



escola superior de
enfermagem
de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

**Atitudes Maternas face à Amamentação em Mães de Lactentes
e Satisfação com o Suporte Social**

Vanessa Filipa Pedrosa Verga

Coimbra, Maio de 2020



escola superior de
enfermagem
de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

Atitudes Maternas face à Amamentação em Mães de Lactentes e Satisfação com o Suporte Social

Vanessa Filipa Pedrosa Verga

Orientadora: Professora Doutora Dulce Galvão, Professora Coordenadora da Escola
Superior de Enfermagem de Coimbra

Coorientador: Professor Doutor Luís Loureiro, Professor Coordenador da Escola
Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau
de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Coimbra, Maio de 2020

AGRADECIMENTOS

Às mães participantes que disponibilizaram um pouco do seu tempo para colaborarem nesta investigação e permitiram que ela se concretizasse.

Ao Professor Doutor Luís Loureiro, coorientador, um enorme obrigada pelo tempo e ensinamentos despendidos, fulcrais para esta investigação.

À Professora Doutora Dulce Galvão, orientadora desta dissertação, um especial agradecimento pela sua constante disponibilidade, partilha, prontidão, paciência e incentivo no decorrer da realização deste trabalho.

À minha família, sobretudo ao meu marido. Obrigada pelo apoio e compreensão ao longo deste longo percurso; desculpem pelo tempo desprezado.

À minha filha que me trouxe a ideia e me permite todos os dias atentar os novos pormenores do caminho, a encará-lo com um sorriso vespertino e a ser melhor mãe e enfermeira.

ABREVIATURAS E SIGLAS

AM – Aleitamento Materno

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DGS – Direção-Geral da Saúde

EAMA – Escada Atitudes Maternas face à Amamentação

ESSS – Escala Satisfação com o Suporte Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

UICISA: E - Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

UNICEF- *United Nations Children's Fund*

RESUMO

Enquadramento: O suporte social é reconhecido como um constructo multidimensional, onde o significado dado pela mulher influencia a sua decisão de amamentar.

Objetivos: Conhecer as atitudes maternas face à amamentação em mães de crianças lactentes; Avaliar a influência das características sociodemográficas, de experiência de gravidez, de experiência de aleitamento atual e de principal fonte de informação sobre aleitamento materno nas atitudes maternas face à amamentação em mães de crianças lactentes; Verificar a associação entre a satisfação com o suporte social e as atitudes maternas face à amamentação, em mães de crianças lactentes.

Metodologia: Estudo quantitativo e descritivo- correlacional, composto por 403 mães, de primeira vez, lactente único, de termo e saudável. Os dados foram colhidos *online* através de um questionário, pela Escala de Atitudes Maternas face à Amamentação e pela Escala de Satisfação com o Suporte Social. A colheita de dados decorreu em Junho de 2019, após parecer da UICISA:E (Parecer n.º 577/04-2019).

Resultados: Nas atitudes maternas face à amamentação, os resultados evidenciaram que mais de metade das mães obteve classificação de elevado nas atitudes perante o comportamento e a maioria apresentou moderado na norma subjetiva e decisão de amamentar. Ser casada, coabitar apenas com o marido/companheiro, residir em área urbana, com ensino superior ou empregada associou-se a melhores atitudes maternas face à amamentação. Também se agrega a não ter gravidez anterior, gestação planeada, sem problemas e parto eutócico. O tempo de permanência no domicílio inferior a seis meses, a realização de contato pele a pele, ter recebido ensinamentos sobre aleitamento materno, particularmente por um enfermeiro, a decisão pela própria de amamentar e ter como principal fonte de informação e ajuda os profissionais de saúde encontram-se correlacionados a resultados estatisticamente significativos com as atitudes maternas face à amamentação. A moderada “satisfação com o suporte social” corresponde a elevadas atitudes maternas face à amamentação, relevando-se cotações superiores na “satisfação com a família” e inferiores nas “atividades sociais”.

Conclusão: Impõe-se a necessidade de enfermeiros capacitados, conhecedores das necessidades das mães e suporte social no empoderamento da mulher na promoção, proteção e apoio na amamentação.

Palavras-chave: amamentação; decisão de amamentar; suporte social; enfermagem

ABSTRACT

Background: The social support is recognized as a multidimensional construct, where the meaning given by the woman influences her decision of breastfeeding.

Objectives: To know the maternal attitudes toward breastfeeding in mums of infants; To evaluate the influence of sociodemographic characteristics, pregnancy experience, current infant feeding experience and main source of information about breastfeeding in the maternal attitudes toward breastfeeding in mums of infants; Verify the association between the satisfaction with social support and the maternal attitudes toward breastfeeding in mums of infants.

Methodology: A quantitative and descriptive-correlational study, involving 403 first time mums of only, healthy and term infants. Data was collected *online*, through a questionnaire, the Maternal Attitudes toward Breastfeeding Scale and Satisfaction with Social Support Scale. The data collection took place in June 2019, after consent of the UICISA:E (n.º 577/04-2019).

Results: In the maternal attitudes toward breastfeeding, it was found that half of the women obtained classification of high in attitudes towards the behavior and the majority presented moderate in the subjective norm and breastfeeding decision. Being married, living only with the husband/partner, living in an urban area, with a college degree and being employed associates with better maternal attitudes toward breastfeeding. Also applied with not having preceding pregnancy, planned pregnancy, with no problems and vaginal birth. The length of home stay less than six months, skin-to-skin contact realization, have received breastfeeding guidelines, specially by a nurse, personal decision to breastfeed and having as main source of information and help the healthcare's are associated with a statistically significant results in maternal attitudes toward breastfeeding. Moderate "satisfaction with social support" match high maternal attitudes toward breastfeeding, revealing higher rating in "family satisfaction" and lower in "social activities".

Conclusion: It's required trained nurses, watchful for mums needs and her social support for women empowerment in the promotion, protection and support of breastfeeding.

Key-words: breastfeeding; breastfeeding decision; social support; nursing

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Estudo da consistência interna da EAMA (1ª parte), correlações item/total e respectivos valores de alpha de cronbach	42
Tabela 2: Estudo da consistência interna da EAMA (2ª parte), correlações item/total e respectivos valores de alpha de cronbach	43
Tabela 3: Estudo da consistência interna da EAMA (3ª, 4ª e 5ª parte), correlações item/total e respectivos valores de alpha de cronbach	44
Tabela 4: Estudo da consistência interna da ESSS – Satisfação com os Amigos, correlações item/total e respectivos valores de alpha de cronbach.....	51
Tabela 5: Estudo da consistência interna da ESSS – Intimidade, correlações item/total e respectivos valores de alpha de cronbach	51
Tabela 6: Estudo da consistência interna da ESSS – Satisfação com a Família, correlações item/total e respectivos valores de alpha de cronbach	52
Tabela 7: Estudo da consistência interna da ESSS – Atividades Sociais, correlações item/total e respectivos valores de alpha de cronbach	52
Tabela 8: Estatísticas resumo da idade da mãe (n=403)	57
Tabela 9: Caracterização sociodemográfica da amostra (n=403)	58
Tabela 10: Caracterização de experiência de gravidez da amostra (n= 403).....	59
Tabela 11: Estatísticas resumo da idade do bebê expressa em meses (n=403)	60

Tabela 12: Estatísticas resumo do tempo de permanência no domicílio após o parto expressa em meses (n=344)	60
Tabela 13: Caracterização da experiência de aleitamento atual da amostra (n=403)	62
Tabela 14: Estatísticas resumo da idade do bebê na introdução do aleitamento misto expressa em meses (n=10)	63
Tabela 15: Estatística resumo relativa à ESSS	64
Tabela 16: Caracterização da amostra segundo a satisfação com o suporte social (n=403)	65
Tabela 17: Estatística resumo relativa à EAMA	66
Tabela 18: Estatística resumo relativa à distribuição da EAMA (n=403)	66
Tabela 19: Estatística resumo da associação das atitudes maternas face à amamentação com as características sociodemográficas	68
Tabela 20: Estatística resumo da associação das atitudes maternas face à amamentação com a experiência de gravidez	69
Tabela 21: Estatística resumo da associação das atitudes maternas face à amamentação com a experiência de aleitamento atual	71
Tabela 22: Estatística resumo da associação das atitudes maternas face à amamentação com a satisfação com o suporte social	73

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1.1 PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO	19
1.2 PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EM PORTUGAL.....	22
1.3 FATORES DETERMINANTES NA DECISÃO E SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO	23
1.3.1 Decisão de Amamentar	24
1.3.2 Estabelecimento da Lactação	25
1.3.3 Suporte da Amamentação	27
1.4 O ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO, PROTECÇÃO E APOIO DO ALEITAMENTO MATERNO	30
2. METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO.....	37
2.1 JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA	37
2.2 OBJETIVOS DO ESTUDO.....	38
2.3 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	38
2.4 TIPO DE ESTUDO	39
2.5 AS VARIÁVEIS EM ESTUDO E SUA OPERACIONALIZAÇÃO.....	39
2.5.1 Variável Dependente.....	40
2.5.2 Variáveis Independentes	45
2.6 POPULAÇÃO, AMOSTRA E PROCESSO DE AMOSTRAGEM	52

2.7 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	53
2.8 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	54
2.9 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS	54
3. RESULTADOS	57
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	57
3.2 EXPERIÊNCIA DE GRAVIDEZ	58
3.3 EXPERIÊNCIA DE ALEITAMENTO ATUAL	60
3.4 SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL	63
3.5 ATITUDES MATERNAS FACE À AMAMENTAÇÃO.....	65
4. DISCUSSÃO	75
CONCLUSÃO	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85

APÊNDICES

APÊNDICE I: Questionário de colheita de dados

APÊNDICE II: Consentimento informado às participantes

ANEXOS

ANEXO I: Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)

ANEXO II: Escala de Atitudes Maternas face à Amamentação

ANEXO III: Escala de Satisfação com o Suporte Social

INTRODUÇÃO

Existe consenso generalizado, a nível cívico, político, na comunicação social e nos profissionais de saúde, relativamente à importância do aleitamento materno para as mães, filhos e restante sociedade (Marques & Ramalho, 2015). As vantagens do aleitamento materno são múltiplas e reconhecidas a curto e a longo prazo para a criança elevando-se, também, as vantagens para a mãe e para a relação da díade mãe-bebé (Levy & Bértolo, 2012), estando em constante multiplicação as investigações e evidências que reconhecem a importância da prática do aleitamento materno, existindo interesse atual em garantir conhecimentos aos profissionais de saúde e à população do seu valor e benefícios biológicos, psicológicos e relacionais (Henriques & Martins, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo até ao sexto mês de vida e o aleitamento materno complementado até aos dois anos ou mais. Em Portugal, recomenda-se o incentivo desta prática e assume-a como indicador de qualidade dos cuidados de saúde (DGS, 2015).

Apesar da preocupação global e baseando-se esta investigação nas premissas das “Dez medidas para o sucesso do Aleitamento Materno” da Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés nomeadamente: “Discutir com todas as grávidas e suas famílias sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno” e “Ajudar as mães a iniciar e manter a amamentação e a resolver as dificuldades mais comuns” (CNS, 2018, p. 32), verifica-se um constante declínio face à amamentação, exigindo-se uma atenção concisa quanto às suas causas.

Kislaya, Braz, Dias, & Loureiro (2017) mencionam que a nível nacional e segundo os Registos de Aleitamento Materno, a percentagem de mulheres residentes no continente e que amamentaram em exclusivo, pelo menos, até aos três meses aumentou de forma significativa entre os dados recolhidos entre 1995/96 e 2014; no entanto, face à prevalência de aleitamento materno até aos 6 meses, entre 2005/06 e 2014 verificou-se um decréscimo de 36,6% para 32,3%.

O profissional de enfermagem tem um papel essencial na transmissão de conhecimentos e perceção de experiências face ao aleitamento materno; reconhecendo

que é necessário um olhar atento e abrangente, não sendo o seu trabalho bem-sucedido se não tiver em consideração os aspetos emocionais, culturais e rede social de apoio à mulher (Fialho, Lopes, Dias, & Salvador, 2014).

Fujimori, Nakamura, Gomes, Jesus, & Rezende (2010) sublinham a prática da amamentação como difícil e desgastante, envolvendo preocupação, insegurança, ansiedade, angústia, cansaço e sobrecarga adicional à jornada de trabalho da mãe, transpondo-se na esfera pública e privada. Estando a mulher inserida num contexto social, possui um conjunto de relações interpessoais que a vinculam a outros indivíduos, mesmo de forma impercetível e informal, temporária ou não, existem interdependências entre seres humanos, estando implícito que a família e os próprios profissionais de saúde interfiram no processo de amamentação e sejam influenciadores nas escolhas de alimentação da criança (Monte, Leal, & Pontes, 2013; Capucho, Forechi, Lima, Massaroni, & Primo, 2017).

O suporte social é largamente engrandecido na promoção e manutenção da amamentação e reconhecendo-o como um constructo multidimensional, onde o significado dado pela mulher influencia o seu envolvimento no processo, carece de um cuidado focado e integrante na prática diária de Enfermagem.

A amamentação é uma atividade complexa para a mulher pois além do querer amamentar, abraça um entrelaçamento entre o físico, psíquico e contexto social, muito além do fornecimento de alimento ao bebé, sendo o apoio da sua rede social fulcral para a decisão, início e manutenção do aleitamento materno (Monte, Leal, & Pontes, 2013; Fialho, Lopes, Dias, & Salvador, 2014).

A educação associada à promoção da saúde, valorização e respeito por parte dos profissionais de saúde quanto às crenças e práticas face à amamentação, a participação ativa do profissional de enfermagem quando do regresso ao trabalho das mães e inclusão dos familiares mais próximos no processo de decisão e lactação são algumas das orientações de Lima, et al. (2019).

Reconhecendo a excelência do aleitamento materno e a necessidade da sua promoção e da importância do apoio social neste processo, enlaçando a complexidade que envolve ambos e não sobressaindo estudos nacionais nestas intervenções, conceptualizou-se esta investigação.

Foram delineados os seguintes objetivos norteadores deste estudo:

- Conhecer as atitudes maternas face à amamentação em mães de crianças lactentes;
- Avaliar a influência das características sociodemográficas, de experiência de gravidez, de experiência de aleitamento atual e de principal fonte de informação sobre aleitamento materno nas atitudes maternas face à amamentação em mães de crianças lactentes;
- Verificar a associação entre a satisfação com o suporte social e as atitudes maternas face à amamentação, em mães de crianças lactentes.

Determinou-se um estudo quantitativo e descritivo-correlacional para alcançar os objetivos previamente referidos. A colheita de dados foi realizada *online*, através da plataforma *Facebook* e optou-se por um instrumento composto por três partes: questionário, Escala de Atitudes Maternas face à Amamentação (Levy, 1996) e Escala de Satisfação com o Suporte Social (Pais-Ribeiro, 2011).

O presente trabalho encontra-se estruturado em quatro capítulos. O primeiro capítulo é o enquadramento teórico, com uma contextualização de fundamentos conceptuais pertinentes à investigação, nomeadamente face à Promoção, proteção e apoio do aleitamento materno, a Prevalência do aleitamento materno em Portugal, Fatores determinantes na decisão e sucesso do aleitamento materno e O enfermeiro na promoção, proteção e apoio do aleitamento materno.

No segundo capítulo descreve-se a metodologia desta investigação, detalhadamente a Justificação da temática, os Objetivos do estudo, as Questões de investigação, o Tipo de estudo, as Variáveis em estudo e sua operacionalização, a População, amostra e processo de amostragem, os Instrumentos de recolha de dados, os Procedimentos éticos e a Análise estatística dos dados.

No terceiro capítulo são apresentados os resultados obtidos, findando com o quarto capítulo referente à discussão, onde se explana os resultados em consonância com evidências científicas atuais, bem como as limitações do estudo.

O relatório da investigação termina com as conclusões, destacando-se os resultados mais relevantes e implicação no pensamento e prática como Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, bem como sugestões para futuras investigações, na contribuição de uma melhor compreensão das atitudes maternas face à amamentação, para melhoria contínua do cuidar em Enfermagem.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A decisão de amamentar um filho resulta de uma extensa socialização materna, suscetível a numerosas influências, constituindo o corolário esperado da vida de uma mulher (Levy, 1996). Galvão (2002) completa referindo que envolve mãe e criança em uma relação profunda, intensa e envolvente, proporcionando sentimentos tanto corporais como espirituais.

Almeida (1999) relata que a amamentação “além de ser biologicamente determinada, é socioculturalmente condicionada, tratando-se, portanto, de um ato impregnado de ideologias e determinantes que resultam das condições concretas de vida” (p.15). Assim, a amamentação não pode ser reduzida a uma ação de saúde, mas vista como uma prática social uma vez que depende das condições da vida e laborais, do momento vivido pela mulher, das suas experiências anteriores, da sua trajetória cultural e da compreensão que a sociedade apresenta acerca da temática (Fujimori, Nakamura, Gomes, Jesus, & Rezende, 2010). Sandes, et al. (2007) acrescentam, também, o nível de educação, a ação dos profissionais de saúde e os meios de comunicação social.

1.1 PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO

No início do século XX, com a revolução industrial e pós- Guerras Mundiais, surge a necessidade da entrada maciça de mulheres no mercado de trabalho e com o desenvolvimento científico associada à comercialização, levou a uma exponencial promoção do aleitamento artificial, existindo um espaço geracional onde o aleitamento materno não era visto como algo natural (Lourenço, 2009).

Somente no final dos anos 70, nasce um interesse crescente, difundido pela OMS e *United Nations Children's Fund* (UNICEF), onde se recomenda “entre outras medidas, o incentivo e o apoio à amamentação pelo maior tempo possível e a criação de um código internacional de marketing de substitutos do leite materno” (idem, p. 344).

Em 1990, as mesmas organizações aprovam a Declaração de *Innocenti*, onde é definida uma agenda internacional para ação e com metas ambiciosas. A declaração reflete sobre o apoio que viria a ser dado ao Aleitamento Materno, bem como o direito da

própria criança a uma alimentação nutritiva, aclamado na Convenção sobre os Direitos da Criança (UNICEF, s.d.).

A mesma declaração viria a ser redefinida em 2005, acrescentando novos desafios para a alimentação ideal do lactente e criança, englobando ações para todas as partes, para todos os governos, para organizações multilaterais e bilaterais e instituições internacionais de financiamento, para todos os fabricantes e distribuidores de produtos visados no Código Internacional e para organizações não-governamentais de interesse público, de modo a que façamos conjuntamente o mesmo caminho (UNICEF, 2005).

Já em 1991, a OMS e UNICEF lançaram um programa mundial de promoção do Aleitamento Materno, denominado Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (*Baby Friendly Hospital Initiative – BFHI*), desenvolvido em Portugal em 1994, e que conta atualmente com quinze hospitais acreditados e um agrupamento de Centros de Saúde. Este programa tem como objetivo principal a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, influenciando na prática dos profissionais de saúde e cuidadores, sendo a classificação do organismo atribuída no cumprimento de dez medidas. Estas medidas garantem que as mães e os bebés possam receber apoio adequado e informações atualizadas no período pré-natal e pós-natal em relação à alimentação infantil e às vantagens e procedimentos para o sucesso do aleitamento materno (UNICEF, s.d.b).

Torna-se, então, pertinente a conceptualização e interpretação de Promoção, Proteção e Apoio para uma melhor compreensão da matriz das iniciativas. Segundo Pinto (2008), Promoção visa a criação de valores e comportamentos culturais favoráveis ao aleitamento materno para que este possa ser assumido como norma, dependente das recomendações dos serviços de saúde, sociais e políticas nacionais; Proteção garante o estabelecimento e cumprimento das leis, que permite à mulher usufruir do seu direito de amamentar, tendo por base o Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno e pela legislação da maternidade/paternidade em vigor; e Apoio consiste no fornecimento de informação correta nos momentos-chave, o que exige empenho e mobilização social.

Estudos amplamente divulgados nas últimas décadas contribuíram para uma melhor compreensão dos benefícios da amamentação, o que resultou numa ênfase, mudança e investimento em torno da promoção do aleitamento materno (Toma & Rea, 2008).

Segundo orientações recentes, a OMS e UNICEF mantêm a recomendação do aleitamento materno exclusivo até ao sexto mês de vida e complementado até aos dois anos ou mais (OMS, 2018). Referem ainda que o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses é o alimento mais completo, garantindo os nutrientes e energia necessários para o desenvolvimento e crescimento físico e neurobiológico; e além dos 6 meses continua a fornecer energia e nutrientes, que com a alimentação complementar adequada, ajuda na prevenção da fome, desnutrição e obesidade. Estas recomendações são reforçadas nacionalmente nos documentos: “Alimentação e Nutrição do Lactente”, emitido pela Sociedade Portuguesa de Pediatria (Guerra, et al., 2012) e “Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos” (DGS, 2019), com orientações uniformizadas para os profissionais de saúde.

A amamentação é considerada vital na manutenção dos direitos da criança, de modo a poder atingir melhor qualidade em saúde, respeitando sempre o direito da mãe de tomar uma decisão informada sobre o método mais adequado de alimentar o seu bebé, baseada em evidências e livre de interesses comerciais, garantindo sempre o suporte necessário para prolongar a sua decisão (OMS, 2018).

Os meios de comunicação social possuem um importante papel na educação e criação de crenças positivas na sociedade, no incentivo e promoção da amamentação, o que leva a uma melhoria da atitude e suporte do público face ao aleitamento materno (Kohan, Heidari, & Keshvari, 2016).

Atualmente existem diversas organizações internacionais como a *World Alliance for Breastfeeding Action* (WABA), a *International Baby Food Action Network* (IBFAN) e a *La Leche League International* cuja missão e filosofia é aberta a todos os interessados no incentivo, informação e educação sobre o aleitamento materno e promover um instruído entendimento da sua importância na qualidade em saúde para o bebé e mãe.

Em Portugal, o Ministério da Saúde e Direção-Geral da Saúde (DGS), continuamente apoiam e demarcam um conjunto de medidas, através do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, com objetivo de melhoria da recolha, monitorização e avaliação de dados sobre o aleitamento materno, na constante busca de melhoria da prática. Nesta linha, foram criadas as condições para a aplicação de uma Estratégia Nacional para a Alimentação do Lactente e da Criança Pequena, enquadrada numa política de alimentação do lactente/criança e em articulação com outros os programas nacionais de saúde e orientações relacionadas com a alimentação infantil (nomeadamente o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável), garantindo a vigilância do cumprimento do Código Internacional de Substitutos do Leite Materno (DGS, 2018).

1.2 PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EM PORTUGAL

Apesar dos achados, acerca dos incontáveis e largos benefícios do aleitamento materno, serem generosamente divulgados há várias décadas e apoiados com diversas iniciativas, um relatório da OMS (2018) afirma que, mundialmente, apenas 44% das crianças iniciam a amamentação na primeira hora de vida e que somente 40% é amamentado em exclusivo até aos 6 meses. Leng, Shorey, & He (2019) elevam que apesar dos seus benefícios, o aleitamento materno exclusivo até ao 6º mês continua a ser um desafio global.

Galvão (2002) cita Cordeiro e Carvalho (1990) destacando a diversidade de fatores conducentes ao decréscimo da prevalência do aleitamento materno como:

a urbanização, a família nuclear, o menor apoio familiar (inexistência das avós próximo das jovens mães), o trabalho profissional da mulher fora de casa, a precaridade laboral, o não cumprimento da legislação, a existência de conceitos equívocos sobre repercussão na estética e nas relações sexuais, o significado do peito como símbolo sexual, o papel negativo do cônjuge, o pudor de amamentar em público, a falsa relação com a emancipação feminina, a imitação de grupos de referência (classes sociais mais favorecidas, médicos, enfermeiros), a supremacia da medicina curativa, as lacunas na formação dos profissionais, por desinteresse ou não reconhecimento da importância, a indiferença e por vezes oposição ao aleitamento materno, o pouco investimento nos cuidados antecipatórios, o "racionalismo" exagerado dos serviços de saúde, as rotinas rígidas sem comprovação científica, a primeira mamada tardia e horários rígidos, o recurso fácil e exagerado aos suplementos de leites comerciais, o desconhecimento do código de ética de comercialização dos substitutos do leite materno, a "agressividade" de práticas promocionais, a influência da publicidade, os comportamentos ligados à comercialização e a prática de tradições culturais que envolvem a utilização de substâncias doces ainda antes da primeira mamada ou como complemento do leite materno (p.66-67).

Não obstante o longo caminho a percorrer, Portugal tem ido na direção certa; no relatório divulgado pela DGS, considerando os dados referentes aos Inquéritos Nacionais de Saúde em 2014, a percentagem de mulheres que amamentaram em exclusivo até aos 6 meses passou de 20,6% para 32,3% (face aos anteriores inquéritos em 1995/96) (DGS, 2018).

Em Portugal são várias as medidas de promoção da amamentação, tanto na comunidade como junto aos profissionais de saúde porém, o predomínio do aleitamento materno está longe do desejado e existe uma pluralidade de fatores que poderão contribuir para este declínio, uns correntemente identificados, outros de difícil reconhecimento e outros ignorados (Galvão, 2002). Nos relatórios divulgados pela DGS, as estatísticas sobre incidência e prevalência do aleitamento materno demonstram um aumento significativo ao longo dos anos; no entanto, apesar de mais de 84% das mães portuguesas iniciarem o aleitamento materno na primeira hora de vida, apenas 76,67% manteve esse regime alimentar em exclusivo até à alta, 67,5% entre a 5ª e 6ª semana de vida, 51,6% entre os 2-3 meses de vida, 35% entre os 4-5 meses de vida e meramente 22,1% entre os 5-6 meses de vida (DGS, 2014).

Estes dados revelam que, de forma continuada, e apesar da alta incidência de início de aleitamento materno, a maioria das mães portuguesas não consegue cumprir o seu desejo de dar de mamar, desistindo da amamentação muito precocemente (Levy & Bértolo, 2012; Aguiar & Silva, 2011 *apud* Nelas, Coutinho, Chaves, Amaral, & Cruz, 2017). Pedroso (2011 *apud* Pedroso & Galvão, 2012) indica que a mulher pode facilmente abandonar a amamentação, na retoma da sua atividade profissional ou académica, pela dificuldade de conciliação do seu cargo como mãe com o de mulher trabalhadora ou estudante.

Segundo Marques & Ramalho (2015), observando-se a prevalência do aleitamento materno como indicador de qualidade de vida, a amamentação torna-se um marco essencial nos Cuidados de Saúde Primários, na medida em que a sua promoção se inicia durante a gravidez e se poderá prolongar durante os dois primeiros anos de vida da criança.

1.3 FATORES DETERMINANTES NA DECISÃO E SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO

Reconhece-se a complexidade da amamentação como algo não totalmente instintivo do ser humano, sendo influenciada por diferentes fatores (sociais, demográficos, culturais, psicológicos da mãe e da família), que podem afetar positiva ou negativamente o seu sucesso, sendo *per si* um desafio para os profissionais de saúde (Fialho, Lopes, Dias, & Salvador, 2014; Abbass-Dick, Stern, Nelson, Watson, & Dennis, 2015; Almeida, Pugliesi, & Rosado, 2015). Fialho, Lopes, Dias, & Salvador (2014) adicionam que se

trata da construção de uma nova identidade, enquanto mãe, mas paralelamente como mãe de um bebê recém introduzido na dinâmica familiar.

Levy & Bértolo (2012) clarificam que o sucesso na amamentação pode ser desenhado por uma amamentação mais prolongada e pela qualidade da interação mãe-bebê. Para que esta seja bem sucedida, as autoras referem a conjugação de três fatores: a Decisão de Amamentar, o Estabelecimento da Lactação e o Suporte da Amamentação.

1.3.1 Decisão de Amamentar

O ato de amamentar envolve muito mais do que a passagem de leite de um organismo para outro: é um processo no estabelecimento e consolidação do vínculo e interação mãe-bebê (Capucho, Forechi, Lima, Massaroni, & Primo, 2017).

Esta decisão habitualmente é feita numa fase inicial de gestação ou mesmo antes da concepção, isto é, antes de contato com os profissionais de saúde sobre o tema (Galvão, 2002b; Clark, 2016). Não devemos ou podemos culpabilizar uma mulher que opta por não amamentar, oferecendo, no entanto, conselhos apropriados sobre a prática de aleitamento artificial; porém, possuímos a obrigação de informar e aconselhar todas as futuras mães quanto às vantagens para o bebê e para a própria quanto à prática do aleitamento materno (Levy & Bértolo, 2012). King (2001) acrescenta que o apoio individual aumenta o conhecimento da mulheres mas que não altera a sua atitude.

Galvão (2002b) diz que as experiências e educação da mulher desde pequena parecem influenciar as suas atitudes e posterior desempenho face à amamentação; deste modo, ver regularmente uma mulher a amamentar (principalmente pertencentes à mesma família ou grupo social) e o reforço na educação formal tornam-se fatores de peso no desenvolvimento de atitudes positivas face à amamentação.

A decisão de amamentar o bebê é fulcral para o bebê, para mãe e restantes familiares; embora a decisão seja materna, esta está sujeita a influências de outros e podem ser modificáveis (Levy, 1996). A autora define como fatores não modificáveis a idade, raça, escolaridade, lugar de residência, paridade, peso à nascença e rendimento familiar e como potencialmente modificáveis inclusão em grupos de apoio aos mais desfavorecidos, suporte através de amigos ou comunidade, o sistema de saúde e as práticas hospitalares relacionadas com o ensino pré-natal e educação para a amamentação.

Considerando os aspetos epidemiológicos, Oliveira, Martins, Santana, Vieira, & Silva (2016) apontam a idade materna como uma característica que reflete as experiências de vida e capacidade de lidar com dificuldades e mudança; desta maneira, uma maior idade materna está ligada a uma maior manifestação da intenção de amamentar. Romão, Durão, Valente, & Saldanha (2017) acrescentam a maior escolaridade e experiência prévia de amamentação como fatores protetores do aleitamento materno.

Contrariamente, a precaridade laboral da sociedade atual pode ser central à escolha da mãe ou na sua capacidade de o fazer, considerando as exigências e horários profissionais (Aguiar, 2001 *apud* Romão, Durão, Valente, & Saldanha, 2017). Também o lugar de residência já foi descrito, principalmente devido à urbanização e menor proximidade familiar, nomeadamente das avós.

Sendo definidos como fatores não modificáveis e não sendo passíveis de interferência, permitem, contudo, a identificação de fatores de risco e por conseguinte uma intervenção de Enfermagem direcionada.

1.3.2 Estabelecimento da Lactação

Embora se reconheça as largas vantagens da amamentação, como referido anteriormente, verifica-se, ainda, uma grande percentagem de desmame precoce, reforçando-se que na prática não se trata de um ato automático ou espontâneo, sendo uma ação fundamentada em subjetividade e experiências (Primo, Dutra, Lima, Alvarenga, & Leite, 2015).

É pertinente, no início do estabelecimento da lactação, reforçar as dificuldades precoces existentes associadas ao ato de amamentar (ingurgitamento mamário, má pega: problemas com mamilos doloridos, fissuras) ou relacionadas com as necessidades nutricionais do bebé (má progressão ponderal, hipogalátia), uma vez que interferem diretamente no estabelecimento da amamentação e são amplamente referidas como principais causas de abandono (Sandes, et al., 2007; Henriques & Martins, 2011).

Lima, et al. (2019) mencionam, concomitantemente, a existência de mitos e tabus (como leite fraco, leite insuficiente, outros relativos à imagem corporal da mulher) e a presença de incertezas, cansaço e culpa, exigindo-se das mães um esforço físico e emocional extra, definindo as mães a amamentação como um teste de resistência, desafio e pressão, podendo ser um fardo considerando toda a atenção e tempo necessário à prática.

Na investigação conduzida por Henriques & Martins (2011), 91,3% das mulheres inquiridas referem um dos principais motivos que as levaram ao abandono do aleitamento materno, o choro intenso do seu bebé; associando este a uma baixa produção de leite e não saciedade do bebé (Rocha, et al., 2018). Estes dados vão de encontro ao relatado por Carneiro & Galvão (2012), onde as causas de desmame foram em 62,5% por perceção de leite insuficiente e 36,7% por perceção de leite fraco.

A DGS refere que cerca de metade das mães abandonam o aleitamento materno no primeiro mês de vida, exatamente por estes falsos conceitos, inseguranças, receios e *stress*; e que estes sentimentos provocam na mulher alterações fisiológicas que podem inibir a ação de ocitocina e prolactina (Henriques & Martins, 2011). Embora priorizem e se habituem à rotina que engloba a amamentação, esta prática representa uma sobrecarga para as mães gerando conflitos internos e relacionais (Rocha, et al., 2018).

Manter a calma e tranquilidade, confiar na sua capacidade favorece o processo, enquanto o ter medo de não ser capaz, sentir-se triste e/ou ansiosa e sentir dor são alguns fatores que resultam no fracasso e abandono da amamentação (Capucho, Forechi, Lima, Massaroni, & Primo, 2017). Galvão (2002) acrescenta que o fracasso na amamentação não está relacionado com a incapacidade ou degeneração, mas com a falta de confiança, insegurança e erros cometidos devido ao desconhecimento quanto ao processo de lactação, sendo a tendência natural desistirem à menor dificuldade.

As mulheres que mantêm um pensamento positivo compreendem alguns problemas relativos à amamentação como “normais”, enquanto outras tendem a duvidar de si, ficam ansiosas e adoptam uma prática rígida, focando-se maioritariamente nos aspectos negativos (Meedya, Fahy, & Kable, 2010). Kohan, Heidari, & Keshvari (2016) enaltecem o empoderamento da mulher como um importante fator pois aumenta o tempo de amamentação e ajuda as mães a solucionarem problemas derivados da mesma e *coping* com as dificuldades.

As causas de abandono do aleitamento materno são semelhantes em estudos nacionais e internacionais, e que se vão mantendo ao longo do tempo, permanecendo, então, por entender as verdadeiras condicionantes para o sucesso da amamentação e a verdadeira implicação das convicções pessoais, influências familiares, pressões sociais e opinião dos profissionais de saúde (Sandes, et al., 2007).

No estudo de Coutinho & Leal (2005), as mães confessam sentir-se envergonhadas ao amamentar frente a um desconhecido e que a amamentação sujeita a mulher a horários rígidos, o que condiciona a sua liberdade e que exige constante proximidade com o

bebê, reforçando não ser compatível com a vida profissional da mulher. As mesmas autoras citam McLennan (2001) que adianta que as mulheres se podem sentir culpabilizadas quando decidem não amamentar ou abandonam precocemente a amamentação, sendo mais fácil justificarem as suas decisões em aspectos independentes da sua vontade e controlo.

Intercorrências desta natureza evidenciam a necessidade de apoio ao núcleo, sendo fundamental que a mulher, mesmo após a efetividade do estabelecimento da prática da amamentação, esteja inserida num ambiente favorável e que conte com apoio (Fujimori, Nakamura, Gomes, Jesus, & Rezende, 2010; Brown, 2014).

1.3.3 Suporte da Amamentação

O nascimento de um filho é um evento que transforma a vida de um casal, particularmente da mãe. A resposta da mulher a estas mudanças é influenciada por inúmeros fatores, sendo um dos mais importantes e que influencia directamente o seu bem-estar, o apoio que recebe daqueles que a rodeiam (Rapoport & Piccinini, 2006).

São vastos os estudos que ditam alusões e preocupações face ao suporte social na amamentação. King (2001) refere a falta de suporte de outras mulheres, a falta de suporte dos serviços de saúde e pressões da vida moderna como causas reais das dificuldades na amamentação, sendo uma das dificuldades tardias a insegurança da mãe, uma vez que para amamentar tem que se sentir confiante. Sentimentos negativos como ansiedade e impotência são despertados devido à falta de apoio adequado, bem como o cansaço e mesmo exaustão (principalmente após o regresso ao trabalho) (Levy & Bértolo, 2012; Lima, et al., 2019). Primo, Dutra, Lima, Alvarenga, & Leite (2015) intensificam a importância da manutenção da saúde mental e *coping* em situações de *stress*.

Constata-se que numa amamentação mal estabelecida ou quando surgem complicações, se a mãe não tiver suporte do parceiro ou familiares, pode estar na base do abandono precoce (Henriques & Martins, 2011; Bridges, Howell, & Schmied, 2018). Os primeiros autores, no seu estudo, reforçam ainda que a pressão exercida por familiares ou amigos pode influenciar a decisão da mãe e que experiências menos positivas poderão contribuir negativamente.

O suporte social funciona como fator protetor, facilitando uma maternidade responsiva ao longo dos diversos períodos de mudança e transição (pré-natal, puerpério, pós-parto,

retorno ao trabalho), nomeadamente quanto às condições stressantes e adaptação nesses períodos, estando associado à disponibilidade percebida face às relações que dão resposta às necessidades presentes (Rapoport & Piccinini, 2006).

Souza, Nespoli, & Zeitoune (2016) definem apoio social como um conjunto de relacionamentos interpessoais de ajuda emocional, material, de serviços ou informações que determinam as particularidades da pessoa (hábitos, costumes, crenças, valores). Estes relacionamentos podem ser de natureza primária (relações de parentesco, amizade ou vizinhança) ou secundária (local de trabalho e relações com instituições: saúde, educação, entre outras). Estas relações são estabelecidas entre pessoas de confiança que se preocupam com a mãe, que a valorizam, a amam e têm disponibilidade para a ajudar (Monte, Leal, & Pontes, 2013).

Cada mãe é diferente e pode precisar de diferentes tipos de apoio, em diferentes circunstâncias, quer seja numa orientação, ajuda prática ou simplesmente uma palavra de carinho; a procura de apoio pode envolver uma solicitação explícita de ajuda ou através da comunicação de necessidade de ajuda, sem expressá-la diretamente (Rapoport & Piccinini, 2006). Os autores acrescentam que comportamentos de apoio precoce ajudam no desenvolvimento de estratégias pessoais para adaptação à situação e redução de pedidos de ajuda futuros, enquanto o apoio tardio poderá levar a sentimentos de fracasso. Levy (1996, p.71) enaltece que “o apoio social à prática de amamentar não pode ser subestimado” e encara-o como um fator potencialmente modificável.

Autores como Meedya, Fahy, & Kable (2010), Souza, Nespoli, & Zeitoune (2016), Capucho, Forechi, Lima, Massaroni, & Primo (2017) apresentam opinião consensual ao expor que a maioria das mulheres durante a amamentação refere que os membros da sua rede social mais presentes foram: o marido, a mãe, uma amiga e a enfermeira da unidade de Cuidados de Saúde Primários; sendo que as pessoas presentes no quotidiano da díade estão diretamente ligadas ao apoio e manutenção da amamentação e se possuírem conhecimento efectivos sobre amamentação, poderão fornecer suporte efetivo (Kohan, Heidari, & Keshvari, 2016).

Fialho, Lopes, Dias, & Salvador (2014) somam que esta construção de competências, através da necessidade de apoio, estão intimamente ligadas ao processo de autoimagem e Parkinson, Russell-Bennett, & Previte (2010) relacionam-na com a autoeficácia na amamentação. Uma mãe que não amamente facilmente, poderá perder a confiança em si mesma e tornar-se mais suscetível às pressões externas para que

desmame (Reeves, Close, Simmons, & Hollis, 2006; Bullon, Cardoso, Peixoto, & Miranda, 2009; Jin, Phua, & Lee, 2015).

Desde o nascimento que as pessoas criam ligações, sendo uma das primeiras a ser estabelecida a que ocorre entre os membros da família; assim, a família é percebida como um sistema de relações contínuas e interligadas, instituída por laços de parentesco e por uma rede de suporte social para a sua sobrevivência, representando um agente socializado primário na prática do cuidado, apoio e orientação, que transmite ensinamentos sobre viver, amar, sentir, cuidar de si e cuidar do outro (Prates, Schmalfuss, & Lipinski, 2015).

São vários os estudos que referem a importância do apoio daqueles que rodeiam a mulher, sendo o pai do bebé a pessoa que habitualmente tem maior peso e onde se espera que ofereça segurança e estabilidade, para que a mãe forme uma influência positiva e vínculo com o bebé, estando ele na posição ideal para assistência (Faleiros, Trezza, & Carandina, 2006; Rapoport & Piccinini, 2006; Abbass-Dick, Stern, Nelson, Watson, & Dennis, 2015; Clark, 2016; Pinto, et al., 2018).

Leng, Shorey, & He (2019) afirmam que os pais podem amparar diferentes necessidades: dando incentivo, suporte emocional, valorização da mulher/mãe, auxílio manual (tarefas domésticas, ajudar com o bebé e/ou outras crianças, algo que necessite durante o momento em que está a dar de mamar); e que, ao mesmo tempo, sentirem-se eles próprios competentes. Clarificam, ainda, que a postura do companheiro com a amamentação influencia o seu início e duração e que a sua atitude positiva demonstra um impulso na confiança da mulher para manter a amamentação e própria vivência da maternidade. Carneiro & Galvão (2012) relatam que 61% das mulheres afirmam que o pai do bebé concorda plenamente com o facto de elas amamentarem, existindo significado estatístico na manutenção da amamentação – tanto maior quanto maior o grau de concordância do companheiro.

Porém, num estudo conduzido por Galvão & Silva (2011), onde foram questionadas crianças em idade escolar, somente 39,8% indicam que o pai permanecia junto da mãe, enquanto esta amamentava os irmãos, sendo fulcral reforçar o papel ativo e importante do pai na prática. Num momento em que a mulher está mais sensível e emotiva, surgem, naturalmente, dúvidas sobre as suas capacidades e segundo Henriques & Martins (2011) perante as dificuldades e ansiedades sentidas e demonstradas pelas mães, em 8,7% da sua amostra, o seu marido mudou de opinião e aconselhou-a desistir da amamentação.

Também uma figura feminina que já tenha sido mãe é encarada de uma maneira mais significativa, uma vez que experienciou as dificuldades e receios relativos à amamentação (Monte, Leal, & Pontes, 2013). Todavia, Galvão (2002) cita King (1991) onde refere que nas sociedades modernas, as mulheres não têm qualquer ajuda e as próprias pressões da vida moderna são fatores para o insucesso da amamentação, facto reforçado como um fator de declínio no aleitamento materno também por Almeida (1999). Rapoport & Piccinini (2006) complementam, afirmando que as avós nem sempre estão disponíveis para cuidar dos netos e que os amigos podem, ocasionalmente, ajudar mas que normalmente não colaboram nas responsabilidades parentais ou tarefas diárias.

No seu estudo, que relaciona a amamentação com as redes sociais, Bridges, Howell, & Schmied (2018) revelam que existem grupos de mães, constituídos por uma comunidade feminina de apoio, onde se expõe a experiência pessoal de maternidade, troca de informações e conselhos, procura de apoio emocional, empatia e experiências similares, tornando-se claro que as mães procuram apoio social para atingir os seus objetivos face à amamentação. Sandes, et al. (2007) declaram que alguns estudos divulgados mencionam que as fontes de informação mais significativas são os familiares, amigos e comunicação social, passando para segundo plano os profissionais de saúde.

1.4 O ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO DO ALEITAMENTO MATERNO

O enfermeiro é constantemente destacado como o principal agente disseminador da promoção da amamentação mas para isso é necessário que sejam delineadas as condições para que mãe e bebé vivam esse processo de forma eficiente e com prazer (Brandão, Santos, Lima, Santos, & Monteiro, 2009; Souza, Nespoli, & Zeitoune, 2016). Estes profissionais de saúde são os principais responsáveis pela promoção e manutenção do aleitamento materno pois dão apoio e informações durante a gestação e puerpério, assim como no regresso a casa (Henriques & Martins, 2011).

A gravidez é um período caracterizado por uma vulnerabilidade psicológica que poderá ter repercussão na inter-relação com o bebé. Deste modo, os cursos pré-parto são programas que apoiam e encorajam o desenvolvimento de competências parentais e incluem estratégias na melhoria do bem-estar das mães e do bebé, promovendo a vinculação e interações saudáveis entre os pais e a criança e desenvolvendo

capacidades de resolução de problemas dos pais, ajudando-os na construção do seu papel parental (CNS, 2018).

Almeida, Pugliesi, & Rosado (2015) referem o estudo de Wolfberg et al., que observou as preferências da mulher e seu parceiro, e louva as mulheres cujos parceiros assistiram às aulas educativas como tendo uma maior tendência ao início da amamentação. As políticas de incentivo à amamentação deverão abranger os companheiros e familiares desde o momento pré-natal, estendendo-se durante o pós-parto, para que se forme uma base sustentada de apoio durante todo o processo de estabelecimento da lactação (Lima, et al., 2019).

Pereira (2007) referencia que na educação para a saúde sobre aleitamento materno, os enfermeiros deverão ensinar aos pais as características do leite materno (coloostro, leite de transição, leite maduro) pois estes conhecimentos traduzem-se numa maior duração da amamentação. O aconselhamento do aleitamento materno deve ser iniciado durante a gestação, pois a maioria das mulheres toma a decisão de como alimentar o seu bebé neste período, possuindo-se uma janela e oportunidade para apoio, esclarecimento de dúvidas, desmistificação de mitos, tabus, falsas crenças e receios (Greiner, 2014 *apud* Nelas, Coutinho, Chaves, Amaral, & Cruz, 2017).

Lima, et al. (2019) alertam que a maioria dos conhecimentos face ao aleitamento materno são adquiridos em grande parte no período pré-natal, mas que estes além de serem insuficientes, demonstram fragilidades do sistema de saúde, pois traduzem alguma responsabilização às mulheres pela saúde dos seus filhos. Monte, Leal, & Pontes (2013) reconhecem que é imprescindível entender o cenário circundante da mulher, o seu ciclo de convivência e os fatores que interferem na sua decisão e considerá-los em todos os momentos de assistência prestada ao núcleo e durante o ciclo gravídico-púerpera.

Em Portugal, a DGS (2006), num documento para os profissionais de saúde, reforça que esta fase da vida da mulher introduz transformações profundas no pai, no casal parental e na família mais alargada, e que devemos estar atentos a situações de risco face ao suporte social e emocional da mãe como isolamento social (sem suporte de um companheiro, família alargada ou amigos), ausência de visitas na maternidade ou companhia no momento da alta, sem apoio na guarda da criança, relações conflituosas ou violentas, separação/divórcio, dificuldades económicas graves e ausência de alguém com quem partilhar alegrias e/ou dificuldades.

Também o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil delineou algumas linhas-mestras que reforçam a pertinência da temática para a prática clínica, nomeadamente a:

- “Valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde;
- Detecção precoce, acompanhamento e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a saúde da criança e que sejam passíveis de correção” (DGS, 2013, p. 7).

Reforça, também, a relevância da avaliação da dinâmica da família, assim como o apoio sociofamiliar, como parte integrante das preocupações dos profissionais de saúde, pois poderão interferir com o desenvolvimento da criança (idem).

Assim, não chega os profissionais de saúde estarem preparados para os aspetos técnicos relacionados com a amamentação mas sim, refletir essa experiência com um olhar amplo e considerando esta multiplicidade de dimensões que comporta o aleitamento materno, em especial a rede de suporte social à mulher, a economia e a cultura familiar entre outros, reconhecendo sempre a mulher como protagonista, valorizando-a, escutando-a e empoderando-a (Lima, et al., 2019).

Levy (1996) engrandece que “o suporte na amamentação é decisivo, sobretudo durante o primeiro mês de vida e passa pelo ensino de técnicas e práticas de lactação, cuidados antecipatórios e suporte afetivo e efetivo da mãe e do bebé” (p.184).

Quanto às dificuldades iniciais, Heetor et al (2005) *apud* Meedya, Fahy, & Kable (2010) realçam que apenas 5% das mulheres têm verdadeiramente e fisiologicamente leite insuficiente, contudo mais de 50% reporta esse campo. Logo, reforça-se a necessidade de uma rede de apoio ativo, não apenas das suas famílias e comunidade, mas de todo o sistema de saúde, sobretudo nas primeiras semanas após o parto (Fialho, Lopes, Dias, & Salvador, 2014).

Uma mãe melhor preparada durante a gestação e no pós-parto mantém uma amamentação exclusiva mais prolongada, sendo crucial ressignificar os medos e receios relacionados com a prática, acreditando que com o suporte familiar e de profissionais capacitados, viverá na plenitude este momento da sua vida (Capucho, Forechi, Lima, Massaroni, & Primo, 2017).

Almeida (1999) intensifica que a amamentação como um bem social compartilhado, resultante de um processo biopsicossocial, exigindo-se uma desconstrução dos discursos, uma vez que os benefícios para o bebê são os mais difundidos em detrimento do papel agregador para o núcleo familiar. Reforça que a “amamentação (..) assume contornos que nos permitem categorizá-la como um híbrido, construído com fundamento tanto no que é disposto pelas leis naturais que regem os fenômenos biológicos, quanto nas intencionalidades dos atores e dos grupos que originam os factos sociais” (p. 22).

Cabe ao enfermeiro no processo de promoção e proteção do aleitamento materno, a comunicação, o acolhimento e o processo educativo em saúde, orientado pelos saberes e expectativas dos sujeitos, com o intuito de promover o estímulo e a adesão das mulheres à amamentação (Brandão, Santos, Lima, Santos, & Monteiro, 2009; Brown, 2014), reforçando-se a necessidade de informação baseada em evidência científica e aconselhamento, sendo a família protegida de interesses comerciais (OMS, 2018).

É de explicar que, identicamente, o pai sofre o impacto da mudança de papéis e pode viver uma fase tumultuosa – medo, responsabilidade sobre o bebê mesmo na barriga da companheira, alterações no comportamento da mulher (na maioria das vezes sem causa aparente); mas também se pode sentir incomodado, inferior, deslocado ou ansioso, pelo que os profissionais de saúde têm que considerar o cuidado focado na família (Bullon, Cardoso, Peixoto, & Miranda, 2009; Fialho, Lopes, Dias, & Salvador, 2014; Prates, Schmalfuss, & Lipinski, 2015; Pinto, et al., 2018).

Admitindo o núcleo familiar como objeto de investigação, de trabalho e de cuidado de enfermagem, os cuidados de saúde assegurados à singularidade da família nesta fase da sua vida, ditam aos profissionais de saúde um esforço conjugado, no sentido de capacitar as mulheres no cumprimento do seu objetivo de amamentação e, simultaneamente, aumentar a satisfação com que o fazem, fugindo do isolamento e anonimato, sem descurar o contexto social e cultural em que se inserem (Meedya, Fahy, & Kable, 2010; Marques & Ramalho, 2015, Souza, Nespoli, & Zeitoune, 2016); elevando-se a amamentação não como uma prerrogativa da mãe, mas uma responsabilidade partilhada pelo casal (Prates, Schmalfuss, & Lipinski, 2015).

Embora se constate que o suporte social exerça um papel primordial no sucesso da amamentação, muitos profissionais de saúde continuam a desvalorizar estas experiências, sem vislumbrar as suas potencialidades na adesão e manutenção da amamentação, exigindo-se uma reflexão de novas estratégias para a ação e consequente análise, de maneira a diminuir a sua interrupção precoce (Prates,

Schmalfuss, & Lipinski, 2014). Impõe-se a abertura a uma realidade que é permeada de significados e intencionalidades (Souza, Nespoli, & Zeitoune, 2016).

Prates, Schmalfuss, & Lipinski (2015) exalta que com o largo leque atual de informação sobre aleitamento materno, os profissionais começam a ficar com uma participação restrita no processo e têm vindo a perder credibilidade diante da prática e menor procura por parte das mães, exigindo-se uma necessidade da identificação dos motivos. Clark (2016) diz que, regularmente, as opiniões de amigos e família têm mais peso que os conselhos por parte de um profissional de saúde.

Um achado importante referido por Miranda, Zangão, & Risso (2017) é a falta de apoio e prestação de informações contraditórias, o que permite concluir a necessidade de formação dos profissionais. Galvão (2002) intensifica o facto dos profissionais dos Cuidados de Saúde Primários, que devem prestar apoio durante o período pré-natal e durante todo o primeiro e segundo ano de vida, não saberem orientar as mães nos problemas face à amamentação e que as atitudes de dúvida por parte da equipa de saúde constituem um elemento negativo para a mulher, num momento da sua vida em que necessita de um apoio firme.

No seu trabalho, Henriques & Martins (2011) relatam 13,4% das mães manifestaram ter sentido pouco apoio dos profissionais de saúde, o que de certa maneira prejudicou a sua prossecução da amamentação, facto mencionado previamente por Galvão (2005), onde 85,9% não beneficiou de qualquer contato após a alta da maternidade abordando aspectos relacionados com a amamentação. Também, Carneiro & Galvão (2012) remetem que apenas 39% apontam que nas consultas de vigilância de Saúde Infantil terem sido reforçados ensinamentos face à prática da amamentação.

Monte, Leal, & Pontes (2013) conclui que a ausência de apoio por parte dos profissionais é relatada como determinante para um desmame precoce e Clark (2016) revela que as mães se sentiram menos apoiadas pelos profissionais de saúde que as acompanharam em comparação com outros membros da sua rede de suporte social.

Por sua vez, Pinto, et al. (2018) alude que os pais não são inseridos nem estimulados a participar na prática de amamentação por parte da equipa de saúde, e mencionam que a falta de informação a eles fornecida interfere na ajuda às companheiras face às dificuldades. Também Galvão (2009), considerando a promoção do aleitamento materno na primeira hora de vida, refere que apenas 38,1% dos futuros especialistas inquiridos incentiva o pai a participar sempre na primeira mamada.

“As razões encontradas para o abandono da amamentação podem guiar e orientar esforços no sentido de promoção da saúde, aumentando a duração do aleitamento materno” (McLennan, 2001 *apud* Coutinho & Leal, 2005, p. 277). Pedrosa & Galvão (2016) aludem Shimizu et al. (2009) apontando para a relevância da expansão do acesso das grávidas aos serviços de saúde, melhorando a eficácia das consultas, melhorando o acolhimento, garantindo a todas as mulheres um período pré-natal de qualidade.

Impõe-se que os profissionais possuam um enorme patrimônio teórico e prático para que a educação em saúde face à amamentação seja adequada e eficaz, na promoção de sentimentos de competência e confiança materna, tanto no bem-estar do bebê como na contribuição em saúde (Henriques & Martins, 2011; Nelas, Coutinho, Chaves, Amaral, & Cruz, 2017); criando-se uma resistência às interferências de crenças e mitos enraizados, sem fundamento científico, por familiares e pessoas próximas, na valorização da orientação do profissional de saúde (Fujimori, Nakamura, Gomes, Jesus, & Rezende, 2010; Prates, Schmalfuss, & Lipinski, 2015).

Por conseguinte, o sucesso do aleitamento materno, carece da compreensão de um sistema interativo com necessidades físicas e psicológicas tanto da mãe como do bebê, e muito além da duração e ausência de problemas físicos, acarreta vivências familiares, sociais e educacionais positivas para a amamentação, suporte familiar, autoconfiança materna para estabelecimento da lactação e cuidado ao seu filho, um bebê capaz de mamar eficazmente e tem um crescimento e desenvolvimento correto, apoio dos profissionais de saúde, sendo estes eficientes nos ensinamentos e atuação para uma amamentação bem-sucedida e que dê prazer à díade mãe-bebê (Galvão, 2002).

2. METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

A investigação científica é um processo que nos permite diluir problemas interligados ao conhecimento sobre os fenómenos que nos rodeiam (Fortin, 2003). A fase metodológica passa pela definição dos meios e técnicas para a realização do processo investigativo, sendo determinado o procedimento de obtenção de respostas às questões de investigação ou verificação das hipóteses (Fortin, Côté, & Filion, 2009).

Para Fortin (2003), “a fase metodológica operacionaliza o estudo, precisando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenrola o estudo e a população” (p.108).

Considerando o quadro teórico descrito anteriormente e pela produção de evidência científica, foram efetuadas opções metodológicas que serão descritas neste capítulo: Justificação da temática; Objetivos do estudo; Questões de investigação; Tipo de estudo; As variáveis em estudo e sua operacionalização; População, amostra e processo de amostragem; Instrumentos de recolha de dados; Procedimentos éticos e Análise estatística dos dados.

2.1 JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA

Na experiência profissional da investigadora como enfermeira em um serviço de Urgência Pediátrica e recente experiência de maternidade, é correntemente confrontada com questões sobre aleitamento materno, onde se reflete sobre o apoio fornecido às mulheres, tanto pela parte de familiares/amigos mas também dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros.

Compreendendo as inúmeras dificuldades subjacentes à amamentação e na sua manutenção, admite-se como imperativo um suporte social adequado às mães. Através da fundamentação teórica, verificou-se que constantemente se eleva a importância do suporte social, porém apurou-se uma lacuna de pesquisas nesta área, o que motiva o debruçar sobre a temática e a, por consequente, realização deste estudo.

Reconhece-se a complexidade do tema aleitamento materno, repleto de singularidades e significados, no entanto, na luta pelo conhecimento científico e contínua melhoria da qualidade dos cuidados em Enfermagem se norteia o tema: “Atitudes Maternas face à Amamentação em mães de Lactentes e Satisfação com o Suporte Social”.

2.2 OBJETIVOS DO ESTUDO

Para Fortin, Côté, & Fillion (2009) o objetivo revela de forma clara, o porquê da investigação e o que o investigador pretende alcançar

O início e manutenção do aleitamento materno pressupõem uma decisão pessoal da mulher, sendo fundamental o suporte daqueles que lhe são significativos (companheiro, familiares, amigos...) e dos profissionais de saúde, considerando que engloba apoio emocional, técnico, científico e relacional ao núcleo familiar.

Acreditando que com suporte social adequado e profissionais capacitados conseguiremos ressignificar a experiência de amamentação e na contribuição e produção de conhecimentos, tendo por base as premissas “Dez Medidas para o Sucesso do Aleitamento Materno” da Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés nomeadamente: “Discutir com todas as grávidas e suas famílias sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno” e “Ajudar as mães a iniciar e manter a amamentação e a resolver as dificuldades mais comuns” (CNS, 2018, p. 32), foram considerados os seguintes objetivos:

- Conhecer as atitudes maternas face à amamentação em mães de crianças lactentes;
- Avaliar a influência de características sociodemográficas, de experiência de gravidez, de experiência de aleitamento atual e de principal fonte de informação sobre aleitamento materno nas atitudes maternas face à amamentação em mães de crianças lactentes;
- Verificar a associação entre a satisfação com o suporte social e as atitudes maternas face à amamentação, em mães de crianças lactentes.

2.3 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Considerando que questões de investigação são enunciados claros e não equívocos, que determinam os conceitos a serem analisados, bem como a população-alvo (Fortin, Côté, & Fillion, 2009) foram delineadas as seguintes questões:

- Em que medida as características sociodemográficas (idade materna, estado civil, coabitação...) influenciam as atitudes maternas face à amamentação?
- Qual a influência da experiência de gravidez nas atitudes maternas face à amamentação?
- Em que medida a experiência de aleitamento atual influencia as atitudes maternas face à amamentação?
- Em que medida a principal fonte de informação sobre aleitamento materno influencia as atitudes maternas face à amamentação?
- Qual a associação entre a satisfação com o suporte social e as atitudes maternas face à amamentação?

2.4 TIPO DE ESTUDO

Conceptualizou-se um estudo quantitativo e descritivo- correlacional, uma vez que se pretende descrever os dados relativos às variáveis em estudo e determinar se existe relação entre as mesmas. Fortin (2003) caracteriza como objetivo principal deste tipo de estudo, a descoberta de fatores relacionados com um fenómeno, ou seja, o investigador explora e determina a existência de possíveis relações entre as variáveis, abrindo o caminho para a formulação de hipóteses, passíveis de objeto de investigação em estudos subsequentes.

A vantagem deste tipo de estudo é que permite, durante o processo investigativo, concomitantemente, atentar várias variáveis e explorar as suas relações, bem como a descrição das mesmas (*idem*).

2.5 AS VARIÁVEIS EM ESTUDO E SUA OPERACIONALIZAÇÃO

Fortin (2003, p.36) define variável como “qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação”. Deste modo, serão descritas a variável dependente e variáveis independentes, bem como a descrição de como estas foram mensuradas no presente estudo e tratamento estatístico das escalas utilizadas.

Embora Fortin (2003) afirme que a utilização dos termos “variável dependente/independente” não se aplique no contexto dos estudos descritivo-

correlacionais, uma vez que os objetivos delineados têm como foco central as atitudes maternas face à amamentação, esta considerou-se como variável dependente.

Considerando os objetivos e questões que norteiam esta investigação, atentam-se as seguintes variáveis independentes: características sociodemográficas, de experiência de gravidez, de experiência de aleitamento atual e de satisfação quanto ao suporte social; face à variável dependente e suas dimensões.

2.5.1 Variável Dependente

ATITUDES MATERNAS FACE À AMAMENTAÇÃO

Levy (1996) salienta que as hipóteses teóricas na formação das atitudes revelam por um lado, uma componente que se centra nos processos cognitivos e nos relaciona atitudes com crenças e por outro lado, a análise deste processo com uma componente afetiva, sem recorrer à racionalidade.

Para a construção deste instrumento, a autora baseia-se na Teoria da Ação Refletida de Fishbein e Ajzen, que determina intenção e ação como duas determinantes básicas, uma pessoal enquanto a outra reflete a influência social (*idem*).

Assim, englobam-se dois fatores: atitudes perante o comportamento (fator e avaliação pessoal, que poderá ser negativa ou positiva das consequências de um dado comportamento) e norma subjetiva (intenção e percepção pessoal da pressão social exercida sob a pessoa, para ter ou não certo comportamento). Deste modo e tendo em conta a teoria, o comportamento será determinado pela intenção sendo esta resultante das atitudes perante o comportamento e norma subjetiva.

O instrumento, aferido e validado por Pereira (2004), é constituído por um questionário de auto- preenchimento, dividido em cinco partes.

- 1ª Parte - Constituída por 16 afirmações, com o objetivo de avaliar a opinião das mães acerca das vantagens do aleitamento materno e aleitamento artificial. É cotada numa escala de *Likert* com 7 opções – 7: muito certo, 1: muito errado; sendo as restantes pontuações correspondentes a respostas intermédias.
- 2ª Parte - Constituída por 16 afirmações, permite avaliar a importância atribuída pelas mães à prática de regime alimentar escolhida para o seu bebé. É cotada numa escala de *Likert* com 7 opções – +3: muito importante, -3: nada importante.

Neste estudo optámos pela sua recodificação considerando as 7 opções em 7 (muito importante), 6, 5, 4, 3, 2 e 1 (nada importante).

- 3ª Parte - Constituída por 4 afirmações, com o objetivo de avaliar a opinião das mães acerca das opiniões de pessoas significativas (pai do bebé, avó materna do bebé, melhor amiga da mãe e médico assistente) face à mãe amamentar o seu bebé. É cotada numa escala de *Likert* com 7 opções – 7: devo absolutamente, 1: não devo; sendo as restantes pontuações correspondentes a respostas intermédias.
- 4ª Parte - Constituída por 4 afirmações, com o objetivo de avaliar a opinião das mães acerca das opiniões de pessoas significativas (pai do bebé, avó materna do bebé, melhor amiga da mãe e médico assistente) face ao seu bebé ser alimentando com leite artificial. É cotada numa escala de *Likert* com 7 opções – 7: devo absolutamente, 1: não devo; sendo as restantes pontuações correspondentes a respostas intermédias.
- 5ª Parte - Constituída por 4 afirmações, permite avaliar a sensibilidade das mães quanto às opiniões de pessoas significativas (pai do bebé, avó materna do bebé, melhor amiga da mãe e médico assistente). É cotada numa escala de *Likert* com 7 opções – +3: não se importa, -3: importa-se muito. Neste estudo optámos pela sua recodificação considerando as 7 opções em 7 (importa-me muito), 6, 5, 4, 3, 2 e 1 (não me importa).

A escala possui uma 6ª e 7ª parte que, neste estudo, foram desconsideradas uma vez que devem ser aplicadas a gestantes.

Na 1ª e 2ª parte, compostas por 16 itens cada, é feita uma análise das atitudes perante o comportamento. Nas restantes partes, compostas por 12 itens, analisa-se a norma subjetiva. A decisão de amamentar abrange a totalidade dos itens.

O cálculo de cada dimensão (cuja cotação, considerando a recodificação prévia, oscila entre 1 e 49) é efetuado da seguinte forma:

- **Atitudes perante o Comportamento:** multiplicação da avaliação de cada consequência comportamental pelo valor atribuído à opinião. Soma total dos resultados e divisão pelo número de itens (16), ou seja $(A1 \times B1) + (A2 \times B2) + (A3 \times B3) + \dots / 16$.

- **Norma Subjetiva:** multiplicação das opiniões normativas pela motivação, de acordo com as pessoas significativas. Soma total dos resultados e divisão pelo número de itens (8), ou seja $(C1 \times E1) + (C2 \times E2) + (C3 \times E3) + (C4 \times E4) + (D1 \times E1) + (D2 \times E2) + (D3 \times E3) + (D4 \times E4) / 8$.
- **Decisão de Amamentar:** soma dos valores encontrados para ambas as dimensões (atitudes perante o comportamento e norma subjetiva), apresentando valor mínimo de 2 e máximo de 98.

Quanto mais elevado o valor de cada dimensão, melhor a atitude face à amamentação.

Reportando o tratamento estatístico dos instrumentos utilizados, as Tabelas 1, 2 e 3 são relativas às cinco partes da Escala de Atitudes Maternas face à Amamentação (EAMA), de Levy (1996), observando-se as medidas de tendência central e de dispersão (médias e desvio-padrão), as correlações obtidas entre cada item da subescala e o valor global das partes.

Fortin (2003) define o cálculo do Alpha de Cronbach como a verificação de que cada item do instrumento mede de forma igual o mesmo conceito, denotando que o valor mais elevado revela uma maior consistência interna e o coeficiente item total corrigido, que “estabelece o grau de correlação entre cada enunciado (...) e o score total” (idem, p. 227).

Relativamente à primeira parte da escala de Atitudes Maternas face à Amamentação (Tabela 1) observa-se que a média varia entre 1,95 e 6,82 e desvio-padrão máximo de 2,10 no item 7. A correlação é no geral baixa, sendo a correlação mínima relativa ao item 2 ($r = -0,02$) e máxima correspondente ao item 11 ($r = 0,38$). O valor de alpha de cronbach global é de 0,53.

Tabela 1

Estudo da consistência interna da EAMA (1ª parte), correlações item/total e respetivos valores de alpha de cronbach

Itens	$\bar{X}$	DP	Correlação Item/Total	α sem item
1-A amamentação estabelece um contacto íntimo entre a mãe e bebé	6,82	0,68	0,21	0,51
2-O biberão é um método muito prático para alimentar um bebé	3,65	1,84	-0,02	0,57
3-A amamentação é embaraçosa para a mãe	1,95	1,50	0,21	0,51

4-O leite do biberão fornece um alimento incompleto para um bebé	3,66	1,90	0,14	0,53
5-A amamentação é boa para a saúde da mãe	6,51	0,97	0,24	0,51
6-O biberão torna possível para o pai o envolvimento na refeição do bebé	5,31	1,53	0,08	0,54
7-A amamentação dificulta as saídas da mãe de sua casa	3,08	2,10	0,23	0,51
8-O biberão é um método caro de alimentar um bebé	5,70	1,55	0,09	0,53
9-A amamentação fornece o melhor alimento para o bebé	6,77	0,85	0,23	0,51
10-A alimentação por biberão é um método de alimentar o bebé que não dá preocupações	2,81	1,73	0,18	0,52
11-A amamentação protege o bebé contra as infeções	6,63	0,92	0,38	0,49
12-A alimentação por biberão permite avaliar exatamente a quantidade de leite que o bebé tomou	5,89	1,45	0,13	0,53
13-A amamentação protege o bebé de alergias	6,25	1,36	0,36	0,48
14- A amamentação protege a mãe do cancro da mama	5,89	1,68	0,36	0,47
15- A amamentação é uma fonte de prazer para a mãe	5,74	1,61	0,21	0,51
16- A amamentação é uma fonte de prazer para o bebé	6,68	0,85	0,32	0,50
Total	83,37	8,29	-	0,53

No que concerne à 2ª parte da escala (Tabela 2), as médias variam entre 3,99 e 6,97 e o item 5 com maior dispersão de resposta com valor de 2,0. Observa-se, porém, que o item 5 é o mais correlacionado ($r = 0,53$) e o menor é o item 7 ($r = 0,03$). O coeficiente da alpha no global é 0,73.

Tabela 2

Estudo da consistência interna da EAMA (2ª parte), correlações item/total e respetivos valores de alpha de cronbach

Itens	$\bar{X}$	DP	Correlação Item/Total	α sem item
1- Usar um método que permita sair de casa, é:	5,71	1,76	0,48	0,70
2- Usar um método que seja bom para a minha saúde, é:	6,81	0,57	0,36	0,72
3-Usar um método prático, é:	6,48	1,01	0,52	0,70
4-Usar um método que estabeleça um contacto íntimo entre mim e o meu filho, é:	6,88	0,49	0,16	0,73
5-Usar um método que não me faça sentir embaraçada, é:	5,23	2,00	0,53	0,79
6-Usar um método que permita ao pai do bebé envolver-se na refeição, é:	5,28	1,61	0,42	0,71
7-Usar um método que forneça uma alimentação completa para o meu bebé, é:	6,96	0,28	0,03	0,73
8-Usar um método que não me cause preocupações, é:	6,14	1,48	0,47	0,70
9-Usar um método barato, é:	5,23	1,98	0,39	0,71

10-Usar um método que permita avaliar exatamente a quantidade de leite que o bebê toma, é:	3,99	1,97	0,28	0,73
11-Usar um método que proteja o meu bebê de infecções, é:	6,89	0,51	0,16	0,73
12-Usar um método que me dê prazer, é:	5,95	1,50	0,44	0,70
13-Usar um método que proteja o meu bebê de alergias, é:	6,88	0,47	0,23	0,73
14-Usar um método que me proteja do cancro da mama, é:	6,60	0,86	0,39	0,71
15-Usar um método que dê prazer ao meu bebê, é:	6,90	0,37	0,24	0,73
16-Usar o melhor método para alimentar o meu bebê, é:	6,97	0,16	0,07	0,73
Total	98,88	8,90	-	0,73

Na terceira parte da escala (Tabela 3), os valores de média e respetivos desvios-padrão revelam a centralidade dos itens. A correlação mínima é relativa ao item 4 ($r = 0,57$) e máxima no item 1 ($r = 0,69$). O coeficiente de alpha desta subescala equivale a 0,81, sendo um valor bom.

Por sua vez, na quarta parte da escala (Tabela 3), o desvio-padrão apresenta valores de variabilidade de resposta (entre 2,02 e 2,18). A correlação item total apresenta os seus valores oscilando entre 0,80 no item 4 e 0,86 no item 3. O valor de alpha de cronbach é o mais elevado encontrado ao longo da escala, sendo muito bom ($\alpha = 0,94$).

Face à quinta parte da escala (Tabela 3), os valores da média oscilam entre 4,13 e 5,69 e os de desvio-padrão entre 1,83 e 1,97. O coeficiente de correlação item total mínimo é relativo ao item 3 ($r = 0,66$) e valor máximo no item 2 ($r = 0,78$). Os valores de alpha de cronbach variam entre 0,82 e 0,87, sendo o coeficiente global 0,87, indicador de boa consistência interna.

Tabela 3

Estudo da consistência interna da EAMA (3ª, 4ª e 5ª parte), correlações item/total e respetivos valores de alpha de cronbach

Itens	$\bar{X}$	DP	Correlação Item/Total	α sem item
1-Pensamento do pai do bebê sobre amamentação do seu bebê	6,43	1,06	0,69	0,75
2-Pensamento da sua mãe sobre amamentação do seu bebê	6,06	1,37	0,63	0,76
3-Pensamento da sua melhor amiga sobre amamentação do seu bebê	5,88	1,49	0,66	0,75
4-Pensamento do seu médico sobre amamentação do seu bebê	6,04	1,38	0,57	0,79
Total 3ª parte	24,42	4,27	-	0,81
1-Pensamento do pai do bebê sobre Aleitamento Artificial para o seu bebê	3,24	2,18	0,88	0,91

2-Pensamento da sua mãe sobre Aleitamento Artificial para o seu bebé	3,40	2,11	0,85	0,92
3-Pensamento da sua melhor amiga sobre Aleitamento Artificial para o seu bebé	3,50	2,02	0,86	0,91
4-Pensamento do seu médico sobre Aleitamento Artificial para o seu bebé	3,50	2,13	0,80	0,93
Total 4ª parte	13,64	7,73	-	0,94
1-Qual a importância que habitualmente tem para si a opinião do pai do bebé	5,69	1,97	0,75	0,83
2-Qual a importância que habitualmente tem para si a opinião da sua mãe	4,77	1,93	0,78	0,82
3-Qual a importância que habitualmente tem para si a opinião da sua melhor amiga	4,13	1,83	0,66	0,87
4-Qual a importância que habitualmente tem para si a opinião do seu médico	4,99	1,93	0,74	0,84
Total 5ª parte	19,58	6,53	-	0,87

Apesar de Levy (1996) garantir a aplicabilidade com pré-teste, a consistência interna do instrumento não foi analisada pela autora. No descrito por Pereira (2004) também não são evidenciados os resultados de análise da consistência interna, não sendo passível de comparação com o obtido.

2.5.2 Variáveis Independentes

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

- Idade da Mãe: “Intervalo de tempo que decorre entre a data do nascimento (dia, mês e ano) e as 0 horas da data de referência. A idade é expressa em anos completos” (Instituto Nacional de Estatística, s.d.). É uma variável quantitativa definida em anos, sendo que o estudo engloba mães maiores de 18 anos, tendo sido elaborada uma pergunta aberta;
- Estado Civil: “Existência e condições da existência do indivíduo perante a lei civil (solteiro, casado, viúvo ou divorciado)” (Acórdãos do Supremo Tribunal de Justiça, s.d.). É uma variável qualitativa, tendo sido elaborada uma pergunta fechada sendo consideradas as opções relatadas anteriormente;
- Coabitação: Pessoas com quem habita em comum. É uma variável qualitativa, tendo sido elaborada uma pergunta fechada, considerando-se as seguintes opções: Marido/Companheiro, Avós do bebé, Outro;
- Rendimento Mensal Familiar: Rendimento mensal líquido do agregado familiar, ou seja, somatório dos rendimentos das pessoas que vivem em economia comum (Instituto da Segurança Social, 2019). É uma variável qualitativa ordinal,

tendo sido elaborada uma pergunta fechada e remeteu-se à seguinte subdivisão: $\leq 500\text{€}$, entre 500€ - 1500€ , entre 1500€ - 2500€ , $\geq 2500\text{€}$;

- Local de Residência: “Residência é o local onde a pessoa habita, com intuito permanente” (Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios, s.d.). É uma variável qualitativa, tendo sido elaborada uma pergunta fechada, e considerando as tipologias de áreas urbanas definidas pelo Instituto Nacional de Estatística optou-se pela subdivisão: Urbano (cidade) Rural (vila/aldeia);
- Escolaridade Materna: Segundo o Instituto Nacional de Estatística (s.d.), ano de escolaridade considera-se “ano de estudos completo legalmente instituído”. É uma variável qualitativa nominal, tendo sido elaborada uma pergunta fechada e foram seguidos os seguintes graus de instrução: Ensino Básico, Ensino Secundário, Bacharelato/ Licenciatura, Mestrado, Doutoramento;
- Situação Profissional Materna: “Emprego é um contrato explícito ou implícito (...) pelo qual uma pessoa se obriga a fornecer o seu trabalho (...) mediante uma remuneração (...) a uma unidade institucional residente, por um determinado período ou até nova ordem” (Instituto Nacional de Estatística, s.d.). É uma variável qualitativa dicotômica e considerou-se: Empregada, Desempregada.

EXPERIÊNCIA DE GRAVIDEZ

- Número de Gestações Anteriores: Número de gestações prévias da mãe. É uma variável quantitativa, tendo sido elaborada uma pergunta aberta;
- Gravidez Planeada: Planeamento prévio da gravidez relativa ao lactente em questão. É uma variável qualitativa dicotômica, considerando-se: Sim, Não;
- Vigilância da Gravidez e Local: Processo assistencial contínuo a cuidados materno-infantis especializados (DGS, 2015). É uma variável qualitativa dicotômica, considerando-se: Sim, Não. Se resposta positiva, foi subdividida considerando o local onde essa vigilância foi realizada, tendo sido elaborada uma pergunta fechada: Maternidade, Centro de Saúde, Privado;
- Ocorrência de Problemas na Gravidez: Intercorrências obstétricas no decorrer da gravidez. É uma variável qualitativa dicotômica, considerando-se: Com problemas, Sem problemas;
- Tipo de Parto: Conjunto de mecanismos durante o nascimento da criança e término da gravidez. É uma variável qualitativa, tendo sido elaborada uma pergunta fechada, considerando-se os descritores no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2018): Eutócico, Cesariana, Fórceps, Ventosa;

- Formação em Aleitamento Materno: Participação da mãe em atividades com vista à aquisição de conhecimentos práticos e teóricos face ao aleitamento materno durante o período da gravidez. É uma variável qualitativa dicotómica, considerando-se: Sim, Não.

EXPERIÊNCIA DE ALEITAMENTO ATUAL

- Idade Atual do Bebê: “Intervalo de tempo que decorre entre a data do nascimento (dia, mês e ano) e as 0 horas da data de referência” (Instituto Nacional de Estatística, s.d.). É uma variável quantitativa, tendo sido elaborada uma pergunta aberta, definida em meses completos e considerando a definição de lactente como “criança entre 1 e 23 meses de idade” (Descritores em Ciências da Saúde, s.d.);
- Tempo de Permanência no Domicílio após o Parto: Em Portugal, para mulheres trabalhadoras, o subsídio parental para a mãe revela um período de concessão de 120 ou 150 dias; é também permitido o subsídio parental alargado, até 3 meses (Instituto de Segurança Social, s.d.), podendo este ser gozado logo após a licença inicial. É uma variável quantitativa, tendo sido elaborada uma pergunta aberta, definida em meses;
- Contato Pele a Pele na 1ª hora de Vida: “Entende-se por contato precoce pele a pele a colocação do bebé despido sobre o peito ou abdómen da mãe (ou do pai) em decúbito ventral” (Marín Gabriel et al. 2010 *apud* Ordem dos Enfermeiros, s.d.), imediatamente a seguir ao parto e ainda na primeira hora de vida. É uma variável qualitativa dicotómica, operacionalizada em: Sim, Não;
- Ensinos sobre Aleitamento Materno e quem os realizou: Processo assistencial de transmissão de ensinos sobre Aleitamento Materno. É uma variável qualitativa dicotómica, considerando-se: Sim, Não. Em caso de resposta positiva, foi subdividida e elaborada uma pergunta aberta e considerado a(s) pessoa(s) do qual os recebeu: Médico, Enfermeiro, Outro (com necessidade de especificar);
- Manutenção Atual da Amamentação: “A Organização Mundial de Saúde recomenda Aleitamento Materno continuado por dois anos ou mais” (Santana, Giugliani, Vieira, & Vieira, 2018). Deste modo, operacionalizou-se a variável qualitativa dicotómica, se se encontra a amamentar na data de resposta ao questionário, considerando-se: Sim, Não. Em caso de resposta negativa, foi subdividida e considerada uma pergunta aberta com as opções: Não amamentei

por contraindicação por motivos de saúde materna, Não amamenteei por motivos de saúde do bebê, Deixei de amamentar por decisão própria, Deixei de amamentar por conselho médico, Deixei de amamentar por conselho de um familiar/amigo ou passível de resposta aberta;

- Decisão de Amamentar: “A decisão de amamentar é uma decisão pessoal, sujeita a muitas influências, resultantes da socialização de cada mulher (Levy & Bértolo, 2012, p. 10). É uma variável qualitativa, tendo sido elaborada uma pergunta fechada, operacionalizada: Decisão própria, Conselho de um profissional de saúde, Conselho de um familiar, Conselho de um amigo;
- Amamentação na Maternidade: “Padrão alimentar ou de ingestão de líquidos: alimentar um lactente oferecendo leite das mamas” (International Council of Nurses, 2019) durante o internamento da maternidade. É uma variável qualitativa dicotômica e considerou-se: Sim, Não.
- Existência de Dificuldades na Amamentação na Maternidade e após a Alta: presença de obstáculos à prática da amamentação durante o internamento da maternidade. É uma variável qualitativa, tendo sido elaborado uma pergunta fechada dicotômica (Sim, Não). Em caso de resposta positiva, foi elaborada uma pergunta fechada (Sim, Não) se as dificuldades estavam ultrapassadas no momento da alta;
- Principal Fonte de Informação sobre Aleitamento Materno: “Todo o objeto ou sujeito que origine, contenha ou administre uma informação” (Peixoto, 2016), neste caso o essencial e relativamente ao aleitamento materno. É uma variável qualitativa, tendo sido elaborada uma pergunta aberta e operacionalizada: Pai do bebê, Avó do bebê, Amigos, Internet/Redes Sociais, Profissionais de Saúde, Outro (com necessidade de especificar);
- Principal Fonte de Ajuda sobre Aleitamento Materno: O sujeito/objeto primordial que, direta ou indiretamente, tenha fornecido ajuda à mãe face ao aleitamento materno. É uma variável qualitativa, tendo sido elaborada uma pergunta aberta e operacionalizada: Pai do bebê, Avó do bebê, Amigos, Internet/Redes Sociais, Profissionais de Saúde, Outro (com necessidade de especificar);
- Regime Alimentar do Bebê: Modo como o lactente está a ser alimentado. É uma variável qualitativa, tendo sido elaborada uma pergunta fechada com base no Registo de Aleitamento Materno (DGS, 2014): Aleitamento Materno Exclusivo (Leite Materno e Soro Reidratação Oral, gotas, xaropes), Aleitamento Materno Predominante (Leite Materno e Líquidos: água, bebidas à base de água, sumo de fruta; Soro Reidratação Oral, gotas, xaropes), Aleitamento Misto (Leite

Materno e Leite Artificial; Soro Reidratação Oral, gotas, xaropes), Aleitamento Artificial (Leite Artificial e Soro Reidratação Oral, gotas, xaropes), Complementar I (Leite Materno e Alimentos Sólidos/Semissólidos) e Complementar II (Leite Artificial (poderá fazer também Leite Materno) e Alimentos Sólidos/Semissólidos). Em caso regime Aleitamento Misto foi subdividida e elaborada uma pergunta aberta, numa variável quantitativa, em meses completos, face à idade de introdução e em caso de regime Aleitamento Misto ou Aleitamento Artificial uma pergunta fechada, numa variável qualitativa face ao fator de decisão da sua introdução sendo operacionaliza: Decisão própria, Conselho médico, Conselho de um familiar/ amigo, Outro. Caso englobe Alimentos Sólidos/Semissólidos foi subdividida e elaborada uma pergunta aberta, numa variável quantitativa, em meses completos, face à idade de introdução dos mesmos.

SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

Pais-Ribeiro (2011, p. 1) cita Sarason et al. (1983) definindo Suporte Social como “a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós”; complementa referendo que o domínio é multidimensional e que os seus diferentes aspetos têm diferente impacto no indivíduo.

O autor debruça-se sobre o estudo de Singer & Lord (1984) onde relatam que o suporte social e a saúde englobam-se em quatro categorias: o suporte social protege contra perturbações induzidas pelo *stress*, a não existência de suporte social é fonte de *stress*, é um stressor a perda de suporte social e que o suporte social é benéfico.

Neste estudo optou-se pelo instrumento desenvolvido e publicado por Pais-Ribeiro em 2011, fiel e válido para a população portuguesa, construído para medir a satisfação com o suporte social existente e sustentado em Wethington e Kessler, na medida que a perceção de suporte social explica melhor a saúde do que as de suporte social tangível.

É uma escala de auto- preenchimento, composta por 15 afirmações e cotada numa escala de *Likert* com 5 opções de A: concordo totalmente, B: concordo na maior parte, C: não concordo nem discordo, D: discordo na maior parte e E: discordo totalmente; onde o sujeito deverá assinalar o seu grau de concordância com a afirmação prévia.

Os 15 itens distribuem-se por 4 dimensões:

- **Satisfação com os Amigos** – mede a satisfação com as amizades/amigos e inclui cinco itens (3, 12, 13, 14, 15);
- **Intimidade** - mede a percepção da existência de suporte social íntimo e inclui quatro itens (1, 4, 5, 6);
- **Satisfação com a Família** - mede a satisfação com o suporte social familiar existente e inclui três itens (9, 10, 11);
- **Atividades Sociais** - mede a satisfação com as atividades sociais que realiza e inclui três itens (2, 7, 8).

A pontuação de cada dimensão resulta da soma dos itens e a pontuação integral da escala resulta da soma da totalidade dos itens.

Os itens são cotados atribuindo o valor 1 aos itens assinalados em A, 2 aos itens assinalados em B, 3 aos itens assinalados em C, 4 aos itens assinalados em D e 5 aos itens assinalados em E. A escala inclui valores invertidos nos itens 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15; deste modo, estes são cotados assinalando o valor 1 aos itens assinalados em E e valor 5 aos itens assinalados em A.

A cotação da escala varia entre 15 e 75, sendo que a pontuação mais alta corresponde a uma percepção de maior suporte social. O autor reforça, porém, que “todas as pessoas têm uma percepção de satisfação com o suporte social e se for baixa ou elevada isso não significa que seja deficitário” (Pais-Ribeiro, 2011, p. 14).

Nas Tabelas 4,5,6 e 7, podem observar-se as estatísticas (médias e desvio-padrão), as correlações obtidas entre cada item da subescala e o valor global das quatro subescalas da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).

Os valores de alpha de cronbach das subescalas variam entre 0,71 e 0,86; sendo o alpha de cronbach da escala global 0,88, superior a 0,85 descrito por Pais-Ribeiro (2011).

Na tabela 4, relativa à dimensão Satisfação com os Amigos, os valores da média variam entre 2,85 e 4,08 e os desvio padrão oscilam entre 1,10 e 1,31. O item 3 apresenta-se como o mais problemático, dado o valor mínimo de 0,50 e a correlação máxima no item 14 ($r = 0,78$). O alpha de cronbach é de 0,86, superior ao 0,83 relatado por Pais-Ribeiro (2011).

Tabela 4

Estudo da consistência interna da ESSS – Satisfação com os Amigos, correlações item/total e respectivos valores de alpha de cronbach

Itens	$\bar{X}$	DP	Correlação Item/Total	α sem item
3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	2,85	1,31	0,50	0,88
12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	3,98	1,14	0,73	0,82
13-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	3,15	1,21	0,74	0,82
14-Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	3,25	1,20	0,78	0,80
15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	4,08	1,10	0,67	0,83
Total	17,32	4,80	-	0,86

Relativamente à Tabela 5, referente à subescala Intimidade, a média varia entre 3,28 e 4,08 e respetivos desvios-padrão permite-nos dizer que encontram bem centrados. A correlação mínima corresponde ao item 1 ($r = 0,44$) e máxima no item 4 ($r=0,55$). O valor global do alpha nesta subescala é de 0,71, inferior ao 0,74 descrito por Pais-Ribeiro (2011).

Tabela 5

Estudo da consistência interna da ESSS – Intimidade, correlações item/total e respectivos valores de alpha de cronbach

Itens	$\bar{X}$	DP	Correlação Item/Total	α sem item
1- Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	3,28	1,34	0,44	0,68
4-Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	3,67	1,28	0,55	0,61
5-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	4,08	1,13	0,48	0,65
6-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	3,38	1,46	0,52	0,63
Total	14,41	3,82	-	0,71

Na Tabela 6, alusiva à Satisfação com a Família, as médias variam entre 3,81 e 4,16 e desvio-padrão correspondente, revela que estão bem centrados. O item 11 é o mais

correlacionado ($r = 0,73$) e o menor é o item 9 ($r = 0,59$). Por sua vez, o valor do coeficiente de alpha é de 0,81, superior ao 0,74 relatado por Pais-Ribeiro (2011).

Tabela 6

Estudo da consistência interna da ESSS – Satisfação com a Família, correlações item/total e respectivos valores de alpha de cronbach

Itens	$\bar{X}$	DP	Correlação Item/Total	α sem item
9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	4,16	1,06	0,59	0,81
10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	3,81	1,20	0,68	0,72
11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	4,04	1,06	0,73	0,68
Total	12,01	2,84	-	0,81

A Tabela 7, relativa às Atividades Sociais, as médias variam entre 2,54 e 3,29, e também aqui os valores de desvio-padrão, que variam entre 1,21 e 1,35, permitem afirmar que estão centrados. A correlação mínima é 0,50 no item 2 e a máxima 0,69 no item 7. O alpha de cronbach global é de 0,74, superior ao 0,64 obtido por Pais-Ribeiro (2011).

Tabela 7

Estudo da consistência interna da ESSS – Atividades Sociais, correlações item/total e respectivos valores de alpha de cronbach

Itens	$\bar{X}$	DP	Correlação Item/Total	α sem item
2- Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	2,54	1,27	0,50	0,73
7-Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam	2,67	1,34	0,69	0,51
8-Gostava de participar mais em atividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	3,29	1,35	0,52	0,71
Total	8,50	3,22	-	0,74

2.6 POPULAÇÃO, AMOSTRA E PROCESSO DE AMOSTRAGEM

A população é um conjunto de elementos ou sujeitos que partilham características comuns (Fortin, Côté, & Filion, 2009). A população-alvo inclui mães, de primeira vez e criança única, de termo, saudáveis e lactentes (entre 1 e 23 meses de idade),

independentemente se no momento estejam a amamentar ou não. Como fatores de exclusão foi definido: mães menores de 18 anos e sem domínio da língua portuguesa.

A amostra deste estudo é não-probabilística, por bola de neve. Fortin (2003) define este método de amostragem como uma técnica de escolher sujeitos, segundo critérios determinados, tomando-se por base as redes sociais e amigos, onde o investigador quando encontra sujeitos que satisfaçam esses critérios, pede que indiquem outras pessoas, possuidoras de características similares.

A escolha deste método passa pela recente experiência da investigadora visto que persiste grande adesão das mães às redes sociais, especialmente neste tipo de grupos; e, também, na tentativa de possuir uma amostra alargada, abrangente e heterogênea.

Deste modo, a propagação do instrumento foi *online*, através de grupos dedicados às mães na plataforma *Facebook*, referindo que se conhecessem outras mães com características semelhantes, se agradecia o reenvio do instrumento, mantendo, também, a sua divulgação semanal para obtenção de maior número de respostas. A amostra ficou composta por 403 mães e a colheita de informação foi realizado no espaço de um mês, decorrendo durante o mês de Junho de 2019.

2.7 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Fortin, Côté, & Fillion (2009, p. 403) considera “a colheita de dados consiste em recolher metodicamente a informação junto dos participantes com a ajuda de instrumentos de medida escolhidos para este fim”.

Face à natureza do estudo, foram utilizados os instrumentos que se considerou mais adequados e direccionados à consecução do mesmo. Optou-se por um questionário, com tempo de preenchimento de cerca de dez minutos, pois tal como Fortin (2003) salienta, este pode ser preenchido pelo próprio, sem assistência e limita o sujeito às questões formuladas, colhendo-se informação factual sobre as pessoas, acontecimentos, situações mas também atitudes, crenças e intenções.

Deste modo, o instrumento utilizado é composto por:

- Questionário (que engloba três subdivisões: a primeira com sete questões referentes às variáveis sociodemográficas, a segunda com seis questões relativas à experiência de gravidez e a terceira com dez questões sobre a experiência de aleitamento atual) (APÊNDICE I);
- Escala de Atitudes Maternas face à Amamentação (Levy, 1996) (ANEXO II);

- Escala de Satisfação com o Suporte Social (Pais-Ribeiro, 2011) (ANEXO III).

2.8 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Qualquer investigação que envolva seres humanos deve pesar o ponto de vista moral e ético e essas decisões deverão estar fundamentados nos princípios de respeito pela pessoa e pela beneficência (Fortin, Côté, & Filion, 2009).

Compreendendo as questões éticas e morais adjacentes a uma investigação, o projeto foi submetido ao parecer da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Após parecer favorável da mesma (Parecer n.º 577/04-2019 – ANEXO I) e segundo os princípios éticos da investigação científica, foi transmitido às participantes primeiramente e claramente os elementos fundamentais desta investigação e a finalidade do estudo, exigindo-se o seu consentimento informado para prosseguir com a resposta ao instrumento (APÊNDICE II). Foi disponibilizado o contato da investigadora para esclarecimento de possíveis dúvidas no decorrer do preenchimento dos dados.

A escolha passou pela aplicação informática gratuita *Google Forms*, garantindo a mesma o anonimato e confidencialidade dos dados das mães, para que a sua privacidade não fosse invadida e porque o programa não permite a reformulação ou repetição após submissão do questionário.

2.9 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Os dados recolhidos foram inseridos na base *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 24 para *Windows*, de forma a proceder-se à análise e tratamento dos mesmos.

De modo a sintetizar os resultados obtidos, permitindo uma leitura sistematizada dos dados, foi realizada estatística descritiva e testes estatísticos não paramétricos (maioria dos dados de natureza nominal e ordinal). Na apreciação descritiva foram descritas as frequências (absolutas e percentuais), medidas de tendência central (média, moda e mediana) e de variabilidade (mínimo e máximo, desvio-padrão e coeficiente de variação).

Optou-se pela disposição em tabelas e análise inferencial com a aplicação do teste Qui Quadrado, considerando-se os valores de significância, e de diferença estatisticamente significativa, o V de Cramer. Quando frequências esperadas inferiores a 5, não se cumprindo a aplicabilidade do teste anterior, optou-se pelo Teste de Fisher bilateral.

3. RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados e analisados os dados recolhidos, atentando a constante melhoria do conhecimento em Enfermagem e tendo por base os objetivos e questões que orientam esta investigação.

Procedeu-se a um estudo preliminar de todas as respostas, considerando as variáveis e resultados obtidos. Para facilidade de análise procedeu-se à agregação de algumas categorias.

Primeiramente será realizada a caracterização da amostra em consonância com as características sociodemográficas, de experiência de gravidez, de experiência de aleitamento atual, de satisfação com o suporte social e de atitudes maternas face à amamentação permitindo uma leitura clara e sintetizada da mesma. Posteriormente e através da estatística inferencial verificaremos a associação entre as variáveis independentes e as atitudes maternas face à amamentação.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

No que respeita às idades das mães, como se pode atentar na Tabela 8, ressalta-se que o intervalo situa-se entre os 19 e os 44 anos de idade. A média corresponde a 32,24 e a mediana 32,00; o coeficiente de variação é de 13% o que revela uma baixa dispersão. Para facilidade de análise (Tabela 9), foi dividido em duas partes tendo em conta a mediana, verificando-se que 54,6% (n= 220) das mulheres possuem idade inferior ou igual a 32 anos e por sua vez, 45,4% possuem idade superior a 32 anos.

Tabela 8

Estatísticas resumo da idade da mãe (n=403)

Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	Md	DP	Cv	Mo
19	44	32,24	32,00	4,26	13%	32

Averigua-se que 249 são casadas, o que corresponde a 61,8% da amostra enquanto 154 (38,2%) são mães solteiras, viúvas ou divorciadas. Obteve-se que 94,5% habita apenas com o marido/companheiro e 5,5% habita com o marido/companheiro com os avós do bebé e/ou outro.

Apenas 2 mulheres (0,5%) referem rendimento mensal familiar inferior a 500€, 152 (37,7%) revelam ser entre os 500-1500€, 190 (47,1%) no intervalo de 1500€-2500€ e 59 (14,6%) superior a 2500€.

Observa-se que a maioria da amostra reside em meio urbano (69,7%; n=281), possui título de ensino superior (82,6%; n=333) e encontrava-se empregada (85,4%; n=344).

Tabela 9

Caracterização sociodemográfica da amostra (n=403)

Variáveis		n	%
Idade da Mãe	<=32	220	54,6
	>32	183	45,4
	Total	403	100,0
Estado Civil	Casada	249	61,8
	Solteira/Viúva/Divorciada	154	38,2
	Total	403	100,0
Coabitação	Apenas Marido/Companheiro	381	94,5
	Marido/Companheiro com Avós do Bebê e/ou Outro	22	5,5
	Total	403	100,0
Rendimento Mensal Familiar	<500 €	2	0,5
	500€ - 1500€	152	37,7
	1500€ -2500€	190	47,1
	>2500€	59	14,6
	Total	403	100,0
Local de Residência	Urbano	281	69,7
	Rural	122	30,3
	Total	403	100,0
Escolaridade Materna	Ensino Básico/Secundário	70	17,4
	Ensino Superior	333	82,6
	Total	403	100,0
Situação Profissional Materna	Empregada	344	85,4
	Desempregada	59	14,6
	Total	403	100,0

3.2 EXPERIÊNCIA DE GRAVIDEZ

Relativamente às gestações anteriores, a maioria das mulheres (70,7%; n=285) corresponde a 0 gestações prévias, seguindo-se de 22,8% (n=92) a 1 gestação prévia,

5,0% (n=20) a 2 gestações prévias, 0,5% (n=2) a 3 gestações prévias e 1% (n=4) a 4 gestações prévias.

Verifica-se que 357 mulheres (88,6%) afirmaram ter sido uma gravidez planeada, constatando-se que 100%, ou seja, a totalidade da amostra revelou ter uma gravidez vigiada. Demonstra-se que quando realizada apenas em um local (Centro de Saúde, Maternidade ou Privado) corresponde a 46,2% (n=186); em dois locais dos três indicados a 46,4% (n=187); por último em todos os locais mencionados é 7,4% das mulheres, correspondente a 30.

Quanto à ocorrência de problemas na gravidez, em 15,6%, ou seja 63 mulheres afirmam a sua presença. No tipo de parto verifica-se que 162 (40,2%) correspondeu a parto eutócico, 131 (32,5%) a parto por cesariana, 75 (18,6%) a parto com ventosa e 35 (8,7%) a parto com fórceps.

Cerca de metade da amostra (49,1%) referiu não ter tido Formação em Aleitamento Materno.

Tabela 10

Caracterização de experiência de gravidez da amostra (n=403)

Variáveis		n	%
Número de Gestações Anteriores	0	285	70,7
	1	92	22,8
	2	20	5,0
	3	2	0,5
	4	4	1,0
	Total	403	100,0
$\bar{X}= 0,38$ DP= 0,70 Md= 0,0			
Gravidez Planeada	Sim	357	88,6
	Não	46	11,4
	Total	403	100,0
Vigilância da Gravidez	Sim	403	100
Local de Vigilância	1 Local (CS, Maternidade ou Privado)	186	46,2
	2 Locais (CS, Maternidade e /ou Privado)	187	46,4
	3 Locais (CS, Maternidade e Privado)	30	7,4
	Total	403	100,0
Ocorrência de Problemas na Gravidez	Sem Problemas	340	84,4
	Com Problemas	63	15,6
	Total	403	100,0
Tipo de Parto	Eutócico	162	40,2
	Cesariana	131	32,5
	Ventosa	75	18,6
	Fórceps	35	8,7
	Total	403	100,0
	Sim	205	50,9

Formação em Aleitamento Materno	Não	198	49,1
	Total	403	100,0

3.3 EXPERIÊNCIA DE ALEITAMENTO ATUAL

No que respeita à idade do bebé, a média corresponde a 12,35 e a mediana a 11,00; o coeficiente de variação é de 55% o que revela uma dispersão elevada (Tabela 11). Para facilidade de análise, foi dividido em partes tendo em conta a mediana. Deste modo, atentando na Tabela 13 obteve-se com idade entre 1 e 11 meses n=206 (51,1%) e entre os 12 e 23 meses de idade n=197 (48,9%).

Tabela 11

Estatísticas resumo da idade do bebé expressa em meses (n=403)

Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	Md	DP	Cv	Mo
1	23	12,35	11,00	6,79	55%	23

Relativamente ao tempo de permanência no domicílio após o parto, verifica-se que o mínimo foi 4 meses e máximo de 8 meses. A média é de 5,91 sendo a mediana 6,00; o coeficiente de variação é de 24% o que revela uma dispersão elevada (Tabela 12). Posteriormente para facilidade de análise, foi igualmente dividido em partes tendo em conta a mediana, verificando-se que cerca de metade das mulheres (42,9%; n=173) optou pelo subsídio parental alargado (igual ou superior a 6 meses) (Tabela 13).

Tabela 12

Estatísticas resumo do tempo de permanência no domicílio após o parto expressa em meses (n=344)

Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	Md	DP	Cv	Mo
4	8	5,91	6,00	1,41	24%	5

Como se verifica na Tabela 13, 38,2% revela não ter sido realizado contato pele a pele na primeira hora de vida.

A maioria da amostra (80,1%; n= 323) referiu ter recebido ensinamentos sobre aleitamento materno, verificando-se que o enfermeiro obtém a maioria face à sua realização com 68,7% (n=277), seguido de outro profissional 11,4% (n=46). Quanto à manutenção atual da amamentação relata-se que 289 mulheres se encontravam a amamentar no momento de resposta, o que corresponde a 71,7% e 114 não estão a amamentar (28,3%). Nos motivos para não amamentar obteve-se na opção decisão própria 9,9% (n= 40), na necessidades nutricionais do bebé 7,9% (n=32), no ato de amamentar 6,0% (n=24), na saúde materna/conselho médico 2,2% (n=9), em conselho de amigo/familiar 1,7% (n=7) e na nova gestação 0,6% (n=2).

Relata-se que 379 mulheres (94% da amostra) estariam a amamentar ou amamentaram por decisão própria e apenas 2% (n=8) refere que foi por conselho de um profissional de saúde.

Considerando-se a elevada percentagem da amostra que refere ter amamentado na maternidade (99%; n=399), denota-se, porém, que 66,3% (n=267) refere que sentiram dificuldades na amamentação durante o internamento e 47,4% (n=191) refere que no momento da alta estas dificuldades ainda não estariam ultrapassadas.

Face à principal fonte de informação sobre aleitamento materno corresponde os profissionais de saúde à maioria com 63,0% (n=254), as redes sociais/internet a 33,3% (n=134), os amigos a 2,0% (n=8) e apenas 0,5% (n=2) refere o pai do bebé ou avó do bebé e 0,7% (n=3) outros familiares. Na principal fonte de ajuda sobre aleitamento materno, mais uma vez a maioria recai nos profissionais de saúde com 64,3% (n=259), as redes sociais/internet a 27,3% (n=110), os amigos a 5,2% (n=21) e apenas 1% (n=4) refere o pai do bebé ou avó do bebé e 1,2% (n=5) outros familiares.

No regime alimentar do bebé relata-se o aleitamento materno exclusivo corresponde a 11,7% (n=47), o aleitamento materno predominante 0,7% (n=3), o aleitamento misto 2,5% (n=10), o aleitamento artificial 2,2% (n=9), a alimentação complementar I 48,6% (n=196) e a alimentação complementar II 34,3% (n=138). No fator de decisão de aleitamento misto verifica-se que 2,2% (n=9) foi por conselho médico e 0,3% (n=1) por decisão própria. Já no fator de decisão de aleitamento artificial verifica-se que 2,0% (n=1) foi por conselho médico e 0,2% (n=8) por decisão própria.

Face à idade no bebé à introdução da alimentação complementar o intervalo é entre os 4 e 9 meses, sendo a média correspondente a 5,45 e a mediana a 6,00; o coeficiente de variação é de 15%, correspondente a uma dispersão baixa. Salienta-se que 5,25%

(n=17) das mulheres mencionaram ter introduzido a alimentação complementar quando o lactente apresentava 7 ou mais meses (máximo descrito de 9 meses).

Tabela 13

Caracterização da experiência de aleitamento atual da amostra (n=403)

Variáveis		n	%
Idade do Bebê	1-11	206	51,1
	12-23	197	48,9
	Total	403	100,0
Tempo de Permanência em Casa após o Parto	<6	171	42,4
	>=6	173	42,9
	Total	344	85,4
Contato Pele a Pele	Sim	249	61,8
	Não	154	38,2
	Total	403	100,0
Ensinos sobre AM	Sim	323	80,1
	Não	80	19,9
	Total	403	100,0
Quem realizou os ensinos sobre AM	Enfermeiro	277	68,7
	Outro profissional	46	11,4
	Total	323	80,1
Manutenção Atual da Amamentação	Sim	289	71,7
	Não	114	28,3
	Total	403	100,0
Motivo de não amamentar	Decisão Própria	40	9,9
	Necessidades nutricionais do bebê (má progressão ponderal, noção de leite insuficiente/fraco...)	32	7,9
	Ato de amamentar (relacionado com a pega, dificuldades, rejeição da mama, desmame, regresso ao trabalho...)	24	6,0
	Saúde Materna/Conselho médico	9	2,2
	Conselho de amigo/familiar	7	1,7
	Nova gestação	2	0,6
	Total	114	28,3
Decisão de Amamentar	Decisão Própria	379	94
	Conselho de um profissional de saúde	8	2
	Total	387	96,0
Amamentação na Maternidade	Sim	399	99
	Não	4	1
	Total	403	100
Dificuldades na Amamentação na Maternidade	Sim	267	66,3
	Não	132	32,8
	Total	399	99,0
Dificuldades na Amamentação ultrapassadas após a Alta	Sim	76	18,9
	Não	191	47,4
	Total	267	66,3
Principal fonte de informação sobre AM	Profissionais de Saúde	254	63,0
	Redes sociais/internet	134	33,3
	Amigos	8	2,0
	Pai do Bebê	2	0,5
	Avó do Bebê	2	0,5
	Outros familiares (cunhada, irmã, prima)	3	0,7

	Total	403	100,0
Principal fonte de ajuda sobre AM	Profissionais de Saúde	259	64,3
	Redes sociais/internet	110	27,3
	Amigos	21	5,2
	Pai do Bebê	4	1,0
	Avó do Bebê	4	1,0
	Outros familiares (cunhada, irmã, prima)	5	1,2
	Total	403	100,0
Regime Alimentar do Bebê	Aleitamento Materno Exclusivo	47	11,7
	Aleitamento Materno Predominante	3	0,7
	Aleitamento Misto	10	2,5
	Aleitamento Artificial	9	2,2
	Complementar I	196	48,6
	Complementar II	138	34,3
	Total	403	100,0
Decisão Aleitamento Misto	Decisão Própria	1	0,3
	Conselho médico	9	2,2
	Total	10	2,5
Decisão Aleitamento Artificial	Decisão Própria	1	0,2
	Conselho médico	8	2,0
	Total	9	2,2
Idade de Introdução da Alimentação Complementar	4	54	13,4
	5	97	24,1
	6	170	42,2
	7	10	2,5
	8	1	0,2
	9	2	0,5
	Total	334	82,9
$\bar{X}$ = 5,44 DP = 0,85 Md = 6,00 Cv = 15%			

Na idade do bebê aquando da introdução do aleitamento misto verifica-se que o mínimo foi aos zero e máximo aos 3 meses. A média é de 1,00 sendo igual à mediana; o coeficiente de variação é de 94% o que revela uma dispersão elevada (Tabela 14).

Tabela 14

Estatísticas resumo da idade do bebê na introdução do aleitamento misto expressa em meses (n=10)

Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	Md	DP	Cv	Mo
0	3	1,00	1,00	0,94	94%	1,00

3.4 SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

Considerando as dimensões que englobam a Escala de Satisfação com o Suporte Social serão relatados os resultados das mesmas e posteriormente o resultado global.

Os resultados, apresentados na Tabela 15, mostram que a Satisfação com os Amigos oscilou entre 5 e 25, sendo a média 17,32 e mediana 18,0. Na Intimidade, o mínimo observado foi de 4 e o máximo de 20, sendo a média de 14,41 e mediana de 15. Face à Satisfação com a Família e às Atividades Sociais obteve-se médias de 12,01 e 8,50 e medianas de 12,0 e 8,0, respetivamente.

A cotação global observada da escala oscilou entre 18 e 75, sendo a média de 52,25 e mediana de 53,0. Os coeficientes de variação em todas as dimensões e na totalidade revelam dispersão elevada.

Tabela 15

Estatística resumo relativa à ESSS

Escala de Satisfação com o Suporte Social	Mín. Observ	Máx. Observ	$\bar{X}$	DP	Md	Cv
Satisfação com os Amigos	5	25	17,32	4,80	18,0	28%
Intimidade	4	20	14,41	3,82	15,0	26%
Satisfação com a Família	3	15	12,01	2,84	12,0	24%
Atividades Sociais	3	15	8,50	3,22	8,0	38%
Satisfação com o Suporte Social	18	75	52,25	11,48	53,0	22%

Dado que o autor não apresenta grupos de corte para classificação da mesma, optou-se pela subdivisão em Baixo, Moderado e Elevado, consoante o intervalo de cotação de cada dimensão

Como se averigua na Tabela 16, a Satisfação com os Amigos e Intimidade, as percentagens mais elevadas apresentam-se na classificação moderado e elevado com valores entre os 41,4% e 45,9%. Por sua vez, na Satisfação com a Família, a maioria recai no elevado, com 66,5% (n=268). Nas Atividades Sociais, o fraco e moderado partilham o valor, com 40,7% em ambos (correspondente a n=164).

A pontuação total da Escala de Satisfação com o Suporte Social obteve-se a maioria no moderado (52,4%; n=211), enaltecendo-se paralelamente o obtido no elevado com 40,2% (n=162).

Tabela 16

Caracterização da amostra segundo a satisfação com o suporte social (n=403)

Dimensões		n	%
Satisfação com os Amigos	Baixo: 5-11	50	12,4
	Moderado: 12-18	185	45,9
	Elevado: >18	168	41,7
	Total	403	100,0
Intimidade	Baixo: 4-9	53	13,2
	Moderado: 10-15	183	45,4
	Elevado: >15	167	41,4
	Total	403	100,0
Satisfação com a Família	Baixo: 3-7	31	7,7
	Moderado: 8-11	104	25,8
	Elevado: >11	268	66,5
	Total	403	100,0
Atividades Sociais	Baixo: 3-7	164	40,7
	Moderado: 8-11	164	40,7
	Elevado: >11	75	18,6
	Total	403	100,0
Satisfação com o Suporte Social	Baixo: 15-35	30	7,4
	Moderado: 36-55	211	52,4
	Elevado: >55	162	40,2
	Total	403	100,0

3.5 ATITUDES MATERNAS FACE À AMAMENTAÇÃO

Tendo em conta as dimensões que englobam a escala de Atitudes Maternas face à Amamentação serão indicados os resultados das mesmas e seguidamente a Decisão de Amamentar.

Nas Atitudes perante o Comportamento, como se pode verificar na Tabela 17, verifica-se oscilação de cotação entre 17,6 e 45,2, obtendo-se média de 32,43 e mediana de 32,88; o coeficiente de variação revela uma dispersão homogénea. Na Norma Subjetiva atenta-se valor mínimo observado de 3,63 e máximo de 49, sendo a média de 23,45 e mediana de 23,75; o coeficiente de variação de 40% denota uma dispersão elevada.

A Decisão de Amamentar, sendo a totalidade das dimensões anteriores, revela intervalo de cotação entre 33,69 e 87,81, com média de 55,96 e mediana 55,38; também o coeficiente de variação revela uma dispersão elevada.

Tabela 17

Estatística resumo relativa à EAMA

Atitudes maternas face à amamentação	Mín. Observ	Máx. Observ	$\bar{X}$	DP	Md	Cv
Atitudes perante o comportamento	17,6	45,2	32,43	4,93	32,88	15%
Norma subjetiva	3,63	49	23,45	9,44	23,75	40%
Decisão de amamentar	33,69	87,81	55,96	10,40	55,38	18%

A autora não apresenta grupos de corte para classificação do valor total da escala, deste modo optou-se pela subdivisão em Baixo, Moderado e Elevado, consoante o intervalo de cotação das dimensões

Na dimensão Atitudes perante o Comportamento, observando a Tabela 18, verificou-se que pouco mais de metade da amostra (54,1%) obteve classificação elevado, não existindo cotações com fraco. O mesmo não se verifica na Norma Subjetiva onde se apresenta fraco em 21,6% das mulheres inquiridas, encontrando-se, no entanto, a maioria no Moderado com 63,8%.

A cotação total da escala, respeitante à Decisão de Amamentar apresenta igualmente a maioria no moderado (86,6%) e o elevado em 13,4%; não havendo na amostra cotações com fraco.

Tabela 18

Estatística resumo relativa à distribuição da EAMA (n=403)

Dimensões		n	%
Atitudes perante o comportamento	Moderado: 17-32	185	45,9
	Elevado: >32	218	54,1
	Total	403	100,0
Norma Subjetiva	Baixo: 1-16	87	21,6
	Moderado: 17-32	257	63,8
	Elevado: >32	59	14,6
	Total	403	100,0
Decisão de Amamentar	Moderado: 34-66	349	86,6
	Elevado: >66	54	13,4
	Total	403	100,0

Apreciando-se os objetivos delineados, na Tabela 19 são descritas as características sociodemográficas em associação com as atitudes maternas face à amamentação.

Constata-se que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na idade da mãe e as atitudes maternas face à amamentação, no entanto, são as mães com idade inferior ou igual a 32 anos que em maior percentagem apresentam moderadas atitudes maternas face à amamentação (55,3%).

Relacionando o estado civil e as atitudes maternas face à amamentação, verificou-se existir diferença estatisticamente significativa ($\chi^2=3,67$; $p= 0,05$); o $\phi_c= 0,09$ divulga, contudo, independência entre ambas. As mulheres casadas apresentaram moderadas e elevadas atitudes maternas face à amamentação em 63,6% e 50% respetivamente. Já relativamente à coabitação não se verificou a existência de diferença estatisticamente significativa; porém as mulheres que habitam apenas com o marido/companheiro apresentaram em maior percentagem, moderadas e elevadas atitudes maternas face à amamentação (94,8% e 94,9% respetivamente).

Quando se relacionou o rendimento mensal familiar com as atitudes maternas face à amamentação verificou-se não haver resultado estatisticamente significativo; o mesmo aconteceu com o local de residência, contudo, houve tendência a revelarem moderadas e elevadas atitudes maternas face à amamentação, em maior percentagem, em mães que possuem rendimento mensal familiar pertencente ao intervalo 1500-2500€ e que habitam em meio urbano.

Comparativamente à relação entre a escolaridade materna e as atitudes maternas face à amamentação também não se verificou haver resultado estatístico significativo; todavia, foram as mães possuidoras de título de ensino superior que em maior percentagem manifestaram moderada (82,5%) e elevada (83,3%) atitudes maternas face à amamentação. A relação entre a situação profissional materna e as atitudes maternas face à amamentação também não evidenciou diferenças estatisticamente significativas mas, também aqui, foram as mães que no momento se encontravam empregadas que em maior percentagem manifestaram moderada (86,0%) e elevada (81,5%) atitudes maternas face à amamentação.

Tabela 19

Estatística resumo da associação das atitudes maternas face à amamentação com as características sociodemográficas

Características Sociodemográficas		Atitudes Maternas face à Amamentação				X²	p	φ _c	Teste de Fisher
		Moderado		Elevado					
		n	%	n	%				
Idade da Mãe	<=32	193	55,3	27	50,0	0,53	0,47	-	-
	>32	156	44,7	27	50,0				
	Total	349	100,0	54	100,0				
Estado Civil	Casada	222	63,6	27	50,0	3,67	0,05	0,09	-
	Solteira/Viúva/Divorciada	127	36,4	27	50,0				
	Total	349	100,0	54	100,0				
Coabitação	Marido/companheiro	331	94,8	50	92,6	-	-	-	0,52
	Marido/companheiro e/ou Avós/Outro	18	4,2	4	7,4				
	Total	349	100,0	54	100,0				
Rendimento Mensal Familiar	<1500€	135	38,7	19	35,2	0,80	0,67	-	-
	1500-2500€	165	47,3	25	46,3				
	>2500€	49	14,0	10	18,5				
	Total	349	100,0	54	100,0				
Local de Residência	Urbano	248	71,1	33	61,1	2,19	0,14	-	-
	Rural	101	28,9	21	38,9				
	Total	349	100,0	54	100,0				
Escolaridade Materna	Ensino Básico/Secundário	61	17,5	9	16,7	0,02	0,88	-	-
	Ensino Superior	288	82,5	45	83,3				
	Total	349	100,0	54	100,0				
Situação Profissional Materna	Empregada	300	86,0	44	81,5	0,75	0,39	-	-
	Desempregada	49	14,0	10	18,5				
	Total	349	100,0	54	100,0				

Quisemos também saber a relação entre a Experiência de Gravidez e as Atitudes Maternas face à Amamentação; a Tabela 20 resume os resultados encontrados.

Apurou-se existir apenas diferença estatisticamente significativa ($\chi^2=7,63$; $p=0,02$) entre o número de gestações anteriores e as atitudes maternas face à amamentação; todavia, o $\phi_c=0,14$ indica alguma independência entre ambas. Realça-se que foram as mães sem gestações anteriores que apresentaram em maior percentagem, moderadas (73,1%) e elevadas (55,6%) atitudes maternas face à amamentação.

Embora as restantes variáveis em estudo não apresentassem resultados estatístico significativo quando relacionadas com as atitudes maternas face à amamentação, foi observado que as mães com gravidez planeada, com gravidez sem problemas e que tiveram parto eutócico que apresentaram moderada (89,4%; 85,1%; 39,3%) e elevada (83,3%; 79,6%; 46,3%) atitudes maternas face à amamentação em maior percentagem.

As mães que fizeram formação em Aleitamento Materno apresentaram tendência a desenvolver em maior percentagem (51,6%) moderadas atitudes maternas face à amamentação.

Tabela 20

Estatística resumo da associação das atitudes maternas face à amamentação com a experiência de gravidez

Experiência de Gravidez		Atitudes Maternas face à Amamentação				X ²	p	φ _c
		Moderado		Elevado				
		n	%	n	%			
Número de Gestações Anteriores	0	255	73,1	30	55,6	7,63	0,02	0,14
	1	72	20,6	20	37,0			
	>=2	22	6,3	4	7,4			
	Total	349	100,0	349	100,0			
Gravidez Planeada	Sim	312	89,4	45	83,3	1,70	0,19	-
	Não	37	10,6	9	16,7			
	Total	349	100,0	349	100,0			
Vigilância na Gravidez		349	100,0	54	100,0	-	-	-
	Sim							
	Total	349	100,0	54	100,0			
Local de Vigilância	1 Local	162	46,4	24	44,4	0,08	0,96	-
	2 Locais	161	46,1	26	48,1			
	3 Locais	26	7,4	4	7,4			
	Total	349	100,0	54	100,0			
Ocorrência de Problemas na Gravidez	Sem Problemas	297	85,1	43	79,6	1,06	0,30	-
	Com Problemas	52	14,9	11	20,4			
	Total	349	100,0	54	100,0			
Tipo de Parto	Eutócico	137	39,3	25	46,3	2,90	0,41	-
	Cesariana	114	32,7	17	31,5			
	Ventosa	29	8,2	6	11,1			
	Fórceps	69	19,8	6	11,1			
	Total	349	100,0	54	100,0			
Formação em Aleitamento Materno	Sim	180	51,6	25	46,3	0,52	0,47	-
	Não	169	48,4	29	53,7			
	Total	349	100,0	54	100,0			

Constituindo objetivo do estudo avaliar a influência de experiência de aleitamento atual e de informação sobre amamentação nas atitudes maternas face à amamentação nas mães das crianças lactentes estudou-se a sua relação o que se evidencia na Tabela 21.

Constata-se existência de diferença estatisticamente significativa ($\chi^2 = 5,29$; $p = 0,02$) entre o tempo de permanência no domicílio após o parto e as atitudes maternas face à amamentação; no entanto, o coeficiente de cramer ($\phi_c = 0,13$) revela independência entre a variável e as atitudes maternas face à amamentação. Revela-se que as mães

que permaneceram no domicílio após o parto por período inferior a 6 meses persiste em maior percentagem, elevada atitude materna face à amamentação (65,9%).

Também entre a manutenção atual da amamentação e as atitudes maternas face à amamentação se revela diferença estatisticamente bastante significativa ($\chi^2=9,97$; $p=0,002$), mas os valores de coeficiente de cramer ($\phi_c=0,16$) refletem alguma independência entre as mesmas. Enaltece-se que as mulheres que se encontravam a amamentar no momento de recolha dos dados, apresentaram em maior percentagem, moderadas e elevadas atitudes materna face à amamentação (74,5% e 53,7%).

Nas restantes variáveis não se denotam diferenças estatisticamente significativas quando correlacionadas com as atitudes maternas face à amamentação, no entanto, atenta-se que as mães de crianças com idades entre 1 e 11 meses de idade, a quem foi realizado contato pele a pele, decisão própria de amamentar e mães cujo lactente faz alimentação complementar, apresentaram em maior percentagem, moderadas (50,4%; 61,0%; 97,9%; 82,2%) e elevadas (55,6%; 66,7%; 98%; 87%) atitudes maternas face à amamentação.

As mulheres que rececionaram ensinios face ao aleitamento materno verificou-se moderadas (80,2%) e elevadas (79,6%) atitudes maternas face à amamentação. Na sua subdivisão posterior, enaltece-se o papel do Enfermeiro, pois quando realizados os ensinios por este, se elogia maior percentagem de atitudes materna face à amamentação com classificação moderada (86,8%) e elevada (79,1%).

Apresentam-se os profissionais de saúde como resposta maioritária na principal fonte de informação e ajuda, revelando tendência a moderadas (62,2% e 64,8%) e elevadas (68,5% e 61,1) atitudes maternas face à amamentação.

Também as mães que amamentaram na maternidade, refletem em maior percentagem moderadas (99,1%) e elevadas (98,1%) atitudes maternas face à amamentação. Realça-se paralelamente maior percentagem, as mães que sentiram dificuldades na amamentação na maternidade e que aquando da alta, as dificuldades não foram ultrapassadas revelam moderadas (65,3%; 72,2%) e elevadas (77,4%; 67,5%) com atitudes maternas face à amamentação.

Tabela 21

Estatística resumo da associação das atitudes maternas face à amamentação com a experiência de aleitamento atual

Experiência de Aleitamento Atual		Atitudes Maternas face à Amamentação				X ²	p	φ _c	Teste de Fisher
		Moderado		Elevado					
		n	%	n	%				
Idade Atual do Bebê	1-11	176	50,4	30	55,6	0,49	0,48	-	-
	12-23	173	49,6	24	44,4				
	Total	349	100,0	54	100,0				
Tempo Permanência Domicílio após o Parto	<6	142	47,3	29	65,9	5,29	0,02	0,13	
	>=6	158	52,7	15	34,1				
	Total	300	100,0	44	100,0				
Contato Pele a Pele		213	61,0	36	66,7	0,63	0,43	-	-
	Sim								
	Não	136	39,0	18	33,3				
	Total	349	100,0	54	100,0				
Ensinos sobre Aleitamento Materno	Sim	280	80,2	43	79,6	0,01	0,92	-	-
	Não	69	19,8	11	20,4				
	Total	349	100,0	54	100,0				
Quem realizou ensinos	Enfermeiro	243	86,8	34	79,1	1,82	0,18	-	-
	Outro Profissional	37	13,2	9	20,9				
	Total	280	100,0	43	100,0				
Manutenção Atual da Amamentação	Sim	260	74,5	29	53,7	9,97	0,002	0,16	-
	Não	89	25,5	25	46,3				
	Total	349	100,0	54	100,0				
Decisão amamentar	Decisão própria	329	97,9	50	98,0	-	-	-	1,00
	Conselho Profissional de Saúde	7	2,1	1	2,0				
	Total	336	100,0	51	100,0				
Amamentação na Maternidade	Sim	346	99,1	53	98,1	-	-	-	0,44
	Não	3	0,9	1	1,9				
	Total	349	100,0	54	100,0				
Dificuldades Amamentação na Maternidade	Sim	226	65,3	41	77,4	3,01	0,08	-	-
	Não	120	34,7	12	22,6				
	Total	346	100,0	53	100,0				
Dificuldades Amamentação ultrapassadas após a alta	Sim	63	27,8	13	32,5	0,38	0,54	-	-
	Não	164	72,2	27	67,5				
	Total	227	100,0	40	100,0				
Principal fonte de informação sobre AM	Profissionais de saúde	217	62,2	37	68,5	1,87	0,39	-	-
	Redes sociais/internet	120	34,4	14	25,9				
	Família/amigos	12	3,4	3	5,6				
	Total	349	100,0	54	100,0				
Principal fonte de ajuda sobre AM	Profissionais de saúde	226	64,8	33	61,1	1,65	0,44	-	-
	Redes sociais/internet	96	27,5	14	25,9				
	Família/amigos	27	7,7	7	13,0				
	Total	349	100,0	54	100,0				

Regime Alimentar Atual	AM exclusivo/ Predominante	47	13,5	3	5,6	3,45	0,18	-	-
	Aleitamento Misto/ Artificial	15	4,3	4	7,4				
	Complementar I e II	287	82,2	47	87,0				
	Total	349	100,0	54	100,0				
Idade Bebê Introdução Aleitamento Misto	<=1m	4	66,7	4	100,0	-	-	-	0,47
	>1m	2	33,3	0	0,0				
	Total	6	100,0	4	100,0				
Idade Bebê Introdução Alimentação Complementar	<=6m	274	95,5	47	100,0	-	-	-	0,23
	>6m	13	4,5	0	0,0				
	Total	287	100,0	47	100,0				

Na Tabela 22 é descrita a associação entre a satisfação com o suporte social e as atitudes maternas face à amamentação.

Constata-se a existência de diferença estatisticamente bastante significativa face às atividades sociais e as atitudes maternas face à amamentação. ($\chi^2 = 9,04$; $p = 0,01$), contudo, o valor de coeficiente de cramer ($\phi_c = 0,15$) reflete alguma independência. Foram as mães que apresentaram, na dimensão Atividades Sociais, classificação baixo que apresentaram em maior percentagem elevadas atitudes maternas face à amamentação (59,3%).

Não se verificando diferenças estatisticamente significativas face às restantes dimensões, houve tendência para as mães que na dimensão satisfação com os amigos e intimidade ostentaram classificação moderado, a apresentarem moderada (44,7% em ambas) e elevada (53,7%; 50%) atitudes maternas face à amamentação. Verificou-se também que as mães que na dimensão Satisfação com a Família apresentaram classificação elevada tiveram tendência a apresentarem moderada (67,3%) e elevada (61,1%) atitudes maternas face à amamentação

No global, constatou-se que as mães com moderado na Satisfação com o Suporte Social tiveram tendência a apresentar, em maior percentagem, moderadas (51,3%) e elevadas (59,3%) atitudes maternas face à amamentação.

Tabela 22

Estatística resumo da associação das atitudes maternas face à amamentação com a satisfação com o suporte social

Satisfação com o Suporte Social		Atitudes Maternas face à Amamentação				X²	p	φ _c
		Moderado		Elevado				
		n	%	n	%			
Satisfação com os Amigos	Baixo: 5-11	44	12,6	6	11,1	1,54	0,46	-
	Moderado: 12-18	156	44,7	29	53,7			
	Elevado: >18	149	42,7	19	35,2			
	Total	349	100,0	54	100,0			
Intimidade	Baixo: 4-9	46	13,2	7	13,0	0,58	0,75	-
	Moderado: 10-15	156	44,7	27	50,0			
	Elevado: >15	147	42,1	20	37,0			
	Total	349	100,0	54	100,0			
Satisfação com a Família	Baixo: 3-7	28	8,1	3	5,6	2,01	0,37	-
	Moderado: 10-15	86	24,6	18	33,3			
	Elevado: >15	235	67,3	33	61,1			
	Total	349	100,0	54	100,0			
Atividades Sociais	Baixo: 3-7	132	37,8	32	59,3	9,04	0,01	0,15
	Moderado: 10-15	148	42,4	16	29,6			
	Elevado: >15	69	19,8	6	11,1			
	Total	349	100,0	54	100,0			
Satisfação com o Suporte Social	Baixo: 15-35	25	7,2	5	9,3	2,02	0,36	-
	Moderado: 36-55	179	51,3	32	59,3			
	Elevado: >55	145	41,5	17	31,5			
	Total	349	100,0	54	100,0			

4. DISCUSSÃO

Tendo em conta o quadro conceptual delineado primeiramente, neste capítulo será realizada a apreciação e interpretação dos resultados obtidos, após o seu tratamento estatístico. Serão evidenciados os dados mais relevantes em conciliação com a evidência científica atual, sobressaindo as implicações para a prática do profissional de Enfermagem.

Reportando a análise da estatística resumo referente às atitudes maternas face à amamentação, será comparado com o obtido por Fernandes (2013), uma vez que Levy (1996) e Pereira (2004) não apresentam os resultados da escala isoladamente. Verificou-se que na atitude perante o comportamento, os valores mínimos observados, a média e mediana são superiores no presente estudo. A norma subjetiva assume valores observados, média e mediana aproximados ao obtido por Fernandes (2013). A decisão de amamentar no presente estudo apresenta valor mínimo observado superior, no entanto, a média e mediana apresentam valores semelhantes em ambos os estudos.

Atendendo as preocupações que nortearam este estudo e remetendo para a definição de norma subjetiva (intenção e perceção pessoal da pressão social exercida sob a pessoa, para ter ou não certo comportamento), os resultados obtidos neste estudo e em consonância com o de Fernandes (2013), ergue-se a profundidade que envolve a pressão social nas atitudes maternas face à amamentação, para melhoria do cuidar em Enfermagem e cuidado incessante ao apoio envolvente à mulher e criança.

As mães possuírem um apoio presente, particularmente do marido/companheiro, exerce influência positiva nas suas atitudes face à amamentação (Faleiros, Trezza, & Carandina, 2006; Henriques & Martins, 2011; Souza, Nespoli, & Zeitoune, 2016); surgindo nas sociedades modernas a substituição das famílias alargadas pelas famílias nucleares (Carvalho & Gomes, 2017).

No presente estudo constata-se que a maioria das mulheres do estudo são casadas, revelando diferença estatisticamente significativa face às atitudes maternas face à amamentação e apresentando moderadas e elevadas atitudes em 63,6% e 50% respetivamente. Também a coabitação apenas com o marido/companheiro se realça nos resultados na decisão de amamentar.

Sendo indubitável que o pai do bebé é uma influência positiva no início e duração do aleitamento materno, torna-se fundamental a sua envolvimento no período pré-natal, de modo a manter a sua participação ativa e minimizando reações negativas à tomada de decisão e manutenção da amamentação (Carvalho & Gomes, 2017; Davidson & Ollerton, 2020). Negin, Coffman, Vizintin, & Greenow (2016) reforçam quando a avó do bebé é presente, também ela tem grande influência nas decisões face à alimentação infantil, facto mencionado também por Carvalho & Gomes (2017). No presente estudo obteve-se uma minoria de mulheres que referem coabitação com Avós do Bebê ou referem o Pai do Bebê/Avó do Bebê como principal fonte de informação ou ajuda face ao aleitamento materno, não transparecendo diferenças estatisticamente significativas.

Apesar de autores como Almeida (1999) e Galvão (2002b) associarem a urbanização a um decréscimo da prevalência do aleitamento materno, Santana, Giugliani, Vieira, & Vieira (2018) relatam a habitação em área urbana como fator de proteção da amamentação, o que se harmoniza aos resultados obtidos pois as mães residentes em meio urbano apresentam moderadas e elevadas atitudes maternas face à amamentação em 71,1% e 61,1%.

O fator económico é mencionado por Kohan, Heidari, & Keshvari (2016) como influência na decisão materna de amamentar; sendo a amamentação referenciada como mais económica, tanto para as famílias como para a comunidade (Rebimbas, Pinto, & Pinto, 2010). Neste estudo não se evidenciam diferenças estatisticamente significativas.

Carvalho & Gomes (2017) confirmam uma maior frequência da amamentação exclusiva e sua prevalência relacionada com o aumento do nível da escolaridade materna; nas mães incluídas neste estudo, declara-se que a maioria é detentora de um curso superior, estando paralelamente relacionado a percentagens expressivas de moderadas e elevadas atitudes maternas face à amamentação.

Não são descritas evidências científicas recentes que abordem a associação entre a situação profissional materna e a decisão de amamentar, no entanto, Galvão (2002b) citando King (1991) relata que um emprego remunerado pode ser um fator importante no insucesso da amamentação. Na presente investigação, porém, evidencia-se moderadas em 86,0% e elevadas em 85,1% atitudes face à amamentação em mães empregadas.

Santana, Giugliani, Vieira, & Vieira (2018) realçam que alguns fatores socioeconómicos como a mãe ser casada, maior idade e/ou nível de escolaridade e menor renda familiar se encontram paralelamente relacionados a um prolongamento da amamentação.

Traduz-se uma preocupação clara e crescente no acompanhamento apropriado e direcionado durante o período pré-natal, revelado pela maioria das mulheres inquiridas referir uma gravidez planeada e, a totalidade da amostra, uma gravidez vigiada. Um não planeamento da gravidez pode interferir com a decisão da mãe de amamentar o bebé, no entanto, Conceição & Fernandes (2015) não obtiveram resultados estatisticamente significativos que verificassem a associação entre o planeamento ou não da gravidez e o aleitamento materno. Também neste estudo não se verificou diferença estatística significativa entre ambos. Não obstante, Rebimbas, Pinto, & Pinto (2010, p. 71) complementa afirmando que “o facto de uma gestação não ser desejada, não deve ser motivo de desinvestimento na amamentação”.

Os dados obtidos por Coelho (2015) e Primo, et al. (2016) revelam que as mães que receberam orientação pré-natal, nomeadamente através da vigilância por um profissional na gravidez, tendem a prolongar a amamentação. Ressalva-se que os cursos pré-parto são programas de apoio e encorajamento no desenvolvimento de competências parentais, sendo fulcrais na quebra de ciclos transgeracionais de parentalidade desadequada, incluindo estratégias na melhoria do bem-estar da mãe e bebé no período pré-natal, promovendo simultaneamente a vinculação e interação entre pais e criança, no desenvolvimento de capacidades de resolução de dificuldades e na construção da sua identidade como pais (CNS, 2018).

Henriques & Martins (2011) mencionam Pereira (2006) que defende que para o sucesso da amamentação é crucial que as mulheres recebam informação compreensiva acerca da sua importância, principalmente face aos aspetos biológicos, imunológicos e fisiológicos. No presente estudo, independentemente da maioria mencionar a receção de ensinamentos sobre aleitamento materno, cerca de metade das mulheres referiu não ter frequentado nenhuma formação face ao mesmo.

Intensifica-se a importância do papel do profissional de Enfermagem na realização de ensinamentos e disponibilização de formações sobre amamentação, associados ao processo de promoção e proteção do aleitamento materno, destacando-se a pertinência da comunicação, acolhimento e processo educativo em saúde, conduzido por saberes e em resposta às expectativas dos sujeitos, promovendo a adesão das famílias à amamentação (Brandão, Santos, Lima, Santos, & Monteiro, 2009), sendo os profissionais de saúde relatados neste estudo como principal fonte de informação e ajuda face ao aleitamento materno.

A decisão de amamentar é tomada na maioria dos casos durante a gravidez, reforçando-se ser essencial a promoção do aleitamento materno durante a gestação e consultas

pré-natal (Rebimbas, Pinto, & Pinto, 2010). Primo, et al. (2016) engrandece que o desejo da mulher é um dos principais fatores de sucesso da amamentação e essa motivação traduz segurança e observação do fenômeno como algo positivo, possuindo autonomia e liberdade para sua vivência em absoluta plenitude. Comprova-se na presente investigação que 94% das mães inquiridas referem que esta decisão foi opção própria, o que vai de encontro ao obtido por Galvão (2006).

Reconhecendo a importância da realização do contato pele a pele e estando este intrinsecamente ligado com a iniciação da amamentação na primeira hora de vida e sucesso como alimentação exclusiva (Newman, 2005 *apud* Ordem dos Enfermeiros, s.d.), reclama-se a lacuna de dados nacionais face à realização do mesmo. Acreditando na sua relevância para decisão e manutenção do aleitamento materno, averigua-se, no presente estudo, que 38,2% das mulheres contesta que este não foi efetuado.

Rebimbas, Pinto, & Pinto (2010, p.71) referem que “o parto distócico tem sido considerado fator de risco ao abandono”, associando-se especificamente à cesariana uma inferior prevalência de aleitamento materno. Também o Conselho Nacional de Saúde (2018) e Santana, Giugliani, Vieira, & Vieira (2018) reforçam a ideia face à cesariana, este último complementando que um parto vaginal é considerado como fator de proteção a um prologamento da amamentação.

Nesta investigação constatou-se um impressionante 59,8% de parto instrumentalizado; nos dados divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística, referente a 2018, verifica-se que 52,7% dos partos a nível nacional correspondem a um parto distócico, sendo que 34,1% são cesarianas: o intervencionismo desmedido a um recurso como a cesariana afeta a ligação mãe-filho e portanto, interfere diretamente no início de processo de amamentação (Carvalho & Gomes, 2017). No entanto, no presente estudo não foi descrita associação entre o tipo de parto e as atitudes maternas face à amamentação salientando-se que “manter a harmonia entre os elementos mecânicos, fisiológicos, psicológicos, emocionais e espirituais do nascimento é tarefa daqueles que se encontram presentes no momento decisivo e mágico do parto” (Carvalho & Gomes, 2017, p. 185).

Também não se evidenciando diferenças estatisticamente significativas na decisão de amamentar, amamentação na maternidade e existência de dificuldades, os resultados obtidos remetem para Galvão (2006, p.120) que alude para “a incidência de dificuldades (...) faz refletir sobre a necessidade de maior empenho por parte dos profissionais de saúde na assistência a senhoras que são mães pela primeira vez”. Rebimbas, Pinto, & Pinto (2010) atentam juntamente para falhas nas estratégias desenvolvidas a nível

hospitalar devido à quebra de percentagens de aleitamento materno exclusivo após alta hospitalar, sendo estas claras nos dados nacionais do Registo de Aleitamento Materno.

Também se reflete nos resultados obtidos face aos motivos de abandono precoce do aleitamento materno que vão de acordo ao amplamente exposto por inúmeros estudos, concluindo-se que permanecem as mesmas e principais barreiras à manutenção do aleitamento materno. Carvalho & Gomes (2017, p.509) resumem como: “manejo adequado da técnica, percepção da importância de amamentar, decisão da mãe por fazê-lo e o apoio dos familiares”.

Não se demonstrando no presente estudo diferença estatisticamente significativa face ao regime alimentar do bebé, verificou-se que 13 mães (3,2%) mencionam a introdução da alimentação complementar após os seis meses; não se encontrando evidências que traduzam preocupação na introdução de alimentação complementar tardiamente, reflete-se somente que aumenta o risco de dificuldades na alimentação e potencia riscos nutricionais e de alergia alimentar (Associação Portuguesa de Nutrição, 2019). Já face à introdução do aleitamento misto, o Registo de Aleitamento Materno (DGS, 2014) demonstra que 42,4% iniciou aleitamento artificial antes dos 3 meses, o que vai de encontro ao obtido neste estudo.

Atualmente, as mulheres apresentam uma tendência crescente na busca de significado e interpretação dos processos maternos e são participantes ativas nas redes sociais, consideradas presentemente como fonte de apoio e conhecimento na parentalidade (Carvalho & Gomes, 2017). O mesmo autor refere ser uma fenómeno global associada à mudança dos núcleos familiares (onde apresentam uma rede presencial menor), o que faz com que procurem validação e orientações nas redes sociais, sendo também uma ferramenta de baixo custo e capacitando as mulheres à resolução de problemas rapidamente.

No entanto, muitas mães podem deixar de procurar ajuda especializada por entenderem que as suas questões foram colmatadas, elevando-se a necessidade de atenção dos profissionais de saúde, sendo fulcral que cheguem às mulheres informações correctas e relevantes, bem como apoio capacitado à sua vivência de maternidade (idem). Motivar os profissionais de saúde para tornar a sua mensagem útil e duradoura, bem como a criação de condições para o fazerem é essencial na promoção, proteção e apoio do aleitamento materno (Rebimbas, Pinto, & Pinto, 2010).

Galvão (2006) adiciona a influência na tomada de decisão da mulher dos recursos familiares envolventes, confirmando que as mulheres com melhores recursos tomam a

decisão durante a gravidez ou ainda antes de engravidar. Estas evidências remetem para os resultados obtidos no presente estudo onde associado à elevada satisfação com o suporte social familiar se demonstra moderadas e elevadas atitudes maternas face à amamentação em 67,3% e 61,1% respetivamente

O suporte social é extremamente marcante ao longo de diversos períodos (pré-natal, puerpério e pós-parto), estando intimamente ligado com a disponibilidade percebida de relacionamentos interpessoais e como respondem às necessidades presentes da mulher (Rapoport & Piccinini, 2006; Monte, Leal, & Pontes, 2013; Prates, Schmalfuss, & Lipinski, 2015; Nelas, Coutinho, Chaves, Amaral, & Cruz, 2017). Primo, Dutra, Lima, Alvarenga, & Leite (2015) eleva que é imprescindível o conhecimento da rede social da mulher, para que se possa identificar as pessoas mais influentes e compreender a sua interação no processo de amamentação, para que a mulher se sinta segura e confiante na decisão de amamentar.

Limitações do Estudo

Tendo-se optado pela técnica de Amostragem em Bola de Neve, aponta-se como limitação a sua não generalização à população-alvo.

O facto de a sua divulgação ser *online* e duração de preenchimento de cerca de 10 minutos, não garante que seja preenchido em local livre de ruído/interrupções, o que permitiria às participantes atentarem nas questões e respostas.

Apesar de a amostra incluir 403 mulheres, demarca-se as escassas frequências em algumas componentes das variáveis, limitando os testes estatísticos e interpretação dos resultados.

A nível nacional, ressalta-se a escassez de bibliografia recente, dificultando a discussão e comparação dos dados obtidos, reforçando-se a necessidade clara de investigação para compreensão das reais necessidades das mães.

CONCLUSÃO

Compreendendo Enfermagem como ciência humana centrada no cuidado, exige-se constante investigação na busca do conhecimento científico e melhoria do processo de cuidar.

A presente investigação foi elaborada visando o estudo das atitudes maternas face à amamentação em mães de lactentes e a satisfação com o suporte social, realçando a consciência, quer individualmente, como família e sociedade, da importância do aleitamento materno e da implicação do apoio envolvente ao núcleo, impondo paralelamente novas questões com carência de estudo e possíveis avanços científicos implicantes à prática clínica.

Engrandecendo a envolvimento em torno da amamentação e de base à conceptualização desta investigação, salienta-se que os resultados obtidos deram resposta aos objetivos delineados e às questões levantadas, aprofundando os conhecimentos existentes na temática.

No conhecimento das Atitudes Maternas face à Amamentação, e tendo por base as definições das dimensões dadas pela autora, verificou-se que a avaliação pessoal de um determinado comportamento (atitudes perante o comportamento) assume maior percentagem em elevado; já a intenção e percepção pessoal da pressão social para determinado comportamento (norma subjetiva) apresenta percentagem superiores em moderado, também com percentagem significativa com cotação baixo. Reforça-se que os resultados obtidos face à norma subjetiva são similares em estudos anteriores, fortalecendo-se o peso que a pressão e suporte social têm na decisão de amamentar, exigindo-se um olhar atento e perspicaz do profissional de Enfermagem a toda a envolvimento da criança e mãe.

Considerando o perfil sociodemográfico da amostra, denotou-se que as mulheres casadas e que coabitam apenas com o companheiro/marido possuem percentagens significativas nas atitudes maternas face à amamentação, constatando-se diferença com significado estatístico face ao estado civil. Associa-se, também, a residência em área urbana, detentoras de ensino superior e empregadas, cotações superiores perante as atitudes maternas face à amamentação.

Na experiência de gravidez averiguou-se diferença estatisticamente significativa no número de gestações anteriores, apresentando 73,1% das mulheres sem gestações anteriores moderadas e elevadas atitudes maternas face à amamentação. Verificam-se moderadas e elevadas atitudes maternas face à amamentação em maior percentagem em mulheres com gravidez planeada, sem problemas e parto eutócico. No entanto, na formação em aleitamento materno, destaca-se que cerca de metade não frequentou nenhuma formação, estando associada em maior percentagem, no entanto, elevadas atitudes maternas face à amamentação.

Relativamente à experiência de aleitamento atual, remetem-se cotações superiores nas atitudes maternas face à amamentação quando: realização de contato pele a pele, recebimento de ensinamentos sobre aleitamento materno, nomeadamente por um enfermeiro, tomada de decisão de amamentar pela própria, o facto de ter amamentado na maternidade e ter tido como principal fonte de informação e ajuda sobre aleitamento materno os profissionais de saúde. Foram obtidos valores de diferença estatisticamente significativa com as atitudes maternas face à amamentação entre o tempo de permanência no domicílio após o parto (quando inferior a seis meses) e com a manutenção atual da amamentação (verificando-se que 71,7% das mães estava a amamentar o seu lactente).

Na satisfação com o suporte social, apenas se referencia diferença estatisticamente significativa nas atividades sociais; quando cotação baixa obteve-se elevadas atitudes maternas face à amamentação. Quando classificação moderada, nas dimensões intimidade e satisfação com os amigos, verificou-se percentagens superiores com elevadas atitudes maternas face à amamentação. Já na satisfação com a família, quando cotação elevada, associou-se maiores percentagens com moderadas e elevadas atitudes maternas face à amamentação. Na globalidade da escala, relata-se moderadas e elevadas atitudes maternas face à amamentação em maior percentagem quando classificação moderado.

Salienta-se, novamente, que o suporte social às mães é vulgarmente e globalmente anunciado como influenciador na decisão e manutenção do aleitamento materno, não se particularizando evidências científicas direcionadas na sua avaliação e impacto na criança, mulher, família, sociedade e cuidados em enfermagem.

Atendendo ao Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2018), envolvendo as competências “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” e “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de

vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” e elevando-se que Levy (1996) encara como potencialmente modificáveis, o suporte social e as práticas relacionadas com os ensinamentos no período pré-natal e na educação para a amamentação, dita a preocupação do enfermeiro especialista com o suporte social à mãe e necessidade de avaliação bem como o planejamento de intervenções direcionadas.

O enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria possui uma posição privilegiada, com vista ao cuidar integral em enfermagem, através da educação e proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno junto da mãe, família e comunidade, determinando-se uma parceria entre todos, para enriquecimento e fortalecimento do conhecimento e cuidado. Deste modo, sugere-se a realização de estudos sobre Conhecimentos sobre aleitamento materno e confiança na resolução de dificuldades nos pais e Apreciação do suporte social na manutenção prolongada da amamentação e implicações na prática clínica do Enfermeiro.

Reconhecendo as limitações da presente investigação, enaltece-se a pertinência da realização da mesma, na preocupação com a satisfação do suporte social e atitudes maternas face à amamentação em mães de lactentes, na promoção de condições e intervenções de enfermagem direcionadas e adequadas à individualidade de cada mãe e família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbass-Dick, J., Stern, S., Nelson, L., Watson, W., & Dennis, C. (Janeiro de 2015). Coparenting breastfeeding support and exclusive breastfeeding: a randomized controlled trial. *Pediatrics*, 135 (1), 102-110.
- Acórdãos do Supremo Tribunal de Justiça. (s.d.). Recuperado de www.dgsi.pt
- Almeida, I., Pugliesi, Y., & Rosado, L. (2015). Estratégias de promoção e manutenção do aleitamento materno baseadas em evidência: revisão sistemática. *Revista da Federacao Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia*, 97-103.
- Almeida, J. (1999). *Amamentação: um híbrido natureza-cultura*. Rio de Janeiro, Brasil: Editora Fiocruz.
- Associação Portuguesa de Nutrição (2019). *Alimentação nos primeiros 1000 dias de vida: um presente para o futuro* (Vol. 53). Recuperado de https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/1000_DIAS_EBOOK-2706.pdf
- Brandão, I., Santos, J., Lima, K., Santos, A., & Monteiro, A. (2009). O papel do enfermeiro na promoção ao aleitamento materno: uma revisão narrativa. *XV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e XI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação*. Universidade do Vale do Paraíba, Brasil.
- Bridges, N., Howell, G., & Schmied, V. (2018). Exploring breastfeeding support on social media. *International Breastfeeding Journal*, 13-22.
- Brown, M. (2014). Maternal trait personality and breastfeeding duration: the importance of confidence and social support. *Journal of Advanced Nursing*, 70 (3), 587–598.
- Bullon, R., Cardoso, F., Peixoto, H., & Miranda, L. (2009). A influência da família e o papel do enfermeiro na promoção do aleitamento materno. *Universitas: Ciências da Saúde*, 7 (2), 49-70.

- Capucho, L., Forechi, L., Lima, R., Massaroni, L., & Primo, C. (Janeiro- Março de 2017). Fatores que interferem na amamentação exclusiva. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 19 (1), 108-113.
- Carneiro, P., & Galvão, D. (Janeiro- Fevereiro de 2012). Aleitamento materno no concelho de Portimão aos 6 meses de vida do bebé: fatores condicionantes. *Nursing*, 8-12.
- Carvalho, M., & Gomes, C. (2017). *Amamentação: bases científicas* (4ª ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Guarabara Koogan.
- Clark, A. (2016). *The role of social support in breastfeeding experiences among rural women in Southern Appalachia*. (Tese de Mestrado) University of North Florida, Department of Nutrition and Health Care Management, EUA.
- Coelho, A. (2015). *Prevalência e factores determinantes para o aleitamento materno no Vale Tâmega e Sousa*. (Tese de Mestrado Integrado em Medicina) Universidade do Porto, Faculdade Medicina, Porto, Portugal.
- Conceição, S., & Fernandes, R. (Outubro- Dezembro de 2015). Influência da gravidez não planejada no tempo de aleitamento materno. *Revista da Escola Anna Nery*, 19 (4), 600-605.
- Conselho Nacional de Saúde (2018). *Gerações mais saudáveis: políticas públicas de promoção da saúde das crianças e jovens em Portugal*. Lisboa, Portugal.
- Coutinho, J., & Leal, I. (2005). Atitudes de mulheres em relação à amamentação – Estudo exploratório. *Análise Psicológica*, 3 (23), 277-282.
- Davidson, E., & Ollerton, R. (2020). Partner behaviours improving breastfeeding outcomes: an integrative review. *Women and Birth*, 33, 15-23.
- Descritores em Ciências da Saúde*. (s.d.). Recuperado de Biblioteca Virtual em Saúde: <http://decs.bvs.br/>
- Direção-Geral da Saúde (2006). *Promoção da saúde mental na gravidez e primeira infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Ministério da Saúde, Lisboa, Portugal.

- Direção-Geral da Saúde (2013). *Norma de Direção-Geral da Saúde 010/2013*. Lisboa, Portugal
- Direção-Geral da Saúde (2014). *Registo do aleitamento materno - Relatório Janeiro a Dezembro 2013*. Lisboa, Portugal
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Programa nacional para vigilância da gravidez de baixo risco*. Lisboa, Portugal
- Direção-Geral da Saúde (2018). *Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa, Portugal.
- Direção-Geral da Saúde (2019). *Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos: linhas de orientação para profissionais e educadores*. Lisboa, Portugal
- Faleiros, F., Trezza, E., & Carandina, L. (Setembro- Outubro de 2006). Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Revista de Nutrição*, 19 (5), 623-630.
- Fernandes, C. (2013). *Atitudes maternas face à amamentação*. (Tese de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica) Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu. Viseu, Portugal.
- Fialho, F., Lopes, A., Dias, I., & Salvador, M. (Janeiro - Junho de 2014). Fatores associados ao desmame precoce do aleitamento materno. *Revista Cuidarte*, 5 (1), 670- 678.
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização* (3ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Fortin, M., Côté, J., & Fillion, J. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa, Portugal: Lusodidacta.
- Fujimori, E., Nakamura, E., Gomes, M., Jesus, L., & Rezende, M. (Abril- Junho de 2010). Aspectos relacionados ao estabelecimento e à manutenção do aleitamento materno exclusivo na perspectiva de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde. *Interface: Communication, Health, Education*, 14 (33), 315-327.
- Galvão, D. (2002). *Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes*. (Tese de Doutoramento em Ciências da Saúde - Ciências da Enfermagem), Universidade do Porto, Instituto de Ciências Médicas de Abel Salazar, Porto, Portugal.

- Galvão, D. (2002b). A decisão de amamentar: Um processo complexo e ainda mal conhecido. *Revista Sinais Vitais*, 41, 49-51.
- Galvão, D. (Agosto de 2005). Acompanhamento da implementação das orientações sobre amamentação num hospital amigo do bebé. *Revista Investigação em Enfermagem*, 12, 52-56.
- Galvão, D. (2006). *Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Galvão, D. (2009). Promoção da amamentação na primeira hora após o parto. *Nursing*, 1-9.
- Galvão, D., & Silva, I. (2011). Vivências da amamentação da criança portuguesa em idade escolar. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 45 (5), 1055-1062.
- Guerra, A., Rêgo, C. S., Ferreira, G., Mansilha, H., Antunes, H., & Ferreira, R. (Setembro- Outubro de 2012). Alimentação e Nutrição do Lactente. *Acta Pediátrica Portuguesa - Revista de Medicina da Criança e do Adolescente*, 43, nº5, Suplemento II.
- Henriques, S., & Martins, R. (2011). Aleitamento materno: o porquê do abandono. *Millenium*, 40, 39-51.
- Instituto da Segurança Social (2019). *Guia Prático: condições de recursos*. Recuperado de www.seg-social.pt
- Instituto de Segurança Social. (s.d.). Portal do Instituto da Segurança Social Recuperado de www.seg-social.pt
- Instituto Nacional de Estatística. (s.d.) Portal do Instituto Nacional de Estatística. Recuperado de www.ine.pt
- International Council of Nurses (2019) *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE*. Recuperado de www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser.
- Jin, S., Phua, J., & Lee, K. (2015). Telling stories about breastfeeding through Facebook : The impact of user-generated content (UGC) on pro-breastfeeding attitudes. *Computers in Human Behavior*, 46, 6-17.

- King, F. (2001). *Como ajudar as mães a amamentar* (4ª ed.). (Zuleika Thomson e Orides Navarro Gordon, Trad.) Brasília, Brasil: Ministério da Saúde.
- Kislaya, I., Braz, P., Dias, C., & Loureiro, I. (2017). *A evolução do aleitamento materno em Portugal nas últimas duas décadas : dados dos inquéritos nacionais de saúde*. Recuperado de <http://www.insa.min-saude.pt/a-evolucao-do-aleitamento-materno-em-portugal-nas-ultimas-duas-decadas-dados-dos-inqueritos-nacionais-de-saude/>
- Kohan, S., Heidari, Z., & Keshvari, M. (Janeiro de 2016). Facilitators for empowering women in breastfeeding: a qualitative study. *International Journal of Pediatrics*, 4 (1), 1287-1296.
- Leng, R., Shorey, S., & He, H. (2019). Integrative review of the factors that influence fathers' involvement in the breastfeeding of their infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 16-26.
- Levy, L. (1996). *O sucesso no aleitamento materno: contributo de uma intervenção clínica*. (Dissertação de Doutoramento) Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual do aleitamento materno*. Comité Português para a UNICEF/ Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- Lima, S., Santos, E., Erdmann, A., Farias, P., Aires, J., & Nascimento, V. (Janeiro - Março de 2019). Percepção de mulheres quanto à prática do aleitamento materno: uma revisão integrativa. *Revista Online Cuidado Fundamental*, 11 (1), 248-254.
- Lourenço, R. (2009). Aleitamento materno, uma prioridade para o Século XXI. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 25 (3), 344-346.
- Marques, S., & Ramalho, S. (2015). Aleitamento materno: um estudo descritivo, no centro de saúde da região do oeste. *Internacional Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (1), 33-40.
- Meedya, S., Fahy, K., & Kable, A. (2010). Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. *Women and Birth*, 23 (4), 135-145.
- Miranda, L., Zangão, O., & Risso, S. (Abril de 2017). O Papel do enfermeiro no sucesso para o aleitamento materno: Revisão da Literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3 (1), 854-868.

- Monte, G., Leal, L., & Pontes, C. (Janeiro- Março de 2013). Rede social de apoio à mulher na amamentação. *Cogitare Enfermagem*, 18 (1), 148-155.
- Negin, J., Coffman, J., Vizintin, P., & Greenow, C. (2016). The influence of grandmothers on breastfeeding rates: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16 (91).
- Nelas, P., Coutinho, E., Chaves, C., Amaral, O., & Cruz, C. (Abril de 2017). Dificuldades na amamentação no primeiro mês de vida: impacto dos contextos de vida. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (2), 183-192.
- Oliveira, T., Martins, C., Santana, G., Vieira, G., & Silva, L. (2016). Intenção materna de amamentar: revisão sistemática. *Ciências & Saúde Colectiva*, 21 (12), 3845-3858.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento nº 422/ 2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Diário da Republica n.º133/ 2018 - II Série.
- Ordem dos Enfermeiros. (s.d.). *Projecto da MCEESMO - OE: Maternidade de Qualidade*. Recuperado de www.ordemdosenfermeiros.pt
- Organização Mundial de Saúde (2018). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-Friendly Hospital Initiative*.
- Pais-Ribeiro, J. (2011). *Escala de Satisfação com o Suporte Social*. Lisboa, Portugal: Placebo.
- Parkinson, J., Russell-Bennett, R., & Previte, J. (2010). The role of mother-centered factors influencing the complex social behaviour of breastfeeding : social support and self-efficacy. *Australian and New Zealand Marketing Conference : Doing More With Less (ANZMAC 2010)*. Christchurch, New Zealand.
- Pedroso, R., & Galvão, D. (2012). Amamentação de mulheres trabalhadoras inscritas em Unidades de Saúde de meio rural e urbano. *International Journal of Development and Educational Psychology*, 1 (4), 199-202.
- Pedroso, R., & Galvão, D. (2016). Aleitamento materno exclusivo: da teoria à realidade. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (1), 51-56.

- Peixoto, P. (2016). *As fontes de informação*. Recuperado de Fontes de Informação Sociológica: http://www4.fe.uc.pt/fontes/Fontes_de_Informacao.ppt
- Pereira, M. (2004). *Aleitamento materno: estabelecimento e prolongamento da Amamentação. Intervenções para o seu sucesso*. (Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências Biomédicas) Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto, Portugal.
- Pereira, A. (2007). Amamentação na 1ª hora de vida salva um milhão de bebés: semana mundial do aleitamento materno. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa*, 4.
- Pinto, K., Martins, J., Campana, M., Quintamilha, T., Zani, A., & Bernardy, C. (2018). Dificuldades na amamentação: sentimentos e percepções paternas. *Journal of Nursing and Health*, 8 (1), 1-12.
- Pinto, T. (2008). Promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno na comunidade: revisão das estratégias no período pré-natal e após a alta. *Arquivos de Medicina*, 22 (2-3), 57-68.
- Prates, L., Schmalfuss, J., & Lipinski, J. (Abril - Junho de 2014). Amamentação: a influência familiar e o papel dos profissionais de saúde. *Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria*, 4 (2), 359-367.
- Prates, L., Schmalfuss, J., & Lipinski, J. (Abril - Junho de 2015). Rede de apoio social de puérperas na prática da amamentação. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*, 19 (2), 310-315.
- Primo, C., Dutra, P., Lima, E., Alvarenga, S., & Leite, F. (Abril - Junho de 2015). Redes sociais que apoiam a mulher durante a amamentação. *Cogitare Enfermagem*, 20 (2), 426- 433.
- Primo, C., Nunes, B., Lima, E., Leite, F., Pontes, M., & Brandão, M. (Janeiro- Abril de 2016). Quais os fatores que influenciam as mulheres na decisão de amamentar? *Investigação e Educação em Enfermagem*, 34 (1), 198-210.
- Rapoport, A., & Piccinini, C. (2006). Apoio social e experiência da maternidade. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 16 (1), 85-96.

- Rebimbas, S., Pinto, C., & Pinto, R. (2010). Aleitamento materno: análise da situação num meio semi-urbano. *Nascer e Crescer: revista do hospital das crianças maria pia*, 19 (2), 68-73.
- Reeves, C., Close, R., Simmons, M., & Hollis, A. (2006). Social support indicators that influence breastfeeding decisions in mothers of North Florida. *Florida Public Health Review*, 3, 1-7.
- Rocha, G., Oliveira, M., Ávila, L., Longo, G., Cotta, R., & Araújo, R. (2018). Condicionantes da amamentação exclusiva na perspectiva materna. *Cadernos de Saúde Pública*, 34 (6), 1-13.
- Romão, P., Durão, F., Valente, S., & Saldanha, J. (2017). Aleitamento materno : o que mudou em 12 anos. *Nascer e Crescer*, 26 (3), 171-177.
- Sandes, A., Nascimento, C., Figueira, J., Gouveia, R., Valente, S., Martins, S., . . . Silva, L. (2007). Aleitamento materno: prevalência e factores condicionantes. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 193-200.
- Santana, G., Giugliani, E., Vieira, T., & Vieira, G. (2018). Factors associated with breastfeeding maintenance for 12 months or more: a systematic review. *Jornal de Pediatria*, 94 (2), 104-122.
- Souza, M., Nespoli, A., & Zeitoune, R. (Outubro - Dezembro de 2016). Influência da rede social no processo de amamentação: um estudo fenomenológico. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*, 20 (4).
- Toma, T., & Rea, M. (2008). Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. *Cad. Saúde Pública*, 24 (2), 235-246.
- Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. (s.d.). Recuperado de <https://www.tjdft.jus.br>
- UNICEF. (2005). *Declaração Innocenti: sobre a alimentação do lactente e da criança pequena*. Itália.
- UNICEF. (s.d.). Recuperado de <https://www.unicef.pt/global-pages/global/declaracao-innocenti/>

UNICEF. (s.d.b). Recuperado de <https://www.unicef.pt/o-que-fazemos/o-nosso-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes/a-iniciativa-amiga-dos-bebes/>

APÊNDICES

APÊNDICE I

Questionário de colheita de dados

QUESTIONÁRIO

• CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

- Qual a sua idade? N.º (anos) _____
- Qual é o seu estado civil? Solteira, Casada, Divorciada, Viúva
- Com quem coabita? Marido/companheiro, Avós do bebé, Outro
- Qual é aproximadamente o seu rendimento mensal familiar? $\leq 500\text{€}$, entre 500€ - 1500€ , entre 1500€ - 2500€ , $\geq 2500\text{€}$
- Qual o seu local de residência? Urbano (cidade), Rural (vila/aldeia)
- Qual a sua escolaridade? Ensino Básico, Ensino Secundário, Bacharelato ou Licenciatura; Mestrado; Doutoramento
- Atualmente, qual é a sua situação profissional? Empregada, Desempregada

• EXPERIÊNCIA DE GRAVIDEZ

- Quantas gestações anteriores teve? N.º _____
- Foi uma gravidez planeada? Sim, Não
- Foi uma gravidez vigiada? Sim, Não

Se sim, em que local?: Maternidade, Centro de Saúde, Privado
- Foi uma gravidez que decorreu... Sem problemas, Com problemas
- Qual foi o tipo de parto? Eutócico, Cesariana, Fórceps, Ventosa
- Fez alguma formação de Aleitamento Materno durante a gravidez? Sim, Não

• EXPERIÊNCIA DE ALEITAMENTO ATUAL

- Qual a idade atual do seu bebé? N.º meses completos _____
- Se está empregada, quanto tempo permaneceu em casa após o parto? N.º meses completos _____

- Fez contato pele a pele (bebé despido sob o peito da mãe) na 1ª hora após o nascimento? Sim, Não

- Recebeu ensinamentos sobre Aleitamento Materno durante a gravidez? Sim, Não

Se sim quem os fez? Médico, Enfermeiro, Outro: _____

- Neste momento encontra-se a amamentar? Sim, Não

Se responde negativamente, indique o motivo: Não amamentei por decisão própria, Não amamentei por contraindicação por motivos de saúde materna, Não amamentei por motivos de saúde do bebé, Deixei de amamentar por decisão própria, Deixei de amamentar por conselho médico, Deixei de amamentar por conselho de um familiar,/amigo, Outro: _____

- Se amamenta ou amamentou, a sua resolução foi por: Decisão própria, Conselho de um profissional de saúde, Conselho de um familiar, Conselho de um amigo.

- Amamentou durante o internamento na maternidade? Sim, Não

Se respondeu positivamente, sentiu dificuldades face à amamentação? Sim, Não

Se respondeu positivamente, no momento da alta sentiu que as mesmas estavam ultrapassadas? Sim, Não

- Qual foi a sua principal fonte de informação sobre aleitamento materno? Pai do bebé, Avó do bebé, Amigos, Internet/Redes Sociais, Profissionais de Saúde; Outro: -

- Qual a sua principal fonte de ajuda sobre aleitamento materno? Pai do bebé, Avó do bebé, Amigos, Internet/Redes Sociais, Profissionais de Saúde, Não tive dúvidas Outro: _____

- De momento, qual o regime alimentar que faz ao seu bebé?

- Aleitamento Materno Exclusivo (Leite Materno e Soro Reidratação Oral, gotas, xaropes)
- Aleitamento Materno Predominante (Leite Materno e Líquidos: água, bebidas à base de água, sumo de fruta; Soro Reidratação Oral, gotas, xaropes)
- Aleitamento Misto (Leite Materno e Leite Artificial; Soro Reidratação Oral, gotas, xaropes)

Se faz este regime, a partir de que idade introduziu leite artificial? N.º meses completos _____

Foi por: Decisão própria, Conselho médico, Conselho de um familiar/amigo, Outro

- Aleitamento Artificial (Leite Artificial; Soro Reidratação Oral, gotas, xaropes)

Foi por: Decisão própria, Conselho médico, Conselho de um familiar/amigo, Outro

- Complementar I (Leite Materno e Alimentos Sólidos/Semissólidos)

Se faz este regime, a partir de que idade introduziu a alimentação complementar? N.º meses completos _____

- Complementar II (Leite Artificial (poderá fazer também Leite Materno) e Alimentos Sólidos/Semissólidos)

Se faz este regime, a partir de que idade introduziu a alimentação complementar? N.º meses completos _____

APÊNDICE II

Consentimento informado às participantes

INFORMAÇÃO À PARTICIPANTE E CONSENTIMENTO INFORMADO

Chamo-me Vanessa Verga, sou Enfermeira e responsável pela seguinte investigação para Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Venho por este meio convidá-la a participar no meu estudo sobre “Atitudes Maternas face à Amamentação em Mães de Lactentes e Satisfação com o Suporte Social”, sendo que a sua concretização será possível graças à sua participação. Antes de decidir se quer participar ou não no estudo, agradeço que leia cuidadosamente a informação que se segue e em caso de dúvidas ou necessite de mais informações não hesite em contactar-me (email da investigadora: van.verga@gmail.com).

Os objetivos delineados para esta investigação são:

- Conhecer as atitudes maternas face à amamentação em mães de crianças lactentes;
- Avaliar a influência de características sociodemográficas, de experiência de gravidez, de experiência de aleitamento atual e de principal fonte de informação sobre aleitamento materno nas atitudes maternas face à amamentação em mães de crianças lactentes;
- Verificar a associação entre a satisfação com o suporte social e as atitudes maternas face à amamentação, em mães de crianças lactentes.

Poderá participar se for **mãe, maior de 18 anos, de primeiro filho único, saudável, de termo e até aos 2 anos de idade, independentemente de neste momento estar a amamentar ou não**. Continue apenas se souber ler e escrever em português.

A sua participação é **voluntária**. Será pedido que responda a algumas questões, contudo poderá desistir a qualquer momento, sem que necessite de se justificar.

A sua participação é **anónima e confidencial**, sendo os dados recolhidos de uso exclusivo para esta investigação e não a identificam individualmente.

Agradeço pelo seu tempo ao ler esta informação e a sua ponderação na participação do estudo. Se desejar participar, deve continuar a preencher o questionário, que inclui questões sociodemográficas, de experiência de gravidez, de experiência de aleitamento atual e por duas escalas, tendo a duração de aproximadamente 10 minutos. Após a

conclusão do estudo, poderá ter acesso ao mesmo através de consulta pública ou contactando-me diretamente.

Ao prosseguir com este questionário:

Compreendi a informação sobre o estudo acima referido, tendo-me sido disponibilizado tempo para decidir a minha participação, assim como esclarecer todas as minhas dúvidas. Compreendo que a minha participação é livre e voluntária e que posso desistir a qualquer altura, sem justificação.

Consinto participar neste estudo (ao validar o item abaixo apresentado em caso de aceitação, este substitui a sua assinatura).

ANEXOS

ANEXO I

Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde:
Enfermagem (UICISA: E)

COMISSÃO DE ÉTICA

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

Parecer N° 577/ 04-2019

Título do Projecto: Atitudes Maternas face à Amamentação e Satisfação com o Suporte Social em Mães de Lactentes

Identificação das Proponentes

Nome(s): Vanessa Filipa Pedrosa Verga

Filiação Institucional: Aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: Dulce Galvão

Relator: Ana Margarida Abrantes

Parecer

As causas de abandono do Aleitamento Materno são semelhantes em estudos portugueses e europeus, e vão-se mantendo ao longo do tempo, permanecendo por entender as verdadeiras condicionantes para o sucesso da amamentação e a verdadeira implicação das convicções pessoais, influências familiares e pressões. Desta forma os objetivos deste projeto são: conhecer as atitudes maternas face à amamentação em mães de crianças lactentes; avaliar a influência de variáveis sociodemográficas, obstétricas, de experiência atual de amamentação e de informação sobre amamentação nas atitudes maternas face à amamentação em mães lactentes; e verificar a relação entre as atitudes maternas face à amamentação e a satisfação com o suporte social, em mães de crianças lactentes.

Este será um estudo do tipo descritivo correlacional. O projeto decorrerá entre maio de 2019 e fevereiro de 2020.

A amostra será constituída por mães, de primeira vez e criança única, de termo, saudáveis e lactentes, independentemente se no momento estejam a amamentar ou não. Será uma amostra não-probabilística, por bola de neve, uma vez que se pretende a sua divulgação online, através de grupos do Facebook. São apresentados os critérios de inclusão e exclusão assim como o consentimento informado e os instrumentos de recolha de dados, sendo garantida a confidencialidade, a voluntariedade e a autonomia dos participantes.

Sendo assim, somos do parecer que para o projeto poder ser aprovado sem restrições de natureza ética. O presente parecer não dispensa a autorização das instituições onde o estudo será desenvolvido.

O relator: 

Data: 22/05/2019 O Presidente da Comissão de Ética: 

ANEXO II

Escala de Atitudes Maternas face à Amamentação

ATITUDES MATERNAS FACE À AMAMENTAÇÃO

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

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

1. A amamentação estabelece um contacto íntimo entre a mãe e bebé

Muito certo

Muito errado

7	6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

2. O biberão é um método muito prático para alimentar um bebé

7	6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

3. A amamentação é embaraçosa para a mãe

7	6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

4. O leite do biberão fornece um alimento incompleto para um bebé

7	6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

5. A amamentação é boa para a saúde da mãe

7	6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

6. O biberão torna possível para o pai o envolvimento na refeição do bebé

7	6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

7. A amamentação dificulta as saídas da mãe de sua casa

7	6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

8. O biberão é um método caro de alimentar um bebê

7	6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

9. A amamentação fornece o melhor alimento para o bebê

7	6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

10. A alimentação por biberão é um método de alimentar o bebê que não dá preocupações

7	6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

11. A amamentação protege o bebê contra as infecções

7	6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

12. A alimentação por biberão permite avaliar exatamente a quantidade de leite que o bebê tomou

7	6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

13. A amamentação protege o bebê de alergias

7	6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

14. A amamentação protege a mãe do cancro da mama

7	6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

15. A amamentação é uma fonte de prazer para a mãe

7	6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

16. A amamentação é uma fonte de prazer para o bebé

7	6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

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

1. Usar um método que permita sair de casa, é:

Muito importante

Nada importante

+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
----	----	----	---	----	----	----

2. Usar um método que seja bom para a minha saúde, é:

+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
----	----	----	---	----	----	----

3. Usar um método prático, é:

+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
----	----	----	---	----	----	----

4. Usar um método que estabeleça um contacto íntimo entre mim e o meu filho, é:

+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
----	----	----	---	----	----	----

5. Usar um método que não me faça sentir embaraçada, é:

+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
----	----	----	---	----	----	----

6. Usar um método que permita ao pai do bebé envolver-se na refeição, é:

+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
----	----	----	---	----	----	----

7. Usar um método que forneça uma alimentação completa para o meu bebé, é:

+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
----	----	----	---	----	----	----

8. Usar um método que não me cause preocupações, é:

+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
----	----	----	---	----	----	----

9. Usar um método barato, é:

+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
----	----	----	---	----	----	----

10. Usar um método que permita avaliar exatamente a quantidade de leite que o bebê toma, é:

+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
----	----	----	---	----	----	----

11. Usar um método que proteja o meu bebê de infecções, é:

+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
----	----	----	---	----	----	----

12. Usar um método que me dê prazer, é:

+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
----	----	----	---	----	----	----

13. Usar um método que proteja o meu bebê de alergias, é:

+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
----	----	----	---	----	----	----

14. Usar um método que me proteja do cancro da mama, é:

+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
----	----	----	---	----	----	----

15. Usar um método que dê prazer ao meu bebê, é:

+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
----	----	----	---	----	----	----

16. Usar o melhor método para alimentar o meu bebê, é:

+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
----	----	----	---	----	----	----

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

1. O pai do bebê pensa que eu devo absolutamente

Não devo

7	6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

2. A minha mãe pensa que eu devo absolutamente

7	6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

3. A minha melhor amiga pensa que eu devo absolutamente

7	6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

4. O meu médico pensa que eu devo absolutamente

7	6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

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

1. O pai do bebé pensa que eu devo absolutamente

Não devo

7	6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

2. A minha mãe pensa que eu devo absolutamente

7	6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

3. A minha melhor amiga pensa que eu devo absolutamente

7	6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

4. O meu médico pensa que eu devo absolutamente

7	6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

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

1. O pai do bebé

Não se importa

Importa-se muito

+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
----	----	----	---	----	----	----

2. A sua mãe

+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
----	----	----	---	----	----	----

3. A sua melhor amiga

+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
----	----	----	---	----	----	----

4. O seu médico

+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
----	----	----	---	----	----	----

ANEXO III

Escala de Satisfação com o Suporte Social

ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

A seguir vai encontrar várias afirmações, seguidas de cinco letras. Marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar. Por exemplo, na primeira afirmação, se você pensa Quase Sempre que por vezes se sente só no mundo e sem apoio, deverá assinalar a letra A, se acha que nunca pensa isso deverá marcar a letra E.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1- Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2- Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3- Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4- Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5- Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
6- Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7- Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8- Gostava de participar mais em atividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9- Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10- Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11- Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12- Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13- Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E

14-Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E