



superior de
enfermagem
de coimbra

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

A perceção materna da autoeficácia na amamentação: Possíveis influências da satisfação conjugal

Gisela Diana Rodrigues Marques

Coimbra, Dezembro de 2018



escola superior de
enfermagem
de coimbra

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

A perceção materna da autoeficácia na amamentação: Possíveis influências da satisfação conjugal

Gisela Diana Rodrigues Marques

Orientadora: Professora Doutora Rosa Maria dos Santos Moreira, Professora Adjunta,
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para a obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Coimbra, Dezembro de 2018

PENSAMENTO

“Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”.

1º Artigo da Declaração Universal dos Direitos Humanos

DEDICATÓRIA

A todos os profissionais de enfermagem,
que o seu dia-a-dia seja cada vez mais gratificante e que
o conhecimento científico e os saberes empíricos integrem a investigação contínua
para produzirmos cada vez mais e melhores cuidados de excelência.

AGRADECIMENTOS

Ao Eduardo, ao seu pai e avós,
que com paciência e muito carinho, sempre me apoiaram...

A todos os profissionais de saúde com quem cruzei,
pois foi através do seu conhecimento, experiência e dedicação que
descobri novas portas e alcancei maiores voos...

A todos um muito obrigado!!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AMO	Amor
AUT	Autonomia
BSES	Breastfeeding Self-Efficacy Scale
C	Continuidade
CC	Comunicação e Conflitos
CFP	Características Físicas e Psicológicas
EASAVIC	Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal
ESMO	Especialista em Saúde Materna e Obstétrica
EWEC	Every Women Every Child
FC	Funcionalidade Conjugal
FF	Funções Familiares
IE	Intimidade Emocional
nº	Número
OAM	Observatório do Aleitamento Materno
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
p.	Página
QI	Quociente de Inteligência
RAM	Registo do Aleitamento Materno
REF	Relações Extrafamiliares
SES	Sentimentos e Expressão de Sentimentos
SEX	Sexualidade
SF	Short-Form
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TL	Tempos Livres
UICISA-E	Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem
UNICEF	United Nations for Children Fund's
WHO	World Health Organization

RESUMO

Esta monografia incide sobre o estudo da autoeficácia materna na amamentação e satisfação conjugal. Por forma a descrever a autoeficácia/confiança materna na amamentação e, a satisfação conjugal durante a amamentação, e analisar a relação entre as duas variáveis referidas, foi desenvolvido um estudo quantitativo, descritivo e correlacional. Neste sentido, recorreu-se a um questionário *online*, que abordava a autoeficácia na amamentação, medida através da Escala da Autoeficácia na Amamentação (BSES-SF), e a Satisfação Conjugal, medida através da Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC). Para caracterizar a amostra das 198 mães incluídas no estudo, colheram-se dados sociodemográficos. Verificou-se que amamentavam em média há 3,27 meses, tinham idade média de 32,47 anos, maioritariamente possuíam nível superior de escolaridade, estavam casadas ou em união de facto, coabitando com o companheiro há mais de 5 anos, sendo o/a filho/a atual o/a primeiro/a, em situação de emprego tal como o companheiro, com habitação própria e rendimentos superiores a 1500€. Os resultados demonstraram que a maioria das mães apresenta alta eficácia/confiança na amamentação, mais no domínio técnico (97,0%) que no domínio interpessoal (86,4%), apesar de se revelarem “confiantes” ou “muito confiantes” em ambos. Também se identificou uma elevada satisfação conjugal em todas as dimensões estudadas: na área “Funcionamento Conjugal”, as mães referiram maior satisfação na dimensão “Relações Extrafamiliares” (91,9%) e a menor satisfação na dimensão “Tempos Livres” (66,7%); na área “Amor”, as mães revelaram maior satisfação na dimensão “Características Físicas e Psicológicas” (91,4%) e menor satisfação na dimensão “Sexualidade” (82,3%). O estudo evidenciou uma correlação positiva, podendo assim afirmar-se que o aumento da autoeficácia na amamentação está diretamente relacionado com o aumento da satisfação conjugal. Os resultados sensibilizam para a necessidade de reflexão sobre as práticas em enfermagem e a relevância de adequar intervenções junto das mães/casais que vivem processos de transição para a parentalidade.

Palavras-chave: Conjugalidade, Satisfação Conjugal, Parentalidade, Amamentação, Autoeficácia.

ABSTRACT

This monograph focuses on the study of maternal self-efficacy in breastfeeding and marital satisfaction. In order to describe maternal self-efficacy/confidence in breastfeeding and marital satisfaction during breastfeeding, and to analyze the relationship between the variables, a quantitative, descriptive and correlational study has been developed. In this sense, an online questionnaire was used, approaching self-efficacy in breastfeeding, measured through the Self-Efficacy Scale in Breastfeeding (BSES-SF), and Conjugal Satisfaction, measured through the Satisfaction in Areas of Conjugal Life (EASAVIC). To characterize the sample of the 198 mothers included in the study, sociodemographic data were collected. It was verified that those mothers breastfed for an average of 3.27 months, had a mean age of 32.47 years, mostly had a higher education level, were married or living together, cohabiting with the partner for more than 5 years, being the current child the first, in employment situation as well as the companion, with own housing and income over 1500 €. The results showed that the majority of mothers have high efficacy/confidence in breastfeeding, more in the technical domain (97.0%) than in the interpersonal domain (86.4%), although feeling “confident” or “very confident” in both cases. A high marital satisfaction was also identified in all dimensions studied: in the “Conjugal Functioning” area, the mothers reported greater satisfaction in the “Extra-Family Relations” dimension (91.9%) and the lower satisfaction in the “Free Time” dimension (66.7%); in the area “Love”, the mothers reported greater satisfaction in “Physical and Psychological Characteristics” (91.4%) and less satisfaction in the “Sexuality” dimension (82.3%). The study manifested a positive correlation, and it can be affirmed that the growth of self-efficacy in breastfeeding is directly related to the increase of marital satisfaction. The results sensitize to the need for reflection on nursing practices and the relevance to adapt interventions for mothers/couples living transitions to parenthood.

Keywords: Conjuality; Conjugal Satisfaction; Parenting; Breastfeeding; Self Efficacy

ÍNDICE DE QUADROS

		p.
Quadro 1	Scores das variáveis <i>BSFS-SF</i> e <i>EASAVIC</i>	93
Quadro 2	Correlações entre <i>BSFS-SF</i> e <i>EASAVIC</i>	93

ÍNDICE DE TABELAS

	p.
Tabela 1 Distribuição das participantes em função do tempo de amamentação	63
Tabela 2 Distribuição das participantes em função do grupo etário	64
Tabela 3 Distribuição das participantes em função da escolaridade	64
Tabela 4 Distribuição das participantes em função do estado civil	64
Tabela 5 Distribuição das participantes em função do tempo de coabitação	65
Tabela 6 Distribuição das participantes em função do nº de filhos	65
Tabela 7 Distribuição das participantes em função da situação profissional	65
Tabela 8 Distribuição das participantes em função da situação profissional do companheiro	66
Tabela 9 Distribuição das participantes em função da habitação	66
Tabela 10 Distribuição das participantes em função da renda familiar mensal	66
Tabela 11 Distribuição das participantes em função do maior contributo nas despesas familiares	67
Tabela 12 Grau de confiança sobre conseguir perceber se o seu bebé está a receber leite suficiente	77
Tabela 13 Grau de confiança sobre conseguir lidar com sucesso com a amamentação, tal como com outras tarefas desafiantes	78
Tabela 14 Grau de confiança sobre conseguir amamentar o seu bebé sem ser necessário dar-lhe complemento	78
Tabela 15 Grau de confiança sobre conseguir garantir se o seu bebé faz uma boa pega durante toda a mamada	79
Tabela 16 Grau de confiança sobre conseguir gerir de forma satisfatória a amamentação	79
Tabela 17 Grau de confiança sobre conseguir gerir a amamentação mesmo que o seu bebé esteja a chorar	80

Tabela 18	Grau de confiança sobre poder continuar a desejar amamentar ..	80
Tabela 19	Grau de confiança sobre conseguir sentir-se à vontade a amamentar o seu bebé quando estão presentes outros membros da família	81
Tabela 20	Grau de confiança sobre conseguir sentir-se satisfeita com a sua experiência de amamentar	81
Tabela 21	Grau de confiança sobre conseguir lidar bem com o facto de a amamentação poder consumir tempo	82
Tabela 22	Grau de confiança sobre conseguir amamentar o seu bebé esvaziando uma mama antes de passar para a outra mama	82
Tabela 23	Grau de confiança sobre conseguir continuar a amamentar o seu bebé em todas as mamadas	83
Tabela 24	Grau de confiança sobre conseguir amamentar o seu bebé quando ele pede	83
Tabela 25	Grau de confiança sobre conseguir identificar quando é que o seu bebé acabou de mamar	84
Tabela 26	Grau de confiança geral da BSES-SF	84
Tabela 27	Grau de confiança no domínio técnico da BSES-SF	85
Tabela 28	Grau de confiança no domínio interpessoal da BSES-SF	85
Tabela 29	Satisfação das mães relativamente à dimensão Funções Familiares (FC)	87
Tabela 30	Satisfação das mães relativamente à dimensão Tempos Livres (FC)	87
Tabela 31	Satisfação das mães relativamente à dimensão Autonomia e Privacidade (FC)	88
Tabela 32	Satisfação das mães relativamente à dimensão das Relações Extrafamiliares (FC)	88
Tabela 33	Satisfação das mães relativamente à dimensão Comunicação e Conflitos (FC)	89
Tabela 34	Satisfação das mães relativamente à dimensão Sentimentos e Expressão de Sentimento (AMO)	89
Tabela 35	Satisfação das mães relativamente à dimensão Sexualidade (AMO)	89
Tabela 36	Satisfação das mães relativamente à dimensão Intimidade Emocional (AMO)	90

Tabela 37	Satisfação das mães relativamente à dimensão Continuidade da Relação (AMO)	90
Tabela 38	Satisfação das mães relativamente à dimensão Características Físicas e Psicológicas (AMO)	91

ÍNDICE

	p.
INTRODUÇÃO	23
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	29
1- AMAMENTAÇÃO E AUTOEFICÁCIA MATERNA	31
2- CONJUGALIDADE E PARENTALIDADE	41
3- SATISFAÇÃO CONJUGAL	47
PARTE II – OPÇÕES METODOLÓGICAS	55
1- OPÇÃO METODOLÓGICA	57
2- OBJETIVOS E VARIÁVEIS EM ESTUDO	59
3- POPULAÇÃO E AMOSTRA	63
4- MÉTODO DE COLHEITA DE DADOS	69
5- PROCEDIMENTOS ÉTICOS	71
6- ANÁLISE DOS DADOS	73
PARTE III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	75
1- PERCEÇÃO MATERNA EM RELAÇÃO À AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO	77
2- SATISFAÇÃO CONJUGAL DAS MÃES DURANTE A AMAMENTAÇÃO	87
3- RELAÇÃO ENTRE SATISFAÇÃO CONJUGAL E AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO	93
PARTE IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	95
1- SOBRE OS RESULTADOS DO ESTUDO	97
CONCLUSÕES	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103

ANEXOS

ANEXO I – Autorizações para a utilização das Escalas *BSFS-SF* e *EASAVIC*

ANEXO II – Parecer da Comissão de Ética da UICISA-E

APÊNDICES

APÊNDICE I – Instrumento de Recolha de Dados

APÊNDICE II – Consentimento Informado

INTRODUÇÃO

O valor do aleitamento materno é indiscutível na atualidade, sendo considerado um alimento nutritivo, vivo e protetor que o transforma na refeição completa e ideal do lactente. Além dos benefícios nutricionais, os imunológicos são fundamentais para a prevenção da morte súbita ou de doenças infecciosas nos primeiros dois anos de vida. Outros benefícios do leite materno podem prolongar-se até à vida adulta prevenindo o excesso de peso, o aparecimento de diabetes tipo II ou da leucemia.

Desde as décadas de 70/80 que em todo o mundo começaram a surgir iniciativas e estratégias para resgatar a prática da amamentação. Nesta época surgiram recomendações da *United Nations for Children Fund's* (UNICEF) e da Organização Mundial de Saúde (OMS), defendendo que a amamentação deve ter início logo após o nascimento, ainda durante a primeira hora de vida, devendo ser exclusiva nos primeiros seis meses do lactente e ser complementada durante os dois primeiros anos da criança (World Health Organization - WHO, 2003; WHO, 2017).

Em Portugal, a informação acerca da amamentação encontra-se a partir de quatro Inquéritos Nacionais de Saúde que datam de 1995/96, 1998/99, 2005/06 e 2014. Nestes verifica-se que decorreu um aumento significativo, quanto ao número de mulheres que amamentaram até aos seis meses, de 20,6% em 1995/96 para 36,6% em 2005/06. Contudo, no Continente, o mesmo não se verificou nos inquéritos de 2014 (Loureiro, Kislaya, Braz & Dias, 2017).

O Observatório do Aleitamento Materno (OAM) detém o Registo do Aleitamento Materno (RAM), cujos relatórios comparam o período de 2010 a 2013. Foi verificado que, a taxa de incidência das mães que iniciam a amamentação, mantém-se nos 98,5% mas que, diminui durante o internamento. Foi verificado um crescimento relativamente à prática do aleitamento materno exclusivo. Assim, aos cinco meses de puerpério, as mulheres a amamentar exclusivamente passam de 14,7% em 2010 para 22,1% em 2013 (Órfão, 2012; Órfão, Santos, Gouveia, & Santos, 2014).

Amamentar trás relevantes benefícios quer para o bebé, quer a nível materno, mas também a nível familiar e social por ser um processo económico e prático. É à mulher que cabe a decisão primária da amamentação, contudo, há que ter em conta de que se trata de uma questão multifatorial cujos fatores de apoio e motivação são imprescindíveis. Por isso, nos últimos anos tem havido investigação centrada na autoeficácia materna na amamentação, no sentido de obter mais compreensão sobre o fenómeno.

Num estudo com uma amostra de 385 puérperas avaliadas nos primeiros dez dias de pós-parto, foi verificado que os maiores scores de autoeficácia na amamentação estavam relacionados com o planeamento da gravidez, orientações fornecidas no pré-natal, parto por via vaginal, amamentação na primeira hora de vida, renda mensal superior a um salário mínimo e ausência de consumo de drogas ilícitas (Silva, Pereira, Ferreira & Souza, 2018).

No estudo de Margotti e Epifanio (2014, p.777), foram identificados fatores de risco para a autoeficácia na amamentação, nomeadamente: o tipo de parto, a instituição não ser credenciada como Hospital Amigo dos Bebés e escolaridade materna abaixo de oito anos de estudo. Os mesmos autores referem que “provavelmente, por ser o primeiro filho, existe inexperiência em amamentar, o medo e a insegurança em estar fazendo algo errado e de não conseguir alimentar o seu filho, indicando como um fator de risco para a autoeficácia na amamentação”.

A família tradicional constitui-se a partir da união entre duas pessoas, tradicionalmente através do casamento. Esta união transcende o carácter reprodutivo de evolução das espécies, estabelecendo-se uma complexa rede de laços e relações emocionais e de cooperação que se propaga aos ascendentes e descendentes. Deste modo, a relação conjugal torna-se uma das mais importantes para os indivíduos (Costa, 2016).

Associado à conjugalidade surgem dois conceitos de particular importância: a satisfação e o conflito conjugal. Como o próprio nome indica as quezílias diárias podem afetar positiva ou negativamente a relação, ou seja, conflitos bem resolvidos podem manter ou aumentar a satisfação do casal, pelo contrário, os de difícil resolução, podem trazer insatisfação ao seio familiar. Neste sentido, a satisfação conjugal é colocada à prova quando os papéis conjugais e parentais se sobrepõem, sobretudo após o nascimento do

primeiro filho, pois requer uma adaptação aos novos papéis parentais e à nova dinâmica da família.

Este período de “transição”, de acordo com Meleis (2012) é a passagem de um período estável para outro período estável, processo este determinado por uma mudança na qual a pessoa vivencia alterações profundas no seu cotidiano. A transição para a parentalidade, é caracterizada por ser uma transição desenvolvimental, que pressupõe uma redefinição de papéis (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

Assim, quando no ciclo da vida familiar surgem os dois subsistemas, o conjugal e o parental, em conjunto, pela primeira vez, é preciso que haja uma reorganização intra-familiar, inter-familiar e inter-sistêmica. A realidade nem sempre corresponde a uma idealização de *família feliz*, sendo o apoio das famílias de origem, uma frequente fonte de conflito, nomeadamente, quando há abusos de poder, choque entre modelos educativos, expectativas de apoio negligenciadas entre outras problemáticas relacionais (Alarcão, 2002).

De acordo com Primo e Brandão (2017), a mulher pode ser influenciada por fatores pessoais, interpessoais ou sociais durante a amamentação que podem gerar sentimentos de satisfação. Contudo, esta *responsabilidade* da amamentação pode, também, gerar sentimentos de culpa nas mulheres que querem mas apresentam dificuldades no processo de aleitamento ou que não são capazes de evitar o desmame (Benedett Ferraz, & Silva, 2018).

Fatores vivenciados no parto ou um pós-parto imediato podem, também, diminuir ou aumentar a confiança da mulher (Guimarães, Conde, Gomes-Sponholz, Oriá, & Monteiro, 2017).

De acordo com Alarcão (2002), também a relação conjugal fica afetada com o nascimento do primeiro filho, o espaço e o tempo conjugal, diminuem consideravelmente podendo proporcionar sentimentos de exclusão no homem. Por outro lado, a decisão de amamentar é facilitada quando existe o apoio e o incentivo do companheiro, família, pares e parentes mais velhos (WHO, 2010; Rego, Souza, Rocha & Alves, 2016; Oliveira, et al. 2017).

Neste contexto, surgiram algumas questões importantes e essenciais:

- Será que as mães que amamentam sentem ser eficazes na amamentação? Qual será o seu nível de confiança?

- Qual será o nível de satisfação conjugal das mães durante a amamentação?
- Será que a satisfação conjugal tem influência no nível de confiança/autoeficácia que as mães sentem na amamentação?

A escolha do tema de investigação prendeu-se ao facto de ainda serem poucos os estudos em Portugal, que relacionem a conjugalidade com o processo de amamentação, pelo que se considera pertinente esclarecer esta possível correlação de modo a produzir mais conhecimento. Por outro lado, aprofundar este conhecimento, servirá como catalisador para futuras investigações sobre a temática, as quais permitirão uma melhor compreensão da influência conjugal no processo de amamentação.

Considera-se ainda que este conhecimento será, também, importante para adequar intervenções na transição para a parentalidade e na promoção e sustentabilidade do aleitamento materno. Os/as enfermeiros/as Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) exercem a sua atividade profissional em contextos privilegiados da clínica, nos quais podem apoiar a mulher/casal, quer seja na confiança para a amamentação, quer seja no aconselhamento durante a transição para a parentalidade. De acordo com Machado e Soler (2017), o/a enfermeiro/a tem ganho cada vez mais espaço como *Coaching* facilitando o alcance da pessoa ao estado desejado de forma rápida e assertiva, fazendo com que tenha um aumento da autoconfiança.

Neste sentido, torna-se importante analisar a influência da satisfação conjugal na perceção materna da autoeficácia na amamentação. Assim, os objetivos deste estudo são:

- Descrever a perceção das mães em relação à autoeficácia na amamentação;
- Descrever a satisfação conjugal das mães durante a amamentação;
- Analisar se a satisfação conjugal têm influência no modo como as mães percecionam a autoeficácia na amamentação.

De forma a proceder à realização deste trabalho, optou-se por um estudo quantitativo do tipo descritivo e correlacional, cuja amostra foi do tipo não probabilístico, obtida através de um questionário disponibilizado *online*.

Iniciado por esta introdução, este é um documento que se encontra dividido em quatro partes. A primeira parte refere-se ao enquadramento teórico, onde se apresentou em três capítulos que resumem alguma da evidência sobre autoeficácia materna na amamentação, sobre conjugalidade e parentalidade e sobre satisfação conjugal. Na

segunda parte apresenta-se o enquadramento metodológico que envolve o desenho de investigação, onde se descreve o tipo de estudo, os objetivos e variáveis em estudo, a população e amostra, o método de colheita de dados, os procedimentos éticos e como decorreu a análise de dados. Na terceira parte apresentam-se os dados e respetiva análise, organizados em tabelas e quadros, tendo em conta os objetivos da presente investigação. Na quarta parte apresenta-se a discussão dos resultados onde se confronta com a evidência existente. Finalizamos este trabalho com as conclusões onde se apresenta uma breve síntese dos resultados e algumas considerações finais, repercussões e reflexões de forma a proporcionar uma visão integrada da presente investigação, assim como sugestões para a investigação e prática.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – AMAMENTAÇÃO E AUTO-EFICÁCIA MATERNA

“... human milk not only provides the perfect adapted nutrition supply for infant but also plays a crucial role in promoting healthy growth and development. Hence, protection, support and promotion breastfeeding should be considered as a public health issue”

(Mosca e Gianni, 2017, p.51)

Por recomendação da UNICEF e OMS, a amamentação deve ter início logo após o nascimento, ainda durante a primeira hora de vida, devendo ser exclusiva nos primeiros seis meses do lactente (abstendo-se de qualquer outro alimento ou bebida), e ser complementada durante, pelo menos, os dois primeiros anos da criança. Assim, a amamentação continua a fazer parte integrante dos objetivos de sustentabilidade sustentável para o período de 2016-2030. (World Health Organization - WHO, 2003; Every Women Every Child - EWEC, 2015; WHO, 2017).

Em Portugal existe alguma informação acerca da amamentação a partir de quatro Inquéritos Nacionais de Saúde que datam de 1995/96, 1998/99, 2005/06 e 2014. Nestes foi verificado que a percentagem de mulheres residentes no Continente que amamentaram em exclusivo pelo menos até aos 3 meses aumentou de 34,6% em 1995/96 para 60,6% em 2014. A quantidade de mulheres que amamentaram em exclusivo pelo menos até aos 4 meses aumentou de 26,8% em 1995/96 para 53% em 2014, apenas no Continente e de 41,2% em 2005/06 para 48,5% em 2014, em Portugal. Quanto ao número de mulheres que amamentaram até aos 6 meses aumentou de forma significativa, de 20,6% em 1995/96 para 36,6% em 2005/06, no Continente, contudo, o mesmo não se verificou quando se compararam os dados dos últimos dois inquéritos para Portugal (Loureiro, Kislaya, Braz & Dias, 2017).

De acordo com o OAM podemos encontrar os RAM, que detém relatórios entre o período de 2010 e 2013. Foi verificado que a taxa de incidência das mães que iniciam a amamentação mantem-se nos 98,5%, no entanto, durante o internamento esta taxa diminui tendo passado dos 65,2% em 2010 para 76,7% em 2013. Entre os anos de 2010

e 2013 verificou-se existir um crescimento, relativamente à prática do aleitamento materno exclusivo. Assim, aos três meses de puerpério, o número de mulheres que amamentava exclusivamente são 40,3% em 2010 e aumentam para 52,8% em 2013; aos quatro meses era 26,9% em 2010 e 35% em 2013; e aos cinco meses passa de 14,7% em 2010 para 22,1% em 2013 (Órfão, 2012; Órfão, Santos, Gouveia, & Santos, 2014).

Relativamente à amamentação como complemento à alimentação, os relatórios da OAM, no que concerne ao RAM demonstram, também, um aumento entre os anos 2010 e 2013. Aos quinze meses a taxa das crianças amamentadas é de 14% em 2010 e passa para 25% em 2013; e aos dezoito meses passa dos 10% em 2010 para os 12,5% em 2013. (Órfão, 2012; Órfão, Santos, Gouveia, & Santos, 2014).

Os dados acima mostraram ter havido até 2013 um crescimento na prevalência do aleitamento materno exclusivo mas que ainda fica aquém das recomendações da OMS e UNICEF, quer no período de aleitamento materno exclusivo, quer como complemento durante os dois anos da criança.

O reconhecimento dos benefícios da amamentação quer seja para o lactente, quer seja para a mulher que amamenta e/ou por outros fatores, tem vindo a justificar a continuidade do investimento na sua promoção. O leite materno é um alimento nutritivo, vivo e protetor que o transforma na refeição completa e ideal do lactente. Como alimento vivo possui inúmeras bactérias benéficas ao lactente e substâncias com capacidade imunomoduladora. É composto por uma imensa variedade de vitaminas e minerais, ostenta mais de trezentas substâncias bioativas e, juntamente com uma carga imunológica e enzimática, integra um composto único e inigualável para o bebé (Gianni & Mosca, 2017).

Além dos benefícios nutricionais que podem aumentar até 3,5 pontos o Quociente de Inteligência (QI) nos testes de inteligência, os benefícios imunológicos são fundamentais para a prevenção da morte súbita ou de doenças infecciosas nos primeiros dois anos de vida, nomeadamente a otite, a diarreia ou as doenças do foro respiratória como a asma. Outros benefícios do leite materno podem prolongar-se até à vida adulta prevenindo o excesso de peso, o aparecimento de diabetes tipo II ou da leucemia (OMS, 2010; Horta & Victora, 2013; Gianni & Mosca, 2017; Oliveira, Melo, Maciel, Tavares, Amando & Sena, 2017)

Daí resultam, ainda, benefícios para a mulher, nomeadamente ao nível da involução uterina, estabelecimento normal do seu peso, diminuição do risco de hemorragias e gravidez indesejada, prevenção contra a diabetes e contra o cancro da mama/ovário/útero e, benefícios protetores contra a depressão (que podem afetar bastante na amamentação) (Almeida & Novak, 2004; OMS, 2010; Gianni & Mosca, 2017; Oliveira, et al., 2017).

Economicamente e no dia-a-dia, a amamentação torna a vida familiar mais facilitada isto porque não tem custos associados, é algo que está sempre pronto e à temperatura ideal, é prático e não carece de uma higienização acentuada, contudo, é de maior importância a ligação que se estabelece entre a mãe e o bebé para a contínua produção de leite, por isso deve ser apoiada e preservada pelos demais. (Almeida & Novak, 2004; OMS, 2010)

Para a sociedade os benefícios são mais práticos, principalmente quando nos referimos às questões económicas e de sustentabilidade de longo prazo. Em 2013, estima-se que 289 mil mulheres morreram durante a gravidez ou pós-parto e 270 mil morreram de cancro do colo do útero. Em 2014, 5,9 milhões de crianças com menos de cinco anos morreram por negligência de situações preventivas; desses, 2,7 milhões eram recém-nascidos e, 43% das mortes foram causadas por doenças infecciosas como pneumonia, malária, diarreia ou sepsis (sendo que uma em cada quatro mortes infantis se devem a pneumonias decorrentes da poluição do ar). (EWEC, 2015; WHO, 2017).

Segundo a WHO (2017), promover a amamentação e torná-la num ato normalizado globalmente, poderia prevenir anualmente mais de 800 mil mortes de crianças com menos de cinco anos e 20 mil mortes provocadas pelo cancro da mama na mulher. Tal, evitava o gasto de 0,5% da renda bruta mundial.

Numa outra perspetiva, Almeida e Novak (2004, p.1) afirmam que “em todas as épocas, o ser humano foi levado a construir rotas alternativas para responder à demanda das mulheres que, por opção ou imposição, trilhavam o caminho do desmame precoce” cujo carácter é multicausal.

A decisão de amamentar ou não um recém-nascido cabe sobretudo e principalmente à mulher pois é ela que tem a capacidade biológica de nutrir, contudo, o apoio e o incentivo do companheiro, família, pares e parentes mais velhos são fundamentais para facilitar todo este processo. Além das questões familiares, a mulher está, também,

sujeita a questões do foro sociocultural ou até mesmo a experiências vivenciadas em família (favoráveis ou não ao aleitamento materno). Existem, ainda, mulheres que, por conhecimento dos benefícios e vantagens investem no aleitamento materno, enquanto outras, por questões económicas precárias não têm opção de escolha. (WHO, 2010; Rego, Souza, Rocha & Alves, 2016; Oliveira, et al. 2017; Primo & Brandão, 2017).

Uma situação frequente que pode levar ao desmame precoce é o regresso da mulher à sua atividade laboral (quando esta é fora de casa), sendo maior o índice de desmame em mulheres que trabalham mais de 20h semanais. Assim, a idade materna e o grau de instrução são fatores essenciais para a decisão consciente sobre a amamentação. Neste contexto, torna-se fulcral promover o aleitamento materno às famílias de menores rendimentos, quer devido ao baixo impacto da economia familiar, quer devido às proteções imunológicas que conferem ao lactente (Rego, Souza, Rocha & Alves, 2016; Bezerra, Oliveira, Oliveira, Sousa, Melo, & Juventino, 2017)

Segundo Oliveira et al. (2017), as tradições, crenças e mitos sobre a amamentação podem, também, ter um impacto considerável nas decisões da mulher principalmente quando transmitidos de modo intergeracional. Os mitos e crenças alimentares abrangem temas desde a qualidade do leite, à sua produção ou a sua eficácia, assim é frequente existirem expressões como *leite fraco*, *mamas pequenas não produzem leite suficiente*, entre outros.

Neste contexto, a orientação pré-natal torna-se mais complexa na medida em que necessita de ultrapassar barreiras e tradições que são social e culturalmente aceites mas que podem ter um impacto negativo na vida da criança. Informar, ouvir os medos e receios do casal e esclarecer dúvidas durante a gestação podem assegurar uma adesão ao aleitamento materno mais eficaz, reduzindo o stress e a ansiedade, bem como a influência de terceiros nas decisões do casal (Rego, Souza, Rocha & Alves, 2016; Oliveira et al. 2017).

Em todo este processo o enfermeiro é visto como um guia essencial, um facilitador imprescindível que tem a capacidade de informar, esclarecer, apoiar e motivar o casal como um todo, integrando o pai no seu papel de cuidador e proporcionando uma maior segurança ao casal na prestação de cuidados ao recém-nascido, prevenindo, assim, o desmame precoce (Rego, Souza, Rocha & Alves, 2016; Benedett, Ferraz, & Silva, 2018).

Bosi e Machado (2005, p.18) afirmam que a amamentação, apesar de ser vista como uma ato instintivo é, na realidade, uma ação comportamental, “um hábito preso aos determinantes sociais e às manifestações da cultura” que pode ser aprendido, promovido e motivado ou que, pelo contrário, pode ser desconsiderado e negligenciado. Os mesmos autores, reforçam, ainda, que “as concepções e valores, assimilados pelo processo de socialização, influenciam na prática da amamentação tanto quanto o equilíbrio biológico e funcionamento hormonal da mulher”.

Neste contexto, o aleitamento materno, como *hábito* comportamental que pode ser aprendido ou negligenciado, deixa de ter uma relação vertical direta com a mulher, passando a responsabilidade a ser de caráter sociocultural (Almeida & Novak, 2004).

Todavia, na realidade social dos nossos dias, a mulher é considerada a única responsável pela decisão da amamentação ou, por outro lado, pelas consequências inevitáveis do desmame, não havendo uma consciência sociocultural de que há imensos fatores que influenciam esta decisão.

De acordo com Primo e Brandão (2017), a mulher pode ser influenciada por fatores pessoais, interpessoais ou sociais durante a amamentação que podem gerar sentimentos de satisfação, sendo a sua percepção baseada nas emoções, nas pessoas e família que a rodeia, nas experiências sociais, assim como nas suas capacidades, conhecimentos e crenças apreendidas. Contudo, há mulheres que têm receio de ser consideradas descuidadas ou más mães se não amamentarem, acabando por amamentar para evitar o sentimento de culpa.

Por outro lado, esta *responsabilidade* da amamentação pode, também, gerar sentimentos de culpa nas mulheres que querem mas apresentam dificuldades no processo de aleitamento ou que não são capazes de evitar o desmame. Tal verifica-se principalmente nas primíparas, cujo puerpério é uma fase cheia de novidades, dificuldades e adaptações onde a inexperiência acarreta sentimentos de medo e ansiedade. Esses sentimentos podem levar a que a mulher sinta insegurança na sua capacidade de prestar cuidados ao bebé, incluindo na sua capacidade para amamentar (Benedett Ferraz, & Silva, 2018).

Fatores vivenciados no parto ou um pós-parto imediato podem, também, diminuir ou aumentar a confiança da mulher, assim, sensações físicas de ansiedade, stress e dor, vividas pela mulher proporcionaram uma diminuição do nível de oxitocina e, conseqüentemente, do reflexo de expulsão do leite, levando à percepção de leite

insuficiente, o que pode diminuir a confiança da mulher. Noutra vertente, o precoce contacto pele a pele da díade mãe-bebé, e o aleitamento na primeira hora de vida são fatores facilitadores da relação que se estabelece entre eles, relacionando-se esta com uma maior satisfação e confiança da mulher (Guimarães, Conde, Gomes-Sponholz, Oriá, & Monteiro, 2017).

Mas a confiança da mulher não é estática no tempo e está sujeita às alterações e adaptações que a “nova” mãe tem de ultrapassar. O contínuo da amamentação pode desencadear outras questões na mulher como a sua perceção quanto à qualidade e quantidade de leite produzido, bem como quanto à satisfação do bebé, à presença de dor durante a amamentação, à confiança e motivação do companheiro e familiares e quanto ao apoio constante dos profissionais de saúde – tudo fatores que podem comprometer a satisfação e autoconfiança maternas, podendo, em alguns casos desencadear sentimentos negativos como culpa, ansiedade e irritabilidade que, associados às inconstâncias hormonais, podem ser precedentes da depressão pós-parto (Rodrigues, Padoin, Paula, & Guido, 2013; Abuchaim, Caldeira, Lucca, Varela, & Silva, 2016).

Mais sucintamente, WHO (2017) identifica três barreiras primárias que afetam o aleitamento materno e que podem levar à falta de confiança da mulher: dificuldades em ensinar/demostrar às mães como amamentar corretamente; diferentes níveis de confiança e motivacionais proporcionados às mães na e durante a amamentação; e atitudes negativas entre os profissionais de saúde que apoiam estas mulheres.

Neste contexto, percebemos a importância do sentimento de confiança nas mulheres no que concerne à sua relevância para o sucesso de todo o processo de amamentação e como este sentimento é amplamente afetados por inúmeros fatores.

Foi Bandura (1977) que percebeu a importância do conceito prático da confiança ou autoeficácia, concluindo que quando um comportamento é positivo, levando à satisfação, o indivíduo tende a mantê-lo, todavia, se este for negativo, resultando em insatisfação, o indivíduo tende a evitá-lo. Assim sendo, o mesmo autor, funda o conceito de eficácia tendo por base quatro fontes principais:

- Experiência pessoal ou de domínio que se refere ao êxito em tarefas cumpridas;
- Experiência vicária ou observacional que é resultado da observação do comportamento e desempenho de outros sujeitos;

- Persuasão social ou verbal que é exercida pelo julgamento dos outros sobre a capacidade pessoal no desempenho de uma atividade;
- Estado somático e emocional no qual o estado emocional pode afetar o julgamento sobre a capacidade pessoal e crença de autoeficácia.

Segundo Bandura (1977), a motivação consiste numa atitude sentimental que está relacionada com a realização e a persistência de um determinado comportamento. Por sua vez, ele considera a autoeficácia como um constituinte da motivação que pode influenciar quer a aprendizagem, quer a mudança de comportamento.

O mesmo autor analisou as expectativas de eficácia pessoal, tentando perceber se estas determinam o início do comportamento de enfrentamento; a quantidade de esforço gasta; e a sua duração face aos obstáculos e experiências adversas do indivíduo – sendo que o nível de intensidade e esforço aumenta proporcionalmente à autoeficácia (Bandura, 1977). Neste contexto específico, percebe-se, que é necessário que a mulher acredite na sua capacidade para amamentar, antes que este processo tenha início.

Tal como a amamentação é uma decisão que se apoia em múltiplos fatores, também a autoeficácia da mulher é multifatorial e pode ser influenciada pelas suas vivências pessoais e relacionais, estados afetivos e questões do âmbito socio-ambiental, sem mencionar que cada pessoa é única e individual e que, por isso, processa o desenvolvimento da eficácia de forma singular e ímpar (Bandura, 1977).

Dennis, em 1999, deu continuidade ao estudo da autoeficácia aplicando o conceito de Bandura à área da amamentação, e desenvolvendo a teoria da Escala de Autoeficácia na Amamentação ou Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES), pela primeira vez. Ainda no mesmo ano, Dennis e Faux aplicaram esta mesma escala de modo a testar a autoconfiança materna na amamentação (Dennis & Faux, 1999).

Em Portugal, a versão *Short-Form* (SF) desta escala foi validada por Santos e Bárcia (2009), com uma amostragem de 31 mulheres a amamentar, em dois momentos diferentes, e durante as primeiras três semanas do pós-parto. Esse estudo revela que a versão traduzida da BSES-SF é uma medida válida e fiável de avaliação da autoeficácia na amamentação. Verificou-se, ainda, que a relação entre a autoeficácia e experiência anterior de amamentação, aleitamento materno exclusivo e a amamentação imediatamente após o parto, são estatisticamente significativos, pelo contrário, as

habilitações literárias, estado civil, idade e tipo de parto não influenciaram significativamente a autoeficácia.

De acordo com o estudo de Margotti e Epifanio (2014, p.777), os fatores de risco para a autoeficácia na amamentação foram o tipo de parto, a instituição não ser credenciada como Hospital Amigo dos Bebés e escolaridade materna abaixo de oito anos de estudo. Os mesmos autores referem que “provavelmente, por ser o primeiro filho, existe inexperiência em amamentar, o medo e a insegurança em estar a fazendo algo errado e de não conseguir alimentar o seu filho, indicando como um fator de risco para a autoeficácia na amamentação”.

Num outro estudo, com uma amostra de 385 puérperas avaliadas os primeiros dez dias de pós-parto, verificou-se que os maiores scores de autoeficácia na amamentação estavam relacionados com o planeamento da gravidez, orientações fornecidas no pré-natal, parto por via baixa, amamentação na primeira hora de vida, renda mensal superior a um salário mínimo e ausência de consumo de drogas ilícitas (Silva, Pereira, Ferreira & Souza, 2018).

Por outro lado, numa investigação de 132 puérperas, cuja autoeficácia da amamentação foi avaliada, também, nos primeiros dez dias de puerpério, verificou-se uma elevada (90,9%) e média (9,1%), taxas de autoeficácia e confiança na amamentação, todavia, não foram encontradas associações entre a BSES-SF e as variáveis sociodemográficas e obstétricas, pelo que foi considerado essencial o acompanhamento assíduo e contínuo dos profissionais de saúde para garantir sucesso na amamentação (Lopes, Lopes, Soares, Doudo, Castro & Oriá, 2017).

No estudo de Hiçyilmaz, e Açıkgöz, (2017) percebemos que há uma correlação entre a autoeficácia da amamentação, o controlo pré-natal e as atitudes positivas para a amamentação. Portanto, mulheres sem experiência de amamentação ou que amamentaram menos de seis meses, que pretendam amamentar por um curto período de tempo ou que estejam a trabalhar beneficiariam de um maior suporte quer familiar quer dos profissionais de saúde no sentido de mudar atitudes e, assim, comportamentos, nomeadamente na duração do aleitamento materno por um maior período de tempo. Os autores referem, ainda, a importância paterna quer para a manutenção da amamentação quer para a satisfação materna, no que concerne às atitudes de apoio e motivação que daí podem advir.

Neste sentido e de acordo com Abuchaim, Caldeira, Lucca, Varela, e Silva (2016), mulheres com relacionamento conjugal satisfatório, maior autoestima e sem histórico de depressão demonstram maior capacidade para lidar com o seu novo papel de mãe.

Apesar dos fatores de risco mencionados existem, também, fatores de proteção à amamentação exclusiva. Um estudo relata que os fatores, nos primeiros dois meses, foram: mais de oito anos de escolaridade materna, a mãe trabalhar fora do lar, ter optado por um hospital com o programa Amigo dos Bebés e um elevado score na BSES. Ao fim dos primeiros quatro meses há uma redução destes fatores de proteção ficando apenas a idade materna e o alto score da BSES (Margotti & Epifanio, 2014).

Souza e Fernandes (2014, p.469), na sua abordagem sobre o uso clínico da BSES como preditiva do desmame precoce e sobre a correlação entre scores mais elevados e maior tempo de amamentação, decorrente de uma amostra de 100 puérperas contactadas cinco vezes entre o sétimo e o sexagésimo dia do pós-parto para monitorização da amamentação, verificaram que apesar de 82,6% das mulheres apresentarem alto score e de as restantes apresentarem médio score na BSES, não se observou relação entre scores mais elevados e maior tempo de amamentação. Os autores referem, ainda, que “os resultados não permitiram verificar a escala de autoeficácia como preditiva para o desmame precoce. Por outro lado, verificou-se a sua aplicabilidade clínica como instrumento confiável para avaliar a percepção das puérperas em sua autoeficácia na amamentação, possibilitando aos profissionais identificar as mães suscetíveis de ter sucesso na amamentação, bem como aquelas que podem apresentar necessidades de intervenções antes da alta hospitalar”.

Nesta linha de pensamento e, de acordo com Machado e Soler (2017, pp.328-9), o enfermeiro tem ganho cada vez “mais espaço como Coaching, pois essa metodologia é ressaltada em todo o mundo como a mais eficaz para aumentar o desempenho de pessoas, profissionais, grupos e organizações. Facilita o alcance da pessoa ao estado desejado de forma rápida e assertiva, fazendo com que tenha um aumento da autoconfiança”, assim “quando identificamos uma puérpera com dificuldade na amamentação, podemos direcioná-las a Enfermeiros Coaching, que poderão ajudá-la com mais propriedade a conquistar a autoconfiança e a ter mais autoeficácia na amamentação”.

2 – CONJUGALIDADE E PARENTALIDADE

“O casal surge quando dois indivíduos se comprometem numa relação que pretendem que se prolongue no tempo”

(Relvas, 1996, p.51)

Num conceito conservador, a família constitui-se a partir da união entre duas pessoas (homem e mulher), tradicionalmente através do casamento, cuja relação transcende o carácter reprodutivo de evolução das espécies, estabelecendo-se uma complexa rede de laços e relações emocionais e de cooperação que se propaga aos ascendentes, descendentes e outros, na qual todos nascem, crescem e envelhecem (Costa, 2016).

Segundo Leandro (2006, p.52), a família como “instituição ancestral, universal, de formação multivariada e culturalmente determinada, tem sabido resistir e adaptar-se a todas as transformações e mutações familiares e sociais, tendo ela própria participado (...) nessa mesma dinâmica ao longo dos tempos”. Neste contexto, podemos considerar a família como o sistema basilar de qualquer sociedade, tornando-se um sujeito social complexo, enquanto a sociedade é o reflexo do *nosso*, no sentido mais lato da palavra, modo de ser família.

Costa (2016, p.122) defende que “o próprio casal enquanto unidade é figura fundamental na família nuclear” e os seus rituais esclarecem os diversos papéis a que ambos estão sujeitos “permitindo uma compreensão mais holística” dos mesmos.

A mesma autora afirma, também, que na privacidade da habitação os rituais compreendem sobretudo a divisão do trabalho não pago que, apesar de, nos dias de hoje, ser teoricamente igualitária, na prática revelam-se as diferenças tradicionalmente associadas aos papéis domésticos: a mulher como gestora doméstica (cozinha, limpa, arruma, cuida...), enquanto o homem assume um papel instrumental na logística e organização de espaços assim como nas tarefas consideradas secundárias (compras, condução...) (Costa, 2016).

Nas questões socioculturais, o casamento representa o ritual mais tradicional e de elevado valor simbólico que ainda persiste, quer na sociedade contemporânea no geral, quer na portuguesa em particular, sendo este a afirmação de uma nova realidade – a entrada na conjugalidade (Costa, 2016).

De acordo com Francisco, Pinto e Pinto (2016) é a partir desta união do casal que surge, então, a relação conjugal, da qual partem uma vasta panóplia de outras relações como paternidade, maternidade, filiação, fraternidade e mesmo parentalidade...

Neste contexto, a família compreende-se como um organismo vivo de sucessivas mudanças que, de acordo com Relvas (1996) e Alarcão (2002), constitui o ciclo da vida familiar e pressupõe cinco etapas: formação do casal; família com filhos pequenos; família com filhos na escola; família com filhos adolescentes; e família com filhos adultos ou ninho vazio.

Ou seja, segundo uma perspetiva sistémica, a família é um sistema em permanente evolução/mudança, caracterizado por “uma sequência previsível de transformações na sua organização, em função do cumprimento de tarefas bem definidas” Relvas, 1996, p. 16).

A cada uma destas etapas estão associados períodos de estabilidade que tem por base padrões familiares adaptados à realidade do quotidiano, todavia, a presença de mudanças ou o avanço do ciclo familiar acarreta desorganização, incertezas e tensão familiar, havendo uma necessidade de readaptação e de procura de harmonia conjugal. Portanto, a entrada na conjugalidade ou na parentalidade representam situações de instabilidade no ciclo familiar, o que implica a reajustamento do casal a um novo equilíbrio (Costa, 2016).

A conjugalidade inicia-se com a formação do casal e constitui um espaço de apoio ao desenvolvimento familiar. Deste modo é primordial que a díade conjugal se entregue ao relacionamento sem renunciar à sua individualidade pessoal e familiar ou à do/a companheiro/a. Tal só é possível através de um jogo de equilíbrios, complementaridades e adaptações nas quais a díade tem de negociar a vivência a dois, transformando, deste modo a conjugalidade num processo funcional. A ânsia de partilha conjugal e de criação de uma nova família deve estar em equilíbrio com as necessidades pessoais e de casal, idealizadas pela díade individual e conjugalmente, deixando para segundo plano familiares e amigos. Assim, à conjugalidade encontra-se inerente a

capacidade de desenvolver fronteiras que protegem o casal da intromissão de terceiros. Este é um processo que se desenvolve constante e continuamente no tempo e que permite à díade conjugal desenvolver um suporte para lidar com o stress intra e extra familiar (Sousa, 2006).

A chegada de uma criança à família provoca diversas alterações no funcionamento do sistema familiar estabelecido previamente por apenas dois indivíduos, o que obriga à reestruturação. Esta nova etapa corresponde à fase seguinte do ciclo da vida familiar e conduz a uma maior responsabilidade parental, uma vez que possuem um “novo estatuto e um novo papel” (Alarcão, 2002, p.131).

Meleis (2012) refere que “transição” é a passagem de um período estável para outro período estável, processo este determinado por uma mudança na qual a pessoa vivencia alterações profundas no seu quotidiano, podendo emergir sentimentos de perda ou alienação que, decorrente deste contexto, passam a ser valorizados. Considera, também, que as transições são desencadeadas por mudanças súbitas ou mesmo por situações previstas (quer seja no estado de saúde, quer no relacionamento de papéis, nas expectativas/habilidades ou mesmo nas necessidades de todos os sistemas humanos). A transição requer, ainda, que o ser humano adquira um novo conhecimento, que por consequência vai alterar o seu comportamento e, como tal, mudar a definição de si mesmo no contexto social.

O nascimento de um filho requer consciencialização da própria pessoa que vai integrar o papel de pai/mãe e do casal em conjunto. Requer reflexão, cooperação e desenvolvimento de uma confiança e autonomia crescente entre o casal, que permita lidar com a mudança, desenvolver novas capacidades e adaptar-se a novas realidades e vivências. Tal é um fator essencial para o crescimento conjunto enquanto casal, mas também enquanto ser único, pessoal e individual que vive em sociedade (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

A família surge assim como um dos grupos mais importantes de aprendizagem e assimilação de conhecimentos pois é o primeiro grupo com o qual a criança contacta nos primeiros anos de vida (Francisco, Pinto & Pinto, 2016).

Descrita como uma das *obrigações* mais árduas e complexas, e constituindo uma das maiores responsabilidades e desafios do ser humano, a parentalidade não é mais do que um conjunto de tarefas conferidas aos pais para que estes tomem conta, protejam,

guardem, auxiliem e garantam a sobrevivência e o desenvolvimento físico e psicológico da criança (Machado & Barroso, 2010). Todavia, é com as interações pais-filhos que as crianças aprendem o sentido de autoridade, bem como a forma de negociar e de lidar com o conflito numa relação vertical. Esta interação permite, ainda, desenvolver o sentido de filiação e de pertença familiar (Sousa, 2006).

Autores como Francisco, Pinto e Pinto (2016), também defendem que os valores adquiridos no lar, numa atmosfera de amor, harmonia e felicidade, não só aproximam as famílias, como são aqueles que mais se enraízam, tornando-as mais resistentes às dificuldades e instabilidades que possam surgir.

Machado e Barroso (2010) referem que a UNICEF e a Organização das Nações Unidas (ONU) divulgaram, no artº27, que é responsabilidade dos pais e dos cuidadores substitutos, consoante os seus recursos financeiros e habilidades, salvaguardar as condições primárias da vida para um desenvolvimento condigno dos filhos.

Para Sousa (2006), a parentalidade consiste nas funções executivas da díade conjugal em proteger, educar e integrar a cultura familiar, às gerações mais novas. Estas funções podem ser desempenhadas pelos pais biológicos mas também por outros familiares ou até por terceiros. Neste sentido, ainda que o subsistema parental inicial tenha origem nos modelos de parentalidade construídos nas famílias de origem, o seu desenvolvimento vai-se processar tendo em conta a evolução familiar e as vivências familiares. Ser mãe ou pai pela primeira vez constitui, então, uma experiência única, indescritível e marcante para a maioria das pessoas. Para os futuros pais, é uma fase de mudança expetável na família, que implica a necessidade individual e do casal de desencadear processos de adaptação essenciais ao desenvolvimento e equilíbrio familiar para a chegada de um novo membro, um filho, e com isto, de um novo subsistema, o parental.

A transição para a parentalidade, é caracterizada por ser uma transição desenvolvimental, que pressupõe uma redefinição de papéis para os intervenientes do evento (pai e mãe, avós...). Esta é, ainda, afetada pelas diferentes características pessoais como os significados atribuídos à gravidez, paternidade e/ou nascimento do bebé, planeamento ou não da mesma, expectativas, níveis de conhecimento e preparação, bem-estar físico e emocional, entre outros... (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

Percebe-se, então, que quando no ciclo da vida familiar surgem os dois subsistemas, o conjugal e o parental, em conjunto, pela primeira vez, é preciso que haja uma reorganização intra-familiar, inter-familiar e inter-sistémica devido às alterações que ocorrem na árvore genealógica pois, onde antes haviam dois níveis, agora passam a existir três – os pais do casal passam a integrar também o papel de avós; o casal sobe de nível e passa a usufruir também do papel de pais cumulativamente com o papel de cônjuges (Alarcão, 2002).

Face a esta nova realidade, os diversos elementos familiares tendem a se reajustar e adaptar aos seus novos papéis o que, por vezes implica o regresso às suas famílias de origem em busca de suporte físico e emocional.

Este é um momento envolto em paradoxos. Por um lado espera-se que o nascimento de uma criança traga felicidade ao casal, aproxime gerações e estabeleça o núcleo familiar, isto é, a chegada do novo membro à família vem envolta em mitos de felicidade, e de realização de expectativas individuais e familiares (Relvas, 1996).

Todavia, a realidade nem sempre corresponde a esta idealização e Alarcão (2002) afirma que uma das fontes de conflito é o apoio das famílias de origem, nomeadamente, quando há abusos de poder, choque entre modelos educativos, expectativas de apoio negligenciadas, entre outras problemáticas relacionais. De notar que com o nascimento do primeiro filho, o espaço e o tempo conjugal, também, diminuem consideravelmente pois passam a ser direccionados para os cuidados prestados à criança, sobretudo durante os primeiros meses. Esta tarefa não só dificulta a preservação do tempo conjugal, como pode proporcionar sentimentos de exclusão no homem, o que constitui um potencial conflito, que pode levar à adaptação e maturação conjugal ou que, pelo contrário, pode resultar numa *desordem* conjugal e levar à rutura. A qualidade da relação conjugal anterior ao nascimento revela-se como um fator essencial para a adaptação familiar, nomeadamente a coexistência da tríade conjugal, o subsistema parental e o bom funcionamento da relação triangular (cuja existência do tempo e do espaço é imprescindível no desenrolar das relações diárias). Assim, o indivíduo da tríade que se sinta mais afastado, não deverá sentir instabilidade na relação nem diminuição da sua auto-estima.

Em conclusão, o sucesso encontra-se na capacidade familiar de, alternadamente, se fechar sobre si mesma para reflexão e reposição de forças, ou de se abrir a novas

oportunidades de enfrentamento sobre as mudanças imprevisíveis. Tal pressupõe uma consciente e sábia utilização dessa dinâmica, quer na vida conjugal, quer na parental, e uma capacidade de moldar o seu sucesso e/ou a sua função redentora nas situações de fracasso (Sousa, 2006).

3 – SATISFAÇÃO CONJUGAL

“A família não nasce do nada, para se formar, transforma em património comum o que é pertença de dois... com base na negociação e renegociação.”

(Relvas, 1996, p. 33)

Apesar das inúmeras mudanças que as relações conjugais têm sofrido e dos fatores que levam, por vezes, à sua dissolução, o casamento continua a ser sinónimo de bem-estar para a maioria dos indivíduos (Costa, 2016).

Na díade conjugal, a complementaridade e a adaptação recíprocas são aspetos de relevo na criação de limites que protegem o casal da intrusão de terceiros, o que proporciona a satisfação das suas necessidades psicológicas e constitui uma plataforma de suporte que permite ao casal gerir o stress. Tal só é possível através da resiliência do casal, ou seja, da capacidade da díade em minimizar o impacto disruptivo das situações de stress recorrendo ao desenvolvimento de recursos que lhe façam frente (Sousa, 2006).

Narciso e Costa (1996) entendem a satisfação conjugal como uma conceção multidimensional, dividindo-se em duas dimensões distintas, o amor e a funcionalidade conjugal. A dimensão do amor refere-se aos sentimentos que ambos nutrem um pelo outro, tendo em conta fatores como a paixão, intimidade e compromisso. Relativamente à dimensão da funcionalidade conjugal os autores referem-se ao modo de organização e gestão de regras e valores nos diversos aspetos do sistema conjugal/familiar e extrafamiliar.

Neste contexto, cada uma das dimensões integra cinco áreas da vida conjugal (Narciso & Costa, 1996). A dimensão do amor inclui: os sentimentos e expressão de sentimentos; sexualidade; intimidade emocional; continuidade da relação; e características físicas e psicológicas. Já na dimensão funcionalidade conjugal correspondem: as funções económicas; tempos livres; autonomia/privacidade; comunicação e conflitos; e relações extrafamiliares.

Após estabelecidas estas dimensões por Narciso e Costa (1996), houve necessidade de avaliar/medir o grau de satisfação conjugal entre os casais, o que originou a Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC).

O conceito de *satisfação conjugal* tal como é definido por L. Thompson (1988, como referido por Narciso, 2001), é o resultado de uma avaliação individual e subjetiva que o casal faz sobre a sua relação, ou seja, como pessoas únicas, complexas e com diferentes histórias, vivências e culturas possuem, muitas vezes, divergentes critérios de avaliação, e o que para um pode ser considerado satisfação, para o outro pode ser o inverso.

Em 2001, Narciso vai mais longe e desenvolve o “Modelo de Satisfação Conjugal” o qual apresenta um vasto e complexo conhecimento de todo o sistema conjugal, procurando atualizar e completar conceitos fundamentais para uma melhor compreensão de todos os processos inerentes à satisfação conjugal. Assim, de acordo com este modelo, a satisfação pode ser influenciada em três fatores distintos: fatores centrípetos, fatores centrífugos e fator tempo. Os fatores centrípetos são responsáveis pela relação e são por ela diretamente criados, ou seja, reúnem processos operativos/comportamentais, que refletem o funcionamento conjugal (influenciando a comunicação, conflitos, o controlo da relação...). Os fatores centrípetos dividem-se em dois tipos de processos: os cognitivos (que integram padrões e pressupostos, perceções, atribuições e expectativas, que interagem na relação); e os afetivos (que dizem respeito a sentimentos como o amor, o compromisso e a intimidade entre o casal).

No que concerne aos fatores centrífugos, estes referem-se a fatores mais circunscritos à relação, nomeadamente fatores contextuais como família de origem, integração social do casal, contexto profissional, características demográficas e fatores pessoais (padrões de vinculação, características da personalidade...). Finalmente, no fator tempo é relevado o interesse do tempo de namoro e do tempo de casamento, etapas consideradas *normais* no ciclo de vida do casal (Narciso, 2001; Narciso, Costa, & Prata 2002).

Conceitos como felicidade, sucesso conjugal, funcionalidade e *emocionalidade* conjugal, envolvem de alguma forma a satisfação conjugal pelo que importa esclarece-los. Narciso (2001), defende, ainda, que a felicidade abrange sentimentos que derivam de processos relacionais vividos ao longo da história comum do casal, já relativamente ao sucesso conjugal diz respeito à duração do casamento, a qualidade da relação vivida e a satisfação sentida por ambas as partes. Assim uma relação bem-sucedida deve ser

estável, de qualidade e sustentável para o casal. No que concerne à funcionalidade conjugal os casais devem ser capazes de concordar entre si, resolver eficazmente conflitos e de gerirem eficazmente as tarefas domésticas, aspetos financeiros e estratégias parentais. Por fim, a *emocionalidade* conjugal refere-se a casais que sentem uma forte ligação e expressão emocional/afetiva mesmo quando a funcionalidade conjugal falhe ou não seja gerida da forma mais desejável.

Todos estes fatores e conceitos permitem aceder aos níveis mais elevados daquilo a que se pode considerar como a satisfação conjugal global (Narciso, 2001). Relativamente a este contexto, Narciso e Ribeiro (2009), acrescentam, ainda, que a satisfação conjugal necessita de um juízo individual, uma análise própria de cada um dos cônjuges, o que se torna essencial para a satisfação e harmonização da relação, seja esta pessoal ou de casal.

De acordo com Sousa (2006, p.44), a “identidade familiar é constituída através de avanços e recuos nas respostas às dificuldades num processo de aprendizagem comum onde se valoriza a mobilização pessoal pelo uso eficaz da dose de frustração que, em vez de bloquear o desenvolvimento, seja capaz de potencializar novas formas de maturidade e de integração de saberes e de afetos”.

Neste contexto, percebe-se que a satisfação conjugal encontra-se intrinsecamente ligada às situações de conflito pois quando o casal não consegue uma comunhão de ideologias numa base de companheirismo, apoio e respeito, a construção das bases de suporte ao stress conjugal torna-se frágil e permeável aos conflitos.

Segundo Pathan (2015), a mudança na conceção de família e casamento teve a ver com a emancipação da mulher, e levou ao desmembramento de famílias conjuntas e ao aparecimento das famílias nucleares, o que aumentou a pressão nos casais trabalhadores e, proporcionalmente, um número crescente de insatisfação conjugal, que se traduziu, posteriormente, em conflitos e ruturas conjugais.

Os conflitos conjugais são normalmente desentendimentos que ocorrem entre parceiros num relacionamento matrimonial e que podem ter origem em inúmeros fatores. Estes são inevitáveis, pois sempre que duas pessoas se juntam surgem, eventualmente, situações de choque de valores ou de hábitos pessoais que poderão levar à insatisfação do outro, apesar do amor. Quando este conflito afeta o desempenho do papel funcional e

da expectativa desse mesmo papel, isto leva a um desajustamento relacional entre marido e mulher, e às rupturas conjugais (Pathan, 2015).

Nos relacionamentos saudáveis os casais tendem a aceitar e/ou a resolver o conflito, todavia, nos casais mais problemáticos os conflitos podem surgir por várias questões, levando mesmo ao divórcio. Segundo, Pathan (2015) as questões mais frequentes, para os homens, são: falta de compromisso, falta de comunicação, abandono, abuso emocional, infidelidade, incapacidade na gestão de conflitos, problemas financeiros e incompatibilidades sexuais. Contudo, estas também se podem aplicar no feminino.

Numa amostra de 50 pessoas na Índia, Pathan (2015) revela as principais causas do conflito conjugal: vício do cônjuge (26%), natureza suspeita do cônjuge (32%), dote (14%), assédio físico e mental por sogros ou marido (28%), e casos extraconjugais (28%), são as causas mais frequentes. Todavia, fatores como o hiato educacional (8%), demandas sexuais de familiares com diferenças de opinião (10%), problemas económicos (6%), carga/tensão laboral (2%) e carreira das mulheres (4%) são situações menos frequentes.

Naturalmente, não há uma causa única para o conflito conjugal, podendo este ser de origem pessoal, interpessoal e/ou familiar, ou mesmo multifatorial. Estes conflitos têm impacto sobretudo ao nível psicológico e emocional, quer durante como após o término do mesmo.

No seu estudo, Pathan (2015) mostra o impacto psicológico dos conflitos conjugais: 88% dos indivíduos sente-se ansioso, 64% perdem a calma, 72% sentem-se inseguros, 86% são emocionalmente perturbados, 88% pensam ou sentem-se cercados pelos conflitos, 54% ficam frustrados, 52% tendem a sentir-se em isolamento, 48% ficam inquietos e 52% desenvolvem um complexo de inferioridade.

Num estudo de 130 indivíduos casados ou em união de facto verificou-se uma relação significativa entre a satisfação conjugal, a sintomatologia depressiva e as estratégias de resolução de conflitos conjugais. No que se refere à satisfação conjugal, os participantes apresentam-se entre satisfeitos a muito satisfeitos com a sua relação, evidenciando-se uma correlação positiva e significativa entre o compromisso e a satisfação conjugal (Neves & Duarte, 2015).

Num outro estudo que envolveu 163 famílias os resultados sugerem que múltiplos fatores predisseram emoção expressa nas mães, mas também nos pais, sendo os seus

scores bastante semelhantes, correlacionam-se, o que sugere qualidades parentais sobrepostas. Verificou-se, ainda, que existem relações sutis e complexas entre emoção expressa e o funcionamento da familiar, ou seja, conflitos conjugais no puerpério verificam uma elevada emoção expressa entre a mãe e a criança, que não ocorre no pai (Ramchandani, Psychogiou, Netsi & Sethna, 2012)

O mesmo estudo, revela, também, que as mães que demonstravam sintomas depressivos no puerpério tinham parceiros que eram mais críticos em relação ao seu filho de um ano. Assim, um elevado score de emoção expressa materna pode ser um indicador de conflitos e/ou de depressão na relação conjugal, o que não acontece ao nível paterno com filhos até doze meses (Ramchandani, Psychogiou, Netsi & Sethna, 2012).

“Do mesmo modo que os problemas conjugais podem levar ao risco de depressão, a relação conjugal disfuncional também pode ser uma consequência da depressão”, isto é, o comportamento dos indivíduos deprimidos tende a ser adverso a terceiros, o que leva ao mal-estar, discórdia e conflito no casal (Neves & Duarte, 2015, p.333). No estudo destas autoras podemos verificar que há uma correlação negativa entre a satisfação conjugal e os sintomas depressivos.

Note-se que as relações de insatisfação conjugal poderem resultar em situações de conflito, de afastamento psicológico/emocional como a depressão, ou físico como a rutura conjugal ou o divórcio, podendo até agravar e surgir como ameaça psicológica/emocional, física ou sexual, num contexto de violência.

Outra questão comumente mais frequente entre os casais é o choque de papéis conjugais e parentais pois as fronteiras são “frequentemente ténues ou confusas e desencadeiam ciclicamente momentos de mal-estar, conflitos e sofrimentos culpabilizantes” (Sousa, 2006, p.11).

A BSES consiste numa escala que apresenta dois domínios, o técnico e o pensamento interpessoal, sendo que o técnico se relaciona com a parte física, manual e prática da amamentação, enquanto o pensamento pressupõe uma área mais teórica e emocional, integrando o desejo, a motivação e a satisfação da mulher relativamente a todo o processo de amamentação.

Num estudo realizado no Irão, com uma amostra de 384 puérperas, verificou-se que em 77,1% das mulheres manifestaram satisfação conjugal e 58,6% tiveram a função sexual desejada, todavia, não houve associação significativa entre função sexual e parto, idade,

tipo de parto e amamentação, mas houve associação para fatores, como o tempo decorrido após o parto e a primiparidade/multiparidade (Boroumandfar, Rahmati, Farajzadegan, & Hoseini, 2010).

Um estudo da Finlândia, com uma amostra de 97 mulheres e 62 pais/companheiros, revelou que 76% dos casais estavam satisfeitos com o relacionamento conjugal no pós-parto imediato e que, em média, as mães lidaram bem com a amamentação durante o internamento (exceto 19% das mulheres), demonstrando capacidade na interpretação das mensagens do bebê com fome, no auxílio do bebê para uma amamentação eficaz e na avaliação da eficácia da sucção, todavia, revelaram incerteza perante a capacidade de avaliação do bebê sobre a quantidade suficiente de leite para as suas necessidades. Apesar de importante para melhorar a intervenção dos profissionais de saúde no processo de amamentação e apoiar a relação parental/conjugal, o estudo não mostrou uma relação clara entre a satisfação conjugal e a amamentação (Tilli, Kaunonen, Hannula, Halme & Tarkka, 2011).

Num outro estudo de investigação da Finlândia, cuja amostra foram 873 família e, o qual explorou os efeitos dos sintomas depressivos pré-natais e pós-natais de mães e pais e o sofrimento conjugal no início da amamentação e na duração do aleitamento materno exclusivo, verificou-se que, no que concerne à relação conjugal, um maior sofrimento conjugal materno pré-natal está associado com uma maior duração da amamentação materna exclusiva, sendo que este é uma constatação que requer mais investigação (Ahlqvist-Björkroth, Vaarno, Junttila, Pajulo, Räihä, Niinikoski, & Lagström, 2016).

Numa amostra de 208 mulheres assistidas em consulta nos primeiros sessenta dias de puerpério, Abuchaim, Caldeira, Lucca, Varela e Silva (2016), afirma que após o parto a relação conjugal melhorou para 53,06% das mulheres, enquanto 87,75% referem uma relação satisfatória com os seus familiares. Ao nível da BSES, observou-se que 39,9% tinham uma autoeficácia média, 36,06% alta e 24,04% baixa e concluiu-se que não amamentar ou não ter amamentado outros filhos diminui o score da autoeficácia em 20,26 e 7,98 pontos, respetivamente, pelo contrário, a autoeficácia aumenta 14,86 pontos com o aleitamento materno exclusivo.

Na investigação de Vannier, Rosen & Adare (2018), com uma amostra de 120 primíparas, foram avaliados os comportamentos de preocupações sexuais pós-parto, satisfação sexual e satisfação com o relacionamento. Verificou-se que quando as

mulheres referem comportamentos mais estáveis e de maior parceria nas preocupações sexuais pós-parto, ficavam menos satisfeitas sexualmente, por outro lado, quando atribuíam maiores responsabilidades sexuais aos parceiros, ficavam menos satisfeitas com o relacionamento geral. Essas associações permaneceram significativas após o controle de possíveis desafios que também podem afetar a satisfação sexual e de relacionamento durante esse período, como a, amamentação, frequência sexual, sintomas depressivos, fadiga e funcionamento sexual.

PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1 – OPÇÃO METODOLÓGICA

A presente investigação assume um desenho quantitativo, de tipo descritivo e correlacional.

O desenho quantitativo pretende responder a questões que tenham um elemento numérico ou onde se estabeleça uma associação entre duas variáveis (causa e efeito), seguindo-se um processo formal, objetivo, rigoroso e sistemático que deve ser orientado para a descrição de novas situações/eventos ou conceitos, analisar relações entre conceitos e determinar a eficiência de tratamentos (Ellis, 2010; Grove, Gray & Bruns, 2015).

Neste contexto, podemos diferenciar as metodologias quantitativas de acordo com as suas características (Gordis, 2008, como referido por Ellis, 2010):

- Interventivas/Experimentais – pretendem manipular algo (variável independente) para medir o efeito que tal tem sobre um resultado (variável dependente);
- Observacionais – procuram explorar as associações entre uma variável independente de ocorrência natural e uma variável dependente (resultado).

De acordo com Fortin (1996, p.133), “A cada tipo de estudo corresponde um desenho que especifica as atividades que permitirão obter respostas fiáveis às questões de investigação (...) O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação vise descrever variáveis ou grupo de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis (...)”.

O tipo de estudo descritivo serve para obter mais informações sobre as características específicas de determinada área do estudo, facultando uma imagem objetiva da situação. Este, também é usado para desenvolver teorias, identificar problemas ou fazer julgamentos sobre e exercício prático atual, identificar tendências, prevenção de doenças e promoção de saúde em grupos selecionados. No estudo descritivo, nenhuma manipulação de variáveis deve estar presente, todavia, estes diferem em níveis de complexidade, pelo que alguns incluem apenas duas variáveis enquanto outros podem

abranjer múltiplas variáveis que são estudadas ao longo do tempo (Grove, Gray & Bruns, 2015).

No que se refere aos estudos do tipo correlacional, estes preconizam a análise das relações entre variáveis, que se efetua consoante diferentes níveis que correspondem a categorias diferentes. Dos três níveis existentes, o primeiro é o descritivo-correlacional (explora e descreve relações entre variáveis), o segundo é o estudo correlacional propriamente dito e que pode ser explicativo ou preditivo (estabelece a natureza das relações entre as variáveis) e, o terceiro é a verificação de modelos teóricos (determina a adequação entre um modelo teórico e os dados empíricos) (Fortin, 1996).

Assim, Grove, Gray e Bruns (2015), defendem que o objetivo de uma investigação descritivo-correlacional é descrever variáveis e examinar as relações entre essas mesmas variáveis, numa situação passada ou a ocorrer presentemente e, na qual os investigadores não tentam controlar ou manipular a situação em si, ou seja, como nos estudos descritivos, as variáveis devem ser claramente identificadas e definidas conceitualmente e operacionalmente.

2 – OBJETIVOS E VARIÁVEIS EM ESTUDO

Neste capítulo apresentam-se os objetivos do estudo, tendo por base as questões de investigação, e as variáveis em estudo e respetiva operacionalização.

Neste estudo pretende-se analisar a influência da satisfação conjugal na percepção materna da autoeficácia na amamentação. Neste sentido, os objetivos do estudo são:

- Descrever a percepção das mães em relação à autoeficácia na amamentação;
- Descrever a satisfação conjugal das mães durante a amamentação;
- Analisar se a satisfação conjugal tem influência no modo como as mães percebem a autoeficácia na amamentação.

Tendo em conta os objetivos definidos, definiram-se as variáveis em estudo, nomeadamente:

Dados Sociodemográficos

Esta é uma variável de atributo, para caracterização da amostra. As variáveis de atributos, demográficas ou orgânicas consistem nos atributos recolhidos aos sujeitos para descrever a amostra, ou seja, são as características dos sujeitos em estudo. Estas são determinadas em função do estudo, o que serve para descrever ou traçar um perfil dos sujeitos da amostra (Fortin, 1996; Grove, Gray & Bruns (2015).

Neste sentido, consideraram-se neste estudo: idade (avaliada em anos e apresentada em grupos etários); escolaridade (Não sabe ler nem escrever, ensino básico (9º ano), ensino secundário (12º ano), ensino superior (Bacharelato, Licenciatura, Mestrado, Doutoramento); estado civil (solteira, casada/união de facto, divorciada/separada/viúva); tempo de coabitação com cônjuge/companheiro (1 ano, entre 1 e 5 anos, mais de 5 anos); número de filhos/as (1 filho/a, 2 ou mais filhos/as); tempo de amamentação (1, 2, 3, 4, 5, 6 meses); situação profissional da participante e cônjuge/companheiro (desempregada/o, trabalha por conta de outrem, trabalha por conta própria, outra); habitação (própria, alugada, emprestada/partilhada, outra); renda familiar mensal

(menos de 500€, entre 500€ e 1000€, entre 1001€ e 1500€, mais de 1500€), quem mais contribui para as despesas mensais da família (participante, cônjuge/companheiro, outro).

Satisfação Conjugal

A variável independente também chamada de explicativa, de intervenção ou tratamento, é uma ação ou intervenção manipulada pelo investigador de forma a produzir um efeito sobre a variável dependente. Esta, por sua vez, é o comportamento, a resposta ou o resultado que o investigador pretende prever ou explicar e cujas mudanças são, então, presumidamente originadas pela variável independente (Fortin, 1996; Grove, Gray & Bruns, 2015).

Neste estudo, a *Satisfação Conjugal* é a variável independente, a qual foi medida através da *Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas Conjugais (EASAVIC)* de Narciso e Costa (1996), a qual é composta por 44 itens que se subdividem em duas grandes áreas da vida conjugal: Funcionamento Conjugal (FC) e Amor (AMO).

Cada uma destas áreas é composta por cinco dimensões. A área FC é constituída por 18 itens e apresenta as seguintes dimensões: Funções Familiares (FF – itens 1, 2, 3 e 4), Tempos Livres (TL – itens 5 e 6), Autonomia (AUT – itens 10 e 11), Relações Extrafamiliares (REF – itens 7, 8, 9, 12 e 13) e Comunicação e Conflitos (CC – itens 14, 15, 16, 17 e 18).

A área AMO é constituída por 26 itens e apresenta as seguintes dimensões: Sentimentos e Expressão de Sentimentos (SES – itens 19, 20, 21, 22, 33 e 34), Sexualidade (SEX – itens 23, 24, 25, 26, 27 e 28), Intimidade Emocional (IE – itens 29, 30, 31, 32, 35, 36 e 37), Continuidade (C – itens 38, 39 e 40) e Características Físicas e Psicológicas (CFP – itens 41, 42, 43 e 44).

Dos 44 itens, 16 estão direcionados para a vida de casal (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 14, 15, 16, 17, 18, 25, 28, 35 e 38), 14 representam a perspetiva do respondente (9, 10, 12, 19, 21, 23, 26, 29, 31, 33, 36, 39, 41 e 43) e nos restantes (14) o foco é colocado no outro membro do casal (8, 11, 13, 20, 22, 24, 27, 30, 32, 34, 37, 40, 42 e 44).

O formato de resposta é do tipo Likert de seis pontos onde é manifestada a satisfação ou insatisfação com a vida conjugal. As possibilidades de resposta são: 1 – Nada Satisfeita;

2 – Pouco Satisfeita; 3 – Razoavelmente Satisfeita; 4 – Satisfeita; 5 – Muito Satisfeita; 6 – Completamente satisfeita.

Na área do FC: a dimensão FF varia entre 4 e 24 pontos, a dimensão TL varia entre 2 e 12 pontos, a dimensão AUT varia entre 2 e 12 pontos, a dimensão REF varia entre 5 e 30 pontos, e a dimensão CC varia entre 5 e 30 pontos.

Na área do AMO: a dimensão SES varia entre 6 e 36 pontos, a dimensão SEX varia entre 6 e 36 pontos, a dimensão IE varia entre 7 e 42 pontos, a dimensão C varia entre 3 e 18 pontos, e a dimensão CFP varia entre 4 e 24 pontos.

Assim verifica-se que, quanto maior forem os valores em cada dimensão, maior será o nível de satisfação conjugal.

Autoeficácia na Amamentação

A *Autoeficácia na Amamentação* é, neste estudo, a variável dependente e foi medida através da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form (BSES-SF)* (Dennis, 2003), na sua versão portuguesa de Santo e Bárcia (2009). É um instrumento de auto-preenchimento composto por 14 itens destinados a avaliar a confiança das mães na amamentação. A escala divide-se em dois domínios: o *domínio técnico* composto por 8 itens (1,3,4,6,11,12,13,14), o qual é definido como a ação física que a mulher/mãe realiza, ou representa as tarefas necessárias para o sucesso da amamentação, e o *domínio interpessoal* composto por 6 itens (2,5,7,8,9,10), o qual integra os pensamentos interpessoais maternos, ou seja, a perceção das mães sobre a amamentação, o que inclui atitudes e crenças relacionadas com uma bem-sucedida experiência de amamentação.

O formato de resposta na BSES-SF é do tipo Likert de cinco pontos onde é manifestado um grau crescente do nível de confiança, corresponde, assim: 1 – Nada confiante; 2 – Pouco confiante; 3 – Às vezes confiante; 4 – Confiante; 5 – Muito confiante. Todos os itens são apresentados de uma forma positiva e no final os resultados são todos somados.

Neste contexto, resultados mais elevados correspondem a níveis mais elevados de autoeficácia na amamentação, ou seja, para a BSFS-SF o *score* da escala de autoeficácia na amamentação varia de 14 a 70 pontos. Assim, considera-se: Baixa eficácia/confiança – pontuações entre os 14 e 32 pontos; Média eficácia/confiança – pontuações entre os

33 e 51 pontos; Alta eficácia/confiança – pontuações entre os 52 e 70 pontos (Souza, & Fernandes, 2014).

3 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo deste estudo foram mulheres que estivessem a amamentar, até um limite de 6 meses, atendendo a que o aleitamento materno exclusivo deverá ser até aos 6 meses de vida do lactente. Depois desta idade, com a introdução de novos alimentos, altera-se o padrão de amamentação. Por outro lado, a população alvo deveria viver numa situação relacional de conjugalidade com o companheiro, há pelo menos um ano. Excluíram-se do estudo adolescentes, considerando que poderia ser um grupo etário com alguma instabilidade na relação conjugal e que isso poderia criar algum viés ao estudo.

A estratégia de amostragem usada na presente investigação é do tipo não probabilístico e de conveniência. A amostra foi obtida pelo método bola de neve (*snowball*), incluindo as mulheres que aceitaram participar no estudo, através da resposta a questionário digital divulgado nas redes sociais. A participação no estudo decorreu no período compreendido entre Agosto e Setembro de 2018.

A amostra deste estudo é composta por 198 mulheres que cumpriam os critérios de seleção definidos. Relativamente ao tempo de amamentação pode verificar-se na tabela 1 que 19,7% amamentava há 3 meses, 18,7% amamentava há 1 mês, 18,2% amamentava há 4 meses, 17,2% amamentava há 5 meses, 16,7% amamentava há 2 meses e 9,6% amamentava há 6 meses. O tempo de amamentação médio é de 3,27 meses, com um desvio padrão de 1,61.

Tabela 1 – Distribuição das participantes em função do tempo de amamentação

Tempo de Amamentação	Frequência (N)	Percentagem (%)
1 mês	37	18,7
2 meses	33	16,7
3 meses	39	19,7
4 meses	36	18,2
5 meses	34	17,2
6 meses	19	9,6
Total	198	100,0

A idade das mulheres participantes no estudo apresenta uma média de 32,47 anos e um desvio padrão de 4,05, sendo que a idade mínima foi de 22 anos e a máxima de 48 anos. Pode verificar-se na tabela 2 que o grupo etário predominante foi a dos 29-35 anos de idade com 62,1% da amostra, seguido do grupo etário ≥ 36 anos com 22,2% e do grupo etário dos 22-28 anos com 15,7%.

Tabela 2 – Distribuição das participantes em função do grupo etário

Grupo Etário	Frequência (N)	Percentagem (%)
22 – 28 anos	31	15,7
29 – 35 anos	123	62,1
≥ 36 anos	44	22,2
Total	198	100,0

No que concerne à escolaridade, pode verificar-se na tabela 3 que a maior percentagem (80,3%) das participantes no estudo tem o ensino superior, 18,2% tem o ensino secundário e 1,5% tem o ensino básico.

Tabela 3 – Distribuição das participantes em função da escolaridade

Escolaridade	Frequência (N)	Percentagem (%)
Não sabe ler nem escrever	0	0,0
Ensino básico (9º ano)	3	1,5
Ensino secundário (12º ano)	36	18,2
Ensino superior (bacharelato, licenciatura, mestrado, doutoramento)	159	80,3
Total	198	100,0

Na tabela 4 pode verificar-se que, relativamente ao estado civil, quase a totalidade das mulheres se encontrava casada ou em união de facto (94,4%), sendo apenas 4,5% solteira e 1% divorciada, separada ou viúva.

Tabela 4 – Distribuição das participantes em função do estado civil

Estado Civil	Frequência (N)	Percentagem (%)
Divorciada/Separada/Viúva	2	1,0
Solteira	9	4,5
União de Facto/Casada	187	94,4
Total	198	100,0

No que se refere ao tempo de coabitação (tabela 5) pode verificar-se que maioritariamente coabitavam há mais de um ano com o atual companheiro. 42,4% das mulheres coabitavam com o companheiro entre 1 e 5 anos, e mais de metade da amostra, ou seja, 55,1% referiram coabitar com o companheiro há mais de 5 anos. Apenas 2,5% da amostra referiu 1 ano de tempo de coabitação com o companheiro.

Tabela 5 – Distribuição das participantes em função do tempo de coabitação

Tempo de Coabitação	Frequência (N)	Percentagem (%)
Há 1 ano	5	2,5
Entre 1 e 5 anos	84	42,4
Mais de 5 anos	109	55,1
Total	198	100,0

Observando a tabela 6 referente ao número de filhos verifica-se que a maioria da amostra (65,2%) referiu ter 1 filho/a e 34,8% referiram ter 2 ou mais filhos/as.

Tabela 6 – Distribuição das participantes em função do nº de filhos

Nº de filhos	Frequência (N)	Percentagem (%)
1 filho/a	129	65,2
2 ou mais filhos/as	69	34,8
Total	198	100,0

Relativamente à situação profissional da amostra, pode ser verificado, pela análise da tabela 7 que a maior parte das mulheres se encontravam a trabalhar, seja por conta de outrem (83,3%), seja por conta própria (6,1%). Referiram estar desempregadas 8,1%, e numa outra situação profissional 2,5%.

Tabela 7 – Distribuição das participantes em função da situação profissional

Situação Profissional	Frequência (N)	Percentagem (%)
Desempregada	16	8,1
Trabalha por conta de outrem	165	83,3
Trabalha por conta própria	12	6,1
Outra	5	2,5
Total	198	100,0

Como se pode verificar na tabela 8, a maioria das mulheres da amostra referiram que a situação profissional do seu companheiro era encontrar-se a trabalhar, seja por conta de outrem (87,4%), seja por conta própria (12,1%), sendo que apenas 0,5% se encontrava numa situação de desemprego.

Tabela 8 – Distribuição das participantes em função da situação profissional do companheiro

Situação Profissional do Companheiro	Frequência (N)	Percentagem (%)
Desempregado	1	0,5
Trabalha por conta de outrem	173	87,4
Trabalha por conta própria	24	12,1
Outra	0	0,0
Total	198	100,0

No que se refere à habitação, podemos verificar na tabela 9 que mais de metade da amostra (65,2%) referiu ter habitação própria, 26,3% referiu ter habitação alugada, 7,1% referiu viver em casa emprestada/partilhada e 1,5% numa outra situação habitacional.

Tabela 9 – Distribuição das participantes em função da habitação

Habitação	Frequência (N)	Percentagem (%)
Alugada	52	26,3
Emprestada/Partilhada	14	7,1
Própria	129	65,2
Outra	3	1,5
Total	198	100,0

Relativamente à renda familiar mensal podemos verificar, pela análise da tabela 10, que quase um quarto das participantes (22,7%) referiram não dispor de um salário mínimo completo (em Portugal, um salário mínimo equivale a cerca de 580€ mensais) para as despesas mensais. Por outro lado, no outro extremo, quase metade das participantes (47,5%) referiram dispor de mais de três salários mínimos. No intermédio temos 13,1% das participantes que referiram dispor entre os 500 e os 1000€, e 16,7% entre os 1001 e os 1500€ de renda familiar mensal para as despesas do dia-a-dia (tabela 10).

Tabela 10 – Distribuição das participantes em função da renda familiar mensal

Renda Familiar Mensal	Frequência (N)	Percentagem (%)
Menos 500€	45	22,7
Entre 500 e 1000€	26	13,1
Entre 1001 e 1500€	33	16,7
Mais de 1500€	94	47,5
Total	198	100,0

Por fim, na tabela 11, pode verificar-se que quem tinha o maior contributo nas despesas familiares era maioritariamente o cônjuge/companheiro (60,1%), contudo, em 35,4% da amostra, mais de um terço, eram as participantes as que maioritariamente contribuíam para as despesas familiares. Em 4,5% dos casos, o maior contributo, não provinha do casal mas sim de terceiros.

Tabela 11 – Distribuição das participantes em função do maior contributo nas despesas familiares

Maiores Contributo nas Despesas Familiares	Frequência (N)	Percentagem (%)
Participante	70	35,4
Cônjuge/Companheiro	119	60,1
Outro	9	4,5
Total	198	100,0

4 – MÉTODO DE COLHEITA DE DADOS

Para a recolha de dados foi usado um questionário digital, através de uma ferramenta de *software*, nomeadamente a plataforma de *Formulários do Google*. A decisão desta escolha prendeu-se, com a necessidade de obter uma acessibilidade rápida à população, atendendo à limitação de tempo para a realização do estudo.

O questionário (Apêndice I) continha uma parte inicial com informação sobre o estudo, critérios de participação e apelo à colaboração voluntária no estudo. As questões foram organizadas em três partes, sendo a primeira parte constituída por questões relativas à caracterização sociodemográfica da amostra, a segunda parte constituída pelas questões da *BSES-SF*, e a terceira parte engloba a avaliação da satisfação conjugal através da *EASAVIC*.

Este questionário digital foi submetido a um pré-teste, no sentido de se verificar a compreensão, a duração e o funcionamento da ferramenta de *software*. Depois dos acertos em termos de formatação, foi divulgado massivamente o *link* de acesso ao questionário, através de contactos pessoais da investigadora e nas redes sociais, nomeadamente em grupos do *Facebook*.

5 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Foram desenvolvidas as iniciativas necessárias, para garantir a salvaguarda dos princípios éticos, numa investigação científica. Assim, obtiveram-se as devidas autorizações, junto dos autores das escalas usadas, para uso das mesmas no estudo (Anexo I).

Atendendo ao formato digital do questionário, foi providenciado o Consentimento Informado (Apêndice II) organizando um conjunto de informação prévia ao seu preenchimento, garantindo a salvaguarda do anonimato não solicitando o nome ou qualquer outro dado que identificasse as participantes, garantindo a autonomia e participação voluntária, assim como a gratuidade e a possibilidade de abandono da participação no estudo em qualquer momento sem qualquer penalização. A aceitação da mulher, em colaborar no preenchimento do questionário, pressupunha a leitura da informação prévia disponibilizada e o respetivo consentimento. Foi garantida a confidencialidade dos dados recolhidos os quais apenas seriam utilizados exclusivamente nesta investigação. Foi facultado o contacto da investigadora para que, depois da investigação e em caso de interesse das participantes, estas pudessem ter acesso aos resultados do estudo.

No sentido de garantir a salvaguarda de todos os aspetos éticos relativos à investigação, foi solicitada apreciação ao projeto da investigação à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Obteve-se o parecer positivo em 25 de Julho de 2018 (Anexo II).

6 – ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram armazenados e organizados diretamente da plataforma de *Formulários do Google*, para o *Microsoft Excel*, o que permite minimizar os erros de digitação. De seguida foram exportados para o programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* – versão 23.

Para caracterizar a perceção das mães em relação à autoeficácia na amamentação apresentam-se os dados em tabelas de frequência de acordo com cada item da escala, relativamente ao grau de confiança geral, ao grau de confiança do domínio técnico e ao grau de confiança do domínio interpessoal.

Para a caracterização da satisfação conjugal das mães durante a amamentação, apresentam-se os dados em tabelas de frequência relativamente à média dos pontos por cada dimensão.

Foi também utilizada estatística descritiva, nomeadamente Medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão, o valor máximo e mínimo).

Foi usado o coeficiente de correlação de Pearson, para medir o grau de correlação (e a direção dessa correlação – se positiva ou negativa) entre a variável dependente e independente. De acordo com Grove, Gray e Bruns (2015), o teste de correlação de Pearson consiste numa técnica de análise inferencial calculada para determinar relações entre variáveis, sendo que a correlação bivariada avalia a amplitude da relação entre duas variáveis. Regra geral, os dados são obtidos de uma única amostra e os itens das duas variáveis examinadas devem estar disponíveis para cada sujeito no conjunto de dados.

O resultado do teste de correlação de Pearson é um coeficiente de correlação (r) com um valor entre -1 e +1, cujo r indica o grau de relacionamento entre as duas variáveis. Um valor de 0 indica nenhum relacionamento. Um valor de $r = -1$ indica uma correlação negativa (inversa) perfeita, enquanto um valor de $r = 1$ indica um relacionamento positivo perfeito. Assim, numa relação negativa, a pontuação elevada de uma variável é associada a uma pontuação baixa na outra variável e, numa relação

positiva, verifica-se que ambas as variáveis têm pontuações altas ou ambas tem pontuações baixas (ou seja, neste caso, as variáveis variam ou mudam na mesma direção, aumentando ou diminuindo juntas) (Grove, 2007, como referido por Grove, Gray & Bruns, 2015).

PARTE III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

1 – PERCEÇÃO MATERNA EM RELAÇÃO À AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO

Neste capítulo apresentam-se as tabelas de frequência com os dados relativos à percepção, das mulheres que participaram no estudo, acerca da autoeficácia na amamentação.

Na tabela 12 relativa ao grau de confiança sobre conseguir perceber se o seu bebé está a receber leite suficiente, verifica-se que mais de metade das mães referiram sentir-se *confiante* (46,5%) ou *muito confiante* (24,2%), 22,2% sentiam-se *às vezes confiante*, 5,6% *pouco confiante* e 1,5% responderam sentir-se *nada confiante*.

Tabela 12 – Grau de confiança sobre conseguir perceber se o seu bebé está a receber leite suficiente

	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
1. Nada confiante	3	1,5	1,5	1,5
2. Pouco confiante	11	5,6	5,6	7,1
3. Às vezes confiante	44	22,2	22,2	29,3
4. Confiante	92	46,5	46,5	75,8
5. Muito confiante	49	24,2	24,2	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Relativamente ao grau de confiança sobre conseguir lidar com sucesso com a amamentação, tal como com outras tarefas desafiantes, verifica-se na tabela 13 que a maioria das mães referiu sentir-se *confiante* (44,9%) e 14,6% *muito confiante*. Referiram sentir-se *às vezes confiante* 30,3% das inquiridas, com 8,1% a referir sentir-se *pouco confiante* e 2,0% *nada confiante*.

Tabela 13 – Grau de confiança sobre conseguir lidar com sucesso com a amamentação, tal como com outras tarefas desafiantes

	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
1. Nada confiante	4	2,0	2,0	2,0
2. Pouco confiante	16	8,1	8,1	10,1
3. Às vezes confiante	60	30,3	30,3	40,4
4. Confiante	89	44,9	44,9	85,4
5. Muito confiante	29	14,6	14,6	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Na tabela 14 referente ao grau de confiança materna sobre conseguir amamentar o seu bebé sem ser necessário dar-lhe complemento, verifica-se que mais de metade das mães (59,6%) referiu sentir-se *muito confiante*, 21,7% referiu sentir-se *confiante*. Referiram sentir-se *às vezes confiante* 7,1%, assim como 7,1% referiram sentir-se *nada confiante* e 4,5% *pouco confiante*.

Tabela 14 – Grau de confiança sobre conseguir amamentar o seu bebé sem ser necessário dar-lhe complemento

	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
1. Nada confiante	14	7,1	7,1	7,1
2. Pouco confiante	9	4,5	4,5	11,6
3. Às vezes confiante	14	7,1	7,1	18,7
4. Confiante	43	21,7	21,7	40,4
5. Muito confiante	118	59,6	59,6	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Quanto ao grau de confiança sobre conseguir garantir se o seu bebé faz uma boa pega durante toda a mamada, pode verificar-se na tabela 15 que 38,9% das mães referiram sentir-se *muito confiante*, 34,3% referiram sentir-se *confiante*, 16,7% sentir-se *às vezes confiante*, 6,1% referiram sentir-se *pouco confiante* e 4,0% *nada confiante*.

Tabela 15 – Grau de confiança sobre conseguir garantir se o seu bebé faz uma boa pega durante toda a mamada

	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
1. Nada confiante	8	4,0	4,0	4,0
2. Pouco confiante	12	6,1	6,1	10,1
3. Às vezes confiante	33	16,7	16,7	26,8
4. Confiante	68	34,3	34,3	61,1
5. Muito confiante	77	38,9	38,9	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Na tabela 16 referente ao grau de confiança sobre conseguir gerir de forma satisfatória a amamentação verifica-se que a maioria das mães (40,9%) referiram sentir-se *confiante* e 27,3% *muito confiante*. As restantes participantes referiram sentir-se *às vezes confiante* (24,2%), sentir-se *pouco confiante* (4,5%) e *nada confiante* (3,0%).

Tabela 16 – Grau de confiança sobre conseguir gerir de forma satisfatória a amamentação

	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
1. Nada confiante	6	3,0	3,0	3,0
2. Pouco confiante	9	4,5	4,5	7,6
3. Às vezes confiante	48	24,2	24,2	31,8
4. Confiante	81	40,9	40,9	72,7
5. Muito confiante	54	27,3	27,3	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Sobre o grau de confiança sobre conseguir gerir a amamentação mesmo que o seu bebé esteja a chorar, pode verificar-se na tabela 17 que, 45,5% das mães referiram sentir-se *confiante* e 18,2% *muito confiante*, sentir-se *às vezes confiante* 25,3%, sentir-se *pouco confiante* 7,1% e *nada confiante* 4,0%.

Tabela 17 – Grau de confiança sobre conseguir gerir a amamentação mesmo que o seu bebé esteja a chorar

	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
1. Nada confiante	8	4,0	4,0	4,0
2. Pouco confiante	14	7,1	7,1	11,1
3. Às vezes confiante	50	25,3	25,3	36,4
4. Confiante	90	45,5	45,5	81,8
5. Muito confiante	36	18,2	18,2	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Na tabela 18 referente ao grau de confiança materna sobre poder continuar a desejar amamentar, pode verificar-se que 50,5% das mães referiram sentir-se *muito confiante*, 30,8% referiram sentir-se *confiante*, 14,6% referiram sentir-se *às vezes confiante*, 2,5% *nada confiante* e apenas 1,5% referiram sentir-se *pouco confiante*.

Tabela 18 – Grau de confiança sobre poder continuar a desejar amamentar

	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
1. Nada confiante	5	2,5	2,5	2,5
2. Pouco confiante	3	1,5	1,5	4,0
3. Às vezes confiante	29	14,6	14,6	18,7
4. Confiante	61	30,8	30,8	49,5
5. Muito confiante	100	50,5	50,5	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Pela análise da tabela 19 referente ao grau de confiança materna sobre conseguir sentir-se à vontade a amamentar o seu bebé quando estão presentes outros membros da família, pode verificar-se que a maioria (40,4%) respondeu sentir-se *muito confiante*, seguindo-se 26,3% das mães que referiram sentir-se *confiante* e 18,7% sentir-se *às vezes confiante*. Referiram sentir-se *pouco confiante* 8,6% das mães e 6,1% sentir-se *nada confiante*.

Tabela 19 – Grau de confiança sobre conseguir sentir-se à vontade a amamentar o seu bebé quando estão presentes outros membros da família

	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
1. Nada confiante	12	6,1	6,1	6,1
2. Pouco confiante	17	8,6	8,6	14,6
3. Às vezes confiante	37	18,7	18,7	33,3
4. Confiante	52	26,3	26,3	59,6
5. Muito confiante	80	40,4	40,4	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Relativamente ao grau de confiança das mães participantes no estudo sobre conseguir sentir-se satisfeita com a sua experiência de amamentar, pode verificar-se nos dados apresentados na tabela 20 que a maioria das mães (43,4%) referiram sentir-se *muito confiante*, 33,3% sentir-se *confiante* e 15,7% sentir-se *às vezes confiante*. Apenas 4,0% das mães referiram sentir-se *pouco confiante* e 3,5% sentir-se *nada confiante*.

Tabela 20 – Grau de confiança sobre conseguir sentir-se satisfeita com a sua experiência de amamentar

	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
1. Nada confiante	7	3,5	3,5	3,5
2. Pouco confiante	8	4,0	4,0	7,6
3. Às vezes confiante	31	15,7	15,7	23,2
4. Confiante	66	33,3	33,3	56,6
5. Muito confiante	86	43,4	43,4	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Na tabela 21 relativa ao grau de confiança das mães sobre conseguir lidar bem com o facto de a amamentação poder consumir tempo pode verificar-se que, a maioria (43,9%) respondeu sentir-se *confiante*, 32,3% referiram sentir-se *muito confiante* e 17,7% sentir-se *às vezes confiante*. Apenas uma minoria referiram sentir-se *pouco confiante* (3,0%) e *nada confiante* (3,0%).

Tabela 21 – Grau de confiança sobre conseguir lidar bem com o facto de a amamentação poder consumir tempo

	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
1. Nada confiante	6	3,0	3,0	3,0
2. Pouco confiante	6	3,0	3,0	6,1
3. Às vezes confiante	35	17,7	17,7	23,7
4. Confiante	87	43,9	43,9	67,7
5. Muito confiante	64	32,3	32,3	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Na tabela 22, acerca do grau de confiança das mães sobre conseguir amamentar o seu bebé esvaziando uma mama antes de passar para a outra mama, pode verificar-se que 10,1% referiu sentir-se *pouco confiante* e 3,5% *nada confiante*. As mães que responderam sentir-se *confiante* foram a maioria (33,3%), seguidas das que responderam sentir-se *muito confiante* (29,8%) e sentir-se *às vezes confiante* (23,1%).

Tabela 22 – Grau de confiança sobre conseguir amamentar o seu bebé esvaziando uma mama antes de passar para a outra mama

	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
1. Nada confiante	7	3,5	3,5	3,5
2. Pouco confiante	20	10,1	10,1	13,6
3. Às vezes confiante	46	23,1	23,1	36,9
4. Confiante	66	33,3	33,3	70,2
5. Muito confiante	59	29,8	29,8	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Relativamente ao grau de confiança materna, sobre conseguir continuar a amamentar o seu bebé em todas as mamadas, verifica-se na tabela 23 que a maioria das participantes responderam sentir-se *muito confiante* (50,5%), seguidas das que responderam sentir-se *confiante* (32,3%) e sentir-se *às vezes confiante* (12,1%). Apenas uma minoria das mães responderam sentir-se *pouco confiante* (2,5%) e *nada confiante* (2,5%).

Tabela 23 – Grau de confiança sobre conseguir continuar a amamentar o seu bebé em todas as mamadas

	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
1. Nada confiante	5	2,5	2,5	2,5
2. Pouco confiante	5	2,5	2,5	5,1
3. Às vezes confiante	24	12,1	12,1	17,2
4. Confiante	64	32,3	32,3	49,5
5. Muito confiante	100	50,5	50,5	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Na tabela 24, relativa ao grau de confiança sobre conseguir amamentar o seu bebé quando ele pede, pode verificar-se que a maioria das mães responderam sentir-se *muito confiante* (55,1%) e *confiante* (33,3%). Responderam sentir-se *às vezes confiante* 8,1% das mães, sentir-se *nada confiante* 2,5% e apenas 1,0% das mães referiram sentir-se *pouco confiante*.

Tabela 24 – Grau de confiança sobre conseguir amamentar o seu bebé quando ele pede

	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
1. Nada confiante	5	2,5	2,5	2,5
2. Pouco confiante	2	1,0	1,0	3,5
3. Às vezes confiante	16	8,1	8,1	11,6
4. Confiante	66	33,3	33,3	44,9
5. Muito confiante	109	55,1	55,1	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Referente ao grau de confiança materna sobre conseguir identificar quando é que o seu bebé acabou de mamar, verifica-se na tabela 25 que a maioria das mães referiram sentir-se *confiante* (37,9%) e *muito confiante* (34,3%). Referiram sentir-se *às vezes confiante* 19,7% das mães, seguidas das que responderam sentir-se *pouco confiante* (4,5%) e sentir-se *nada confiante* (3,5%).

Tabela 25 – Grau de confiança sobre conseguir identificar quando é que o seu bebé acabou de mamar

	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
1. Nada confiante	7	3,5	3,5	3,5
2. Pouco confiante	9	4,5	4,5	8,1
3. Às vezes confiante	39	19,7	19,7	27,8
4. Confiante	75	37,9	37,9	65,7
5. Muito confiante	68	34,3	34,3	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Nos catorze itens referentes à BSES-SF verificou-se que a média do grau de confiança ficou nos 55,75% que representa um valor de alta eficácia/confiança. O desvio padrão foi de 10,326, para valores enquadrados entre 14 de mínimo e 70 de máximo.

Na tabela 26 apresenta-se a distribuição do grau de confiança materna geral relativa à BSES-SF. Pode verificar-se que a maioria das mães participantes no estudo revelou um grau de *alta eficácia/confiança* (72,2%), seguidas das que revelaram um grau de *média eficácia/confiança* (24,7%) e das que revelaram um grau de *baixa eficácia/confiança* (3,0%), na amamentação.

Tabela 26 – Grau de confiança geral da BSES-SF

	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Baixa eficácia/confiança	6	3,0	3,0	3,0
Média eficácia/confiança	49	24,7	24,7	27,8
Alta eficácia/confiança	143	72,2	72,2	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Relativamente ao grau de confiança do domínio técnico da BSES-SF, pode verificar-se na tabela 27 que a maioria das participantes referiu sentir-se *confiante/muito confiante* (97,0%) neste domínio, enquanto 3,0% referiram sentir-se *nada confiante/pouco confiante/às vezes confiante*.

Tabela 27 – Grau de confiança no domínio técnico da BSES-SF

	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Nada confiante/pouco confiante/às vezes confiante	6	3,0	3,0	3,0
Confiante/muito confiante	192	97,0	97,0	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Relativamente ao grau de confiança do domínio interpessoal da BSES-SF, pode verificar-se na tabela 28 que a maioria das participantes referiu *sentir-se confiante/muito confiante* (86,4%) neste domínio e que, 13,6% referiram sentir-se se *nada confiante/pouco confiante/às vezes confiante* neste domínio.

Tabela 28 – Grau de confiança no domínio interpessoal da BSES-SF

	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Nada confiante/pouco confiante/às vezes confiante	27	13,6	13,6	13,6
Confiante/muito confiante	171	86,4	86,4	100,0
Total	198	100,0	100,0	

2 – SATISFAÇÃO CONJUGAL DAS MÃES DURANTE A AMAMENTAÇÃO

Neste capítulo apresentam-se as tabelas de frequência com os dados relativos ao grau de satisfação conjugal durante o período da amamentação, referente às dez dimensões da escala EASAVIC, das quais cinco são relacionadas com o Funcionamento Conjugal (FC) e cinco com o Amor (AMO).

Na tabela 29 referente à satisfação das mães relativamente à dimensão Funções Familiares, verifica-se que 87,4% das mães referiram estar *satisfeita/muito satisfeita/completamente satisfeita* e 12,6% referiram estar *nada satisfeita/pouco satisfeita/razoavelmente satisfeita*.

Tabela 29 – Satisfação das mães relativamente à dimensão Funções Familiares (FC)

	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Nada satisfeita/pouco satisfeita/ razoavelmente satisfeita	25	12,6	12,6	12,6
Satisfeita/muito satisfeita/ completamente satisfeita	173	87,4	87,4	100,0
Total	198	100,0	100,0	

A satisfação das mães relativamente à dimensão Tempos Livres pode verificar-se na tabela 30, destas, 66,7% das mães referiram estar *satisfeita/muito satisfeita/completamente satisfeita* e 33,3% referiram estar *nada satisfeita/pouco satisfeita/razoavelmente satisfeita*.

Tabela 30 – Satisfação das mães relativamente à dimensão Tempos Livres (FC)

	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Nada satisfeita/pouco satisfeita/ razoavelmente satisfeita	66	33,3	33,3	33,3
Satisfeita/muito satisfeita/ completamente satisfeita	132	66,7	66,7	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Na tabela 31 que se segue, referente à satisfação das mães relativamente à dimensão Autonomia e Privacidade, pode verificar-se que 18,2% das participantes referiram sentir-se *nada satisfeita/pouco satisfeita/razoavelmente satisfeita* e que 81,8% referiram sentir-se *satisfeita/muito satisfeita/completamente satisfeita*.

Tabela 31 – Satisfação das mães relativamente à dimensão Autonomia e Privacidade (FC)

	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Nada satisfeita/pouco satisfeita/ razoavelmente satisfeita	36	18,2	18,2	18,2
Satisfeita/muito satisfeita/ completamente satisfeita	162	81,8	81,8	100,0
Total	198	100,0	100,0	

No que se refere à satisfação das mães relativamente à dimensão Relações Extrafamiliares, pode verificar-se pela análise da tabela 32 que quase a totalidade das mães (91,9%) referiram sentir-se *satisfeita/muito satisfeita/completamente satisfeita*, enquanto apenas 8,1% referiram sentir-se *nada satisfeita/pouco satisfeita/razoavelmente satisfeita*.

Tabela 32 – Satisfação das mães relativamente à dimensão das Relações Extrafamiliares (FC)

	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Nada satisfeita/pouco satisfeita/ razoavelmente satisfeita	16	8,1	8,1	8,1
Satisfeita/muito satisfeita/ completamente satisfeita	182	91,9	91,9	100,0
Total	198	100,0	100,0	

No que respeita à satisfação das mães relativamente à dimensão Comunicação e Conflitos, pode verificar-se na tabela 33 que a maioria das mães (86,4%) referiram sentir-se *satisfeita/muito satisfeita/completamente satisfeita* e as restantes 13,6% referiram sentir-se *nada satisfeita/pouco satisfeita/razoavelmente satisfeita*.

Tabela 33 – Satisfação das mães relativamente à dimensão Comunicação e Conflitos (FC)

	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Nada satisfeita/pouco satisfeita/ razoavelmente satisfeita	27	13,6	13,6	13,6
Satisfeita/muito satisfeita/ completamente satisfeita	171	86,4	86,4	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Na tabela 34, referente à satisfação das mães relativamente à dimensão Sentimentos e Expressão de Sentimentos, pode verificar-se que quase a totalidade das mães (90,9%) referiram sentir-se *satisfeita/muito satisfeita/completamente satisfeita* e as restantes 9,1% referiram sentir-se *nada satisfeita/pouco satisfeita/razoavelmente satisfeita*.

Tabela 34 – Satisfação das mães relativamente à dimensão Sentimentos e Expressão de Sentimento (AMO)

	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Nada satisfeita/pouco satisfeita/ razoavelmente satisfeita	18	9,1	9,1	9,1
Satisfeita/muito satisfeita/ completamente satisfeita	180	90,9	90,9	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Na tabela 35, referente à satisfação das mães relativamente à dimensão Sexualidade, pode verificar-se que a maioria (82,3%) referiram sentir-se *satisfeita/muito satisfeita/completamente satisfeita*, enquanto as restantes (17,7%) referiram sentir-se *nada satisfeita/pouco satisfeita/razoavelmente satisfeita*.

Tabela 35 – Satisfação das mães relativamente à dimensão Sexualidade (AMO)

	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Nada satisfeita/pouco satisfeita/ razoavelmente satisfeita	35	17,7	17,7	17,7
Satisfeita/muito satisfeita/ completamente satisfeita	163	82,3	82,3	100,0
Total	198	100,0	100,0	

No que concerne à satisfação das mães relativamente à dimensão Intimidade Emocional, pode verificar-se pela tabela 36 que 9,6% das mães responderam sentir-se *nada satisfeita/pouco satisfeita/razoavelmente satisfeita*, sendo que as restantes (90,4%) referiram sentir-se *satisfeita/muito satisfeita/completamente satisfeita*.

Tabela 36 – Satisfação das mães relativamente à dimensão Intimidade Emocional (AMO)

	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Nada satisfeita/pouco satisfeita/ razoavelmente satisfeita	19	9,6	9,6	9,6
Satisfeita/muito satisfeita/ completamente satisfeita	179	90,4	90,4	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Na tabela 37 que se segue, sobre a satisfação das mães relativamente à dimensão Continuidade da Relação, pode verificar-se que 89,9% das mães responderam sentir-se *satisfeita/muito satisfeita/completamente satisfeita*, todavia, as outras 10,1% referiram sentir-se *nada satisfeita/pouco satisfeita/razoavelmente satisfeita*.

Tabela 37 – Satisfação das mães relativamente à dimensão Continuidade da Relação (AMO)

	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Nada satisfeita/pouco satisfeita/ razoavelmente satisfeita	20	10,1	10,1	10,1
Satisfeita/muito satisfeita/ completamente satisfeita	178	89,9	89,9	100,0
Total	198	100,0	100,0	

No que diz respeito à satisfação das mães relativamente à dimensão Características Físicas e Psicológicas, pode verificar-se na tabela 38 que a maioria (91,4%) responderam sentir-se *satisfeita/muito satisfeita/completamente satisfeita*, por outro lado 8,6% referiram sentir-se *nada satisfeita/pouco satisfeita/razoavelmente satisfeita*.

Tabela 38 – Satisfação das mães relativamente à dimensão Características Físicas e Psicológicas (AMO)

	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Nada satisfeita/pouco satisfeita/ razoavelmente satisfeita	17	8,6	8,6	8,6
Satisfeita/muito satisfeita/ completamente satisfeita	181	91,4	91,4	100,0
Total	198	100,0	100,0	

3 – RELAÇÃO ENTRE SATISFAÇÃO CONJUGAL E AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO

Neste capítulo apresenta-se a estatística referente ao estudo da correlação entre a variável *Satisfação Conjugal (EASAVIC)* e a variável *Autoeficácia na Amamentação (BSFS-SF)*, tendo-se obtido o score total de cada escala (Quadro 1).

Quadro 1 – Scores das variáveis *BSFS-SF* e *EASAVIC*

	Média (m)	Desvio padrão (dp)	Frequência (N)
Score total da BSES-SF	55,74	10,326	198
Score total da EVASIC	200,2677	40,52641	198

No Quadro 2 apresenta-se os valores do teste do coeficiente de correlação de Pearson e respetivo teste de significância. Como pode constatar-se, observa-se relação estatisticamente significativa entre a *Satisfação Conjugal* ($r_p = 0,245$; $p = 0,000$) e a *Autoeficácia na Amamentação* ($r_p = 0,245$; $p = 0,000$). Em ambos os casos a correlação é positiva pelo que podemos afirmar que a perceção da autoeficácia na amamentação aumenta quando aumenta a satisfação conjugal.

Quadro 2 – Correlações entre *BSFS-SF* e *EASAVIC*

		Score total da BSES-SF	Score total da EVASIC
Score total da BSES-SF	Correlação de Person	1	,245**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	198	198
Score total da EVASIC	Correlação de Person	,245**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	198	198

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

PARTE IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1 – SOBRE OS RESULTADOS DO ESTUDO

Neste capítulo apresenta-se a discussão sobre os resultados globais do estudo de acordo com os objetivos definidos.

Relativamente à *eficácia/confiança materna na amamentação*, os resultados do presente estudo mostraram que, a maioria das mães (72,2%), apresentavam alta eficácia/confiança. Foi verificado, especificamente, que a maioria das mães no domínio técnico (97,0%) e no domínio interpessoal (86,4%) sentiram-se confiantes ou muito confiantes.

Isto é, a maioria das mães referiram sentir-se mais confiantes em situações mais técnicas como: perceber se o bebé está a receber leite suficiente; em amamentar sem ser necessário oferecer complemento; garantir que o bebé faz uma boa pega durante toda a mamada; gerir a amamentação mesmo que o bebé esteja a chorar; amamentar esvaziando uma mama antes de passar para a outra mama; continuar a amamentar em todas as mamadas e sempre que o bebé pede; identificar quando é que o bebé acabou de mamar. No que respeita ao domínio interpessoal, embora ligeiramente inferior na frequência de elevada confiança/eficácia comparativamente ao domínio técnico, refere-se a: lidar com sucesso com a amamentação, tal como com outras tarefas desafiantes; gerir de forma satisfatória a amamentação; continuar a desejar amamentar; à vontade a amamentar na presença de outros membros da família; sentir-se satisfeita com a experiência de amamentar; lidar bem com o facto de a amamentação poder consumir tempo.

Estes resultados vêm ao encontro de outros estudos que encontraram nos seus resultados elevada eficácia/confiança, nomeadamente o estudo de Margotti e Epifanio (2014) em que a média materna de score obtido na BSES-SF foi de 60 pontos (alta eficácia/confiança) e também na investigação de Guimarães, Conde, Gomes-Sponholz, Oriá & Monteiro (2017) em que a maioria das participantes (54,26%) também revelaram alto nível de eficácia na habilidade para amamentar. Em outro estudo de Mariano, Monteiro, Stefanello, Gomes-Sponholz, Oriá e Nakano (2016), que avaliou a

autoeficácia materna para amamentar numa amostra de mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo na gravidez, também revelou que, 30 dias pós-parto, 12% tinham autoeficácia baixa, 34% autoeficácia média e 54% autoeficácia alta.

As características da amostra deste estudo, em que maioritariamente referiram ser a sua primeira experiência de amamentação (65,2% referiram ser o primeiro filho/a, com um tempo de amamentação médio de 3,27 meses), poderia supor-se que o grau de eficácia/confiança fosse menor, todavia verificou-se o contrário. Pode compreender-se estes resultados face ao investimento na preparação antecipada para o aleitamento materno, nomeadamente na assiduidade das consultas pré-natais, frequência de algum curso de preparação para o parto/nascimento, duração e alojamento conjunto mãe-filho durante o internamento pós-parto, internamento num hospital com programa de amamentação/amigo dos bebés (OMS, 2010; Margotti & Epifanio 2014).

Alguns autores referem a importância do/a enfermeiro/a enquanto cuidador/a e orientador/a principal da mulher no período gravídico. É fundamental que a educação para a saúde em aleitamento materno, se inicie neste período, por forma a contribuir para preparar a mulher com conhecimento sobre o processo de amamentação, evitando dificuldades e complicações maiores (Oliveira et al., 2017; Bezerra et al., 2017).

No que se refere aos resultados sobre o *grau de satisfação conjugal* da amostra em estudo, verificou-se que a maioria referiu estar satisfeita, muito satisfeita ou completamente satisfeita em todas as dimensões da escala estudadas. Nas dimensões da área Funcionamento Conjugal, onde as mães referiram maior satisfação foi na dimensão Relações Extrafamiliares (91,9%) e a menor satisfação foi na dimensão Tempos Livres (66,7%).

De facto, a transição para a parentalidade exige uma adaptação do casal aos novos papéis sociais e um reajuste das tarefas domésticas e compromissos com o novo membro da família. Segundo Graça, Figueiredo e Carreira (2011, p.33) “a relação com o cônjuge/companheiro é das dimensões mais confrontadas e desafiadas nesta transição, (re)organizando-se a vida familiar em função das necessidades da criança.” Da mesma forma Sousa (2006, p.44) afirma que, “na relação conjugal, o tempo de atenção e de partilha é, muitas vezes, substituído por outro tipo de afazeres ou de solicitações” que, muitas vezes, podem advir dos filhos.

Nas dimensões da área Amor, as mães referiram maior grau de satisfação na dimensão Características Físicas e Psicológicas (91,4%) e menor satisfação na dimensão Sexualidade (82,3%). Como se verifica, existe um elevado grau de satisfação em todos os domínios desta área.

Estes resultados são contraditórios aos que foram encontrados no estudo de Graça, Figueiredo e Carreira (2011) que revelaram, que a qualidade da relação conjugal vai piorando até aos 6 meses, sendo que a insatisfação tendia a aumentar desde o pré-parto com a descoberta de conflitos de valores, necessidades e expectativas.

O estudo da correlação, da *satisfação conjugal com a autoeficácia na amamentação*, permitiu-nos afirmar que a perceção da autoeficácia na amamentação aumenta quando aumenta a satisfação conjugal. Este resultado também foi verificado no estudo de Abuchaim, Caldeira, Lucca, Varela e Silva (2016, p.669) que verificaram que em “mulheres com relacionamentos conjugais satisfatórios com menos queixas de si mesmas e/ou sem histórico de depressão (...) parecem ter melhores condições para lidar com as demandas do papel materno, imposto pela chegada do bebé”. Por outro lado, constataram que se encontravam motivadas para amamentar e confiantes na sua capacidade de cuidar do bebé com sucesso.

CONCLUSÕES

O presente estudo procurou contribuir para aprofundar o conhecimento da autoeficácia/confiança materna na amamentação e a influência que a satisfação conjugal poderá ter na mesma.

Os resultados encontrados revelaram um elevado grau de eficácia/confiança em todas as dimensões estudadas, assim como um elevado grau de satisfação conjugal. No estudo de correlação, com a variável multidimensional satisfação conjugal, foi verificado que a autoeficácia/confiança materna na amamentação aumenta quando a satisfação conjugal aumenta. Apesar se estes resultados não serem generalizáveis para a população são, todavia, curiosos e sugerem a importância de se manter a atenção sobre a dimensão da conjugalidade e sua dinâmica, durante a transição para a parentalidade.

Por outro lado, estes resultados corroboraram outros estudos encontrados, mas também foram contraditórios, pelo que se supõe a necessidade de manter a investigação sobre o assunto, através de outro tipo de estudos com abordagens que cruzem diferentes tipos de metodologias, para que seja possível aprofundar o conhecimento sobre a realidade.

Reconhecemos as limitações do estudo, que impedem a generalização dos dados, os quais apenas são válidos para a amostra estudada. Daí sugerimos que também se aprofunde a investigação com outras populações, em diferentes momentos da vida conjugal e que sejam tidas em conta outras variáveis, por exemplo sociodemográficas, que podem ajudar a compreender melhor estes resultados.

Para a prática de enfermagem estes resultados, apesar de terem revelado um grau elevado de eficácia/confiança materna na amamentação e de elevado grau de satisfação conjugal, deixam a certeza de que é fundamental intervir junto dos casais no período pré-natal e pós-parto, para assegurar apoio na transição para a parentalidade. A preparação antecipada para a amamentação, deverá ter em conta não só os aspetos técnicos mas também o relacionamento conjugal, sabendo que é um fator que poderá contribuir para o sucesso ou insucesso da amamentação.

Considera-se ainda que, os/as enfermeiros/as especialistas em ESMO, estarão melhor preparados para responder a este desafio nas consultas pré-natais, quer seja em cuidados de saúde primários quer seja em cuidados diferenciados, assim como em programas/cursos de preparação para o parto/nascimento e parentalidade. São contextos privilegiados para desenvolver este trabalho com os casais, envolvendo-os nas vantagens da amamentação e na preparação antecipada e ajudando-os a enfrentar os desafios que a parentalidade colocará ou coloca na conjugalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abuchaim, E, Caldeira, N., Lucca, M., Varela, M. & Silva, I. (2016). Depressão pós-parto e autoeficácia materna para amamentar: prevalência e associação. *Acta Paul Enferm.* 29 (6), pp. 664-670.
- Ahlqvist-Björkroth, S., Vaarno, J., Junttila, N., Pajulo, M., Räihä, H., Niinikoski, H. & Lagström, H. (2016). Initiation and exclusivity of breastfeeding: association with mothers' and fathers' prenatal and postnatal depression and marital distress. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica.* 95 (4), pp. 396-404.
- Alarcão, M. (2002). *(Des)Equilíbrios familiares*. Coimbra. Ed. Quarteto.
- Almeida, J. & Novak, F. (2004). Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *Jornal de Pediatria.* 8, (5 supl.), pp. 119-125.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review.* 84 (2), pp. 191-215.
- Benedett, A., Ferraz, L. & Silva, I. (2018). A prática da amamentação: uma busca por conforto. *Rev. Fund Care Online.* 10 (2), pp. 458-464.
- Bezerra, J., Oliveira, R., Oliveira, B., Sousa, S., Melo, F. & Juventino, E. (2017). Hábitos maternos relacionados à amamentação. *Rev. Baiana Enferm.* 31 (4), pp. 1-8.
- Boroumandfar, K., Rahmati, M., Farajzadegan, Z. & Hoseini, H. (2010). Reviewing sexual function after delivery and its association with some of the reproductive factors. *Iranian Journal Of Nursing And Midwifery Research.* 15 (4), pp. 220-3.
- Bosi, M. & Machado, M. (2005). Amamentação: um resgate histórico. *Cadernos Escola de Saúde Pública do Ceará.* 1, 1.
- Costa, R. (2016). Família e famílias no Portugal contemporâneo – discursos, trama e textura em perspectiva sociológica. *Eborensia.* 50, pp. 95-136.
- Dennis, C. (2003). The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *JGONN, Clinical Research.* 32:6, pp.734-44.

- Dennis, C. & Faux, S. (1999). Development and psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale. *Research in Nursing & Health*. 22, pp. 399-409.
- Ellis, P. (2010). *Understanding research for nursing students*. Cornwall, Great Britain. Learning Matters, Lda. Recuperado de http://nursing.uomosul.edu.iq/files/pages/page_3953118.pdf
- EWEC, (2015). *The global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030)*. Italy.
- Fortin, M. (1996). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures, Lusociência.
- Francisco F., Pinto, J. & Pinto, H. (2016). *Família e psicologia – contributos para a investigação e intervenção*. Lisboa, Universidade Católica. Editora Unipessoal, Lda.
- Mosca, F. & Gianni, M. (2017). Human milk: composition and health benefits. *La Pediatria Medica e Chirurgica*. 39:155, p.47-52.
- Graça, L., Figueiredo, M. e Carreira, M. (2011). Contributos da intervenção de enfermagem de cuidados de saúde primários para a transição para a maternidade. *Revista de Enfermagem Referência*. III (4), pp.27-35.
- Grove, S., Gray J. & Bruns, N., (2015). *Understanding nursing research – Building an evidence-based practice*. 6ªEd. St. Louis, Missouri. Elsevier, Saunders. Recuperado https://www.studypool.com/questions/download?id=769669&path=uploads/questions/419415/20180329055130susan_k._grove__jennifer_r._gray__nancy_burns_understanding_nursing_research__building_an_evidence_based_practice_saunders__2014_.pdf
- Guimarães, C., Conde, R., Gomes-Sponholz, F., Oriá, M., & Monteiro, J. (2017). Fatores relacionados à autoeficácia na amamentação no pós-parto imediato entre puérperas adolescentes. *Acta Paul Enferm*. 30 (1), pp. 109-115.
- Hiçyılmaz, B. & Açikgöz, I. (2017). The association between breastfeeding self-efficacy, breastfeeding attitude, social-professional support and breastfeeding control. *Turkiye Klinikleri J. Nurs Sci*. 9 (2), pp. 133-143.
- Horta, B. & Vitoria, C. (2013). *Long-term effects of breastfeeding: a systematic review*. WHO.

- Leandro, M. (2006). Transformações da família na história do Ocidente. *Theologica*. 41 (2), 1 pp. 51-74
- Lopes, B., Lopes, A., Soares, D., Doudo, H., Castro, R. & Oriá, M., (2017). Assesment of maternal self-efficacy in breastfeeding in the imidiata puerperium. *Rev. Rene*. 18 (6), pp. 818-24.
- Loureiro, I., Kislaya, I., Braz, P. & Dias, C.n (2017). *A evolução do aleitamento materno em Portugal nas últimas duas décadas: dados dos inquéritos nacionais de saúde*. Iniciativa Amiga dos Bebés. Recuperado de <https://unicef.pt/media/1615/9-evolucao-do-aleitamento-materno-em-portugal-duas-decadas.pdf>
- Machado, C. & Barroso, R. (2010). Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psychologica*. 52 (1), pp. 211-229.
- Machado, M., & Soler, Z., (2017). O enfermeiro como coaching na amamentação: o desenvolvimento da autoeficácia. *Enfermagem Brazil*. 16 (6), pp. 328-9.
- Mariano, L., Monteiro, J., Stefanello, J., Gomes-Sponhol, F., Oriá, M. e Nakano, A. (2016). Aleitamento materno exclusivo e autoeficácia materna entre mulheres em situação de violência por parceiro íntimo. *Texto & Contexto em Enfermagem*. 25 (4), e2910015.
- Margotti, E. & Epifanio, M., (2014). Aleitamento materno exclusivo e a escala de autoeficácia na amamentação. *Rev. Rene*. 15 (5), pp. 771-779.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science*. 23 (1), pp. 12-28.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: development and progress*. 5.Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Narciso, I. (2001). *Conjugalidades satisfeitas mas não perfeitas: à procura do padrão que liga*. Tese de doutoramento apresentada à faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Lisboa.
- Narciso, I., & Costa, M. (1996). Amores satisfeitos mas não perfeitos. *Cadernos de consulta psicológica*. 12, pp. 115-130.

- Narciso, I.; Costa, M. & Prata, F. (2002). Intimidade e compromisso pessoal ou “Aquilo que pode fazer com que um casamento funcione”. *Revista Portuguesa de Psicologia*. 36, pp. 67-88.
- Narciso, I., & Ribeiro, M. (2009). *Olhares sobre a conjugalidade*. Lisboa: Coisas de ler.
- Neves, A. & Duarte, C. (2015). Sintomas depressivos, resolução de conflitos e satisfação conjugal em indivíduos num relacionamento. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 16 (3), pp. 331-344.
- Oliveira, A., Melo, R., Maciel, L., Taveres, A., Amando, A. & Sena, C. (2017). Práticas e crenças populares associadas ao desmame precoce. *Av. Enferm.* 35 (3), pp. 303-312.
- OMS. (2010). *La alimentación del lactante e del niño pequeño*. Washington.
- Órfão, A. (2012). *Registo do aleitamento materno: relatório julho de 2010 a junho 2011*. Portugal: Direção-Geral da Saúde/Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil e Mama Mater/Associação pró Aleitamento Materno em Portugal
- Órfão, A., Santos, A., Gouveia, C. & Santos, C. (2014). *Registo aleitamento materno: relatório janeiro a dezembro 2013*. Portugal: Direção-Geral da Saúde/Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil e Mama Mater/Associação pró Aleitamento Materno em Portugal
- Pathan, Z. (2015). Adversities of marital conflict: a sociological analysis. *Journal of Humanities and Social Science*. 20, 2, IV, pp. 19-25.
- Primo, C., & Brandão, M. (2017). Interactive theory of breastfeeding: creation and application of a middle-range theory. *Rev. Brasileira de Enferm.* 70 (6), pp. 1191-1198.
- Ramchandani, P., Psychogiou, L., Netsi, E. & Sethna, V. (2012). Expressed emotion as na assessment of family environment with mothers and fathers of 1-year-old children. *Child: care, health and development*. 39 (5) pp. 703-709.
- Rego, R., Souza, A., Rocha, T. & Alves, M.. (2016). Paternity and breastfeeding: mediation os nurses. *Acta Paul Enferm.* 29 (4), pp. 374-380.
- Relvas, A. (1996). *O ciclo da família: perspetiva sistémica*. Porto. Edições Afrontamento.

- Rodrigues, A., Padoin, S., Paula, C. & Guido, L. (2013). Fatores que interferem na autoeficácia da amamentação: revisão integrativa. *Rev. Enferm. UFPE*. 7(esp.), pp. 4144-4152.
- Santo, V. & Bárcia, S. (2009). Contributo para a adaptação e validação da «Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short-Form» - versão portuguesa. *Rev Port Clin Geral*. 25, pp. 363-9.
- Silva, M., Pereira, L., Ferreira, T. & Souza, A. (2018). Breastfeeding Self-Efficacy and interrelated factors. *Rev. Rene*. 19, e3175.
- Sousa, J. (2006). As famílias como projetos de vida: o desenvolvimento de competências resilientes na conjugalidade e na parentalidade. *Saber (e) Educar*. 11, pp. 41-47.
- Souza, E. & Fernandes, R. (2014). Autoeficácia na amamentação: um estudo de coorte. *Acta Paul Enferm*. 27 (5), pp. 465-70.
- Tilli, N., Kaunonen, M., Hannula, L., Halme, N. & Tarkka, M. (2011). Coping with breastfeeding and marital satisfaction after childbirth. *Nursing Evidence / Tutkiva Hoitotyö*. 9 (2), pp. 4-11.
- Vannier, S., Rosen, N. & Adare, K. (2018). Is it me or you? First-time mothers' attributions for postpartum sexual concerns are associated with sexual and relationship satisfaction in the transition to parenthood. *Journal of Social & Personal Relationships*. 35 (4), pp. 577-599.
- WHO (2003). *Infant and young child feeding – a tool for assessing national practices, policies and programmes*. Geneva.
- WHO (2017). *Guideline – protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*. Geneva, Switzerland.

ANEXOS

ANEXO I

Autorizações para a utilização das Escalas *BSFS-SF* e *EASAVIC*

20/07/2018

Pedido de autorização escala de amamentação

Data: Seg, 9 Jul 2018 [22:22:37 WEST]
De: vanessa.santos <nexasantos@gmail.com>
Para: gi_marq@sapo.pt
Assunto: Pedido de autorização escala de amamentação
Boa noite Sra. Gisela,

Autorizo a utilização do instrumento *Breastfeeding Self-Efficacy Scale, Short Form – Versão Portuguesa*.
Peço que envie se possível os resultados do estudo no final.

Obrigado e boa sorte, tudo a correr bem,

Cps,

Vanessa Santos

20/07/2018

RE: Pedido de autorização para utilização da Escala de avaliação de satisfação em áreas da vida conjugal (EASAVIC)

Data: Seg, 9 Jul 2018 [21:29:39 WEST]

De: Isabel Santa Barbara Narciso <narciso@psicologia.ulisboa.pt>

Para: gl_marq@sapo.pt

Assunto: RE: Pedido de autorização para utilização da Escala de avaliação de satisfação em áreas da vida conjugal (EASAVIC)

Cara Gisela

Está autorizada usar a EASAVIC.

Aqui vão dados de que pode precisar, e uma referência que lhe pode ser útil:

Ferreira, L. C., Narciso, L., Novo, R., & Pereira, C. (2014) Predicting couple satisfaction: The role of differentiation of self, sexual desire and intimacy in heterosexual couples. *Sexual and Relationship Therapy*, 29(4), 390-404. doi:10.1080/14681994.2014.957498 [Clinical Psychology Q3-IF: 0.692].

Os meus cumprimentos

Isabel Narciso

De: gl_marq@sapo.pt (mailto:gl_marq@sapo.pt)

Enviada: 9 de julho de 2018 12:35

Para: Isabel Santa Barbara Narciso

Assunto: Pedido de autorização para utilização da Escala de avaliação de satisfação em áreas da vida conjugal (EASAVIC)

Exma. Sr.ª Prof.ª Dr.ª Isabel Narciso,

Eu, Gisela Diana Rodrigues Marques, estudante da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sou aluna de Mestrado na área da Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.

Pretendo realizar um estudo para obtenção de Grau de Mestre, sob a orientação da Pro.ª Dr.ª Rosa Moreira, cujo objectivo pretende-se em analisar a influência da satisfação conjugal e a existência de conflitos na relação conjugal, na percepção materna da auto-eficácia na amamentação.

Neste contexto, venho solicitar o instrumento Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC), ou seja, autorização para o seu uso, bem como possíveis artigos relacionados que considere pertinentes.

Desde já o meu muito obrigado por toda a ajuda e disponibilidade.

Atenciosamente,

Gisela Marques

Contactos:

Tlm: 939882810

e-mail: gl_marq@sapo.pt

Anexos:

 Dados Psicométricos EASAVIC.doc (214 KB)

 EASAVIC.doc (89 KB)

ANEXO II

Parecer da Comissão de Ética da UICISA-E

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)**
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC)**

Parecer Nº 508/06-2018

Título do Projecto: A percepção materna da auto-eficácia na amamentação: Possíveis influências da satisfação conjugal.

Identificação das Proponentes

Nome(s): Gisela Diana Rodrigues Marques

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC)

Investigador Responsável/Orientador: Prof.^a Rosa Maria dos Santos Moreira

Relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Parecer

O estudo apresentado integra-se em Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Centra-se na temática da amamentação e sua ligação com a relação conjugal. Tem como objectivos *"Descrever a percepção das mães em relação à auto-eficácia na amamentação; Descrever a satisfação conjugal das mães durante a amamentação; Analisar se a satisfação conjugal e a existência de conflito na relação conjugal têm influência no modo como as mães percebem a auto-eficácia na amamentação"*.

Metodologicamente o estudo é apresentado como *"Quantitativo do tipo descritivo, analítico e correlacional."*

A amostra será *"do tipo não probabilística... obtida por bola de neve..."* e constituída por mulheres que amamentaram e coabitaram com o cônjuge nos últimos 12 meses.

Os instrumentos de recolha de dados estarão disponíveis *online*, com texto introdutório explicativo que funciona também como termo de consentimento informado. A divulgação será efectuada pelos contactos da proponente e redes sociais.

No documento submetido:

- Estão definidos os critérios de inclusão e exclusão;
- São apresentados os instrumentos de recolha de dados e autorização dos autores originais;
- É garantida a participação livre, voluntária e informada das participantes;
- É garantida a confidencialidade dos dados recolhidos;
- Não são identificados danos para as participantes.

Pelo exposto o parecer da Comissão de Ética da UICISA-E é **favorável** ao estudo tal como apresentado.

O relator:

Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Data: 25/07/2018 O Presidente da Comissão de Ética:

Maria Helena Botelho



UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia

CONCEITO DE AVALIAÇÃO: 5.0

APÊNDICES

APÊNDICE I

Instrumento de Recolha de Dados

- QUESTIONÁRIO -

A. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- | | |
|---|---|
| 1. Idade | _____ anos |
| 2. Escolaridade | _____ Não sabe ler nem escrever
_____ Ensino básico (9º ano)
_____ Ensino secundário (12º ano)
_____ Ensino superior (Bacharelato, Licenciatura, Mestrado, Doutoramento) |
| 3. Estado civil | _____ Solteira
_____ União de Facto/Casada
_____ Divorciada/Separada/Viúva |
| 5. Número de filhos/as | _____ Nenhum
_____ 1 filho/a
_____ 2 ou mais filhos/as |
| 6. Encontra-se a Amamentar há quanto tempo | _____ Sim
_____ Não |
| 7. Situação profissional (participante) | _____ Desempregada
_____ Trabalha por Conta de Outrem
_____ Trabalha por Conta Própria
_____ Outra |
| 8. Situação profissional (cônjuge/companheiro) | _____ Desempregado
_____ Trabalha por Conta de Outrem
_____ Trabalha por Conta Própria
_____ Outra |
| 9. Habitação | _____ Própria
_____ Alugada
_____ Emprestada/Partilhada
_____ Outra |
| 10. Renda familiar mensal | _____ Menos de 500€
_____ Entre 500€ e 1000€
_____ Entre 1001€ e 1500€
_____ Mais de 1500€ |
| 11. Quem mais contribui para as despesas mensais da família | _____ Participante
_____ Cônjuge/Companheiro
_____ Outro |

B. AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO EM ÁREAS CONJUGAIS

Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas Conjugais (EASAVIC)

(Narciso, I. & Costa, E., 1996)

Pense no percurso da sua relação conjugal após o parto e utilize a seguinte escala de modo a expressar o que sente relativamente a cada expressão:

1. Nada satisfeita;
2. Pouco satisfeita;
3. Razoavelmente satisfeita;
4. Satisfeita;
5. Muito satisfeita;
6. Completamente satisfeita.

Para cada um dos itens deverá escolher a afirmação da escala que melhor descreve o que você sente, rodeando o número correspondente com um círculo.

Por exemplo, sem em relação ao item: "Relativamente à quantidade de tempos livres", você sente-se completamente satisfeita, deverá rodear com um círculo o número 6 da escala.

EASAVIC						
1	O modo como gerimos a nossa situação financeira	1	2	3	4	5 6
2	A distribuição de tarefas domésticas	1	2	3	4	5 6
3	O modo como tomámos decisões	1	2	3	4	5 6
4	A distribuição de responsabilidades	1	2	3	4	5 6
5	O modo como passamos os tempos livres	1	2	3	4	5 6
6	A quantidade de tempos livres	1	2	3	4	5 6
7	O modo como nos relacionamos com os amigos	1	2	3	4	5 6
8	O modo como nos relacionamos com a família do meu cônjuge	1	2	3	4	5 6
9	O modo como nos relacionamos com a minha família	1	2	3	4	5 6
10	A minha privacidade e autonomia	1	2	3	4	5 6
11	A privacidade e autonomia do meu cônjuge	1	2	3	4	5 6
12	A nossa relação com a minha profissão	1	2	3	4	5 6
13	A nossa relação com a profissão do meu cônjuge	1	2	3	4	5 6
14	A frequência com que conversamos	1	2	3	4	5 6
15	O modo como conversamos	1	2	3	4	5 6
16	Os assuntos dos quais conversamos	1	2	3	4	5 6
17	A frequência dos conflitos que temos	1	2	3	4	5 6
18	O modo como resolvemos os conflitos	1	2	3	4	5 6
19	O que sinto pelo meu cônjuge	1	2	3	4	5 6
20	O que o meu cônjuge sente por mim	1	2	3	4	5 6
21	O modo como expresso o que sinto pelo meu cônjuge	1	2	3	4	5 6
22	O modo como o meu cônjuge expressa o que sente por mim	1	2	3	4	5 6
23	O desejo sexual que sinto pelo meu cônjuge	1	2	3	4	5 6
24	O desejo sexual que o meu cônjuge sente por mim	1	2	3	4	5 6
25	A frequência com que temos relações sexuais	1	2	3	4	5 6
26	O prazer que sinto quando temos relações sexuais	1	2	3	4	5 6
27	O prazer que o meu cônjuge sente quando temos relações sexuais	1	2	3	4	5 6
28	A qualidade das nossas relações sexuais	1	2	3	4	5 6
29	O apoio emocional que dou ao meu cônjuge	1	2	3	4	5 6

30	O apoio emocional que o meu cônjuge me dá	1	2	3	4	5	6
31	A confiança que tenho no meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
32	A confiança que o meu cônjuge tem em mim	1	2	3	4	5	6
33	A admiração que sinto pelo meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
34	A admiração que o meu cônjuge sente por mim	1	2	3	4	5	6
35	A partilha de interesses e atividades	1	2	3	4	5	6
36	A atenção que dedico aos interesses do meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
37	A atenção que o meu cônjuge dedica aos meus interesses	1	2	3	4	5	6
38	Os nossos projetos para o futuro	1	2	3	4	5	6
39	As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação	1	2	3	4	5	6
40	As expectativas do meu cônjuge quanto ao futuro da nossa relação	1	2	3	4	5	6
41	O aspeto físico do meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
42	A opinião que o meu cônjuge tem sobre o meu aspeto físico	1	2	3	4	5	6
43	As características e hábitos do meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
44	A opinião que o meu cônjuge tem sobre as minhas características e hábitos	1	2	3	4	5	6

C. AVALIAÇÃO DA AUTO-EFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO

Escala de Auto-eficácia da Amamentação (Breastfeeding Self-Efficacy Scale, Short Form) (Santo, V. & Bárcia, S., 2009)

Para cada uma das seguintes afirmações, selecione a resposta que melhor descreve o seu grau de confiança relativamente à amamentação do seu novo bebé.

1. Nada confiante;
2. Pouco confiante;
3. Às vezes confiante;
4. Confiante;
5. Muito confiante.

Assinale a sua resposta colocando um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sente. Não existem respostas certas ou erradas.

	1	2	3	4	5
1. Eu consigo sempre perceber se o meu bebé está a receber leite suficiente	1	2	3	4	5
2. Eu consigo sempre lidar com sucesso com a amamentação, tal como com outras tarefas desafiantes	1	2	3	4	5
3. Eu consigo sempre amamentar o meu bebé sem ser necessário dar-lhe complemento	1	2	3	4	5
4. Eu consigo sempre garantir que o meu bebé faz uma boa pega durante toda a mamada	1	2	3	4	5
5. Eu consigo sempre gerir de forma satisfatória a amamentação	1	2	3	4	5
6. Eu consigo sempre gerir a amamentação mesmo que o meu bebé esteja a chorar	1	2	3	4	5
7. Eu posso sempre continuar a deseja amamentar	1	2	3	4	5
8. Eu consigo sempre sentir-me à vontade a amamentar o meu bebé quando estão presentes outros membros da família	1	2	3	4	5
9. Eu consigo sempre sentir-me satisfeita com a minha experiência de amamentar	1	2	3	4	5
10. Eu consigo sempre lidar bem com o facto de a amamentação poder consumir tempo	1	2	3	4	5
11. Eu consigo sempre amamentar o meu bebé esvaziando uma mama antes de passar para a outra mama	1	2	3	4	5
12. Eu consigo sempre continuar a amamentar o meu bebé em todas as mamadas	1	2	3	4	5
13. Eu consigo sempre amamentar o meu bebé quando ele pede	1	2	3	4	5
14. Eu consigo sempre identificar quando é que o meu bebé acabou de mamar	1	2	3	4	5

Obrigada pela sua colaboração.

APÊNDICE II

Consentimento Informado



- Consentimento Informado -

O presente questionário destina-se à recolha de dados, para o desenvolvimento do estudo de investigação sobre *“A percepção materna da autoeficácia na amamentação: Possíveis influências da satisfação conjugal”*, no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

O sucesso da amamentação depende de uma variedade de factores que podem ajudar ou não ao seu sucesso. A sua participação neste estudo é fundamental, para permitir aumentar o conhecimento sobre a influência que a satisfação conjugal e os comportamentos na relação têm sobre a autoeficácia materna na amamentação, para que futuramente os profissionais de saúde possam propor intervenções que minimizem as consequências.

Se tem mais de 19 anos, amamentou nos últimos 12 meses e viveu/coabitou com o seu cônjuge/companheiro nos últimos 12 meses, pode participar neste estudo. A sua participação consta no preenchimento do questionário com a duração de aproximadamente 10 minutos.

A sua participação neste estudo é voluntária, não terá qualquer custo e pode desistir a qualquer momento sem qualquer tipo de penalização. É garantido o anonimato e a confidencialidade sendo os dados recolhidos utilizados exclusivamente para esta investigação. Depois de concluída a investigação, poderá ter acesso aos resultados, contactando diretamente com a investigadora.

Obrigada pela sua colaboração.

