevada em ambos os momentos de avaliação (OM=139.43 ao 7º dia de vida do bebê vs OM=140.98 ao 30º dia de vida do bebê), com diferenças estatisticamente significativas, nos dois momentos de avaliação ($p=0.002$; $p=0.004$, respetivamente).

Em relação ao total da funcionalidade familiar, observamos que são as mulheres, na primeira avaliação, que residem na vila a revelar a ordenação média mais elevada (OM=146.06), significando que são estas que mais funcionalidade familiar apresentam, seguindo-se as residentes na cidade (OM=137.43). Em relação à avaliação ao 30º dia de vida do bebê, as participantes residentes na cidade têm uma ordenação média mais elevada (OM=142.05), traduzindo que são estas as que demonstram mais funcionalidade familiar, em relação às restantes, o que se reverteu em significância estatística ($p=0.004$; $p=0.006$, respetivamente).

Tabela 53 – Relação entre a satisfação com a vida e funcionalidade familiar em função da zona de residência, nos dois momentos de avaliação

Zona de residência	Aldeia	Vila	Cidade	X ²	p
Total da satisfação com a vida	OM	OM	OM		
Ao 7º dia de vida do bebé	111.83	128.03	139.43	7.614	0.022
Ao 30º dia de vida do bebé	108.15	132.18	140.98	10.905	0.004
Total da funcionalidade familiar					
Ao 7º dia de vida do bebé	108.19	146.06	137.43	11.135	0.004
Ao 30º dia de vida do bebé	110.94	120.23	142.05	10.274	0.006

De modo a analisar o total da funcionalidade familiar e da satisfação com a vida, tendo em conta os dois momentos de avaliação, utilizámos um teste de variância ANOVA, conforme a Tabela 54, verificando-se que, na comparação da funcionalidade familiar entre a primeira avaliação (7º dia de vida do bebé) e a segunda (30º dia de vida do bebé) o valor de ordenação média é mais elevado ao 7º dia de vida do bebé, significando que nesta avaliação as puérperas revelam uma maior funcionalidade familiar. Em relação à satisfação com a vida, referimos que o valor de ordenação média mais elevado recaiu na avaliação do 30º dia de vida do bebé, demonstrando que nesta altura a puérperas sentiam-se mais satisfeitas com a vida. Ressalvamos que se verificaram diferenças estatisticamente significativas, pois $p > 0.05$.

Tabela 54 – Relação entre a satisfação com a vida e funcionalidade familiar em função dos dois momentos de avaliação

Variáveis	OM	F	p
Total da funcionalidade familiar ao 7º dia de vida do bebé	58439.006	5.777	0.004
Total da satisfação com a vida ao 7º dia de vida do bebé	41048.197	3.894	0.022
Total da funcionalidade familiar ao 30º dia de vida do bebé	54417.310	5.311	0.006
Total da satisfação com a vida ao 30º dia de vida do bebé	58737.252	5.652	0.004

Em conformidade com os resultados apresentados na Tabela 55, relativos à satisfação com a vida e funcionalidade familiar em função do estado civil, nos dois momentos de avaliação, apuramos que, da aplicação do Teste de U-Mann de Whitney, as ordenações médias incidam-nos que as puérperas solteiras ou com outro estado civil, para além dos descritos, são as que revelam melhor funcionalidade familiar nos dois momentos de avaliação (OM=148.48 ao 7º dia vs OM=149.95 ao 30º dia). São também esta participantes as que se apresentam mais satisfeitas com a vida, na medida em que as ordenações médias são mais elevadas comparativamente às mulheres casadas ou em união de facto (OM=143.00 ao 7º dia vs OM=150.97 ao 30º dia). Todavia, há a salientar que quer ao nível da funcionalidade familiar, quer ao nível da satisfação com a vida, os valores de ordenação média são mais expressivos no

segundo momento de avaliação, traduzindo-se em melhor funcionalidade familiar e mais satisfação com a vida, no entanto, sem relevância estatística ($p > 0.05$).

Tabela 55 – Relação entre a satisfação com a vida e funcionalidade familiar em função do estado civil, nos dois momentos de avaliação

Estado civil	Casada/união de facto	Solteira/outro	UMW	p
	OM	OM		
Total da funcionalidade familiar				
Ao 7º dia de vida do bebé	125.37	148.48	2683.000	0.106
Ao 30º dia de vida do bebé	125.18	149.95	2640.500	0.085
Total da satisfação com a vida				
Ao 7º dia de vida do bebé	126.08	143.00	2842.000	0.243
Ao 30º dia de vida do bebé	125.05	150.97	2611.000	0.073

Ao analisar os resultados apresentados na Tabela 56, observamos que, no grupo de participantes com o ensino básico, o valor de ordenação médio mais elevado (OM=126.26) no que se refere à satisfação com a vida, corresponde ao segundo momento de avaliação, sendo esta uma situação análoga às das participantes com o ensino secundário (OM=132.38). Já no grupo de puérperas com o ensino superior, as mesmas manifestam-se mais satisfeitas com a vida no primeiro momento de avaliação (OM=134.65). No que se refere à funcionalidade familiar, quer no grupo de participantes com o ensino básico, quer nas que possuem o ensino superior, os valores de ordenação médias são mais elevados no primeiro momento de avaliação (OM=125.48 ensino básico vs OM=128.69 ensino superior), enquanto as mulheres com o ensino apresentam mais funcionalidade familiar no segundo momento de avaliação (OM=138.32), contudo sem relevância estatística ($p > 0.05$).

Tabela 56 – Relação entre a satisfação com a vida e funcionalidade familiar em função da escolaridade, nos dois momentos de avaliação

Escolaridade	Ensino básico	Ensino secundário	Ensino superior	χ^2	p
	OM	OM	OM		
Total da satisfação com a vida					
Ao 7º dia de vida do bebé	121.74	124.10	134.65	1.550	0.461
Ao 30º dia de vida do bebé	126.26	132.38	125.20	0.513	0.774
Total da funcionalidade familiar					
Ao 7º dia de vida do bebé	125.48	128.77	128.69	0.089	0.957
Ao 30º dia de vida do bebé	112.78	138.32	127.33	4.333	0.115

Procurou-se saber qual a influência da situação profissional na satisfação com a vida e na funcionalidade familiar, tendo-se, para tal, recorrido a um Teste Kruskal-Wallis, conforme nos mostra a Tabela 57. Em conformidade com os resultados, as mulheres desempregadas encontram-se mais satisfeitas com a vida ao 30º dia de vida

do seu bebê (OM=131.83), enquanto as empregadas a tempo parcial (OM=93.89) e empregadas a tempo completo (OM=135.01) revelam-se mais satisfeitas com a vida ao 7º dia de vida do bebê, tendo resultado em diferenças estatisticamente significativas ($p=0.037$; $p=0.002$).

Quanto à funcionalidade familiar, observamos que as puérperas desempregadas possuem mais funcionalidade familiar no segundo momento de avaliação (OM=131.67), contrariamente às que estão empregadas a tempo parcial (OM=128.39) e empregadas a tempo completo (OM=130.22) cuja ordenação média revela mais funcionalidade familiar na primeira avaliação, todavia sem relevância estatística ($p>0.05$).

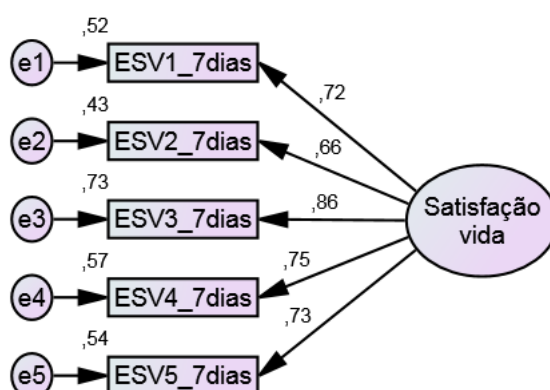
Tabela 57 – Relação entre a satisfação com a vida e funcionalidade familiar em função da situação profissional, nos dois momentos de avaliação

Situação profissional	Desempregada	Empregada em tempo parcial	Empregada em tempo completo	X ²	p
	OM	OM	OM		
Total da satisfação com a vida					
Ao 7º dia de vida do bebê	123.94	93.89	135.01	6.616	0.037
Ao 30º dia de vida do bebê	131.83	75.70	133.85	12.878	0.002
Total da funcionalidade familiar					
Ao 7º dia de vida do bebê	123.32	128.39	130.22	.464	0.793
Ao 30º dia de vida do bebê	131.67	117.80	127.71	.647	0.724

Todos os pesos de regressão são significativos ($p < 0,001$) e superiores a ($\lambda \geq 0,50$), mostrando a relevância do fator para predizer os itens. A fiabilidade individual é também adequada ($r^2 \geq 0,25$).

A fiabilidade compósita, ao apresentar valores de 0.962 para a satisfação de vida ao 7º dia de vida do bebê, revelou boa consistência interna dos itens relativos aos fatores, com o indicador de validade convergente (VEM) alto (VEM=0.558).

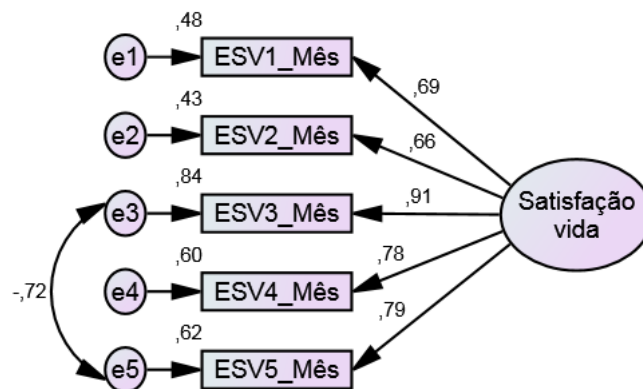
Figura 3 - Output gráfico da satisfação com a vida ao 7º dia



Os pesos de regressão são igualmente significativos ($p < 0,001$) e superiores a ($\lambda \geq 0,50$), mostrando a relevância do fator para prever os itens. A fiabilidade individual é similarmente adequada ($r^2 \geq 0,25$).

A fiabilidade compósita, ao apresentar valores de 0.878 para a satisfação de vida ao 30º dia de vida do bebé, revelou boa consistência interna dos itens relativos aos fatores, com o indicador de validade convergente (VEM) alto (VEM=0.593).

Figura 4 - Output gráfico da satisfação com a vida ao 30º dia



3. Discussão

O presente capítulo contém a discussão metodológica e a discussão dos resultados, a qual é feita tendo em conta as questões de investigação e os objetivos inicialmente delineados.

3.1. Discussão Metodológica

Começamos por referir que a metodologia que utilizámos nos pareceu ser a mais correta para facilitar e tornar possível a realização deste estudo. Os procedimentos metodológicos utilizados foram ao encontro dos objetivos traçados, estando também conformes às características da amostra. Todavia, durante a elaboração desta investigação confrontamo-nos com algumas dificuldades metodológicas, que se passam a descrever.

Salienta-se a questão da extensão do questionário o qual poderá ter-se tornado exaustivo a nível de preenchimento, podendo ter influenciado as respostas dadas. Ainda a este propósito, referimos que recorreremos a instrumentos validados e adaptados para a população portuguesa, resultando na utilização de instrumentos de recolha de dados adequados ao estudo, tendo em conta as questões de investigação e respetivos objetivos.

Consideramos igualmente uma limitação metodológica o facto de as participantes terem sido recrutadas segundo um processo de amostragem não probabilística por conveniência, o que pode trazer alguns vieses aos resultados. Consideramos que o tamanho da amostra foi suficientemente elevado, traduzindo-se em resultados fiáveis, na medida em que a margem de erro que se pode cometer é com um intervalo de confiança de 95%. Ainda assim, salvaguardamos que o tipo de amostragem não probabilística, não sendo representativa, impede que façamos a generalização dos resultados a outra população de puérperas em circunstâncias análogas às que participaram neste estudo. Deste modo, o presente estudo necessita de confirmação com a realização de outros estudos no mesmo âmbito, se possível, com amostras ainda mais alargadas.

Apesar das limitações apresentadas e algumas dificuldades inerentes, somos da opinião que as opções metodológicas foram as mais apropriadas ao tipo de estudo desenvolvido, o qual facultou um conhecimento mais concreto das dificuldades

sentidas com a amamentação ao 7º e 30º dia após o nascimento do bebê, tendo em conta as variáveis sociodemográficas e de contexto da amamentação.

3.2. Discussão dos Resultados

Ainda que as evidências apontem para uma elevada incidência do aleitamento materno ao nascimento, continua a verificar-se que esta tendência diminui ao longo do primeiro mês de vida do bebê, indicando que um número significativo de mães não consegue cumprir o seu projeto de amamentar, resultando num abandono precoce da amamentação (Cunha, Santos & Gonçalves, 2012). Importa referirmos que a decisão de amamentar é individual, todavia, interpolada com influências de socialização da mulher e com fatores motivacionais. Desta feita, ao estudarmos os fatores associados às dificuldades da amamentação, estamos a dar um contributo para a promoção do aleitamento materno, o que poderá ajudar os enfermeiros especialistas em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia a atuarem a fim de reconhecerem previamente as dificuldades que as mães possam sentir e que estão na base do abandono.

A experiência da amamentação torna-se num momento delicado para as mulheres, cujas orientações adquiridas no processo gravídico nem sempre estão em consonância com a prática experienciada pelas mesmas, fazendo com que esta seja uma fase revestida de dúvidas e dificuldades, as quais poderão fazer com que a mulher se sinta mais vulnerável e insegura (Sabarense, 2008). Para o mesmo autor, o puerpério é uma fase importante de adaptação, onde os sentimentos maternos se tornam em fatores determinantes em relação ao que poderá ocorrer durante a amamentação.

Expostas estas considerações, tidas como pertinentes, passamos, de seguida, a discutir os resultados obtidos nas análises estatísticas realizadas, em corte longitudinal de curta duração.

Oliveira et al. (2006), ao estudarem a prevalência da amamentação no primeiro mês de vida do bebê, verificaram uma média de idade de 20,7 anos, maioritariamente casadas, com escolaridade inferior ao 3º ciclo do ensino básico. Fazendo uma comparação com os resultados encontrados no presente estudo, verificamos que a nossa amostra difere em termos de idade, pois obtivemos uma idade média de 30.78 anos. Todavia, no que se refere ao estado civil, os nossos resultados corroboram os encontrados pelos autores citados, uma vez que a grande parte das participantes

(88.6%) é casada ou vive em união de facto. Também verificámos que há um predomínio de mães com o ensino superior, o que não está em conformidade com os dados alcançados pelos mesmos autores, onde as participantes, na sua maioria, tinham uma escolaridade até ao 3º ciclo do ensino básico.

Ainda no que concerne ao perfil sociodemográfico da amostra do presente estudo, observámos que mais de metade das participantes (61.2%) encontra-se empregada em tempo completo, sendo significativos os percentuais de ambos os grupos etários constituídos (≤ 30 anos 53.0% vs ≥ 31 anos 68.1%), evidenciam-se os 32.0% das mulheres que se enquadram na categoria profissional especialistas das profissões intelectuais e científicas, onde o percentual mais elevado corresponde às participantes mais velhas (47.8%). Predominam também as participantes (51.0%) residentes na cidade.

Acresce salientarmos que os resultados obtidos comprovam que a prática de aleitamento materno, no período puerperal, acarreta aspetos críticos associados às dificuldades iniciais no estabelecimento da amamentação, designadamente problemas com a mama, ingurgitamento mamário, posicionamento e pega, ou problemas relacionados com a interação que podem exacerbar os primeiros (Pinto, 2008). Como tal, poderemos afirmar que a amamentação é determinada pela influência de vários fatores que abarcam os aspetos individuais, familiares, determinantes contextuais, sociodemográficos, bem como o papel que os profissionais de saúde têm no seu estabelecimento e manutenção (Venâncio & Monteiro, 2006).

Quando questionadas sobre o facto de poder ser esta a primeira vez que amamentam, verificámos que mais de metade das participantes (62.4%) admitiu que sim, particularmente as que possuem idade inferior ou igual aos 30 anos (75.2%). A grande maioria das puérperas (84.5%) admitiu ter amamentado o seu bebé na primeira hora de vida, quer as mais novas (84.3%), quer as mais velhas (84.6%), bem como observámos que 85.9% das participantes admitiram que o seu bebé foi exclusivamente amamentado com leite materno (≤ 30 anos 90.6% vs. ≥ 31 anos 81.9%). Estes resultados corroboram os apurados por Almeida et al. (2010), Gubert et al. (2012) e Oliveira et al. (2006), segundo os quais a grande maioria das mães estava a amamentar os seus filhos no final do primeiro mês em aleitamento materno exclusivo. Constataram, de igual modo, que as puérperas mais novas são as que estão a vivenciar, pela primeira vez, a experiência de amamentação, classificando-a como agradável, o que foi verificado no nosso estudo, na medida em que quase a

totalidade da amostra (96.8%) admitiu que esta está a ser uma experiência agradável, independentemente da faixa etária.

No que se refere a quem se deve a decisão de amamentar, quase todas as participantes do presente estudo (86.3%) responderam que foi por iniciativa própria, das quais 88.9% correspondem às puérperas mais novas e 84.1% às mais velhas. De igual forma, verificámos que quase a totalidade das puérperas (90.1%) admitiu que a altura da gravidez em que considerou pela primeira vez a possibilidade de amamentar ocorreu no primeiro trimestre, das quais 88.0% possuem idade inferior ou igual aos 30 anos e 91.9% situam-se no grupo etário com idade igual ou superior aos 31 anos. Sandes et al. (2005), num estudo que incidiu na saída da maternidade, verificaram que 91% das mães amamentavam o seu filho, das quais 77,7% em exclusividade e por iniciativa própria. Os nossos resultados também corroboram os encontros por Eulálio, Macedo, Gomes & Goes (2014), todavia, os autores reforçam a ideia de que a experiência de amamentação, para além de subjetiva, é marcante e complexa, envolvendo-se de ão isolada, mas parte integrante da vida da mulher e da família e assume-se simultaneamente como uma expressão cultural. Efetivamente, os resultados indicam que a maioria das mães tem a consciência de que o leite materno é o melhor alimento que a criança pode ter nos primeiros 6 meses de vida. Indicam também que estas mulheres estão a agir, em relação à amamentação, segundo o significado de benefício que esta experiência tem para o seu filho e para si.

Outros resultados relevantes referem-se às fontes de informação para a amamentação, dos quais inferimos que, na totalidade da amostra, sobressaíram os enfermeiros como fonte de informação (89.8%), sendo esta a opinião de 90.6% das puérperas mais novas, bem como de 89.1% das mais velhas. Seguem-se os médicos, como fonte de informação para a amamentação, de acordo com 61.6% das participantes, onde fazem parte 59.0% das que possuem idade igual ou inferior aos 30 anos e 63.8% das que se situam na faixa etária igual ou superior aos 31 anos. Os familiares também foram tidos por 33.7% das participantes como fonte de informação, sendo esta uma opinião partilhada por 42.7% das mulheres mais novas e por 26.1% das com mais idade. Estes resultados demonstram que são várias as fontes de informação que as mulheres podem ter acerca da amamentação e que funcionam como variáveis que interferem também na sua decisão de amamentar, com destaque para os profissionais de saúde, no caso concreto os enfermeiros. Alves (2011) e Sousa e Bernardes (2010) também verificaram que o enfermeiro e o médico são as

fontes de informação mais reiteradas na promoção do aleitamento materno exclusivo. Alves (2011) constatou que as mães, cujas fontes de informação sobre a amamentação são, sobretudo, os profissionais de saúde e os familiares/amigos, amamentam durante mais tempo em relação às que têm unicamente os profissionais de saúde como fonte de informação.

Procurámos saber quais as dificuldades associadas à amamentação em função das variáveis sociodemográficas, tendo-se apurado que, no grupo de mães com idade igual ou inferior aos 30 anos, as evidências apontaram para a existência de mulheres com dificuldades nos dois momentos de avaliação, com predomínio das que tinham dificuldades ao 7º dia após o nascimento (56.5%), todavia sem dificuldades ao 30º dia de vida do bebé, seguindo-se os 50.0% das participantes sem dificuldades ao 7º dia, mas com dificuldades ao 30º dia, sendo igualmente expressivo o percentual de 48.5% sem quaisquer dificuldades relacionadas com a amamentação nos dois momentos de avaliação. No que se refere às mulheres com idade igual ou superior aos 31 anos, a maior prevalência correspondeu às que possuíam dificuldades ao 7º e 30º dia de vida do bebé (59.6%), estando-lhes muito próximas os 51.5% das que não tinham dificuldades nos dois momentos de avaliação, bem como os 50.0% sem dificuldades ao 7º dia, mas com dificuldades ao 30º dia de vida do bebé.

Neste âmbito, referimos que observámos que o tipo de dificuldades que se fizeram sentir mais nos dois momentos de avaliação foram o ingurgitamento mamário nos dois momentos de avaliação (66.7%), mastite (63.6%), dificuldades na pega (82.4%) e dificuldades na posição e postura para amamentar (50.0%). Estas dificuldades estão em consonância com a literatura, na medida em que muitas mães experimentam algumas destas dificuldades durante a amamentação, especialmente no início do seu processo (Walker, 2008). Essas dificuldades podem ser facilmente superadas com aconselhamento, assistência e suporte dos profissionais de saúde e da própria família (Walker, 2008). Outra conformidade encontrada refere-se aos resultados de Marques et al. (2008), Carvalhaes e Correa (2003), Frota e Marcopito (2004) que também verificaram a existência de casos de puérperas com algum tipo de dificuldade durante a amamentação, desde o primeiro dia até ao 30º dia de amamentação. Ressalvando-se que, no estudo de Frota e Marcopito (2004), a ocorrência mais elevada de dificuldades durante esse período de amamentação ocorreu em puérperas adolescentes, sobretudo ao 7º dia de vida do seu bebé. Importa salientamos que Ferreira, Nelas e Duarte (2011) argumentam que as mães com idade

materna igual ou superior a 35 anos constituem um fator de proteção para ao aleitamento materno até ao 12^o mês.

Ainda no que se refere às principais dificuldades, referimos o estudo de Rocci e Fernandes (2014), onde ficou demonstrado que 30,2% das mães mencionaram dificuldade para amamentar na entrevista de alta. Das dificuldades apontadas, 70,5% das mulheres referiram a pega como maior obstáculo, sendo esta uma dificuldade também apontada por 82,4% das participantes no presente estudo.

Quase a totalidade da amostra de mulheres (91,1%) referiu que as dificuldades sentidas em relação à amamentação foram ultrapassadas, fazendo parte deste grupo 94,8% das participantes com idade igual ou inferior aos 30 anos e 87,5% das que se situam na faixa etária igual ou superior aos 31 anos. Verificámos também que 96,8% das mulheres admitiram ter tido o apoio dos enfermeiros para ultrapassarem as dificuldades sentidas. Assim, depreendemos que os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, envolvidos na assistência às puérperas devem estar atentos às necessidades e dificuldades apresentadas pelas mesmas, reforçando a importância da amamentação, ouvindo-as, oferecendo apoio e orientações pertinentes (Carvalho & Tavares, 2010; Barbosa, Santos & Silva 2013). De acordo com os autores citados, estes devem ajudá-las também a encontrar as respostas para as suas dúvidas, respeitando este período de constantes alterações e de grande sensibilidade, considerando sempre o conhecimento prévio apresentado, a sua cultura e os seus valores.

Constatámos igualmente que as puérperas com o ensino superior são as que possuem mais dificuldades nos dois momentos de avaliação, com uma probabilidade de 61,7%. Estes resultados não estão em conformidade com os de Ferreira, Nelas e Duarte (2011), porquanto verificaram, no seu estudo, que quanto mais alto for o grau de escolaridade da mãe maior a sua capacidade de compreensão e de apreensão da informação dada pelos profissionais de saúde acerca da amamentação.

Constámos igualmente que 54,4% das mães a residem na cidade são as que revelam menos dificuldades associadas à amamentação nos dois momentos de avaliação, enquanto 40,0% das puérperas residentes na vila/aldeia.

Face aos resultados apurados e em conformidade com alguns autores, vários são os fatores sociodemográficos que parecem condicionar o sucesso da amamentação, dos quais se destacam a idade materna superior a 34 anos e um nível de escolaridade superior (Aguiar & Silva, 2011; Alves, 2011). No presente estudo,

constatámos que as mulheres com mais escolaridade e casadas ou em união revelaram mais dificuldades nos dois momentos de avaliação, o que poderá sugerir que, independentemente das variáveis sociodemográficas, as mulheres no processo de amamentação poderão enfrentar dificuldades que, não sendo apoiadas por profissionais de saúde, podem resultar na descontinuidade do aleitamento materno. A educação para a gestão eficaz da amamentação, pelos profissionais de saúde nas primeiras semanas pós-parto, é uma estratégia potenciadora da taxa de amamentação (Alves, 2011). É que a insegurança materna é uma das maiores dificuldades para se iniciar com êxito a amamentação, fundada muitas vezes no desconhecimento das suas possibilidades de amamentar e em que a tendência natural é desistirem à menor dificuldade. Por conseguinte, os enfermeiros têm de motivar a mãe para continuar a amamentar, apoiando-as nas suas dificuldades e na sua perceção e satisfação em relação à amamentação durante os primeiros dias após o nascimento, considerando que um bom princípio na relação estabelecida durante a amamentação reforçará a mãe na sua decisão e que, analogamente, as dificuldades sentidas nesta altura, por norma, despoletam-lhe estados de ansiedade, podendo, inclusive, levar à falta de confiança da própria mãe e, posteriormente, fazer decrescer a sua motivação para continuar a amamentar (Alves, 2011).

Os resultados demonstraram que 80.8% das mulheres não possuíam dificuldades com a amamentação ao 7º dia de vida do seu bebé, continuando a não revelá-las no 30º dia, enquanto 19.3% não as tinham no 7º dia de vida do seu bebé, mas passaram a tê-las no 30º dia. Em relação às participantes que afirmaram ter dificuldades relacionadas com a amamentação no primeiro momento de avaliação, 19.2% deixaram de as possuir no segundo momento de avaliação, contrariamente a 80.7% que demonstraram continuar com dificuldades. Estas evidências demonstram a necessidade de os enfermeiros procederem ajudarem as mulheres nas dificuldades sentidas, capacitando-as para o facto de que a amamentação é uma tarefa complexa a ser vencida. Assim sendo, os enfermeiros devem fazer uma reflexão conjunta sobre as suas práticas e formação sobre aleitamento materno. O papel do profissional de saúde é de educação, encorajamento e apoio, sempre tendo em conta as sugestões da mãe, preocupações e fundo cultural (Gatty et al., 2008).

A amamentação poderá parecer natural, todavia é dificultada pela realidade sociocultural em que a mulher está inserida e, por vezes, não é fácil para as mesmas exporem os seus sentimentos e as suas dificuldades face à amamentação. Todavia, há soluções para minimizar as dificuldades sentidas pelas mulheres durante a

amamentação. Estas devem saber identificar o problema que está a ocorrer, seja ao 7º dia, seja ao 30º dia, e agir com rapidez nos primeiros sinais, porque se não ocorrer a reversão da situação, as dificuldades poderão agravar-se e a amamentação será prejudicada, colocando em risco a continuidade do aleitamento materno (Levy & Bértolo, 2012).

No que concerne à satisfação com a vida nos dois momentos de avaliação, são as participantes mais novas (≤ 30 anos) que apresentam valores médios mais elevados ($M=20.33 \pm 4.258$ dp ao 7º dia de vida do bebé; $M=20.54 \pm 4.071$ dp ao 30º dia de vida do bebé), sugerindo que são estas as mulheres a estarem mais satisfeitas com a vida, em comparação às mais velhas. Alguns estudos analisados, como é o caso do de Carrascoza Costa Júnio e Morais (2005) e Coutinho (2005) constataram, contrariamente ao presente estudo, que quanto maior é a idade menor as dificuldades relacionadas com a amamentação, inclusive, as mulheres com mais idade, de acordo com os autores, têm maior a probabilidade prolongar a amamentação, diminuindo o risco de abandono precoce do aleitamento materno.

De um modo geral, predominam as mulheres satisfeitas com a sua vida, com uma representatividade de 45.5%, seguindo-se as que se sentem pouco satisfeitas (29.4%). Constatámos que, no grupo de mulheres sem dificuldades ao 7º e 30º dia de vida do bebé, prevalecem as que estão satisfeitas com a sua vida (40.2%), sendo estas que referem estar satisfeitas com a vida que, em todos os momentos, a destacar-se, isto é, 38.5% sem dificuldades ao 7º dia, mas com dificuldades ao 30º dia; 52.2% com dificuldades ao 7º dia, mas sem as ter no 30º dia, e 50.5% com dificuldades em ambos os momentos de avaliação. Estes resultados podem ser justificados com o facto de as mulheres, ao serem mães, estarem a realizar um objetivo de vida, traduzindo-se em melhor satisfação com a vida. Neste âmbito e por escassez de estudos que abarquem a satisfação com a vida e a amamentação, faz-se referência ao estudo de Nelas, Ferreira e Duarte (2008) onde referem que a motivação global para amamentação é maior nas mulheres que se sentem motivadas para esta prática, inferindo-se que as mesmas se sintam mais satisfeitas com a vida.

Uma outra variável com interferência na satisfação com a vida foi a zona de residência, tendo sido as que vivem na cidade a revelarem-se mais satisfeitas com a vida, nos dois momentos de avaliação. Houve também influência da situação profissional e a satisfação com a vida, revelando que as mulheres desempregadas encontram-se mais satisfeitas com a vida ao 30º dia de vida do seu bebé, enquanto as

empregadas a tempo parcial e empregadas a tempo completo revelam-se mais satisfeitas com a vida ao 7º dia de vida do bebê. No estudo de Marques et al. (2008) foi aferido que a readaptação ao trabalho, por parte das mães, assume-se como um fator dificultador da amamentação e, por inerência, pode resultar em menor satisfação com a vida. Ferreira (2012), ainda que não tenha estudado a satisfação com a vida, verificou que as mulheres desempregadas apresentam maior motivação global e em todas as dimensões para a amamentação.

Tendo-se como ponto de referência que a satisfação com a vida reflete o bem-estar individual, isto é, o modo e os motivos que levam as pessoas a viverem as suas experiências de vida de uma forma positiva, como indicam Donalísio, Joial e Ruiz (2007), as participantes poderão ter uma percepção satisfatória da sua vida, sobretudo quando possuem uma rede de suporte social. Deste modo, podemos inferir as puérperas poderão demonstrar estar a experienciar um bem-estar subjetivo, decorrente de estados afetivos positivos, na medida que, no caso concreto da amamentação, tendo sido, na maioria, por iniciativa própria, estas estão a realizar uma atividades que lhes dá prazer.

Neste sentido, reforçamos a ideia de que é importante ter o apoio dos profissionais de saúde disponíveis para escutar e ajudar a solucionar as dúvidas e os problemas que possam surgir, resultando, por inerência, em mais satisfação com a vida. Os profissionais de saúde para além de esclarecerem as dúvidas relativamente ao aleitamento materno, devem igualmente dar-lhes informação não só das suas vantagens, quer para a mãe, quer para o bebê, mas também sobre as possíveis dificuldades que possam surgir e que podem abalar a motivação inicial (Levy & Bértolo, 2012).

Apurámos que as mulheres com idade igual ou inferior aos 30 anos, nos dois momentos de avaliação, são as que revelam melhor funcionalidade familiar nos dois momentos de avaliação, comparativamente às que são mais velhas. São as mulheres, na primeira avaliação, que residem na vila a revelar mais funcionalidade familiar, seguindo-se as residentes na cidade. Em relação à avaliação ao 30º dia de vida do bebê, as participantes residentes na cidade demonstram mais funcionalidade familiar, em relação às restantes. Na comparação da funcionalidade familiar entre a primeira avaliação (7º dia de vida do bebê) e a segunda (30º dia de vida do bebê) é no 7º dia de vida do bebê que as puérperas revelam uma maior funcionalidade familiar. A este propósito referimos que a funcionalidade familiar induz a uma melhoria na dimensão funcionamento físico e psicológico da mulher. A funcionalidade familiar, para além da

influência dos fatores sobre algumas dimensões estudadas, o fator informal e o apoio total influenciam, inclusive, a satisfação com a vida da mulher durante a amamentação, uma vez que a mesma tem apoio familiar. Este suporte social e a satisfação das necessidades sociais, como a afiliação, o afeto, a pertença, a identidade, a segurança e a aprovação, assumem-se também como fatores que influenciam o bem-estar psicológico das mulheres e como fatores protetores da amamentação (Wolffberg et al., 2004). De acordo com algumas investigações, é importante um ambiente familiar favorável, sendo este um fator de relevância para o sucesso e para a longa duração do aleitamento materno (Lamy & Costa, 2010). Importa, decorrente dos resultados apresentados, salientarmos que Ferreira (2012), no seu estudo, constatou que as mulheres que residem na aldeia apresentam melhor satisfação com a família, enquanto as mulheres que habitam na cidade possuem melhor satisfação com as atividades sociais e com o suporte social.

Em suma, verificámos que, na globalidade, as puérperas que revelam maior funcionalidade familiar são as que se sentem mais satisfeitas com a vida, o que demonstra que o apoio familiar é uma ferramenta importante de interferência na amamentação. Como tal, cabe ao enfermeiro utilizá-la em prol do aleitamento materno. Podemos inferir que as mulheres com mais funcionalidade familiar poderão estar mais motivadas cognitivamente e psicossocialmente, o que poderá resultar em mais satisfação com a vida e melhor capacidade para poderem enfrentar as dificuldades associadas à amamentação. Na perspetiva de Leandro, Machado e Gomes, (2007), a família é o espaço natural onde decorre a transmissão dos valores éticos, culturais, sociais e cívicos e é o principal suporte afetivo pedagógico e social dos indivíduos. Também, para Marques et al. (2010) no que se refere à alimentação da criança, a família atua na transmissão de conhecimentos acerca da melhor forma de alimentar o bebé, tendo em consideração a história e experiência de vida. Uma das significativas maneiras pelos quais a família interfere na alimentação do bebé é apoiando ou não a mãe na decisão de amamentar.

4. Conclusão

O objetivo geral deste trabalho foi estudar as dificuldades sentidas na amamentação, verificando se as mesmas estão dependentes do contexto de amamentação, tendo-se, para isso, procurado estudar se essas dificuldades estão relacionadas com a satisfação com a vida e em que medida o apoio familiar pode interferir nas dificuldades sentidas na amamentação. Mesmo que não possamos afirmar que os resultados deste estudo possam ser generalizados à população em geral de puérperas em situação de amamentação, pela dimensão da amostra, julgamos ter alcançado informações válidas para a compreensão do fenómeno em análise.

A revisão bibliográfica efetuada na primeira parte deste trabalho, apesar de algumas limitações encontradas, sobretudo no que se refere a estudos sobre as dificuldades relacionadas com a amamentação em estudos de coorte longitudinal, à semelhança do que aqui se apresentou, bem como no que se refere à associação da satisfação com a vida e a amamentação, permitiu clarificar alguns conceitos chave para a compreensão da temática estudada.

Foram inquiridas 255 mulheres, que recorreram às consultas de vigilância de saúde infantil e consultas de enfermagem, com uma média de idade de 20,7 anos, maioritariamente casadas, com escolaridade inferior ao 3º ciclo do ensino básico, empregadas em tempo completo e residentes na cidade. Mais de metade das participantes admitiu que era a primeira vez que estava a amamentar, tendo amamentado o seu bebé na primeira hora de vida, exclusivamente com leite materno. Concluímos quase a totalidade da amostra admitiu que esta está a ser uma experiência agradável, independentemente da faixa etária. Quase todas as participantes admitiram que a decisão de amamentar foi por iniciativa própria, tendo sido o primeiro trimestre a altura da gravidez em que consideraram pela primeira vez esta possibilidade. No que se refere às fontes de informação para a amamentação, na maioria da amostra, sobressaíram os enfermeiros e os médicos.

Em relação às dificuldades associadas à amamentação, registámos dificuldades nos dois momentos de avaliação, 7º e 30º dias após o nascimento do bebé, denotando-se que houve mães que não tinham dificuldades ao 7º dia, mas passaram a tê-las ao 30º dia, bem como apurámos que há mães com dificuldades no

7º dia e deixaram de as possuir no 30º dia. Todavia, também verificamos que há mulheres que continuaram a ter dificuldades.

O tipo de dificuldades que se fizeram sentir mais nos dois momentos de avaliação foram o ingurgitamento mamário nos dois momentos de avaliação, a mastite, as dificuldades na pega, as dificuldades na posição e postura para amamentar. Outra conclusão a que chegámos foi a de que as dificuldades sentidas em relação à amamentação foram ultrapassadas, destacando-se o apoio dos enfermeiros para as ultrapassarem. As puérperas com o ensino superior e as que residem na cidade são as que possuem mais dificuldades nos dois momentos de avaliação.

No que concerne à satisfação com a vida nos dois momentos de avaliação, foram as participantes mais novas se revelaram mais satisfeitas com a vida, em comparação às mais velhas. *Grosso modo*, predominaram as mulheres satisfeitas com a sua vida, seguindo-se as que se sentem pouco satisfeitas.

Constatámos que, no grupo de mulheres sem dificuldades ao 7º e 30º dia de vida do bebé, prevalecem as que estão satisfeitas com a sua vida, em ambos os momentos de avaliação, destacando-se as que se revelaram sem dificuldades ao 7º dia, mas com dificuldades ao 30º dia; com dificuldades ao 7º dia, mas sem as ter no 30º dia, e com dificuldades em ambos os momentos de avaliação.

Concluimos, de igual modo, que as participantes que vivem na cidade estão mais satisfeitas com a vida, nos dois momentos de avaliação. Houve similarmente influência da situação profissional e a satisfação com a vida, revelando que as mulheres desempregadas encontram-se mais satisfeitas com a vida ao 30º dia de vida do seu bebé, enquanto as empregadas a tempo parcial e empregadas a tempo completo revelam-se mais satisfeitas com a vida ao 7º dia de vida do bebé. Na globalidade, as puérperas que revelam maior funcionalidade familiar são as que se sentem mais satisfeitas com a vida.

Face aos resultados obtidos, sugerimos um maior apoio por parte dos enfermeiros, dentro do serviço de obstetrícia, onde as mães com dificuldades na amamentação, após a alta hospitalar, possam recorrer sempre que entendam necessário, durante o dia, até que deixem de sentir essas dificuldades. É que a continuidade do acompanhamento assume-se como indispensável para se diminuir o abandono da amamentação precoces.

Por fim referimos que se atingiram os objetivos propostos, elevando e consolidando os conhecimentos e as competências na área de Saúde Materna,

Obstetrícia e Ginecologia. Foi uma oportunidade fundamental para fortalecer todos os saberes adquiridos, conjugando a teoria e a prática, para além de ser uma experiência enriquecedora e que despertou maior motivação para respondermos diariamente ao desafio que é agir com a mãe/bebé em contexto de amamentação. Fica, assim, a gratificação pessoal e profissional resultante da realização deste trabalho.

Referências Bibliográficas

- Alati R, Van Dooren K, Najman JM, Williams GM, Clavarino A. desmame precoce de álcool e distúrbios nos filhos: efeito biológico, fatores mediadores ou confusão residual? *Toxicodependência*.2009; 104; 1324-1332
- Beck CT. Predictors of postpartum depression - An update. *Nursing Research* 2001;50(5):275–85.
- Bauer J, J. Gerss análise longitudinal dos macronutrientes e minerais presentes no leite humano produzido por mães de prematuros. *Nutrição clínica (Edimburgo, Escócia)* 2011; 30 (2):. 215-220
- Arifeen S, Black RE, Antelman G, Baqui A, Caulfield L, Becker S: Exclusive breastfeeding reduces acute respiratory infection and diarrhea deaths among infants in Dhaka slums. *Pediatrics* 2001, 108:E67.
- Baxter J, Cooklin AR, Smith J. Which mothers wean their babies prematurely from full breastfeeding? An Australian cohort study. *Acta Paediatr* 2009;98(8):1274–7.
- Black R. et al. (2008). Maternal and child under nutrition: global and regional exposures and health consequences. (Maternal and Child Undernutrition Series 1). The Lancet.
- Black RE, Cousens S, Johnson HL, Lawn JE, Rudan I, Bassani DG, Jha P, Campbell H, Walker CF, Cibulskis R, et al: Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. *Lancet* 2010.
- Baxter J, Cooklin AR, Smith J. Which mothers wean their babies prematurely from full breastfeeding? An Australian cohort study. *Acta Paediatr* 2009;98(8):1274–7.
- Cattaneo A, YNGVE A, KOLETZKO B, GUZMAN LR: Protection, Promotion and Support of Breast-Feeding in Europe: current situation. *Public Health Nutr* 2005;8(1):39-46.
- Sandes ar, Nascimento C, Figueira J et al: Aleitamento Materno – Prevalência e Factores Condicionantes. *Acta Med Port* 2007;20:193-200
- Castellote C, Casillas R, Ramirez-Santana C, PEREZ-CANO FJ, CASTELL M, MORETONES MG, LOPEZ-SABATER MC, FRANCH A. (2011). Parto prematuro influencia a composição imunológica do colostro e leite humano de transição e maduro. *O Journal of nutrição*. 2011; 141 (6). 1181-1187

- Centers for Disease Control and Prevention. Racial and ethnic differences in breastfeeding initiation and duration, by state—National Immunization Survey, United States, 2004–2008. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2010;59:327–334.
- Duncan B, Ey J, Holberg CJ, Wright AL, Martinez F, Taussig LM. (1993). Exclusive breastfeeding for at least 4 months protects against otitis media. *Pediatrics* 1993; 91:867–72
- Cregan MD, De Mello TR, Kershaw D, K McDougall, Hartmann PE. (2002). O início da lactação em mulheres após o parto prematuro. *Acta Obstetricia et gynecologica Scandinavica*. 2002; 81 (9):. 870-877
- Clark SGJ, Bungum TJ. (2003). Os benefícios do aleitamento materno: uma introdução para os educadores de saúde. *Californiano Jornal de Promoção da Saúde* 2003; **3 (1)**: 158-163
- Cohen LS, Wang B, Nonacs R, Viguera AC, Lemon EL, Freeman MP. Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum. *Psychiatr Clin North Am* 2010;33(2):273–93.
- Canfield LM, Kaminsky RG, Taren DL, Shaw E, Sander JK. Red palm oil in the maternal diet increases provitamin A carotenoids in breastmilk and serum of the mother-infant dyad. *Eur J Nutr* 2001;40(1):30–8.
- Di Scalea TL, Wisner KL. Pharmacotherapy of postpartum depression. *Expert Opin Pharmacother* 2009;10(16):2593–607.
- Duffy LC, Faden H, Wasielewski R, Wolf J, Krystofik D. (1997). A amamentação exclusiva protege contra a colonização e creche exposição bacteriana a otite média. *Pediatrics* 1997; **100 (4)**: e7.
- Earle S. (2000). Why some women do not breastfeed: bottle feeding and the father's role. *Midwife*. 2000; 16: 323-330.
- Feldman R. sincronia pais-bebê: fundamentos biológicos e os resultados do desenvolvimento. *Current Directions in Psychological Science*. 2007a; 16 : 340-345.
- Feldman R. (2007). Mãe-bebê e o desenvolvimento da orientação moral na infância e adolescência: mecanismos diretos e indiretos de continuidade do desenvolvimento. *American Journal of Ortopsiquiatria*. 2007b; 77; 582-597.

- Feldman R. (2010). A base relacional de ajustamento adolescente: Trajetórias de comportamentos interativos mãe-filho desde a infância até a adolescência adaptação dos adolescentes de forma. *Apego & Desenvolvimento Humano*. 2010; 12 :. 173-192
- Gartner LM, J Morton, Lawrence RA, et al. (2005). A amamentação eo uso do leite humano. *Pediatrics* 2005; 115: 496-506
- Giugliani ER, Bronner Y, Caiaffa WT, Vogelhut J, Witter FR, Perman JA. (1994). Are fathers prepared to encourage their partners to breastfeed? A study about fathers' knowledge of breastfeeding. *Acta Paediatr*. 1994; 83: 1127-31
- Gatti L. Maternal perceptions of insufficient milk supply in breastfeeding. *J Nurs Scholarsh* 2008;40(4):355–63.
- Groer MW. (2005). Diferenças entre Breastfeeders exclusivos, fórmula-alimentadores e controles: um estudo de estresse, humor e variáveis endócrinas. *Biological Research for Nursing*. 2005; 7 : 106-117.
- Gao X, McMahon RJ, Woo JG, Davidson BS, Morrow AL, mudanças Zhang Q. temporais na proteomas leite revelam o desenvolvimento de funções de leite. *J Proteome Res*. 2012; 11 (7):. 3897-3907
- Gartner LM, J Morton, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, et al. (2005). A amamentação e o uso do leite humano. *Pediatrics* 2005; 115: 496-506.
- Grummer-Strawn LM, Shealy K. Progress in protecting, promoting, and supporting breastfeeding: 1984–2009. *Breastfeeding Med* 2009;4:S31–S39.
- Henderson JJ, Evans SF, Straton JA, Priest SR, Hagan R. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth* 2003;30(3):175–80.
- Henderson JJ, Hartmann PE, Newnham JP, Simmer K. Efeito de parto prematuro e tratamento com corticosteroide pré-natal na lactogênese II em mulheres. *Pediatrics*. 2008; 121 (1), e92-100
- Homsy J, Moore D, Barasa A, Were W, Likicho C, Waiswa B, Downing R, Malamba S, Tappero J, Mermin J: Breastfeeding, mother-to-child HIV transmission, and mortality among infants born to HIV-Infected women on highly active antiretroviral therapy in rural Uganda. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2010, 53:28-35.

- Isabella RA, Belsky J. Interacional sincronia e as origens do apego mãe-bebê: Um estudo de replicação. *Desenvolvimento Infantil*. 1991; 62 :. 373-384
- Kent J, et al. (2006). Volume e a frequência do aleitamento materno e teor de gordura do leite materno durante o dia. *Pediatrics*. 2006; 117 (3). 387-392
- Kramer MS, Kakuma R. (2002). The Optimal duration of exclusive breastfeeding: A systematic review. *Cochrane Database Syst Rev* 2002, CD003517
- Kramer MS, Aboud F, Mironova E, Vanilovich I, Platt RW, Matush L, et al. (2008). Amamentação e desenvolvimento cognitivo da criança: novas evidências a partir de um grande ensaio clínico randomizado. *Arquivos de Psiquiatria Geral*. 2008; 65 :. 578-584
- Kessler LA, Gielen AC, Diener-West M, Paige DM. The effect of a woman's significant other on her breastfeeding decision. *J Hum Lact*. 1995; 11: 103-109. Littman H, Medehdorp SV, Goldfarb J. The decision to breastfeed. The importance of father's approval. *Clin Pediatr*. 1994; 33: 214-219.
- Laanteras B, Polkki T, Ekstrom A, Pietila AM. Breastfeeding attitudes of Finnish parents during pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010 Dec 2;10:79.
- Lamy, L. & Costa, A. (2010). *Aleitamento Materno: papel do pai*. Acedido em: http://www.chbargarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B85D81E0-0C79-426E-9930-6CED2DFD0F7E/22429/Aleitamento_Materno_Papel_do_Pai_final.pdf.
- Littman H, Medehdorp SV, Goldfarb J. The decision to breastfeed. The importance of father's approval. *Clin Pediatr*. 1994; 33: 214-219.
- Lawrence RA, Lawrence RM. (2005). *Amamentação: um guia para a profissão médica*. 6ª Edição. London: Mosby; 2005.
- Liao Y, R Alvarado, Phinney B, Lonnerdal B. Proteomic (2011). Caracterização de proteínas do soro de leites humanos durante um período de lactação de doze meses. *J Proteome Res*. 2011; 10 (4). 1746-1754
- Morrow AL, Ruiz-Palacios GM, Jiang X, Newburg DS (2005). **Glicanos de leite humano que inibem a ligação de proteger os lactentes contra a diarreia infecciosa patógeno**. *J Nutr* 2005, **135**: . 1304-1307
- Molbak K, Gottschau A, Aaby P, Hojlyng N, Ingholt L, da Silva AP: Prolonged breast feeding, diarrhoeal disease, and survival of children in Guinea-Bissau. *BMJ* 1994, 308:1403-1406.

- Morland-Schultz K, Hill PD. Prevention of and therapies for nipple pain: a systematic review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005;34(4):428–37.
- Moore ER, Anderson GC, Bergman N. (2007). O contato precoce pele a pele para as mães e seus recém-nascidos saudáveis. *Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas*.
- National Health and Medical Research Council & Ministry of Health. Nutrient Reference Values for Australia and New Zealand. Ageing DoHa, editor. Canberra: Commonwealth of Australia, 2006. References National Health and Medical Research Council references National Health and Medical Research Council 144
- Nommsen-Rivers LA, Dolan LM, Huang B. (2012). O tempo de estágio II lactogênese é previsto pela saúde metabólica pré-natal em uma coorte de primíparas. *Amamente Med*. 2012; 7 (1):. 43-49
- Numan M, Insel TR. (2003). *A neurobiologia do comportamento dos pais*. New York: Springer; 2003.
- Numan M, Stolzenberg DS. (2009). Interações medial pré-ótica da área com sistemas de dopamina neurais no controle do aparecimento e manutenção do comportamento maternal em ratos. *Fronteiras em Neuroendocrinologia*. 2009; 30 : 46-64.
- Picciano MF. Nutrient composition of human milk. *Pediatr Clin North Am* 2001;48(1):53–67.
- Qiu L, Binns C, Zhao Y, Lee A, Xie X. (2008). Breastfeeding following caesarean section in Zhejiang Province: public health implications. *Asia Pac J Public Health* 2008;20:220–27.
- Rowe-Murray HJ, Fisher JR. (2002). Baby friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth* 2002;29(2):124–31.
- OMS / UNICEF . Innocenti Declaração de Nova Iorque: UNICEF; 1990.<http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm> .
- Kramer MS, Kakuma R. A duração óptima do Aleitamento Materno Exclusivo, uma revisão sistemática. Genebra: OMS; 2002. [http://www.who.int/nutrition/topics/optimal_duration_of_exc_bfeeding_review_eng.pdf]

- Pang WW, Hartmann PE. . Início da lactação humana: secretora diferenciação e ativação secretora *Jornal da biologia glândula mamaria e neoplasia*. 2007; 12 (4):. 211-221
- Riordan J. Amamentação e aleitamento humano. Boston, EUA: Jones e Bartlett; 2004. A especificidade biológica do leite materno
- Ramsay DT, et al. A ultra-sonografia de ejeção do leite na mama de mulheres que amamentam. *Pediatrics*. 2004;113 :. 361-367
- Rempel LA, Rempel J. The breastfeeding team: the role of involved fathers in the breastfeeding family. *J Hum Lactation*. 2010, Dec 20.
- Rasmussen KM, Kjolhede CL. Prepregnant overweight and obesity diminish the prolactin response to suckling in the first week postpartum. *Pediatrics* 2004;113(5):e465–71
- Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry* 2004;26(4):289–95
- Spanó Nakano AM, Guerreiro dos Reis MC, Bistafa Pereira MJ, Gomes FA. Women's social space and the reference for breastfeeding practice. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007;15(2):230–8.
- Swanson V, Power KG. Initiation and continuation of breastfeeding: theory of planned behavior. *J Adv Nurs*. 2005;50:272-282.43
- Stuebe AM, Rich-Edwards JW, Willett WC, et al. Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes. *JAMA* 2005;294(20):2601-10.
- Taylor JS, Kacmar JE, Nothnagle M, et al. A systematic review of the literature associating breastfeeding with type 2 diabetes and gestational diabetes. *J Am Coll Nutr* 2005;24(5):320-6.
- Tohotoa J, Maycock B, Hauck YL, Howat P, Burns S, Binns CW. Dads make a difference: an exploratory study of paternal support for breastfeeding in Perth, Western Australia. *International Breastfeeding Journal*. 2009;4:15
- Strathearn L, Mamun AA, Najman JM, O'Callaghan MJ. A amamentação protege contra o abuso infantil e negligência fundamentadas? Um estudo de 15 anos da coorte. *Pediatrics*. 2009; 123 :. 483-493

- Uusi-Rasi K, Sievanen H, Pasanen M, et al. Association of physical activity and calcium intake with the maintenance of bone mass in premenopausal women. *Osteoporos Int* 2002;13(3):211-7.
- Völlm BA, Taylor AN, Richardson P, R Corcoran, J Stirling, McKie S, et al. Correlatos neuronais da teoria da mente e empatia: um estudo de ressonância magnética funcional em uma tarefa não-verbal. *Neuroimage*. 2005; 29 : 90-98.
- Walker M. Conquering common breast-feeding problems. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 2008;22(4):267–74.
- Wolfberg AJ, Michels KB, Shields W, O'Campo P, Bronner Y, Bienstock J. Dads as breastfeeding advocates: results from a randomized controlled trial of an educational intervention. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2004;191:708-712

Anexos

