



UC/FPCE--2015

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Aleitamento Materno: percepção materna acerca da importância da participação do pai nesta prática

Paula Soraia Ribeiro de Almeida (e-mail: psoraia.almeida@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Subárea de Especialização em Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas, sob a orientação do Professor Doutor Joaquim Eduardo Nunes Sá.

Aleitamento Materno: percepção materna acerca da importância da participação do pai nesta prática

O presente estudo tem como objetivo conhecer e analisar a percepção materna acerca da importância do papel do pai na experiência da amamentação. É também pretendido explorar e compreender de que forma os fatores sociodemográficos interferem nas variáveis em análise.

Recorre-se a um estudo exploratório descritivo transversal com uma abordagem de natureza quantitativa. Para tal, administrou-se um protocolo de investigação composto por: *i*) um consentimento informado; *ii*) um questionário sociodemográfico, com o objetivo de recolher dados sociodemográficos e clínicos; e *iii*) duas escalas breves de auto resposta, a *Maternal Breastfeeding Evaluation Scale de Leff* (MBFES) e a Escala da Importância da Participação do Pai na Amamentação (EIPPA). A primeira tem como objetivos *i*) medir a avaliação total que as mães fazem acerca da sua experiência da amamentação e *ii*) avaliar a percepção materna sobre a qualidade da sua experiência, tendo em conta o comportamento da criança como parte integrante (Galvão, 2006). A segunda escala permite avaliar a importância da participação do pai na amamentação, mais especificamente nos fatores de participação física, afetiva e doméstica (Franco & Gonçalves, 2014).

A amostra é constituída por 600 mulheres que viveram a experiência da amamentação, ou seja, recorreu-se a uma amostragem não-probabilística ou não aleatória, de natureza acidental, casual ou conveniente.

Os resultados relativos à avaliação materna da experiência de amamentação (MBFES) permitem concluir que as mães pontuaram mais no domínio correspondente ao “prazer e papel maternal”. Esta subescala apresenta afirmações que refletem sentimentos positivos acerca de aspetos físicos e emocionais com a experiência de amamentação e relatam o afeto e envolvimento mãe-criança. Em contrapartida, o domínio “estilo de vida e imagem corporal materna” apresenta a menor média da escala, ou seja, as inquiridas pontuaram menos neste grupo de afirmações.

Face aos resultados obtidos na EIPPA pode-se constatar que a maioria das mães identifica uma elevada importância da participação do pai na amamentação. Verificou-se que a presente amostra apresentou resultados mais elevados na importância da participação do pai na dimensão doméstica, seguindo-se da afetiva e da física.

Desta forma, os resultados indicam a existência de evidência estatística que sustenta uma relação positiva e estatisticamente significativa entre: *i*) a percepção materna acerca da importância da participação do pai na amamentação e *ii*) dois dos domínios que avaliam a qualidade de amamentação percebida pelas mães, mais especificamente, o “prazer e papel maternal” e o “estilo de vida e imagem corporal”.

Palavras-Chave: Aleitamento materno, vantagens do aleitamento materno, qualidade da amamentação percebida pelas mães, percepção materna acerca da importância da participação do pai na amamentação.

Maternal breastfeeding: maternal perception about the importance of the father's participation in this practice

The aim of the present study is to acknowledge and analyze the maternal perception of the importance of the father's role in the breastfeeding experience. It also pretends to explore and understand the way sociodemographic factors interfere in the analyzed variables.

This is a transversal, descriptive and exploratory study with a quantitative approach. For this reason, the investigation protocol is composed by: *i*) informed consent; *ii*) sociodemographic questionnaire and *iii*) two briefs self-answered scales, Leff's *Maternal Breastfeeding Evaluation Scale* (MBFES) and *The Importance of the father's participation in Breastfeeding Scale* (EIPPA, in Portuguese). The first scale aims to: *i*) measure the evaluation that mothers do about their breastfeeding experience and *ii*) evaluate the maternal perception about the quality of their experience, concerning the child's behaviour as an integral part (Galvão, 2006). The second scale allows the evaluation of the father's role in breastfeeding, especially in what concerns the physical, emotional and domestic participation (Franco & Gonçalves, 2014).

The sample is composed by 600 women that have lived the breastfeeding experience, so a non-probabilistic, randomized, convenient sample was used.

The results that concern the maternal breastfeeding evaluation (MBFES) conclude that mothers had the highest punctuation in the "maternal role and pleasure" dominium. This subscale presents statements that reflect positive feelings about physical and emotional aspects about the breastfeeding experience and report the mother-child's affection and involvement. Nevertheless, the "lifestyle and maternal body image" presents the lowest media in the scale, meaning that the inquiries had the lowest punctuation in this group of statements.

In terms of the EIPPA, it can be noticed that most mothers identify a preponderant importance in the father's participation in breastfeeding. It was shown that, in terms of the father participation in breastfeeding, the sample presented higher results in the domestic dimension, followed by affection and physical aspects.

Therefore, the results indicate the existence of statistical evidence that sustains a positive relationship and with statistical significant evidence between: *i*) the maternal perception about the importance of the father's participation in breastfeeding and *ii*) two of the domains that evaluate the breastfeeding's quality understood by the mothers, specifically the "maternal's pleasure and role" and the "lifestyle and body image".

Key-words: maternal breastfeeding; maternal breastfeeding advantage; breastfeeding's quality perception by the mothers, maternal perception of the importance of the father's participation in breastfeeding.

Agradecimentos

Ao *Professor Doutor Eduardo Sá*, pela sabedoria, pela mestria e pela sensibilidade com que pratica, diariamente, a ciência psicológica. O meu enorme apreço pela confiança demonstrada no tema da minha investigação. Estou-lhe grata pela dedicação, orientação e rigor científico, que fizeram deste longo, um dos mais enriquecedores do meu percurso académico.

À *Professora Doutora Dulce Garcia Galvão*, pela amabilidade demonstrada, desde o primeiro momento, na colaboração com a minha investigação. O meu agradecimento sincero por partilhar comigo a sua imensa sabedoria que contribuiu para o aumento do meu interesse pelo tema da Amamentação.

Ao *Professor João Franco*, pela disponibilidade em ceder-me a Escala de Importância de Participação do Pai na Amamentação (EIPPA), que permitiu que desenvolvesse esta investigação.

Aos *Cuidados na Saúde Materna e Infantil*; ao *Apoio à Amamentação Porto*; à *SOS Amamentação*, à *Amamentos e à BioNascimento*, o meu profundo agradecimento pela colaboração na partilha do meu protocolo de investigação nas suas páginas *online*, permitindo-me a obtenção de uma amostra tão significativa.

A todas as *Mães* que participaram nesta investigação, tornando possível a sua realização, o meu sincero agradecimento.

À minha mais querida investigadora, *Carlota*, pelo companheirismo, pela partilha de saberes, e essencialmente pela amizade genuína.

À *Fi*, que se tornou a minha fiel companheira nesta última jornada académica. Agradeço a força, a confiança e, no essencial, a genuína amizade.

À *Ju Alves*, das pessoas mais bonitas que conheci, minha eterna amiga do coração, por me lembrar, todos os dias, que este sonho é possível. A minha gratidão pelo apoio incomensurável e amizade incondicional.

À minha eterna avó *Laurinha*, pelo papel insubestimável que teve na minha educação.

À minha *Mãe*, a melhor do meu mundo, pelo amor incondicional, pela confiança, pela responsabilidade de me tornar em tudo aquilo que sou.

Ao meu *Pai*, pelo amor incondicional, pelas regras, pelo sentido de responsabilidade, pela permissão que me deu para construir este sonho.

Ao *Manel*, pelo amor que tem pela minha mãe, pelo meu irmão e por me tratar como sua filha. O meu agradecimento e admiração, de coração.

Ao meu *irmão*, o menino mais doce e amável da minha vida, pela admiração, confiança e, sobretudo, por despertar em mim a autenticidade de uma criança.

A todos os que considero *Família*, pelo carinho, positividade, apoio infundável, segurança e amor. Grata a todos vós.

Índice de Abreviaturas

AM	Aleitamento materno
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
EIPPA	Escala da Importância da Participação do Pai na Amamentação
HAB	Hospitais Amigos dos Bebés
IHAB	Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés
MBFES	Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés
OMS	Organização Mundial de Saúde
SMLM	Síndrome de Morte Súbita do Lactente
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fundo das Nações Unidas para a Infância)

Índice

I.	Enquadramento conceptual	2
1.	Conceito e Importância.....	2
2.	Fisiologia da Lactação	2
3.	Constituição do Leite Materno	3
4.	Vantagens da Amamentação.....	4
4.1.	Vantagens Biológicas	4
4.2.	Vantagens Psicológicas	5
5.	Incentivos à prática da Amamentação – Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (IHAB)	6
6.	O Pai na Amamentação	7
6.1.	Síndrome de <i>Couvade</i>	10
7.	Síntese Teórica	11
II.	Formulação do Objetivo e hipóteses de investigação.....	13
1.	Objetivo do estudo.....	13
2.	Delineamento.....	13
III.	Metodologia.....	14
1.	Descrição da amostra.....	14
2.	Materiais/instrumentos	14
2.1.	Questionário Sociodemográfico – (Anexo 1)	14
2.2.	Maternal Breastfeeding Evaluation Scale (MBFES)/ Escala de Avaliação Materna da Amamentação – (Anexo 1)	15
2.3.	Escala de Importância da Participação do Pai na Amamentação (EIPPA) – (Anexo 1).....	15
3.	Procedimentos de investigação adotados.....	16
IV.	Resultados	19
1.	Caracterização da amostra	19
2.	Análise descritiva das variáveis em estudo.....	23
2.1.	Avaliação materna da amamentação	23
2.2.	Importância da participação do pai na amamentação.....	25
3.	Análise da consistência interna.....	28
4.	Análise inferencial.....	29
4.1.	Análise da influência das variáveis sociodemográficas.....	29

4.2. Análise da relação entre a participação do pai na amamentação e a qualidade da amamentação materna.....	34
V. Síntese dos Principais Resultados	36
VI. Discussão.....	38
Conclusão.....	46
Bibliografia	49
Anexos	54
Anexo 1: Protocolo de investigação.....	55
Anexo 2: Análise descritiva dos itens das Escalas (MBFES e EIPPA).....	71
Anexo 3: Análise da Consistência Interna das Escalas (MBFES e EIPPA).....	75
Anexo 4: Diferenças entre médias das escalas em função da região do hospital onde o bebé nasceu.....	79
Anexo 5: Dados relativos ao diagnóstico pós-parto e aos problemas médicos das mães	83

Introdução

O nascimento de um filho é um acontecimento ansiogénico, não apenas pelos desafios que coloca face à necessidade de cuidar, mas também pelas alterações que incita ao quotidiano da família. Relativamente aos cuidados prestados ao bebé, a satisfação das suas necessidades básicas, como a alimentação, traduz-se num dos grandes desafios. O leite materno assume-se como o alimento natural mais nutritivo e melhor adaptado às carências do recém-nascido e, na sua grande maioria, as progenitoras detêm condições biológicas para amamentar. No entanto, esta prática é extremamente influenciada pelas condições socioculturais envolventes (Graça, 2010).

Tendo em conta as inúmeras vantagens do aleitamento materno (AM) para o bebé, a mãe, a família e a comunidade geral, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em associação com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), tem vindo a desenvolver um esforço universal com o objetivo de proteger, promover e apoiar o AM. Desta forma, recomenda esta prática, em regime exclusivo, até aos seis meses e a sua continuidade, com alimentação adicional, até aos dois anos de idade. A proteção, promoção e apoio desta prática constituem uma prioridade de Saúde Pública em todo o mundo (Sarafana, Abecasis, Tavares, Soares, & Gomes, 2006). Neste sentido, cabe aos profissionais de saúde atuarem de forma indulgente apoiando e informando mães e pais durante a gravidez e no período de puerpério, assim como no regresso a casa (Henriques, 2011).

Considerando a importância de uma amamentação de sucesso, a evidência científica tem demonstrado que a mãe e o bebé não são os únicos intervenientes desta prática. A mãe que amamenta carece de apoio por parte dos profissionais de saúde, da família e da comunidade em geral, sendo que o pai se assume como o aliado do AM mais relevante (Silva, Santiago & Lamonier, 2012). Neste sentido, Alves, Carreto, Freitas, Costa e Ramos (2010) defendem a importância de incentivar o pai a estar presente no momento em que o bebé é amamentado, pois um pai presente e colaborante contribui expressivamente para o incentivo da prática da lactação. Todas as atitudes e aprovação relativamente ao AM são consideradas pela mulher elementos essenciais na determinação de amamentar.

Desta forma, o bem-estar da criança, da família e da comunidade, tal como a promoção da saúde, impõem-se como fundamentais a todos os profissionais de saúde, que zelam por estratégias de promoção da prática da amamentação (Galvão, 2006).

I. Enquadramento conceptual

1. Conceito e Importância

O AM apresenta-se como a forma mais natural de nutrição do recém-nascido. Por esta razão, é o método adotado pela maioria das mães nos primeiros meses de vida dos seus bebés (Sandes et al., 2007). Porém, o AM foi perdendo predominância no decorrer do século XX, em paridade com a emancipação feminina, a progressiva participação da mulher no mercado de trabalho e, principalmente, com a promoção e comercialização dos leites artificiais. A associação causal confirmada entre o desábito do AM e a mortalidade infantil, nos países subdesenvolvidos, levou a OMS a tomar medidas relativamente à promoção do leite materno (Aguiar & Silva, 2011).

Para a OMS (1990), a questão do AM é uma prioridade de Saúde Pública, e em 1990, divulgou a *Declaração Innocenti*¹, recomendando que o período dedicado ao AM deve oscilar entre os quatro e os seis meses de idade. Da mesma forma, a Academia Americana de Pediatria preconiza o AM até aos seis meses e, se possível, que se prolongue até aos doze meses. Já a UNICEF sustenta que este mesmo período deve prolongar-se até aos dois anos de idade (Sandes et al., 2007).

Ao início e à durabilidade da amamentação subjaz uma decisão pessoal sobre a qual influenciam diferenciados fatores que atuam sobre a mãe sem que ela tenha perceção disso. A promoção da amamentação requer, assim, um conhecimento antecipado das dificuldades que se lhe impõe. Para que uma mãe amamente com sucesso o seu bebé, esta necessita de se sentir confiante, precisa de acreditar que pode amamentar, conhecendo e aceitando as mudanças que vão ocorrer no seu corpo. Tem de procurar entender a normalidade das dúvidas que tem e, no essencial, reconhecer que o seu leite é tudo o que a criança necessita e que as suas mamas, independentemente do seu tamanho e forma, produzirão leite adequado e em quantidade suficiente para nutrir o seu bebé (King, 1991).

Nesta linha, Galvão (2006) alerta que a promoção do AM se deve constituir numa prioridade da comunidade científica em geral e, sobretudo, dos profissionais dedicados à saúde materno-infantil, que deverão desenvolver ações que visem o apoio às mães, no sentido de colmatar dificuldades e obstáculos próprios desta prática.

2. Fisiologia da Lactação

O leite materno, na espécie humana, está estritamente relacionado com o período reprodutor da mulher e a sua produção ocorre apenas na fase do pós-parto. A lactação - produção de leite materno - é um processo fisiológico normal e uma consequência de parir (Galvão, 2006).

De acordo com Pereira (2006), o ciclo da lactação divide-se em três estádios: *i*) a mamogénese, que diz respeito ao desenvolvimento e crescimento da mama durante o período de gestação, particularmente devido à ação dos

¹ Documento elaborado e adotado por um grupo de formuladores de políticas de saúde de governos, agências bilaterais e das Nações Unidas, reunidos em *Spedale degli Innocenti* (Hospital dos Inocentes), Florença, Itália, em 1990.

estrogénios, responsáveis pela ramificação dos ductos e, à progesterona, que estimula a formação dos lóbulos; *ii*) a lactogénese, que corresponde ao começo da produção de leite, iniciando-se na última fase da gravidez, com a secreção do colostro; e por fim, *iii*) a galactogénese, que se relaciona com a manutenção da produção de leite, estando a continuidade da secreção deste relacionada, principalmente, com uma produção satisfatória de prolactina e pela remoção eficiente de leite.

As glândulas mamárias são glândulas exócrinas modificadas que sofrem marcáveis alterações durante a gestação e o puerpério. No início da gravidez, o tecido mamário desenvolve-se em consequência da ação de dois tipos de hormonas: *i*) os estrogénios - responsáveis pela ramificação dos ductos e *ii*) os progestagénios - responsáveis pela indução da formação dos lóbulos. Na primeira metade da gravidez, observa-se um desenvolvimento do epitélio alveolar e o aparecimento de novos ductos, por influência dos estrogénios. Depois, por efeito da progesterona, ocorre a diferenciação do epitélio, no sentido da atividade secretória. Na fase final da gravidez, cada mama aumenta cerca de 400 gramas e a irrigação sanguínea da mama duplica, comparativamente aos valores pré-gestacionais, tornando-se apta para o exercício da amamentação. A produção do leite materno após o parto prossegue como um processo involuntário à medida que o leite é sugado da mama (Centeno, 2005).

3. Constituição do Leite Materno

Os constituintes do leite materno tornam-no um alimento único e inimitável. Os conhecimentos atuais acerca das vantagens do AM, sustentados pela evidência científica, sugerem que uma criança não amamentada pode considerar-se uma falha dos serviços e dos profissionais de saúde (Neto, 2006).

O leite materno é uma fonte de infindas substâncias que oferecem ao recém-nascido uma proteção altamente eficaz contra a entrada de bactérias no organismo. Promovem também o crescimento e a maturação do epitélio intestinal e tem um efeito imunomodulador, cooperando para a maturação e desenvolvimento do sistema imunitário (Neto, 2006).

O leite materno está adaptado à evolução das carências do lactente – colostro, leite de transição e leite maduro – permitindo-lhe um crescimento harmonioso e equilibrado (Ferreira, 2005).

O colostro, precursor do leite maduro, é segregado pelas mamas nos primeiros dias após o parto. É um fluido amarelado, viscoso, que enche as células alveolares no último trimestre da gravidez (Galvão, 2006). Este leite provê menos energia, lactose, glicose, ureia, vitaminas hidrossolúveis, e nucleotídeos, comparativamente ao leite maduro, contendo mais proteínas, ácido siálico e vitaminas lipossolúveis (A, E e K). Este primeiro leite promove uma fácil digestão ao lactente e constitui exatamente o que ele necessita nos primeiros dias de vida. O colostro é precedido pelo pré-colostro que se forma no último trimestre da gestação e é composto por plasma, células, imunoglobulinas, lactoferrina, seroalbumina, sódio, cloro e uma fração reduzida de lactose. O pré-colostro é um leite rico em anticorpos e

imunoglobulinas (IgA e IgG), que estabelecem a primeira imunização do recém-nascido, fortificando o seu sistema imunitário e defendendo-o de grande parte das bactérias e vírus do meio ambiente. É também crucial para a maturação do sistema digestivo, possuindo vitaminas lipossolúveis, nomeadamente a vitamina A. Esta é importante na prevenção de doenças oculares e na redução da gravidade de outras doenças, como o sarampo e a diarreia (Molina, 2004).

O leite de transição apresenta uma composição intermediária, variando de dia para dia, até adquirir a composição do leite maduro. É produzido entre o quarto e o décimo quinto dia, depois do nascimento do lactente e apresenta um aspeto mais diluído que o colostro. Este leite vai alterando a sua composição de acordo com as necessidades do recém-nascido, ou seja, diminui as concentrações de imunoglobulinas e as vitaminas lipossolúveis e aumenta o aporte calórico e as concentrações de vitaminas hidrossolúveis, lípidos e lactose (Molina, 2004).

Por fim, o leite maduro é constituído por todos os nutrientes que a criança necessita para se desenvolver e atende às suas necessidades individuais. Desta forma, a sua composição e aspeto variam de mãe para mãe, entre mamas da mesma mãe, em mamadas diferentes e até na mesma mamada (Galvão, 2006). Este leite contém nutrientes metabolizados e de fácil digestão e é composto por proteínas de soro, uma quantidade regulada de aminoácidos, um maior teor lipídico, lactose, minerais e vitaminas lipossolúveis (Cardoso, 2006).

4. Vantagens da Amamentação

O AM não constitui uma prática tão-somente nutricional ou sequer psicológica, pois ele envolve muito mais que uma relação entre duas pessoas (Levy, 1996). As vantagens desta prática, a curto e a longo prazo, são múltiplas e amplamente reconhecidas, havendo um consenso científico de que o aleitamento exclusivo é a melhor forma de alimentar o lactente, pelo menos até aos seis meses de vida (Levy & Bértolo, 2012).

4.1. Vantagens Biológicas

A prática da amamentação concede vantagens em termos de crescimento e desenvolvimento neurológico e emocional do bebé. É distintamente essencial para uma nutrição equilibrada, protegendo-o dos riscos de infeção e atopia. Os benefícios desta prática estão bem documentados nas amplas revisões sistemáticas levadas a cabo pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) que se focou, em exclusivo, no contexto dos países desenvolvidos, e pela OMS que centrou a sua pesquisa nos efeitos do AM para a saúde a longo prazo (Aguiar & Silva, 2011).

A investigação realizada pela AHRQ verificou que o leite materno se constitui como um fator protetor considerável contra doenças infecciosas, nomeadamente infeções gastrointestinais, otites médias agudas e infeções respiratórias graves. Relativamente ao risco de infeções gastrointestinais, verificou-se uma diminuição de 64% do risco de hospitalização durante o primeiro ano de vida. Da mesma forma, os lactentes que foram amamentados

apresentaram um risco reduzido de 23% para otite média, sendo este valor de 50%, quando a amamentação se prolonga pelo menos durante os três primeiros meses de idade. Assim, estes resultados sugerem que existe um efeito protetor da amamentação, que é proporcional à sua durabilidade. Quanto às infecções respiratórias graves, verificou-se uma redução da sua gravidade em 27%, em lactantes que foram amamentados em exclusivo, pelo menos nos primeiros quatro meses de idade (Aguiar & Silva, 2011).

O AM apresenta-se também como protetor na prevenção de doenças alérgicas e asma, nomeadamente na redução de 42% do risco de dermatite atópica, em lactentes de risco elevado (familiar de primeiro grau com doença atópica confirmada). Em relação à asma, verificou-se uma redução de 27% do risco nos indivíduos nutridos com leite materno durante um período mínimo de três meses (Aguiar & Silva, 2011).

No que respeita à proteção de doenças neoplásicas, os resultados apontam para uma diminuição: *i*) de 19% no risco de leucemia linfocítica aguda com o AM prolongado; e *ii*) de 36% do risco de síndrome de morte súbita do lactente (SMLM), em bebés que alguma vez foram amamentados. Nos últimos anos têm ainda surgido evidências científicas que apontam para um efeito protetor do leite materno relativamente ao risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares em fase mais avançada da vida (Aguiar & Silva, 2011). De acordo com o exposto, é fácil compreender a estimativa de sobrevivência anual de mais de um milhão de bebés através do AM (Neylander, 2006).

A par dos benefícios ao nível da saúde do lactente, existe evidência consistente que o AM confere proteção também à mãe para os cancros da mama e ovário, sendo este efeito proporcional à duração da amamentação. Para o cancro da mama, foi encontrada uma diminuição de 4,3% no risco das mulheres para cada doze meses que amamentam. De igual modo, para o mesmo período de tempo foi verificada uma diminuição de 28% no risco de cancro do ovário, salvando-se, porém, a existência de heterogeneidade considerável nos resultados dos diferentes estudos. O efeito protetor foi atribuído à inibição parcial da ovulação. Identicamente, tempos prolongados de amamentação estão associados a um risco inferior no desenvolvimento de diabetes tipo 2. Dois estudos longitudinais americanos que abrangeram mais de 150 mil mulheres parturientes sem história prévia de diabetes gestacional encontraram, para cada ano adicional em que estas amamentaram, um decréscimo de 4% no risco do desenvolvimento futuro de diabetes tipo 2 (Aguiar & Silva, 2011).

4.2. Vantagens Psicológicas

O processo de amamentação ultrapassa em grande medida a necessidade de subsistência inerente a todos os seres humanos, envolvendo um processo emocional bastante complexo. Amamentar é dar carinho e proteção à criança. É um ato de amor que se repercute no desenvolvimento emocional da criança e no relacionamento da díade (Giugliani, 1994).

Para Galvão (2006) a prática do AM permite à mãe responder à necessidade que sente de iniciar uma relação com o seu bebé. Assim, através

da amamentação, o bebê vê satisfeitas as suas necessidades emocionais, como é o seu direito de contato com a pele da sua mãe. O ato de amamentar permite a adaptação da mãe ao seu filho, a passagem de um bebê imaginário idealizado a um bebê concreto e real.

Nesta linha, Levy e Bértolo (2012) consideram que a interação da díade durante a mamada constitui uma oportunidade única de contato físico e visual, oferecendo uma vivência de cooperação recíproca entre a mãe e o seu bebê. Esta interação precoce assume-se como reguladora dos sistemas fisiológicos e comportamentais. A subida e a secreção do leite são respostas fisiológicas da mãe aos comportamentos do bebê, o que evidencia um sincronismo biológico, no qual o bebê organiza respostas bio comportamentais com o objetivo de regular o equilíbrio homeostático e a manter-se atento e receptivo à comunicação com os progenitores (Gomes-Pedro, 2005).

Desta forma, a vinculação é talvez a aquisição mais importante desta prática, o que permite o bom desenvolvimento e a sobrevivência do recém-nascido. Na amamentação o contacto físico entre a mãe e o bebê possibilita uma imensa proximidade, fortalecendo os laços afetivos, um sentimento de confiança recíproca e de segurança emocional (Cardoso, 2006).

5. Incentivos à prática da Amamentação – Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (IHAB)

Considerando a necessidade de aumentar a taxa de amamentação, Aguiar e Silva (2011) sugerem que uma das estratégias mais eficazes passa pela educação para uma gestão eficaz da amamentação, por parte dos profissionais de saúde, nas primeiras semanas pós parto.

A iniciativa *Hospitais Amigos Dos Bebés (HAB)*, promovendo a prática da amamentação, através da divulgação de informações importantes sobre as suas vantagens, reconhece estabelecimentos de saúde, que estejam aptos a responder às necessidades de um correto AM. Desta forma, surge como uma campanha que enfatiza a proteção, promoção e apoio à amamentação materna (Lamounier, 1996).

Assim, esta campanha (*HAB*), através da sua lista de dez passos para uma amamentação de sucesso, sugere um evidente aumento da taxa de amamentação. É, portanto, crucial que todas as maternidades adotem esta estratégia de êxito e os seus profissionais revelem aptidões para perceber as causas dos obstáculos das puérperas relativas à amamentação e capacitá-las na sua resolução (Maroja, Silva & Carvalho, 2014).

Desta forma, a iniciativa tem como objetivo primordial mobilizar os profissionais de saúde na alteração dos fatores responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce, através da prática consistente dos dez passos para o sucesso do AM: *i*) ter uma política de promoção do AM afixada a toda a equipa de cuidados de saúde; *ii*) dar formação à equipa de cuidados de saúde para que implemente esta política; *iii*) informar todas as grávidas sobre as vantagens da prática do AM; *iv*) ajudar as mães a iniciarem o AM na primeira meia hora após o nascimento; *v*) mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente; *vi*) não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou

líquido além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica; *vii*) praticar o alojamento conjunto, permitindo que as mães e os bebês permaneçam juntos 24 horas por dia; *viii*) dar de mamar sempre que o bebê queira; *ix*) não dar tetinas ou chupetas às crianças amamentadas ao peito; e, por último, *x*) encorajar a criação de grupos de apoio ao AM, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade (Levy & Bértolo, 2012).

As políticas de promoção, proteção e apoio ao AM devem ser contextualizadas a nível nacional, regional, local e institucional, adequando as suas práticas às necessidades das mães, famílias e comunidade. No entanto, é importante que estas políticas se enquadrem devidamente nas orientações internacionais (Alves, 2011).

6. O Pai na Amamentação

O nascimento de um filho é, geralmente, reputado como um dos eventos mais marcantes na vida dos pais e da família que, especialmente no caso de ser o primogénito, assinala o início de uma nova etapa de mudança do ciclo vital, passando da função conjugal para a parental (Relvas, 2004).

De acordo com Brazelton e Cramer (1989), durante muitos anos a ciência debruçou-se no estudo da importância da relação mãe-bebé, parecendo negligenciar o papel do pai, como se, de alguma forma, este constituísse uma ameaça para a díade. Nas últimas décadas assistimos a um sucessivo aumento do interesse, por parte da comunidade e dos profissionais, acerca do papel que o pai desempenha no desenvolvimento dos filhos. De facto, o pai parece ter um papel preponderante na educação do seu filho, apesar do seu envolvimento, comparativamente ao da mãe, ser fortemente limitado (Lamb, 1992).

Martins, Abreu e Figueiredo (2014) referem, assim, que o conceito de parentalidade tem vindo a alterar-se ao longo das épocas, refletindo transformações socioeconómicas e culturais das sociedades. Nesta ótica, na esteira de Benczik (2011) são estas transformações que têm motivado progressos relativamente ao papel da figura paterna, desde a época em que os filhos eram propriedade do pai, na qual as mães não tinham quaisquer direitos à fase em que o pai tinha apenas a função de base financeira da família.

De facto, os modelos e conceções que se têm debruçado sobre o desenvolvimento do bebé têm focado a sua atenção na importância da figura materna, subjugando o papel pai a um terceiro passivo (Sá, 2003).

A evidência científica, em especial as teorias psicológicas, tem demonstrado e fundamentado a importância das figuras parentais no desenvolvimento do psiquismo infantil (Benczik, 2011). Numa fase precoce da sua existência, o bebé precisa da presença continuada destas figuras, permitindo-lhe compreender os estados internos resultantes das experiências relacionais. São estas experiências da tríade que lhe possibilitam os movimentos de transformação e maturação ao longo do seu desenvolvimento (Sá, 2003).

É consensual que o papel do pai na família é diferente e complementar ao papel da figura materna. No entanto, pai e mãe, ao participarem e ao

definirem concomitantemente de que forma pretendem educar, poderão fortalecer os seus papéis e oferecerão aos seus filhos um protótipo de desenvolvimento saudável e harmonioso, com todas as condições para que o filho se torne num adulto mais estruturado e feliz (Benczik, 2011).

Ainda na ótica de Benczik (2011) é a década de 70 que marca a identificação do pai enquanto progenitor ativo, envolvente e envolvido nos cuidados do filho. Um pai atuante passa a ser definido como a componente central da nova paternidade. De acordo com Neylander (2006) esta perspetiva de paternidade assume-se como uma novidade sociológica. De facto, os pais contemporâneos são talvez a primeira geração verdadeiramente envolvida nos cuidados aos seus bebés.

A ciência tem demonstrado que quanto mais tempo de qualidade os homens passarem com o bebé maior e mais forte será o vínculo emocional entre ambos. A proximidade física com o filho aumenta significativamente a produção de ocitocina no homem, tal como se verifica na progenitora. Esta hormona no homem está correlacionada com o desenvolvimento do comportamento paternal e facilita o estabelecimento da relação pai-bebé (Neylander, 2006).

Silva et al. (2012), numa revisão integrativa acerca do apoio paterno à amamentação, identificaram 44 publicações que revelam que o apoio social, profissional e da família parecem ser fundamentais no sucesso da amamentação. Desta revisão, relativamente à ajuda familiar, a avó materna e o pai do bebé apresentam um papel de destaque.

De facto, parece unânime à comunidade científica que o apoio paterno é um importante aliado na prática da amamentação. O homem, enquanto pai e companheiro, deve ter um papel proactivo na saúde integral da mulher e da criança e constitui-se, na perspetiva materna, o suporte de maior relevância para a amamentação (Silva et al., 2012).

Tabela 1. Estudos clínicos e epidemiológicos sobre o apoio paterno

Autores	Resultados/Considerações finais
Humphereys et al. (1998)	A intenção de amamentar foi positivamente correlacionada com mães que tinham mais idade materna e mais experiência de amamentar. Por outro lado, o apoio de profissionais de saúde, dos membros da família, e do pai do bebé, são fatores que contribuem para a amamentação bem-sucedida.
Tarkka et al. (1999)	Os resultados desta investigação sugerem que - os recursos próprios da mãe; a sua atitude em relação ao aleitamento materno; o apoio da rede social e da valorização atual do aleitamento materno na sociedade - são os fatores que influenciam a amamentação bem-sucedida em primíparas nos três primeiros meses, após o parto.
Earle (2000)	Esta investigação defende a inclusão paterna nas campanhas de promoção da amamentação, concluindo que a opção pela alimentação do bebé através de biberão parece estar relacionada com o desejo da mãe em envolver o pai neste processo.
Khoury et al. (2002)	As mães sensibilizaram-se para a participação do pai no aleitamento. Este estudo revelou que a carência de apoio paterno e de outros familiares conduziu à vulnerabilidade emocional da mulher, tanto na gestação, como

Ramos & Almeida (2003)	durante todo o processo de amamentação. Assim, concluíram que a participação do pai e de familiares durante o parto e o contato precoce dos pais com seus filhos se assume de extrema importância.
Kong & Lee (2004)	Os resultados desta investigação revelaram que o apoio do pai do bebê é decisivo no processo de amamentação, tal como os conhecimentos e atitudes da mãe acerca desta prática. Assim, foram identificados quatro fatores essenciais e comuns na decisão da mãe em amamentar: fatores pessoais, culturais, sociais e ambientais.
Clifford & McIntyr (2008)	Os pais, outros familiares e amigos podem ter um impacto significativo no apoio à amamentação, se forem positivos em relação a esta prática.
Bottaro & Giugliani (2008)	Os resultados sugerem que a totalidade das participantes consideram que o pai tem um papel importante no processo de amamentação (100%); contudo, 70% referem que o pai pode ajudar dando o biberão ao bebê.
Marques et al. (2010)	As maiores influências no aleitamento materno são as experiências anteriores e o estado emocional da lactante, bem como a família (particularmente o pai e a avó) e os profissionais de saúde, quer como transmissores de mitos e crenças, quer como fonte de incentivo/apoio.
Paula et al. (2010)	A participação paterna desde o período pré-natal contribui para superar dificuldades de adaptação, contribuindo positivamente na amamentação, ajudando a evitar o desmame precoce. A maioria dos entrevistados revelou que desejava ser pai e que seus filhos fossem amamentados, reconhecendo os benefícios do aleitamento para o bebê.

Brazelton e Cramer (1989) defendem que o envolvimento do pai na gravidez, na preparação do nascimento, nas consultas pré-natais e no próprio trabalho de parto, integram oportunidades fundamentais para promover a consciencialização da importância da figura paterna. Neste sentido, Pedras (2007) considera que a desigualdade entre mãe e pai é consideravelmente reduzida com a participação e envolvimento da figura paterna em todo o processo de gravidez. Concomitantemente o bebê tem a oportunidade de se desenvolver tendo presente, não somente a mãe, mas também o pai, visto que se tem registado um aumento do número de pais que se envolvem e acompanham as mães em todas as etapas da gravidez.

Desta forma, a influência paterna evidencia-se como uma das causas para o aumento da incidência e prevalência da amamentação, sendo que o pai influencia a decisão da mulher a amamentar e contribui para a sua continuidade (Marques et al., 2010).

O desejo de amamentar, na maioria das mulheres, emerge antes da conceção ou no primeiro trimestre da gestação, considerando a influência do pai na decisão de amamentar e a maior prevalência desta prática em mulheres casadas ou com relacionamento estável. Assim, pode deduzir-se que há uma relação entre a amamentação e a presença quotidiana do pai/companheiro (Silveira & Lamounier, 2006). Contudo, uma amamentação de sucesso parece não depender apenas da presença do pai/companheiro mas, sobretudo, da sua atitude. Este sucesso evidencia-se maior nos pais de tipo atuante, relativamente aos pais de tipo indiferente (Scott, Aitkin, Binns & Aroni, 1999).

Corroborando esta ideia, Serafim (1999) defende também que um pai atuante contribui efetivamente para o prolongamento do período de amamentação materna do seu filho. Ainda o facto de a gravidez ser desejada e planeada constitui um pré-requisito primordial para uma amamentação de sucesso (Levy & Bértolo, 2012).

A participação da futura mãe, durante a gestação, em aulas de preparação para o parto direcionadas à familiarização com os procedimentos do trabalho de parto, bem como o início da amamentação, apresenta-se como crucial para uma amamentação bem-sucedida (Levy & Bértolo, 2012). Neste sentido, Lamy e Costa (2010) consideram de extrema relevância que também o pai/companheiro participe em sessões de educação que lhe permita assumir o seu novo papel na nova dinâmica familiar, apoiando e promovendo o AM, atuando com a mãe neste processo.

Neste sentido, Applebaum (1982) apresenta três variáveis dependentes essenciais para uma amamentação bem-sucedida: *i*) uma mãe e um pai motivados; *ii*) um bebé saudável e com boa capacidade de sucção; e *iii*) profissionais de saúde capazes, complacentes e encorajadores.

Em suma, de acordo com Moura-Ramos e Canavarro (2007) o nascimento de um filho edifica-se como um dos acontecimentos de vida mais importantes para uma família, representando um desafio enorme à maturidade e à estrutura dos progenitores. Desta forma, é impossível abordar o processo gravídico como um assunto de índole feminina. A gravidez afeta colossalmente a vida do casal (Leal, 2005). No entanto, é o nascimento do bebé que edifica a oportunidade de se tornarem verdadeiramente uma família (Cardoso, 2003).

6.1. Síndrome de *Couvade*

As mudanças que o período gravídico acarreta expressam-se comumente em sintomatologia. Os sintomas da mulher grávida têm sido, tradicionalmente, um alvo de interesse por parte da comunidade científica (Gomez, 2000).

Considerou-se durante muito tempo que os efeitos físicos e psicológicos da gravidez seriam sentidos unicamente pelas mulheres. Assim, os estudos orientavam o seu interesse, quase em exclusivo, para os sintomas da grávida, relacionando a sua semiologia com alterações fisiológicas e sentimentos de ambivalência face à gravidez (Brennan, Marshall-Lucette, Ayers & Ahmed, 2007).

Nesta linha de pensamento, Sá (1993) refere que, durante a gravidez da mulher, o pai também engravida, vivenciando a atmosfera do período gravídico e de tudo o que este acarreta. A esta vivência masculina dos chamados sintomas simpáticos da gravidez dá-se a designação de síndrome de *couvade* (Brennan et al., 2007). Os sintomas deste quadro apresentam-se cronologicamente relacionados com a gravidez e o seu término, na ocasião do parto ou num curto período pós-parto, o que sugere tratar-se de um síndrome de origem subjacente à gestação, ou seja, uma manifestação natural relacionada com o período gravídico.

Os homens enquanto esperam o nascimento dos seus filhos apresentam mais náuseas, vômitos, perturbações gastrointestinais, dores de dentes, entre outros sintomas (Brazelton & Cramer, 1989). Os pais podem assim, desenvolver sintomas físicos e psicológicos análogos e concomitantes aos das mulheres (Piccinini, Silva, Gonçalves, Lopes & Tudge, 2004).

Piccinini et al., (2004), num estudo acerca da ligação paterna durante a gravidez, revelam que a grande incidência de envolvimento emocional indicada pelos pais é alusiva ao terceiro trimestre de gestação, considerando que é o período que marca a proximidade do nascimento do bebé. De acordo com May (1982), constitui o período em que os pais estão em maior conexão emocional com a gestante, de modo a sentirem a gestação como um acontecimento presente nas suas vidas e a prepararem-se para a tarefa da paternidade.

Brazelton e Cramer (1989) sustentam que a gravidez, o parto e a vinculação precoce ao novo ser são fortemente influenciados pelas atitudes do pai. O pai moderno desempenha um papel de crescente relevância no desenvolvimento e na manutenção da capacidade materna. A sua presença permanente evidencia-se, segundo os autores, duplamente profícua: por um lado mantendo os laços que os ligam às suas mulheres e, por outro, começando a gozar as alegrias da paternidade.

Na ótica de Ferreira, Leal e Maroco (2010), considerando que os sintomas físicos e afetivos negativos são os experienciados com maior frequência nos pais expectantes, o apoio dos profissionais de saúde evidencia-se fundamental, no sentido de: *i*) antecipar as vivências negativas da paternidade expectante; e *ii*) promover uma participação mais ativa do homem, envolvendo-o na preparação da parentalidade, através de aulas de preparação para o parto e informação relativamente às mudanças emocionais e físicas, conseqüentes da gestação. Nesta linha de pensamento, os autores assumem a importância de se realizarem investigações no sentido de apurar, por exemplo, se pais que participam nas aulas de preparação para o parto evidenciam uma outra categoria de sintomas de *Couvade* ou uma maior ligação com o bebé durante a gravidez.

Nesta linha, é crucial que se altere o foco unidirecional (bebé-mãe) do processo gravídico, de forma a não incorrer no risco de tomar a gravidez como sendo da exclusividade da mulher. Este processo deverá ser tomado como produto do casal, conseqüente do desejo e do planeamento de ambos. Acrescenta-se a este facto a necessidade de compreender a gravidez para além da sua dimensão obstétrica, passando a considerá-la em todas as suas constelações (Sá, 2003).

7. Síntese Teórica

O leite materno assume-se como um alimento completo e natural, apropriado para praticamente todos os recém-nascidos. As suas vantagens são múltiplas e amplamente reconhecidas pela evidência científica, sendo consensual que a sua prática em regime exclusivo constitui-se na melhor forma de alimentar os bebés, no mínimo, até aos seis meses de idade (Levy & Bértolo, 2012).

A gravidez, a maternidade e, fundamentalmente, a experiência de amamentar uma criança, transporta um desafio conjugal com consequências no processo de vinculação. É necessário, por isso, defrontar esta fase transicional como um projeto familiar, ao qual, inevitavelmente, estão implicadas mudanças individuais e coletivas (Alves, 2011).

Silva et al. (2012) consideram que a abordagem científica acerca dos temas da amamentação centra-se, basicamente, na técnica, no manuseio da lactação e composição do leite materno, marginalizando os aspetos psicológicos e a importância do envolvimento paterno para o sucesso desta prática. Em relação à importância da inclusão paterna neste processo, Lamy e Costa (2010) reconhecem o pai como agente ativo no AM, não só para o sucesso desta prática, mas igualmente para a satisfação conjugal. Nesta linha, o papel do novo pai dos dias de hoje quebra com o modelo tradicional de paternidade, promovendo sentimentos afetivos que cooperam na construção do trinómio pai-mãe-filho (Piazzalunga & Lamounier, 2009).

II. Formulação do Objetivo e hipóteses de investigação

1. Objetivo do estudo

Em Portugal, o estudo da importância da participação do pai no AM é ainda pouco explorado, existindo escassas investigações relativas a esta questão. O interesse por este tema e o projeto do estudo exploratório surgiu após um levantamento do “estado da arte” que denota que, apesar da sua escassez, os estudos propedêuticos referem o pai do bebé como suporte fundamental para o sucesso do AM.

Face ao exposto, o presente estudo tem a pretensão de:

- Explorar a qualidade da amamentação percebida pela mãe;
- Analisar a percepção materna acerca da importância da participação do pai na amamentação;
- Perceber se existe uma relação entre a qualidade da experiência da amamentação percebida pela mãe e a sua percepção acerca da importância da participação do pai neste processo;
- Compreender de que forma as variáveis relacionadas com a gravidez - gravidez planeada e desejada, tipo de parto, acompanhamento por algum familiar durante o parto e o hospital onde nasceu o bebé - influenciam quer a qualidade da amamentação percebida pelas mães, quer a percepção materna acerca da importância da participação do pai na amamentação.

2. Delineamento

Para dar resposta aos objetivos formulados desenvolveu-se um estudo de natureza quantitativa, não-experimental, transversal, descritivo-correlacional e retrospectivo. Este estudo insere-se, assim, no paradigma positivista, visto que utiliza métodos e procedimentos próprios das ciências físico-naturais. Isto é, os planos de investigação são rígidos e o investigador está mais distante para descobrir uma realidade única, utilizando a metodologia quantitativa (Coutinho, 2011). O papel da teoria nestes estudos é fundamental, pois orienta a investigação, sendo o seu objetivo geralmente a verificação dessa mesma teoria. Esta investigação tem um cariz não experimental, uma vez que, não manipula a variável independente, não tem um grupo de controlo e a amostra não foi selecionada de forma aleatória.

O presente estudo é transversal, uma vez que os dados foram recolhidos num único ponto no tempo e representam um corte transversal das características da população em análise. Sublinha-se, ainda, que o desenho descritivo-correlacional, associado a este trabalho, serve para descrever fenómenos e encontrar relações entre variáveis (Fortin, 2009). Acrescenta-se, também, que tendo em conta o período de referência, ou seja o período a que se refere a recolha dos dados num estudo, que é considerado retrospectivo pois as condições já aconteceram no passado (Coutinho, 2011).

III. Metodologia

1. Descrição da amostra

A amostra do presente estudo foi recolhida em páginas *online*, que têm como missão apoiar as mães e os seus familiares nas suas incertezas e dificuldades, em prol de uma amamentação de sucesso. O período de recolha da amostra decorreu entre os meses de Junho e Agosto de 2015.

A amostra foi constituída com recurso a uma amostragem não probabilística por conveniência ou acidental. Este tipo de amostragem é um procedimento de seleção, segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra. A amostragem não probabilística apresenta a desvantagem de ser menos representativa do que a amostragem probabilística. A amostra acidental caracteriza-se pela participação voluntária ou pelo facto de os elementos da amostra serem escolhidos por uma questão de conveniência. Deste modo, o processo amostral não garante que a amostra seja representativa, pelo que os resultados desta só se aplicam a ela própria. Contudo, o método tem a vantagem de ser rápido, barato e fácil (Fortin, 2009).

A presente amostra é constituída por 600 participantes e para a sua constituição teve-se em consideração os seguintes critérios de inclusão: *i*) a opção voluntária e informada para participar no estudo; *ii*) ser mãe e ter tido uma experiência de amamentação nos últimos dois anos; e *iii*) ser de nacionalidade portuguesa.

2. Materiais/instrumentos

O protocolo de investigação é composto por um consentimento informado; um questionário sociodemográfico, e duas escalas breves de auto resposta: a MBFES (*Maternal Breastfeeding Evaluation Scale de Leff*, 1994), versão de Galvão (2006) e a EIPPA (Escala da Importância da Participação do Pai na Amamentação), de Franco e Gonçalves (2014). O questionário sociodemográfico foi construído especificamente para o presente estudo, de modo a adaptar-se, rigorosamente, à população em questão. A opção pela utilização dos referidos instrumentos teve por base o facto de se encontrarem aferidos para a população portuguesa, apresentarem boas qualidades psicométricas e constituírem uma forma autêntica e segura de medir os aspetos que contribuem para uma boa prática da amamentação.

Este protocolo de investigação foi aplicado pela ordem em que seguidamente é explanado.

2.1. Questionário Sociodemográfico – (Anexo 1)

Construído com vista à caracterização mais específica da amostra, possibilitando a obtenção de informações sociodemográficas relevantes, tais como a idade, a nacionalidade, as habilitações literárias, a profissão, os dados relativos ao bebé, entre outras.

2.2. Maternal Breastfeeding Evaluation Scale (MBFES)/ Escala de Avaliação Materna da Amamentação – (Anexo 1)

A MBFES, desenvolvida por Ellen Leff (1994), possibilita avaliar diferentes aspetos relacionados com a amamentação, fundamentando-se em critérios identificados por lactantes como importantes na perceção de sucesso na amamentação. É um instrumento de medida, válido e real dos aspetos da amamentação que as mães identificaram como sendo importantes na definição da amamentação bem-sucedida (Galvão, 2006).

Do estudo psicométrico da escala, resultou um *Alpha de Cronbach* da escala total e das subescalas de .93, .93, .88 e .80, respetivamente, o que permite concluir uma boa coerência interna deste instrumento.

A MBFES é constituída por 30 itens divididos em 3 subescalas, que tratam discriminadamente fatores de sucesso da amamentação e permitem identificar a perceção de sucesso da amamentação por parte da mãe. Cada item corresponde a cinco possibilidades de resposta que variam desde 1 - discordo totalmente a 5 - concordo totalmente. Os itens negativos da escala obedecem à transformação dos scores (1 para 5, 2 para 4, etc.) (Galvão, 2006).

A primeira subescala, **Prazer e Papel Maternal**, é composta por 14 itens (1, 2, 6, 9, 11, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 23, 25, 30), refletindo sentimentos positivos acerca de aspetos físicos e emocionais com a experiência de amamentação (e.g. sensação maravilhosa, satisfação interior, prazer, gostar muito, sentir-se relaxada) e relatando o afeto e envolvimento mãe-criança (e.g. afeto, experiência materna, confiança como mãe, ligação ao bebé, trabalharem juntos, tornar o bebé mais seguro, importante poder amamentar, ajudar o bebé a ser saudável e a lutar contra doenças) (Galvão, 2006).

A segunda subescala, **Satisfação e Crescimento da Criança**, é constituída por 8 itens (3, 4, 7, 10, 15, 19, 24, 28), relacionados com a criança, alusivos ao aumento ponderal e ao seu crescimento, à avidez durante a amamentação e às respostas emocionais para mamar (e.g. bebé não está interessado, não relaxado, adorou mamar, teve dificuldade no princípio, não se tranquiliza com a amamentação) (Galvão, 2006).

Por fim, a terceira subescala, **Estilo de Vida e Imagem Corporal Materna**, comporta um conjunto de 8 itens (5, 8, 13, 14, 22, 26, 27, 29), todos, exceto um, escritos na negativa. Um grupo de questões diz respeito à imagem corporal materna (e.g. ansiosa por ter o meu corpo de volta, constrangimento, sinto-me como uma vaca, fisicamente esgotante) e o outro grupo de itens descreve a amamentação como sendo uma tarefa ou fardo ou interferindo com outras atividades (e.g. sinto-me limitada, presa, obrigada, emocional e fisicamente esgotante, adequação da amamentação com outras atividades). Todos os itens abrangidos por dimensão descrevem a amamentação como impedimento da mãe se sentir física e funcionalmente igual ao período anterior à gravidez (Galvão, 2006).

2.3. Escala de Importância da Participação do Pai na Amamentação (EIPPA) – (Anexo 1)

Permite avaliar a importância da participação do pai na amamentação, especificamente em três fatores: fator 1 – **Participação física** (item 2, 3, 5, 6,

7, 8, 9 e 10); fator 2 – **Participação afetiva** (item 1, 4, 14, 15, 16, 17 e 18) e fator 3 – **Participação doméstica** (item 11, 12 e 13) (Franco & Gonçalves, 2014).

A escala é constituída por 18 itens, apresentados sob a forma de interrogações. Cada item é avaliado segundo a sua importância, através de uma escala ordinal de 1 a 5, correspondendo o 1 a “nada importante” e o 5 a “muito importante” (Franco & Gonçalves, 2014).

Do estudo psicométrico da escala, resultou um *Alpha de Cronbach* de .93, o qual, de acordo com Pestana & Gageiro (2005), sugere que estamos perante uma escala com boa fiabilidade. O *Alpha de Cronbach* para o fator participação física foi de .91, para o fator participação afetiva foi de .87 e para o fator participação doméstica foi de .80 (Franco & Gonçalves, 2014).

3. Procedimentos de investigação adotados

Os dados obtidos foram convertidos numa base de dados e, *à posteriori*, analisados estatisticamente, através do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0. Os dados são apresentados em tabelas, sendo descritos com destaque os resultados mais significativos.

Os procedimentos estatísticos utilizados no presente estudo são de natureza descritiva e inferencial. A estatística descritiva permite descrever, de forma sucinta, as características fornecidas pela amostra, da qual foram recolhidos os dados, enquanto a estatística inferencial possibilita verificar relações entre variáveis, testar hipóteses e/ou responder a questões através de testes estatísticos adequados (Fortin, 2009).

No que concerne à estatística descritiva, utilizam-se neste estudo as frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central (moda, mediana e média), medidas de dispersão e medidas de assimetria e achatamento. Relativamente às medidas de dispersão, considerou-se o desvio padrão e o coeficiente de variação. Os valores do coeficiente de variação variam entre baixos e elevados, sendo que $\leq 15\%$ é considerada uma dispersão baixa, entre 16 e 30% uma dispersão moderada e $>30\%$ uma dispersão elevada.

As medidas de simetria e achatamento caracterizam a forma da distribuição dos elementos da população amostral em torno da média ou eixo de simetria. Uma distribuição simétrica apresenta uma igualdade entre as medidas média, moda e mediana, caso contrário, a distribuição é considerada assimétrica. O coeficiente de assimetria e de curtose obtém-se através do quociente entre Skewness (SK) e o erro padrão (EP) e o quociente entre curtose e o seu erro padrão. De acordo com Pestana e Gageiro (2005), rejeita-se a existência de simetria ou achatamento mesocúrtico sempre que os resultados dos quocientes se apresentem abaixo de -1,96 e acima de 1,96.

No que respeita à fidelidade, Fortin (2009) esclarece que a fidelidade é uma propriedade essencial dos instrumentos de medida. A fidelidade dos resultados foi obtida através do grau de consistência interna (*Alpha de Cronbach*), que permite estimar até que ponto cada enunciado da escala mede de forma equivalente o mesmo conceito. De acordo com Fortin (2009), quanto mais os enunciados estão correlacionados, maior é a consistência interna do

instrumento, por outro lado, o coeficiente será mais elevado se a escala comportar um maior número de itens. O valor do coeficiente alfa varia de 0,00 a 1,00, sendo que quanto mais elevado for o valor, maior é a consistência interna. Hill e Hill (2002) apresentam uma escala que dá indicação dos valores de uma medida de fiabilidade: superior a 0,9 – excelente; entre 0,8 e 0,9 – bom; entre 0,7 e 0,8 – razoável; entre 0,6 e 0,7 – fraco e abaixo de 0,6 – inaceitável.

A estatística inferencial permite realizar comparações entre dados através da associação de diversas variáveis. A estatística inferencial poderá ser realizada com recurso às técnicas paramétricas, contudo, para tal é necessário ter em conta a verificação em simultâneo de quatro critérios, nomeadamente: amostra superior a 30 indivíduos, valores de uma variável medidos numa escala de intervalo ou de razão, distribuição normal e variâncias populacionais homogéneas, caso se esteja a comparar duas ou mais populações (Maroco, 2007).

Considerando as variáveis em estudo, os dois primeiros critérios encontram-se cumpridos em todas as análises realizadas. Quanto à homogeneidade das variâncias, esta foi aferida através do teste de *Levene*, uma vez que é um dos testes mais potentes para este fim e mais robustos aos desvios da normalidade. Os resultados indicam que para a amostra em estudo, todas as escalas e subescalas são homogéneas, visto a significância encontrada ser superior a .05 ($p > .05$) (Maroco, 2007). Ao nível da normalidade, verificase que este pressuposto não se encontra cumprido em todas as escalas e subescalas, não obstante as técnicas paramétricas são robustas à violação desse critério. Atendendo ao Teorema do Limite Central, que indica que à medida que a dimensão das amostras aumenta, a distribuição da média amostral tende para a distribuição normal, sustenta-se a assunção da normalidade e a dispensa do teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Assim, uma vez que o pressuposto da homogeneidade das variâncias se encontra cumprido foi calculada a estatística paramétrica, dada a robustez, quer do *t-test*, quer da ANOVA à violação do pressuposto da normalidade (Pestana & Gageiro, 2005).

O teste *t-student* foi utilizado para se comparar valores médios de duas populações. Este teste é utilizado quando se possui duas amostras independentes, uma de cada uma das populações. O objetivo é testar se as médias de duas amostras são ou não significativamente diferentes (Maroco, 2007). Este teste foi utilizado para analisar a influência das variáveis sociodemográficas (gravidez planeada, gravidez desejada, tipo de parto, e acompanhada durante o parto) nas pontuações das escalas.

O segundo teste paramétrico utilizado foi o ANOVA, análise de variância. Este teste permite a comparação de médias de duas ou mais populações extraídas da amostra (Maroco, 2007), sendo utilizado para analisar a influência que a região do hospital onde nasceu o bebé exerce sobre as pontuações dos instrumentos.

A par destes testes foi ainda utilizado o coeficiente de correlação de *Bravais-Pearson* entre as escalas em estudo, para se perceber em que medida a participação do pai na amamentação se encontrava relacionada com a

qualidade da amamentação percebida pela mãe. Este coeficiente é uma medida de associação que quantifica a intensidade e a direção da relação entre duas variáveis, sem implicação de causa e efeito entre ambas. As correlações situam-se entre -1 e +1. A distribuição de valores de uma variável está associada com a distribuição apresentada pela outra. Para se estimar o nível de significância das correlações teve-se em consideração a classificação de Sousa (2009):

- Muito intensa (0.9 - 1)
- Alta (0.7 - 0.9)
- Moderada (0.3 - 0.7)
- Baixa (0.1 - 0.3)
- Muito baixa (0.0 - 0.1).

Para a aceitação ou rejeição de efeitos simples sobre as escalas e subescalas, foi ponderado um nível de significância de 0,05, ou seja: $p > 0,05$ = não significativo; $p < 0,05$ = significativo; $p < 0,01$ = bastante significativo.

IV. Resultados

1. Caracterização da amostra

A Tabela 2 apresenta os resultados das características sociodemográficas da amostra, constituída apenas por mulheres.

Observa-se, mediante a leitura e análise dos dados, que a idade dos inquiridos varia entre os 21 e os 45 anos, centrando-se a média nos 33.02 anos, com um desvio padrão de 4.11. No que diz respeito ao estado civil da mãe, verifica-se que a maioria é casada (62.2%), seguindo-se a união de facto (28.2%).

Mediante os dados facultados pela amostra, é possível observar-se que grande parte da mesma reside na região de Lisboa e Vale do Tejo (53.0%), seguido da região do Norte (17.2%) e região do Centro do País (17.0%). Sublinha-se, no entanto, que apesar de terem nacionalidade portuguesa, 3.2% da amostra encontra-se a residir fora do País. Mais de metade da amostra (61.0%) reside em casa própria, 27.3% reside numa casa arrendada e os restantes participantes residem ou em casa de familiares (5.8%) ou em casa dos maridos/companheiros (5.8%).

Quanto à situação laboral da mãe, é possível concluir que 70.5% das inquiridas se encontram a trabalhar, 18.5% estão em situação de desemprego, 3.5% são trabalhadoras independentes e 2.8% são trabalhadoras-estudantes.

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis	N	%
Idade		
20-30 anos	167	27.8
31-40 anos	410	68.3
41-50 anos	23	3.8
Estado civil da mãe		
Solteira	49	8.2
Casada	373	62.2
Divorciada	9	1.5
União de Facto	169	28.2
Região do País		
Região do Norte	103	17.2
Região do Centro	102	17.0
Região de Lisboa e vale do Tejo	318	53.0
Região do Alentejo	7	1.2
Região do Algarve	27	4.5
Ilha dos Açores	19	3.2
Ilha da Madeira	5	.8
Fora de Portugal	19	3.2
Reside em casa		
De familiares	35	5.8

Própria	366	61.0
Arrendada	164	27.3
Marido/companheiro	35	5.8
Situação Laboral		
Estudante	11	1.8
Trabalhadora-estudante	17	2.8
Empregada	423	70.5
Desempregada	111	18.5
Formação profissional	1	.2
Trabalhadora independente	21	3.5
Profissional liberal	6	1.0
Bolseira de investigação	9	1.5
Licença parental	1	.2

No que concerne aos dados relativos às habilitações literárias dos progenitores, verifica-se na Tabela 3, através da leitura descritiva dos resultados, que a maioria dos pais tem uma licenciatura (42.3%), logo seguido do ensino secundário ou equivalente (31.0%). Existe ainda uma percentagem elevada de pais com mestrado ou doutoramento (13.7%). Por outro lado, apenas 11 sujeitos têm apenas o 2º ciclo, equivalente ao 6º ano (1.8%).

Quanto às habilitações literárias das mães, os resultados seguem a mesma linha, isto é, grande parte da amostra tem uma licenciatura (55.7%), seguido do mestrado/doutoramento (26.0%), ensino secundário ou equivalente (15.5%) e 3º ciclo (2.3%). Constata-se, ainda, que apenas uma mãe tem o 1º ciclo de escolaridade (.2%).

Tabela 3. Habilitações literárias dos progenitores

Variáveis	N	%
Habilitações literárias do Pai		
2º ciclo (equivalente ao 6º ano)	11	1.8
3º ciclo (equivalente ao 9º ano)	58	9.7
Secundário ou equivalente (12º ano)	186	31.0
Bacharelato	8	1.3
Licenciatura	254	42.3
Mestrado/Doutoramento	82	13.7
Pós-Doutoramento	1	.2
Habilitações literárias da Mãe		
1º ciclo (equivalente à 4ª classe)	1	.2
3º ciclo (equivalente ao 9º ano)	14	2.3
Secundário ou equivalente (12ºano)	93	15.5
Bacharelato	2	.3
Licenciatura	334	55.7
Mestrado/Doutoramento	156	26.0

Considerando os resultados alusivos ao bebé, observa-se na Tabela 4 que a maioria das mães afirmou que a gravidez foi planeada (80.2%), assim como desejada (99.2%). O tempo de gestação variou entre as 24 e 43 semanas, com uma média de 38.89 semanas e um desvio padrão de 1.92.

A maioria das progenitoras teve um tipo de parto eutócito (52.2%), contudo sublinha-se que 47.8% mencionou que o parto foi distócito (com recurso a fórceps, cesariana, entre outros). Verifica-se, ainda, que mais de metade da amostra (83.2%) mencionou que esteve acompanhada por algum familiar durante o parto, sendo as pessoas mais mencionadas o pai do bebé (80.8%) e a mãe (1.0%). Com o intuito de evitar dispersão dos resultados, esta variável foi recodificada, sendo que na categoria “pai do bebé” estão todas as respostas que mencionam o pai do bebé, o marido e outros familiares e o marido, em conjunto. O mesmo acontece com a categoria “outros familiares” onde se incluíram: prima, madrinha do bebé e irmã.

No que diz respeito ao tempo de internamento pós-parto, este variou entre 0 e 21 dias, com uma média de 3.02 e um desvio padrão de 1.76. Ressalva-se, porém, que as mães ficaram, no máximo, internadas sete dias, sendo que os dados relativos a 11 (n=1), 20 (n=2) e 21 (n=1) dias se referem aos bebés que tiveram de ficar internados por complicações pós-parto. A idade dos bebés varia entre os 0 e os 76 meses, centrando-se a média nos 15.45 meses, com um desvio padrão de 13.72.

Tabela 4: Dados relativos ao bebé

Variáveis	N	%
Gravidez planeada		
Sim	481	80.2
Não	119	19.8
Gravidez desejada		
Sim	595	99.2
Não	5	.8
Tempo de gestação		
20-30 semanas	4	.7
31-40 semanas	504	84.0
>40 semanas	92	15.3
Tipo de parto		
Eutócito	313	52.2
Distócito	287	47.8
Acompanhada durante parto		
Sim	499	83.2
Não	101	16.8
Se sim, quem?		
Pai do bebé	485	80.8
Sogra	1	.2
Pai da gestante	1	.2
Mãe	6	1.0
Outros familiares	6	1.0

Período de internamento		
0-3 dias	473	78.8
4-6 dias	111	18.5
7-9 dias	12	2.0
>9dias	4	.7
Idade do bebé		
0-10 meses	280	46.7
11-20 meses	149	24.8
21-30 meses	93	15.5
31-40 meses	45	7.5
41-50 meses	15	2.5
51-60 meses	9	1.5
>60 meses	9	1.5

Quanto ao diagnóstico pós-parto, 49 inquiridas (8.2%) mencionaram a sua existência, sendo os mais frequentemente assinalados a icterícia (n=13; 2.2%), a anemia materna (n=7; 1.2%), a hipertensão gestacional (n=3; .5%) e a sépsis neonatal (n=2; .3%) (*cf.* Anexo 5, Tabela 28).

Relativamente à questão que pretende averiguar se as mães sofrem de algum problema médico, constata-se que a maioria das mães não tem qualquer tipo de problema (83.0%). Não obstante, das restantes 102 inquiridas que afirmaram ter algum problema, aquele mais frequentemente apontado refere-se a problemas visuais (11.2%), logo seguido de problemas auditivos (1.2%) e psiquiátricos (1.2%) (*cf.* Anexo 5, Tabela 28).

Na análise da questão que averigua o hospital onde nasceram os bebés também se sentiu a necessidade de agrupar categorias, pelo que se distinguiram os hospitais de acordo com a região do País. Neste sentido, 19.0% dos bebés nasceram na região do norte, 15.8% na região do centro, 51.8% na região de Lisboa e Vale do Tejo, 1.7% na região do Alentejo, 4.2% na região do Algarve, 3.3% nas ilhas dos Açores, 1.0% na ilha da Madeira, 2.2% nasceram fora do país e 1.0% nasceu em casa (*cf.* Tabela 5).

Tabela 5. Hospital onde o bebé nasceu

Variáveis	N	%
Hospital onde nasceu o bebé		
Região Norte	114	19.0
Região Centro	95	15.8
Região de Lisboa e Vale do Tejo	311	51.8
Alentejo	10	1.7
Algarve	25	4.2
Açores	20	3.3
Madeira	6	1
Fora do País	13	2.2
Em casa	6	1

2. Análise descritiva das variáveis em estudo

Nas linhas que seguem caracterizar-se-á a amostra considerando os resultados obtidos nas escalas utilizadas no estudo, nomeadamente a MBFES e a EIPPA.

2.1. Avaliação materna da amamentação

Da leitura e análise dos resultados, verifica-se que a maioria das mães mencionaram que **concordam totalmente** com o facto de: *i*) a amamentação ter dado uma satisfação interior (79.7%); *ii*) a amamentação ter proporcionado momentos especiais com o bebé (85.5%); *iii*) o bebé ter adorado mamar (77.3%); *iv*) as mães se sentirem extremamente ligadas ao bebé quando o amamentaram (77.2%); *v*) os bebés mamarem avidamente (50.8%); *vi*) ter sido importante poder amamentar (87.0%); *vii*) que durante a amamentação o crescimento do bebé foi excelente (65%); *viii*) que em conjunto (mãe e bebé) trabalharam para que a amamentação corresse calmamente (53.7%); *ix*) a amamentação ter sido uma experiência muito afetiva e maternal (76%); *x*) a amamentação acalmar o bebé quando este estava aborrecido ou chorava (66.3%); *xi*) ter sido muito gratificante poder produzir alimento para alimentar o bebé (73.8%); *xii*) a amamentação fez com que se sentissem boas mães (51.5%); *xiii*) as mães gostarem muito de amamentar (73.5%); *xiv*) a amamentação fez as mães se sentirem mais confiantes no seu papel (51.3%); *xv*) o bebé se desenvolver muito bem com a amamentação (64.7%); *xvi*) a amamentação fez com que os meus bebés se sentissem mais seguros (50.2%); e *xvii*) a amamentação ter sido uma sensação maravilhosa para as mães (63.7%) (cf. Anexo 2, Tabela 22).

Por outro lado, as mães **concordaram** que: *i*) durante a amamentação se preocuparam com o aumento de peso do seu bebé (49.8%); *ii*) a amamentação era como uma espécie de êxtase (32.2%); e *iii*) puderam ajustar facilmente a amamentação dos seus bebés com outras atividades (43.5%) (cf. Anexo 2, Tabela 22).

Acrescenta-se, ainda, que os seus bebés tinham interesse em mamar (76.7%); que não tiveram problemas iniciais com a amamentação (32.8%) e que relaxavam enquanto mamavam (66%). Para a maioria das mães a amamentação não foi um fardo (63.5%); não sentiram qualquer constrangimento em relação aos seus corpos (49.3%); nem se sentiram como se fossem uma vaca (61.5%), porém, ansiavam retomar a sua forma física (34.7%) (cf. Anexo 2, Tabela 22).

Por fim, sublinha-se que apesar de a amamentação não ter sido emocionalmente esgotante (41.2%), para a maioria da amostra foi fisicamente esgotante (41.8%) (cf. Anexo 2, Tabela 22).

Considerando ainda a estatística descritiva da escala, a Tabela 6 apresenta os resultados dos domínios e da escala total, considerando os níveis de concordância atribuídos pelas mães. Neste sentido, a análise dos resultados indicam que 85.2% das mães da amostra concordaram totalmente com a existência de sentimentos positivos acerca dos aspetos físicos e emocionais advindos da experiência de amamentação, tal como o afeto e envolvimento mãe-criança (domínio prazer e papel maternal).

Verifica-se, também, que 73% concordou totalmente com os itens alusivos ao aumento ponderal e crescimento da criança, à avidez durante a amamentação e às respostas emocionais para mamar (domínio satisfação e crescimento da criança) (cf. Tabela 6)

Por último, 46.3% das inquiridas concordaram com os itens referentes ao domínio “estilo de vida e imagem corporal materna”, que avalia, por um lado, a imagem corporal materna e, por outro, descreve a amamentação como sendo uma tarefa, fardo ou que interfere com outras atividades. A par deste resultado, é importante frisar que neste domínio existe uma percentagem elevada de respostas sem opinião (13.7%) (cf. Tabela 6).

Tabela 6: Distribuição dos resultados da MBFES de acordo com os níveis de concordância

MBFES	Discordo totalment e		Discordo		Sem opinião		Concordo		Concordo totalmente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Prazer e papel maternal	-	-	3	.5	11	1.8	75	12.5	511
Satisfação e crescimento criança	-	-	1	.2	10	1.7	151	25.2	438	73.0
Estilo de vida e imagem corporal materna	1	.2	6	1.0	82	13.7	278	46.3	233	38.8
MBFES total			1	.2	14	2.3	131	21.8	454	75.7

Da leitura e análise da Tabela 7 constata-se que o domínio prazer e papel maternal apresenta uma média de 62.79 (DP=7.40), variando entre 19 e 70 pontos. Considerando os resultados dos percentis, verifica-se que 25% dos participantes obtiveram um máximo de 60 pontos, 50% dos participantes obtiveram um máximo de 65 pontos e 75% dos participantes obtiveram um máximo de 68 pontos. O valor do coeficiente de variação é considerado baixo. O coeficiente de assimetria de -2.111 (std error=.100) revela a inexistência de simetria. O valor de curtose de 6.342 (std error=.199) é indicativo de uma distribuição assimétrica positiva (com enviesamento à direita) com uma curva leptocúrtica. Recorreu-se, ainda, ao teste *Kolmogorov-Smirnov* para analisar e testar a normalidade, verificando-se que a distribuição não cumpre uma distribuição normal (p=.000).

No domínio satisfação e crescimento da criança a média centra-se nos 34.28 pontos, com um desvio padrão de 4.07, oscilando os valores entre 14 e 40 pontos. A análise dos percentis indica que 25% dos inquiridos obtiveram no máximo 32 pontos, 50% obtiveram no máximo 35 pontos e 75% obtiveram no máximo 37 pontos. O valor do coeficiente de variação é considerado baixo. O valor da simetria de -1.093 (std error=.100) e de curtose de 1.612 (std error=.199) são indicativos de uma distribuição assimétrica positiva (com enviesamento à direita) com uma curva leptocúrtica. Para certificar a

Aleitamento Materno: percepção materna acerca da importância da participação do pai nesta prática

normalidade, recorreu-se ao teste *Kolmogorov-Smirnov* verificando-se que os dados não apresentam uma distribuição normal ($p=.000$) (cf. Tabela 7).

Relativamente ao último domínio da escala de avaliação materna da amamentação, isto é, estilo de vida e imagem corporal materna verifica-se que a média é de 30.24 ($DP=5.51$), variando a pontuação entre os 8 e os 40 valores. No que concerne aos resultados dos percentis, observa-se que 25% dos sujeitos obtiveram no máximo 26 pontos, 50% obtiveram no máximo 31 pontos e 75% obtiveram no máximo 34 pontos. O valor do coeficiente de variação é considerado moderado. Os valores de simetria de $-.698$ (std error $=.100$) e de curtose de $.275$ (std error $=.199$) são indicativos de uma distribuição assimétrica positiva (com enviesamento à direita) com uma curva mesocúrtica. Recorreu-se, ainda, ao teste *Kolmogorov-Smirnov* para testar e confirmar a normalidade, verificando-se que a distribuição não cumpre uma distribuição normal ($p=.000$) (cf. Tabela 7).

Por último, foram analisados os resultados da escala total. Neste sentido, verifica-se que a média é de 127.33 e o desvio padrão 13.66. A pontuação oscila entre 59 e 148 pontos. A leitura e análise dos dados permitem concluir que 25% da amostra atinge um máximo de 121 pontos, 50% um máximo de 130 pontos e 75% um máximo de 136 pontos. O valor do coeficiente de variação é considerado baixo. Os valores do coeficiente de assimetria de -1.517 (std error $=.100$) e de curtose de 3.407 (std error $=.199$) são indicativos de uma distribuição assimétrica positiva (com enviesamento à direita) com uma curva leptocúrtica. Para comprovar a normalidade, recorreu-se ao teste *Kolmogorov-Smirnov* verificando-se que os dados não apresentam uma distribuição normal ($p=.000$) (cf. Tabela 7).

Tabela 7: Estatística descritiva para a escala MBFES e os seus domínios

MBFES	N	Min.- Máx.	M	DP	CV (%)	SK	Std. erro r	K	Std. Error
Domínio 1	600	19-70	62.79	7.40	11.78	-2.111	.100	6.342	.199
Domínio 2	600	14-40	34.28	4.07	11.87	-1.093	.100	1.612	.199
Domínio 3	600	8-40	30.24	5.51	18.22	-.698	.100	.275	.199
MBFES total	600	59-148	127.33	13.66	10.72	-1.517	.100	3.407	.199

2.2. Importância da participação do pai na amamentação

A análise dos dados permite concluir que as inquiridas consideraram **muito importante**: *i*) a participação do pai na amamentação para o fortalecimento da relação entre bebé, mãe e pai (41.2%); *ii*) a presença do pai nas consultas de vigilância pré-natal para o sucesso da amamentação (34%); *iii*) a presença do pai nas aulas de preparação para o parto para o sucesso da amamentação (34%); *iv*) a presença do pai no internamento após o parto para o sucesso da amamentação (44.7%); *v*) o pai acarinhar a mãe com gestos de ternura enquanto ela está a amamentar (29.2%); *vi*) o pai reconhecer se o bebé está a pegar corretamente na mama (33%); *vii*) o pai ajudar na execução de

trabalhos domésticos, de modo a proporcionar períodos de repouso à mãe que amamenta (69.5%); *viii*) o pai colaborar nos cuidados aos filhos mais velhos para apoiar a mãe que amamenta (67.7%); *ix*) a participação do pai nos cuidados ao bebê para ajudar a mãe (68.8%); *x*) as demonstrações de carinho e afeto para com a mãe, durante o período de amamentação (60.5%); *xi*) o pai promover momentos de repouso e relaxamento à mãe durante o período de amamentação (67.7%); *xii*) a participação do pai na amamentação para a relação conjugal (46%); *xiii*) os conhecimentos do pai acerca do AM para a participação na amamentação do seu filho (49.2%); e, por último, *xiv*) o alargamento do período de permanência do pai junto da mãe e do bebê, no internamento, para a amamentação (53.3%) (*cf.* Anexo 2, Tabela 23).

Por outro lado, a maioria da amostra considerou **importante** a presença do pai enquanto a mãe está a amamentar o bebê (31.2%) e a ajuda do pai para posicionar o bebê para mamar (30%). Sublinha-se, ainda, que 31.5% e 29% da amostra considera que é um **pouco importante** o pai conversar com a mãe enquanto ela amamenta o bebê e o pai falar com o bebê enquanto esta amamenta está a mamar, respetivamente (*cf.* Anexo 2, Tabela 23).

Da leitura e análise da Tabela 8, constata-se que na dimensão física 36.3% das inquiridas consideraram a participação do pai importante e 31.0% muito importante. Na dimensão afetiva, 62.7% da amostra considerou que a participação do pai é muito importante e 32.3% importante. Quanto à dimensão doméstica, os resultados indicam que 71.8% da amostra considerou que a participação do pai é muito importante e 25.3% importante.

Analisando os resultados obtidos no global da escala, observa-se que 51.7% dos sujeitos considerou que a participação do pai no AM é muito importante, 38.7% considera importante, 8.0% considera que é um pouco importante, 1.5% considera pouco importante e apenas .2% afirma que não é nada importante (*cf.* Tabela 8).

Tabela 8: Distribuição dos resultados da EIPPA de acordo com os níveis de importância

EIPPA	Nada importante		Pouco importante		Um pouco importante		Importante		Muito importante	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Participação física	7	1.2	41	6.8	148	24.5	218	36.3	186
Participação afetiva	3	.5	7	1.2	20	3.3	194	32.3	376	62.7
Participação doméstica	3	.5	1	.2	13	2.2	152	25.3	431	71.8
EIPPA total	1	.2	9	1.5	48	8.0	232	38.7	310	51.7

A Tabela 9 apresenta os resultados relativos aos fatores e escala total que avaliam a importância da participação do pai na amamentação.

Verifica-se mediante a leitura e análise dos dados do fator 1 - participação física - apresenta uma média de 27.94 e um desvio padrão de 7.53, variando os valores entre 8 e 40 pontos. Os resultados dos percentis

indicam que 25% da amostra atinge um máximo, neste fator, de 23 pontos, 50% um máximo de 29 pontos e 75% um máximo de 34 pontos. O valor do coeficiente de variação é considerado moderado. Os coeficientes de assimetria de $-.422$ (std error $=.100$) e de curtose de $-.392$ (std error $=.199$) são indicativos de uma distribuição assimétrica negativa (com enviesamento à esquerda) com uma curva mesocúrtica. No que diz respeito à normalidade, recorreu-se ao teste *Kolmogorov-Smirnov* e os resultados indicam que o presente fator não tem uma distribuição normal ($p=.000$) (cf. Tabela 9).

O segundo fator – participação afetiva – apresenta uma média de 29.94 (DP=5.02). Os resultados variam entre 7 e 35 pontos, mínimo e máximo respetivamente. Analisando os valores dos percentis, verifica-se que 25% da amostra alcançou uma pontuação máxima de 27, 50% uma pontuação máxima de 31 e 75% da amostra uma pontuação máxima de 34 pontos. O valor do coeficiente de variação é considerado moderado. Os valores de simetria de -1.468 (std error $=.100$) e de curtose de 3.263 (std error $=.199$) são indicativos de uma distribuição assimétrica positiva (com enviesamento à direita) com uma curva leptocúrtica. Os resultados do teste *Kolmogorov-Smirnov* confirmam que este fator não segue uma distribuição normal ($p=.000$) (cf. Tabela 9).

Quanto ao fator alusivo à participação doméstica, verifica-se que a média se centra nos 13.85, com um desvio padrão de 1.78. Os resultados oscilam entre 3 e 15 pontos. Os resultados dos percentis indicam que 25% dos inquiridos atingiu um máximo de 12 pontos, 50% um máximo de 15 pontos e 75% também atingiu um máximo de 15 pontos. O valor do coeficiente de variação é considerado baixo. O coeficiente de assimetria de -2.138 (std error $=.100$) e de curtose de 7.194 (std error $=.199$) são indicativos de uma distribuição assimétrica negativa (com enviesamento à esquerda) com uma curva leptocúrtica. Quanto à normalidade, os resultados são em tudo idênticos aos dois fatores anteriores, isto é, o teste de *Kolmogorov-Smirnov* revela que este fator não apresenta uma distribuição normal ($p=.000$) (cf. Tabela 9).

A escala total apresenta uma média de 71.74 e um desvio padrão de 12.98, variando os valores entre 18 e 90 pontos. Considerando os resultados dos percentis, verifica-se que 25% da amostra atingiu uma pontuação máxima de 64, 50% uma pontuação máxima de 73 e 75% uma pontuação máxima de 82 pontos. O valor do coeficiente de variação é considerado moderado. Os valores de simetria de $-.929$ (std error $=.100$) e de curtose de 1.204 (std error $=.199$) são indicativos de uma distribuição assimétrica negativa (com enviesamento à esquerda) com uma curva leptocúrtica. No que diz respeito à normalidade, os resultados indicam que a escala total não apresenta uma distribuição normal ($p=.000$) (cf. Tabela 9).

Tabela 9: Estatística descritiva para a escala EIPPA e os seus domínios

EIPPA	N	Min.- Máx.	M	DP	CV (%)	SK	Std. error	K	Std. error
Fator 1	600	8-40	27.94	7.53	29.95	-.422	.100	-.392	.199
Fator 2	600	7-35	29.94	5.02	16.76	-1.468	.100	3.263	.199
Fator 3	600	3-15	13.85	1.78	12.85	-2.138	.100	7.194	.199

EIPPA total	600	18-90	71.74	12.98	18.09	-.929	.100	1.204	.199
--------------------	-----	-------	-------	-------	-------	-------	------	-------	------

3. Análise da consistência interna

A fidelidade dos resultados foi obtida através do grau de consistência interna (*Alpha de Cronbach*) que permite estimar até que ponto cada enunciado da escala mede de forma equivalente o mesmo conceito. De acordo com Fortin (2009), quanto mais os enunciados estão correlacionados, maior é a consistência interna do instrumento, por outro lado, o coeficiente será mais elevado se a escala comportar um maior número de itens.

Neste sentido, verifica-se que a consistência interna para os domínios e a escala total MBFES varia entre .72 e .91, sendo considerada por Hill e Hill (2002) razoável e boa, respetivamente. Numa análise mais detalhada, verifica-se que o domínio prazer e papel maternal, quando comparado com outros estudos, mantém uma boa consistência interna ($\alpha=.91$), assim como a escala total ($\alpha=.89$). Os domínios satisfação e crescimento da criança ($\alpha=.72$) e estilo de vida e imagem corporal ($\alpha=.76$), quando comparados com os estudos de Galvão (2006) e de Graça (2010), também apresentam uma consistência interna considerada razoável (*cf.* Tabela 10).

A consistência interna foi, ainda, calculada para o conjunto de itens da escala (*cf.* Anexo 3, Tabela 24).

Tabela 10. Consistência interna (*Alpha de Cronbach*) da escala MBFES da amostra em estudo e outros estudos

	Leff (1994)	Galvão (2006)	Graça (2010)	Amostra em estudo
Prazer e papel maternal	.93	.87 a .92	.87 a .90	.91
Satisfação e crescimento criança	.88	.70 a .76	.72 a .73	.72
Estilo de vida e imagem corporal materna	.80	.76 a .82	.77 a .72	.76
MBFES total	.93	.90 a .92	.89 a .90	.89

Para a escala EIPPA também foi analisada a consistência interna de cada fator. Verifica-se, mediante os resultados da Tabela 11, que a consistência interna varia entre .88 e .89, sendo a medida de fidelidade considerada boa para os três fatores em estudo. É possível verificar que, quando comparados estes resultados com o estudo de Franco e Gonçalves, (2014) os valores são similares, sublinhando-se no entanto que para o fator participação afetiva ($\alpha=.89$) e participação doméstica ($\alpha=.88$), os resultados da amostra em estudo apresentam uma consistência interna mais elevada (*cf.* Tabela 11)

A consistência interna foi ainda calculada para o conjunto de itens da escala (*cf.* Anexo 3, Tabela 25).

Tabela 11: Consistência interna (*Alpha de Cronbach*) da escala EIPPA da amostra em estudo e do estudo de Franco e Gonçalves (2014)

	Franco e Gonçalves (2014)	Amostra em estudo
Participação física	.91	.89
Participação afetiva	.87	.89
Participação doméstica	.80	.88

4. Análise inferencial

4.1. Análise da influência das variáveis sociodemográficas

4.1.1. Influência da Gravidez planeada

Para se analisar as variáveis em estudo recorreu-se ao *t-test*, uma vez que este é o teste mais adequado para a exploração das diferenças entre as médias dos grupos em análise. No que diz respeito aos resultados, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em estudo quando se toma em consideração o domínio “prazer e papel maternal” ($t=.827$, $p=.409$), o domínio “satisfação e crescimento da criança” ($t=-.243$, $p=.808$) e a escala total ($t=1.283$, $p=.200$) da avaliação materna da amamentação (*cf.* Tabela 12).

Não obstante, verifica-se que o domínio estilo de vida e imagem corporal materna apresenta diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($t=2.255$, $p=.024$). Neste sentido, o grupo de mães que afirma ter planeado a gravidez apresenta um índice médio superior ($M=30.49$, $DP=5.28$) quando comparado com o grupo que menciona que não planeou a gravidez ($M=29.22$, $DP=6.29$). Os resultados permitem concluir que a gravidez planeada parece interferir com os aspetos relacionados com o estilo de vida e a imagem corporal materna (*cf.* Tabela 12).

Tabela 12. Médias, desvio padrão, teste de *Levene* e *t-test* da avaliação materna da amamentação em função do planeamento da gravidez

MBFES	Gravidez planeada	N	M	DP	Homogeneidade		<i>t-test</i>	
					<i>Levene</i>	p	t	p
Domínio 1	Sim	481	62.92	7.03	3.662	.056	.827	.409
	Não	119	62.29	8.73				
Domínio 2	Sim	481	34.26	4.02	.072	.789	-.243	.808
	Não	119	34.36	4.29				
Domínio 3	Sim	481	30.49	5.28	5.602	.183	2.255	.024
	Não	119	29.22	6.29				
MBFES total	Sim	481	127.68	13.23	1.999	.158	1.283	.200
	Não	119	125.89	15.28				

Quanto aos resultados advindos da exploração entre as médias dos dois grupos para a escala da participação do pai na amamentação, em função da variável que analisa se as mães planejaram ou não a gravidez, verifica-se, num

Aleitamento Materno: percepção materna acerca da importância da participação do pai nesta prática

Paula Soraia Ribeiro de Almeida (e-mail:psoraia.almeida@gmail.com) 2015

intervalo de confiança de 95%, a não existência de diferenças estatisticamente significativas para todos os fatores, nomeadamente participação física ($t=1.713$, $p=.087$), participação afetiva ($t=1.724$, $p=.085$) e participação doméstica ($t=.580$, $p=.562$). Constata-se, desta forma, que a participação do pai na amamentação parece não diferir de forma significativa em função do planeamento da gravidez ($t=1.741$, $p=.082$) (cf. Tabela 13).

Tabela 13. Médias, desvio padrão, teste de Levene e t-test da importância da participação do pai na amamentação em função do planeamento da gravidez

EIPPA	Gravidez planeada	N	M	DP	Homogeneidade		t-test	
					Levene	p	t	p
Fator 1	Sim	481	28.20	7.42	1.332	.249	1.71	.087
	Não	119	26.88	7.91			3	
Fator 2	Sim	481	30.12	4.76	2.640	.105	1.72	.085
	Não	119	29.23	5.91			4	
Fator 3	Sim	481	13.87	1.60	5.478	.195	.580	.562
	Não	119	13.77	2.39				
EIPPA total	Sim	481	72.20	12.48	1.284	.258	1.74	.082
	Não	119	69.89	14.78			1	

4.1.2. Influência da Gravidez desejada

Para se analisar as variáveis em estudo recorreu-se uma vez mais ao *t-test*. No que diz respeito aos resultados, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em estudo, quando se toma em consideração o domínio “prazer e papel maternal” ($t=.060$, $p=.952$), o domínio “satisfação e crescimento da criança” ($t=-1.163$, $p=.245$), o domínio “estilo de vida e imagem corporal materna” ($t=1.566$, $p=.118$) e a escala total ($t=.317$, $p=.752$) da avaliação materna da amamentação (cf. Tabela 14).

Os resultados permitem concluir que a gravidez desejada parece não interferir com a avaliação da qualidade da amamentação percebida pelas mães (cf. Tabela 14).

Tabela 14. Médias, desvio padrão, teste de Levene e t-test da avaliação materna da amamentação em função da gravidez desejada

MBFES	Gravidez desejada	N	M	DP	Homogeneidade		t-test	
					Levene	p	t	p
Domínio 1	Sim	595	62.79	7.41	.001	.970	.060	.952
	Não	5	62.60	6.65				
Domínio 2	Sim	595	34.26	4.08	2.815	.094	-1.163	.245
	Não	5	36.40	1.67				
Domínio 3	Sim	595	30.27	5.52	.844	.359	1.566	.118
	Não	5	26.40	4.15				
MBFES total	Sim	595	127.34	13.70	.807	.369	.317	.752
	Não	5	125.40	8.53				

Quanto aos resultados advindos da exploração entre as médias dos dois grupos para a escala da participação do pai na amamentação em função da variável que analisa se as mães desejaram ou não a gravidez, verifica-se, num intervalo de confiança de 95%, a não existência de diferenças estatisticamente significativas para todos os fatores, nomeadamente participação física ($t=1.414$, $p=.158$), participação afetiva ($t=1.407$, $p=.160$) e participação doméstica ($t=-.930$, $p=.353$). Constata-se, desta forma, que a participação do pai na amamentação não difere de forma significativa em função da questão relacionada com a gravidez desejada ($t=1.235$, $p=.217$) (cf. Tabela 15).

Tabela 15. Médias, desvio padrão, teste de Levene e t-test da importância da participação do pai na amamentação em função gravidez desejada

EIPPA	Gravidez desejada	N	M	DP	Homogeneidade		t-test	
					Levene	P	t	p
Fator 1	Sim	595	27.97	7.51	.767	.381	1.41	.158
	Não	5	23.20	9.75			4	
Fator 2	Sim	595	29.97	5.03	1.779	.183	1.40	.160
	Não	5	26.80	2.94			7	
Fator 3	Sim	595	13.85	1.79	4.024	.055	-	.353
	Não	5	14.60	.54			.930	
EIPPA total	Sim	595	71.80	12.98	.013	.910	1.23	.217
	Não	5	64.60	12.56			5	

4.1.3. Influência do Tipo de parto

Quando considerada a variável que avalia o tipo de parto que as mães tiveram, verifica-se que as diferenças entre as médias apresentam-se estatisticamente significativas para o domínio “estilo de vida e imagem corporal materna” ($t=3.274$, $p=.001$). Neste sentido, constata-se que as pontuações para o grupo com parto eutócito são significativamente superiores ($M=30.94$, $DP=5.23$) quando comparadas com o grupo com parto distócito ($M=29.48$, $DP=5.72$) (cf. Tabela 16).

Os restantes domínios não apresentam diferenças significativas entre as médias dos grupos em análise, mais concretamente o domínio “prazer e papel maternal” ($t=.283$, $p=.777$) e o domínio “satisfação e crescimento da criança” ($t=.917$, $p=.360$). Para a escala total, os índices médios entre os grupos também não revelam diferenças estatisticamente significativas ($t=1.741$, $p=.082$) (cf. Tabela 16).

Tabela 16. Médias, desvio padrão, teste de Levene e t-test da avaliação materna da amamentação em função do tipo de parto

MBFES	Tipo de parto	N	M	DP	Homogeneidade		t-test	
					Levene	p	t	p
Domínio 1	Eutócito	313	62.87	7.14	.239	.625	.283	.777
	Distócito	287	62.70	7.68				
Domínio 2	Eutócito	313	34.43	3.99	1.677	.196	.917	.360
	Distócito	287	34.12	4.16				
Domínio 3	Eutócito	313	30.94	5.23	5.076	.254	3.274	.001

Aleitamento Materno: percepção materna acerca da importância da participação do pai nesta prática

	Distócito	287	29.48	5.72				
MBFES	Eutócito	313	128.25	13.09	1.531	.216	1.741	.082
total	Distócito	287	126.31	14.22				

A exploração das diferenças entre médias para os grupos da variável “tipo de parto” não se apresenta estatisticamente significativa para os fatores “participação física” ($t=-.414$, $p=.679$), “participação afetiva” ($t=-.094$, $p=.925$) e “participação doméstica” ($t=.198$, $p=.843$). Os resultados são em tudo idênticos para a escala total, uma vez que também não revela diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos grupos ($t=-.249$, $p=.803$). Conclui-se, assim, que as pontuações, quer nos fatores, quer na escala total que avalia a participação do pai na amamentação, não apresentam diferenças significativas consoante o tipo de parto (eutócito e distócito) (*cf.* Tabela 17).

Tabela 17. Médias, desvio padrão, teste de Levene e t-test da importância da participação do pai na amamentação em função do tipo de parto

EIPPA	Tipo de parto	N	M	DP	Homogeneidade		t-test	
					Levene	P	t	P
Fator 1	Eutócito	313	27.81	7.16	3.531	.061	-.414	.679
	Distócito	287	28.07	7.93				
Fator 2	Eutócito	313	29.92	4.76	.036	.850	-.094	.925
	Distócito	287	29.96	5.30				
Fator 3	Eutócito	313	13.87	1.79	.004	.949	.198	.843
	Distócito	287	13.84	1.78				
EIPPA total	Eutócito	313	71.61	12.32	1.715	.191	-.249	.803
	Distócito	287	71.88	13.69				

4.1.4. Influência do Acompanhamento durante o parto

No que concerne ao acompanhamento durante o parto, pretende-se averiguar de que forma esta variável interfere na avaliação materna da amamentação. Neste sentido, os resultados obtidos indicam a não existência de diferenças estatisticamente significativas nos três domínios em análise, bem como na escala total, isto é, a questão de estar ou não acompanhada durante o parto não influencia o prazer e o papel maternal ($t=-1.232$, $p=.219$), a satisfação e crescimento da criança ($t=1.530$, $p=.127$) e o estilo de vida e imagem corporal materna ($t=.311$, $p=.756$). Conclui-se, ainda, que a avaliação da qualidade da amamentação percebida pelas mães não é afetada pelo facto de estarem ou não acompanhadas durante o parto ($t=-.085$, $p=.932$) (*cf.* Tabela 18).

Tabela 18. Médias, desvio padrão, teste de Levene e t-test da avaliação materna da amamentação em função do acompanhamento durante o parto

MBFES	Acompanhada durante parto	N	M	DP	Homogeneidade		t-test	
					Levene	p	t	p
Domínio 1	Sim	499	62.62	7.55	1.306	.254	-1.232	.219
	Não	101	63.62	6.55				

Domínio 2	Sim	499	34.40	4.04	.300	.584	1.530	.127
	Não	101	33.72	4.20				
Domínio 3	Sim	499	30.27	5.47	1.469	.226	.311	.756
	Não	101	30.08	5.75				
MBFES total	Sim	499	127.30	13.78	.234	.629	-.085	.932
	Não	101	127.43	13.13				

Considerando a participação do pai na amamentação, verifica-se mediante a exploração das médias entre os grupos a não existência de diferenças estatisticamente significativas. Face ao exposto, infere-se que a participação física ($t=-.783$, $p=.434$), afetiva ($t=-.576$, $p=.565$) e doméstica ($t=-.019$, $p=.985$) dos pais não são influenciadas pelo facto de as mães terem sido ou não acompanhadas durante o parto. Conclui-se, portanto, de acordo com os resultados da escala total, que o acompanhamento das mães durante o parto não interfere na participação do pai na amamentação ($t=-.679$, $p=.497$) (cf. Tabela 19).

Tabela 19. Médias, desvio padrão, teste de Levene e t-test da importância da participação do pai na amamentação em função do tipo de parto

EIPPA	Acompanhada durante parto	N	M	DP	Homogeneidad e		t-test	
					Levene	p	t	p
Fator 1	Sim	499	27.83	7.48	.085	.770	-.783	.434
	Não	101	28.47	7.78				
Fator 2	Sim	499	29.89	4.90	.228	.633	-.576	.565
	Não	101	30.20	5.62				
Fator 3	Sim	499	13.85	1.70	.945	.331	-.019	.985
	Não	101	13.86	2.16				
EIPPA total	Sim	499	71.58	12.67	.937	.333	-.679	.497
	Não	101	72.54	14.46				

4.1.5. Influência da Região do hospital onde nasceu o bebé

Relativamente à variável “hospital onde nasceu o bebé”, e para evitar dispersões, houve a necessidade de se reagrupar os dados: a região norte, centro e Lisboa/Vale do Tejo mantiveram-se iguais, porém agregaram-se os dados da região do Alentejo e Algarve; das Ilhas que engloba Ilha dos Açores e Ilha da Madeira; e fora do País e casa que engloba as crianças que nasceram fora de Portugal e em casa.

Analisando os resultados obtidos, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os domínios e a região do hospital onde nasceram os bebés, ou seja, o prazer e papel maternal ($F=.825$, $p=.532$), a satisfação e crescimento da criança ($F=1.892$, $p=.094$) e o estilo de vida e imagem corporal materna ($t=.304$, $p=.911$) não são influenciados pela região do hospital. É possível inferir que a avaliação materna da amamentação

não difere em função do sítio onde o bebé nasceu ($t=.864$, $p=.505$) (cf Anexo 4, Tabela 26).

A participação do pai na amamentação também não difere em função da região do País onde o bebé nasceu ($F=.284$, $p=.922$). Os resultados são idênticos quando analisadas as diferenças entre as médias dos grupos para os fatores: participação física ($F=.276$, $p=.926$), afetiva ($F=.581$, $p=.715$) e doméstica ($F=.984$, $p=.426$) (cf Anexo 4, Tabela 27).

4.2. Análise da relação entre a participação do pai na amamentação e a qualidade da amamentação materna

Para se analisar as relações entre as escalas em estudo recorreu-se ao coeficiente de correlação de Pearson.

Através da leitura e análise da Tabela 19 verifica-se a existência de várias correlações positivas e estatisticamente significativas. Neste sentido, a participação física do pai na amamentação encontra-se relacionada positivamente com o prazer e papel maternal ($r=.251$, $p=.000$), com o estilo de vida e imagem corporal materna ($r=.141$, $p=.001$) e com a escala total ($r=.189$, $p=.000$). As associações mencionadas são baixas, com um nível de confiança de 99% ($p<.01$).

A participação afetiva do pai na amamentação encontra-se relacionada positivamente com prazer e papel maternal ($r=.289$, $p=.000$), com o estilo de vida e imagem corporal materna ($r=.166$, $p=.001$) e com a escala total ($r=.234$, $p=.000$). As associações mencionadas são baixas, com um nível de confiança de 99% ($p<.01$) (cf. Tabela 20).

A participação doméstica do pai encontra-se relacionada positivamente com prazer e papel maternal ($r=.100$, $p=.014$), com o estilo de vida e imagem corporal materna ($r=.100$, $p=.014$) e com a escala total ($r=.108$, $p=.011$). As associações mencionadas são fracas, com um nível de confiança de 95% ($p<.05$) (cf. Tabela 20).

Por último, a escala total que avalia a participação do pai na amamentação encontra-se relacionada positivamente com prazer e papel maternal ($r=.271$, $p=.000$), com o estilo de vida e imagem corporal materna ($r=.160$, $p=.000$) e com a escala total ($r=.215$, $p=.000$). As associações mencionadas são baixas, com um nível de confiança de 99% ($p<.01$) (cf. Tabela 20).

Sublinha-se que para todas as correlações encontradas os resultados indicam que à medida que as pontuações de uma variável aumentam, as pontuações na outra variável também aumentam, não existindo uma implicação de causa efeito, pelo que a interpretação é feita nos dois sentidos.

Tabela 20. Correlação de Pearson entre a participação do pai na amamentação e a avaliação materna da amamentação

		Domínio 1	Domínio 2	Domínio 3	MBFES total
Fator 1	Correlação de Pearson	,251**	-,014	,141**	,189**
	Sig.	,000	,755	,001	,000
	N	600	600	600	600
Fator 2	Correlação de Pearson	,289**	,035	,166**	,234**
	Sig.	,000	,379	,000	,000

	N	600	600	600	600
Fator 3	Correlação de Pearson	,100*	,046	,100*	,108*
	Sig.	,014	,262	,014	,011
	N	600	600	600	600
EIPPA	Correlação de Pearson	,271**	,012	,160**	,215**
total	Sig.	,000	,772	,000	,000
	N	600	600	600	600

* Correlação significativa ao nível .05

** Correlação significativa ao nível .01

V. Síntese dos Principais Resultados

A tabela 21, abaixo, apresenta-se uma síntese dos principais resultados obtidos.

Tabela 21: Síntese dos Principais Resultados

Principais Resultados
Caracterização Sociodemográfica
<p>Amostra</p> <ul style="list-style-type: none"> - Constituída por 600 mulheres que viveram a experiência da amamentação. <p>Idade</p> <ul style="list-style-type: none"> - Varia entre os 21 e os 45 anos (M= 33 anos); <p>Estado Civil</p> <ul style="list-style-type: none"> - 373 mulheres (62.2%) são casadas; - 169 mulheres (28.2%) vivem em união de facto. <p>Situação Laboral</p> <ul style="list-style-type: none"> - 423 mulheres (70.5%) encontram-se a trabalhar; - 111 mulheres (18.5%) estão desempregadas. <p>Habilitações Literárias</p> <ul style="list-style-type: none"> - 334 mulheres (55.7%) têm uma licenciatura; - 156 mulheres (26%) têm mestrado/doutoramento; - 490 mulheres (81.7%) frequentaram o ensino universitário. <p>Gravidez planeada e desejada</p> <ul style="list-style-type: none"> - 481 mulheres (80.2%) planearam a gravidez; - 595 mulheres (99.2%) desejaram a gravidez. <p>Hospital onde nasceu o bebé</p> <ul style="list-style-type: none"> - 311 bebés (51.8%) nasceram na Região de Lisboa e Vale do Tejo; - 114 bebés (19%) nasceram na Região Norte. <p>Tipo de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> - 313 mulheres (52.2%) tiveram parto eutócito; - 287 mulheres (47.8%) tiveram parto distócito. <p>Acompanhamento durante o parto</p> <ul style="list-style-type: none"> - 499 mulheres (83.2%) estiveram acompanhadas, maioritariamente pelo pai do bebé (80.8%); - 101 mulheres (16.8%) não foram acompanhadas.
Variáveis Sociodemográficas
<p>Influência com a MBFES</p> <ul style="list-style-type: none"> - No domínio “Estilo de Vida e Imagem Corporal Materna” o grupo de mães que planeou a gravidez apresenta um índice médio superior, quando comparado com o grupo que não planeou; - No domínio “Estilo de Vida e Imagem Corporal Materna” o grupo de mães com parto Eutócito apresenta um índice médio superior, quando comparado com o grupo com parto Distócito; - Quanto à influência da gravidez desejada, ao acompanhamento durante o parto e à região hospitalar onde o bebé nasceu, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, quando considerados todos os domínios da escala;

Influência com a EIPPA

- Quanto à **gravidez planejada**, à **gravidez desejada**, ao **tipo de parto**, ao **acompanhamento durante a gravidez** e à **região hospitalar onde o bebê nasceu** verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, quando considerados todos os fatores da escala.

MBFES

- As inquiridas pontuaram mais nos itens correspondentes ao domínio “Prazer e Papel Maternal”, seguido da “Satisfação e Crescimento da Criança” e do “Estilo de vida e Imagem Corporal Materna”.

- Pontuações mais elevadas no domínio “Prazer e Papel Maternal” sugerem que as mães, por um lado, refletem sentimentos positivos acerca de aspetos físicos e emocionais acerca da experiência da amamentação (e.g. foi importante poder amamentar) e, por outro, um maior afeto e envolvimento mãe-criança (e.g. senti-me extremamente ligada ao meu bebê enquanto amamentei).

EIPPA

- As inquiridas pontuaram mais nos itens correspondentes ao fator “Participação doméstica”, seguido da “Participação afetiva” e da “Participação física”.

- Pontuações mais elevadas no fator “Participação doméstica” sugerem que as mães percebem como muito importante a participação do pai: na execução de trabalhos domésticos, de modo a proporcionar-lhes períodos de repouso; a colaboração nos cuidados ao bebê (adormecê-lo, mudar a fralda, dar banho, brincar, etc.); e a colaboração nos cuidados aos filhos mais velhos.

MBFES e EIPPA

- Há uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre os três fatores da EIPPA (participação doméstica, afetiva e física) e os domínios “Prazer e Papel Maternal” e o “Estilo de Vida e Imagem Corporal Materna” da MBFES. Estes três fatores da EIPPA também se relacionam positivamente com a escala total da MBFES.

- Os resultados sugerem que quanto maior é a percepção materna acerca da importância da participação do pai na amamentação, maior tenderá a ser o “Prazer e Papel Maternal” e o “Estilo de Vida e Imagem Corporal Materna”. Porém não existe uma implicação de causa efeito pelo que a interpretação pode ser feita nos dois sentidos.

- A participação física do pai na amamentação refere-se ao suporte físico que o pai dá à mãe durante a gravidez e à sua presença e colaboração no estabelecimento de um vínculo familiar entre a tríade.

- A participação afetiva do pai na amamentação refere-se a comportamentos emocionais (e.g. atenção, carinho e afeto) dirigidos à mãe e ao bebê, que promovem uma ligação precoce entre a tríade. A sua presença é fundamental, quer pelo apoio e motivação, como pela ajuda no posicionamento do bebê à mama.

- A participação doméstica do pai na amamentação refere-se à partilha e colaboração nas tarefas domésticas e nos cuidados aos filhos mais velhos.

- Estes três fatores encontram-se positivamente relacionados: com sentimentos positivos acerca de aspetos físicos e emocionais da experiência da amamentação e com o afeto e o envolvimento mãe-criança (Prazer e Papel Maternal); e ainda com itens respeitantes à imagem corporal materna e ao estilo de vida (Estilo de Vida e Imagem Corporal materna).

VI. Discussão

Este capítulo é dedicado à discussão dos resultados obtidos, interpretados de acordo com as concepções de referência e, o quanto possível, sustentados pelo conhecimento científico, consequente de outras investigações desenvolvidas no âmbito da prática da amamentação.

Desta forma e de modo geral, a leitura dos resultados parece indicar que, na amostra em estudo, constituída por mulheres que viveram a experiência da amamentação, existe evidência estatística que corrobora a existência de uma correlação positiva entre *i*) uma percepção materna de elevada importância acerca participação do pai na amamentação e *ii*) uma avaliação materna positiva da experiência da amamentação.

Relativamente às características sociodemográficas da amostra é possível verificar que a idade das lactantes varia entre os 21 e os 45 anos, sendo que a média se situa nos 33 anos. Em relação ao estado civil, verifica-se que a maioria coabita com o companheiro, visto que 62.2% refere estar casada e 28.2% revela viver em união de facto. Somente 58 das inquiridas (9.7%) afirma ser solteira (8.2%) ou divorciada (1.5%).

Quanto à situação laboral das mulheres, conclui-se que 70.5% encontram-se a trabalhar e apenas 18.5% (111 inquiridas) estão em situação de desemprego.

No que concerne aos dados relativos às habilitações literárias das mães, verifica-se que mais de metade da amostra tem uma licenciatura (55.7%) e 26% tem mestrado/doutoramento, ou seja, trata-se de uma amostra com qualificações académicas e profissionais superiores (81.7% da amostra frequentou o ensino universitário).

De acordo com Cardoso (2006) e Galvão (2006) as características sociodemográficas supramencionadas parecem estar relacionadas com uma maior confiança na tomada de decisão e na prática do AM. Nesta linha, Escobar et al. (2002), Sandes et al. (2007) e Sarafana et al. (2006) consideram que, embora não seja consensual à literatura, parece existir uma relação positiva entre habilitações literárias mais elevadas e a sua influência na prática do AM. Esta característica sociodemográfica relaciona-se com um melhor e maior acesso a informações acerca das questões relacionadas com gravidez e o AM. Acrescenta-se, também, que um maior nível de escolaridade das mães parece estar relacionado com mais competências parentais (Cruz, 2014).

A leitura clínica dos resultados indica, deste modo, que as mulheres da amostra em estudo apresentam algumas características sociodemográficas que parecem estar associadas a um perfil de sucesso no AM. Assim, assume-se de extrema relevância que se considerarem todos os fatores que estão associados ao sucesso do AM, a par da identificação de grupos mais vulneráveis nesta prática, contribuindo para uma maior efetividade das ações de promoção e para a qualificação do atendimento prestado aos pais e à criança.

Os profissionais de saúde devem assim, adequar as suas ações às circunstâncias sociodemográficas e epidemiológicas, e ao contexto em que cada mãe está inserida. Deste modo, devem salvaguardar e respeitar a sua história e experiência de vida, proporcionando oportunidades de obter

competências e, ao mesmo tempo, diminuir as dificuldades próprias dessa fase, contribuindo para despertar o desejo de amamentar (Loguércio, 2011).

Ainda em consideração à influência das variáveis sociodemográficas na amamentação, Sarafana et al. (2006) referem, no seu estudo, que uma idade materna superior a 34 anos parece contribuir para o sucesso da amamentação. Este resultado vai ao encontro do maior grupo etário verificado no presente estudo, que se demarcou entre os 31-40 anos (68.3%). Considerando que o resultado encontrado parece corroborar a investigação existente, é crucial propor que as atividades de promoção da amamentação se foquem nas gestantes mais jovens e menos escolarizadas, de forma a potenciar esta prática nos grupos mais vulneráveis, nos quais a prevalência do desmame precoce parece ser significativamente maior.

Quanto ao estado civil da mãe, mais de 90% da amostra é casada ou vive em união de facto, o que se patenteia com os estudos de Carrascoza, Júnior e Moraes (2005). Esta investigação sugere que o fato da mãe viver com o pai do bebé e de apresentarem estabilidade conjugal constituiu, em si, uma maior probabilidade de prolongar o período da amamentação, diminuindo, consequentemente, os riscos da ocorrência de um desmame precoce. Neste sentido, de acordo com a literatura, o pai assume uma importância essencial no desenvolvimento da confiança materna. A sua presença e apoio refletem na mãe sentimentos de confiança e tranquilidade em relação à amamentação (Cardoso, 2006; Galvão, 2006).

Considerando os resultados alusivos à gravidez, foi possível constatar que a maioria das mães revelou que a gravidez foi planeada (80.2%), assim como desejada (99.2%). Esta intenção e desejo de engravidar, de acordo com Forster, Maclachlan e Lumley (2006), constituem-se como fatores determinantes para o sucesso da amamentação. No entanto, clinicamente, é importante que façamos uma leitura sóbria destes resultados pois, “é humano que a maioria das gravidezes sejam acidentais e que, muitas sejam, de início, mal aceites e indesejadas. E que uma gravidez, num plano psicológico, não começa com a anunciação da chegada de um bebé... mas mais tarde (de preferência, algures num momento dos nove meses da gravidez) e só termina quando a mãe e o pai aceitam o bebé como autónomo e diferente de si, e aprendem a escutá-lo e a dialogar com ele” (Sá, 2005, pp.317-318).

Relativamente à influência da gravidez planeada na qualidade da amamentação percebida pelas mães (MBFES), verifica-se que somente o domínio “estilo de vida e imagem corporal materna” apresenta diferenças estatisticamente significativas. Assim, o grupo de mães que afirma ter planeado a gravidez apresenta um índice médio superior, quando comparado com o grupo que menciona que não planeou a gravidez. Os resultados sugerem que a gravidez planeada parece interferir com os aspetos relacionados com o estilo de vida e a imagem corporal materna (domínio 3). Por conseguinte, em relação à influência desta variável na perceção materna acerca da importância da participação do pai na amamentação (EIPPA), os resultados parecem indicar que a sua participação não difere, de forma significativa, em função do planeamento da gravidez. Assim, não se verifica a existência de diferenças estatisticamente significativas entre esta variável e os fatores desta escala.

No que concerne à influência da gravidez desejada, os resultados permitem concluir que esta variável parece não interferir com nenhuma das duas escalas em análise. Assim, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre esta variável e: *i*) a avaliação da qualidade da amamentação percebida pelas mães (MBFES); e *ii*) a percepção materna acerca da importância da participação do pai na amamentação (EIPPA).

Em relação ao tipo de parto a maioria das progenitoras teve um tipo de parto eutócito (52.2%), contudo, 47.8% mencionou que o parto foi distócito (com recurso a fórceps, cesariana, entre outros). De acordo com a recente literatura, os resultados parecem corroborar uma relação existente entre o tipo de parto e a intenção, duração e frequência da amamentação. Segundo Matos (2012) as mulheres cujos bebês nasceram através de parto distócito demonstram amamentar menos ao peito, bem como revelar menor apetência para esta prática.

O estudo de Alberts e Ronca (2012) revelou que a estimulação sensorial que ocorre dentro do útero e durante o parto normal contribui para o estabelecimento das respostas de sucção do bebê aos sinais maternos. Assim, parecem existir alguns elementos do parto eutócito que provêm condições que orientam o bebê, através dos odores maternos, a desenvolver a sucção. Por outro lado, a ausência das contrações uterinas, como acontece no tipo de parto distócito, foi relacionada com uma sucção imperfeita. Estes investigadores defendem que conhecer os estímulos do parto, que contribuem para a ligação à mama materna, constitui-se num importante passo em direção a uma melhor resolução dos problemas iniciais da amamentação.

Quando considerada a variável tipo de parto verifica-se que somente as médias para o domínio “estilo de vida e imagem corporal materna” apresentam-se estatisticamente significativas, quando considerada a qualidade da amamentação percebida (MBFES). Constata-se que as pontuações para o grupo com parto eutócito são significativamente superiores, quando comparadas com o grupo com parto distócito.

Do ponto de vista clínico e de acordo com a literatura analisada, parece consensual que o parto normal é uma condição favorável ao início e manutenção da amamentação. Posto isto, parece compreensível que as mães do presente estudo, que tiveram um tipo de parto eutócito, se revelem menos constrangidas em relação aos seus corpos, se sintam emocionalmente menos esgotadas e não revelem grandes dificuldades na adequação da amamentação com outras atividades, quando comparadas com o grupo de mães que tiveram um parto distócito.

Relativamente à escala que avaliou a percepção materna em relação à importância da participação do pai na amamentação (EIPPA), verifica-se que as pontuações nos fatores e na escala total, não apresentam diferenças significativas, consoante o tipo de parto (eutócito e distócito).

No que concerne à variável “acompanhamento durante o parto”, podemos constatar que esta não apresentou diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos domínios ou fatores das escalas MBFES e EIPPA, respetivamente. Desta forma, podemos verificar que, no presente estudo, a avaliação da qualidade da amamentação percebida pelas mães parece

não ser afetada pelo facto de terem sido, ou não, acompanhadas durante o parto. Da mesma forma, os resultados sugerem que o acompanhamento das mães durante o parto não interfere na percepção que estas têm em relação à importância da participação do pai na amamentação.

Não obstante, existe evidência científica que suporta que o facto de a mãe estar acompanhada pelo pai do bebé durante o parto, se constitui como um facilitador do primeiro contato do pai com o seu bebé, promovendo uma atração pelo filho e uma interação precoce pai-bebé. Os pais que participam no momento do nascimento do filho parecem revelar mais comportamentos afetivos, como o toque e as brincadeiras com o bebé, o que favorece potencialmente a vinculação. A vivência deste momento único que é o nascimento de um filho, quando partilhada pelo casal potencia a sua proximidade (Silva & Lemos, 2012).

Por último, relativamente à variável “hospital onde nasceu o bebé”, podemos verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os três domínios e a região hospitalar onde nasceram os bebés. Assim, estes resultados sugerem que a avaliação materna da amamentação (MBFES) não difere em função do sítio onde o bebé nasceu. Acrescenta-se, ainda, que o mesmo se conclui da percepção materna acerca da importância da participação do pai na amamentação (EIPPA).

Por outro lado, nesta investigação, os resultados relativos à avaliação materna da experiência de amamentação (MBFES), permitem concluir que as mães pontuaram mais no domínio correspondente ao “prazer e papel maternal”, obtendo a média mais elevada. Esta subescala apresenta afirmações que refletem sentimentos positivos acerca de aspetos físicos e emocionais com a experiência de amamentação (e.g. sensação maravilhosa, satisfação interior, prazer, sentir-se relaxada) e relatam o afeto e envolvimento mãe-criança (e.g. afeto, experiência materna, confiança como mãe, ligação ao bebé, trabalharem juntos, tornar o bebé mais seguro, importante poder amamentar, ajudar o bebé a ser saudável). Podemos considerar, do ponto de vista clínico, que o “prazer e papel maternal” está intimamente relacionado com o papel do AM na construção da relação mãe filho, ou seja, com a necessidade psicológica primária da vinculação.

Em contrapartida, o domínio “estilo de vida e imagem corporal materna”, apresenta a menor média da escala, ou seja, as inquiridas pontuaram menos neste grupo de afirmações.

Desta forma, estes resultados corroboram os obtidos nos estudos de Galvão (2006), Graça (2010) e Alves (2011). Nestas investigações a média ponderada total da escala é elevada, tendo também a subescala “prazer e papel maternal” tido a média ponderada mais elevada e a subescala “estilo de vida e imagem corporal” a mais baixa. Estas pontuações sugerem, de acordo com Galvão (2006), que estas mães revelam sentimentos positivos acerca da amamentação, considerando-a um aliado no fortalecimento e satisfação da relação diádica (mãe e bebé). Por outro lado, esta prática assume-se, também, como o melhor início de vida do novo ser.

É consensual à literatura que a ligação entre a mãe e a criança é intercedida por fatores ligados às características da mãe, da criança e a fatores

ambientais, como a gravidez, parto e o suporte familiar, especialmente do pai do bebé, percebido pelas mães (Figueiredo, 2003).

Face aos resultados obtidos na Escala de Importância da Participação do Pai na Amamentação (EIPPA), podemos constatar que a maioria das mães identifica uma elevada importância da participação do pai na amamentação, que é largamente apoiada pelos estudos científicos. Verificou-se que a presente amostra apresentou resultados mais elevados na importância da participação do pai na dimensão doméstica, seguindo-se da afetiva e da física. Assim, estas lactantes referem como muito importante: *i*) a ajuda do pai na execução de trabalhos domésticos, de modo a proporcionar-lhe períodos de repouso (item 11), com 69.5%; *ii*) a colaboração nos cuidados ao bebé (adormecer o bebé, mudar a fralda, dar banho, brincar, etc.) (item 13), com 68.8%; e *iii*) a colaboração nos cuidados aos filhos mais velhos (item 12), com 67.7%. Todos estes itens correspondem ao fator da participação doméstica do pai. Da mesma forma, a maioria das mães também considerou como sendo muito importante os itens 15, 14 e 18, que correspondem, respetivamente, às questões: *i*) “Qual a importância do pai promover momentos de repouso e relaxamento à mãe, durante o período de amamentação?” (67.7%); *ii*) “Qual a importância da participação das demonstrações de carinho e afeto para com a mãe, durante o período de amamentação?” (60.5%); e *iii*) “Qual a importância do alargamento do período de permanência do pai junto da mãe e bebé, no internamento, para a Amamentação?” (53.3%). Em contrapartida, as mães identificaram como sendo nada importante o item 3, correspondente à presença do pai nas aulas de preparação para o parto (10.2%).

Estes resultados revelam que, de facto, as mães carecem de apoio, carinho e afeto durante o período da amamentação, e valorizam a permanência do companheiro junto delas e do bebé. Do ponto de vista psicológico, esta necessidade de afeto e da presença do companheiro durante esta etapa, parece ser fundamental para a maturação relacional da tríade (mãe, pai e bebé). A partilha conjunta dos primeiros momentos de vida do bebé parecem despoletar, nos novos pais, um sentimento profundo de um compromisso para a vida, o que é fundamental para a construção e permanente aperfeiçoamento da função vinculadora pais-bebé.

Acrescenta-se, ainda, que estes resultados corroboram os estudos de Franco e Gonçalves (2014), cuja escala (EIPPA) foi administrada a homens. Assim, à semelhança dos resultados obtidos no presente estudo, os homens consideraram mais importante a dimensão doméstica, seguida da afetiva e da física. Os itens com valores mais elevados foram: cuidados ao bebé para ajudar a mãe que amamenta; promover momentos de repouso e relaxamento à mãe e a ajuda do pai na execução de trabalhos domésticos. Tal como no presente estudo, o item com menos importância na investigação de Franco e Gonçalves (2014) foi a presença do pai nas aulas de preparação para o parto. De acordo com estes autores, o pai e/ou casal ainda percebe estas aulas como dirigidas para a mulher, não vendo nelas importância para o apoio que pode dar, enquanto pai, durante o período da amamentação.

Posto isto, os resultados do presente estudo vêm reforçar a literatura existente sobre o envolvimento do pai na gravidez. Colman e Colman (1994),

Camus (2002) e Nylander (2006) referem que o pai da atualidade é um pai atuante e é parte integrante de todo o processo gestacional, assumindo-se num papel ativo e participativo. Contudo, este envolvimento paterno na gravidez, não se refere apenas a uma atuação comportamental, como a participação nas consultas e ecografias, mas também, a uma atuação emocional, visível através do seu envolvimento nas tarefas relativas à grávida e aos preparativos para a chegada do bebé, do apoio emocional à mãe e da procura de contacto com o bebé (Brazelton & Cramer, 1989). O homem, neste novo papel, atravessa um período de adaptação, passando de companheiro a pai, o que acarreta um impacto com uma significativa expressividade. O medo, a dúvida, a responsabilidade, as alterações no comportamento da mulher e na relação conjugal, constituem sentimentos comuns à maioria dos homens no período antecedente ao nascimento (Silva et al., 2012).

Podemos também compreender este elevado envolvimento paterno na gravidez se tivermos em conta alguns dados de caracterização da nossa amostra. Assim, importa lembrar que 62,2% das participantes são casadas e 28.2% vive em união de facto, e 70.5% encontra-se empregada. Com um número elevado de famílias nucleares e de mulheres ativas no mercado de trabalho, é compreensível que o pai se apresente mais envolvido.

Sabe-se que nas primeiras semanas após o parto a mulher fica mais sensível e emotiva, o que parece despoletar dois tipos de emoções na mãe: por um lado parece aumentar a sua capacidade de amar o seu bebé; e por outro fica mais nervosa e com dúvidas face à sua capacidade de cuidar da criança. Desta forma, uma das melhores pessoas para a auxiliar é o seu marido, por ser quem melhor a conhece e a pessoa na qual ela mais confia (Galvão, 2006).

O pai parece evidenciar-se como o pilar da mulher, particularmente nos primeiros dias após o nascimento do bebé. Assim, se o pai se conseguir envolver nas três dimensões da sua participação da amamentação, ele estará apto a apoiar a mulher durante o período de amamentação, promovendo a sua prevalência. Ao contrário, um pai pouco motivado e com um baixo nível de conhecimento em amamentação e em tudo o que a envolve, pode levar ao abandono precoce desta, mesmo quando se está perante uma mulher motivada (Franco & Gonçalves, 2014).

Na linha de Costa (2007), apesar de o pai mostrar interesse e disposição em auxiliar a mulher durante o período da amamentação, a falta de conhecimento sobre aspetos práticos da amamentação pode levá-lo a influir na decisão de abandono precoce quando surgem dificuldades. Daí que a educação para a saúde ao pai, no âmbito da amamentação e, especificamente, em cada uma destas três dimensões, deva ser uma prioridade e um objetivo dos profissionais de saúde materno-infantil (Franco & Gonçalves, 2014).

Estes resultados confirmam os vários estudos existentes (Piazzalunga & Lamounier, 2009; Marques et al., 2010) sobre a identificação do pai do bebé como fonte de estímulo positivo na intenção materna de amamentar. Na investigação de Marques et al. (2010) a posição do pai e da família em torno do binómio mãe-bebé parecem influenciar consideravelmente a amamentação. Sob a perceção materna, a presença do pai constitui-se como o suporte de maior relevância para o AM. Eleva-se como um dos principais

motivos para o aumento, incidência e prevalência, ao mesmo tempo que interfere na decisão da mulher de amamentar e contribui para a sua continuidade. Esta investigação revela, ainda, que o conhecimento paterno sobre os benefícios da amamentação assume-se como ferramenta essencial no suporte ao AM.

Também os autores Levy e Bértolo (2012) afirmam que a associação entre o pai residir com a criança e com a mãe e a sua aprovação em relação ao AM, parecem exercer um maior efeito na motivação e na capacidade da mãe para amamentar.

Por fim, relativamente à análise da relação entre a qualidade da amamentação materna (MBFES) e a perceção materna acerca da importância da participação do pai na amamentação (EIPPA), verifica-se a existência de várias correlações positivas e estatisticamente significativas.

Desta forma, os três fatores da EIPPA - participação física, afetiva e doméstica do pai - encontram-se relacionados positivamente com dois dos domínios da MBFES, mais especificamente com o “prazer e papel maternal” e com o “estilo de vida e imagem corporal maternal”, tal como com a escala total. Assim, estes resultados sugerem que, na perceção das mães, a participação do pai nos três fatores da EIPPA parece despoletar sentimentos positivos acerca de aspetos físicos e emocionais vivenciados na amamentação (e.g. sensação maravilhosa, satisfação interior, sentirem-se relaxadas) e afeto e envolvimento mãe-criança (e.g. afeto, experiência materna, confiança como mãe, ligação ao bebé, trabalharem juntos, tornar o bebé mais seguro, importante poder amamentar, ajudar o bebé a ser saudável e a lutar contra doenças). Por sua vez, relativamente ao domínio “estilo de vida e imagem corporal maternal” os resultados sugerem que as mães, ao considerarem a participação do pai muito importante nos três fatores da EIPPA, tendem a ter sentimentos mais positivos acerca da sua forma física e do seu estilo de vida. Isto é, estas mães tendem a: *i*) a adequar a amamentação com outras atividades pessoais; *ii*) a sentirem-se emocionalmente menos esgotadas com a amamentação; ou *iii*) a não se sentirem constrangidas em relação ao seu corpo enquanto amamentaram.

Em suma, há evidência estatística que sustenta uma relação positiva e significativa entre: *i*) a perceção materna acerca da importância da participação do pai na amamentação e *ii*) dois dos domínios que avaliam a qualidade de amamentação percebida pelas mães, mais especificamente, no “prazer e papel maternal” e no “estilo de vida e imagem corporal”. Assim, somente o domínio “satisfação e crescimento da criança” da MBFES não apresenta uma relação estatística significativa com a EIPPA. Estes resultados parecem sugerir que os itens alusivos ao crescimento do bebé, à sua avidez durante a amamentação e às respostas emocionais para mamar, não estão relacionadas com uma perceção materna acerca da importância da participação paterna no AM.

Neste sentido, perante a literatura de suporte e os resultados obtidos neste estudo, a orientação sobre AM deve constituir-se uma importante preocupação dos profissionais de saúde e de todos os intervenientes neste processo, sobretudo o pai. Perante os resultados encontrados, que apontam o

pai como pilar no sucesso da amamentação, constata-se a necessidade de mais investimento dos profissionais em ações educativas direcionadas não só para a mãe, mas para o casal. É necessário incluir o pai, orientá-lo e o encorajá-lo a participar ativamente nas tarefas de apoio à esposa e de cuidados ao filho, desde o pré-natal e ao longo do seu desenvolvimento. Tais ações provavelmente promoverão mudanças nas concepções e, naturalmente, no exercício da paternidade, o que possibilitará o apoio, incentivo e promoção da amamentação, aumentando os índices de AM e favorecendo a saúde das crianças (Piazzalunga & Lamounier, 2011).

Uma experiência de AM positiva está relacionada com o sentimento de gratificação pela promoção do desenvolvimento e bem-estar do filho (Nakano, 2003). A capacidade de gerar um bebê e de o alimentar adequadamente empodera as mulheres no seu papel de mãe. No entanto, no reverso deste poder somam-se as expectativas da sociedade e a necessidade de desenvolver um novo papel em relação à criança (Abuchaim & Silva, 2006). O enfoque da mãe centra-se na responsabilidade e no bem-estar da criança, pelo que a amamentação influencia o papel e a satisfação da mãe. Assim, experiências menos positivas podem comprometer esta relação, em especial, a continuidade do AM. (Ribas, 2014). Por outro lado, a satisfação com o AM pode ser vista pela mulher de diferentes perspectivas, e o significado que lhe é atribuído varia em função das representações que cada mulher exprime (Carrascoza et al. 2011). A vivência destas duas realidades - o papel de mulher e de mãe - envolve a mulher em sentimentos e emoções que marcam a sua forma de estar e de se relacionar com o seu corpo e com o seu companheiro (Ribas, 2014).

Desta forma, a existência de um bom suporte familiar e as características do meio sociocultural são concorrentes para a satisfação na vivência da experiência da amamentação, havendo aspetos que podem ser modificáveis, nomeadamente, através de uma intervenção ampliada a vários sistemas e em vários momentos (Galvão, 2006).

Em síntese, o presente estudo corrobora a literatura existente no que concerne à importância atribuída pelas mulheres à participação do pai do bebê na prática do AM. Há, desta forma, uma necessidade de orientar, incentivar e desenvolver uma maior e mais efetiva participação do pai e da rede familiar neste período específico, no qual a mulher carece de todo o apoio e incentivo. Assim, a preparação do homem para o novo papel de pai é fundamental para que ele compreenda as alterações que ocorrem na dinâmica familiar com a chegada do bebê, e melhorar a sua participação no período da amamentação.

Esta importância da participação do pai na amamentação é reconhecida também no estudo de Franco e Gonçalves (2014) no qual a maioria dos pais reconhece o seu papel durante o período gravídico, nomeadamente no apoio e na divisão de tarefas para o sucesso do AM. Esta intermutabilidade de papéis, ainda que não seja uma realidade universal, tem ocorrido de forma mais significativa nas últimas décadas. De facto, estamos perante uma realidade de um homem e um pai mais participativo na gravidez e no AM, o que permite edificar uma nova era da arte da paternidade.

Conclusão

O leite materno constitui-se como o alimento ideal para os recém-nascidos e lactentes de termo. Salvo raras exceções, é o único alimento específico para a espécie humana. A sua composição perfeita de nutrientes adapta-se às necessidades do lactente, alterando fisiologicamente a sua composição, desde o colostro ao leite maduro. A evidência científica tem demonstrado, através de estudos randomizados e controlados, as múltiplas vantagens para a saúde do bebé e da mãe associadas ao consumo do leite materno, entre as quais se realça um risco inferior de doenças infecciosas (Aguiar et al., 2011). Para além das estimáveis vantagens biológicas desta prática, nas palavras de Sá (2006, in Galvão, 2006) “o aleitamento materno é muito importante, de um ponto de vista relacional, para os bebés, porque é um momento privilegiado de comunhão com a mãe. Podem sentir-se, com intensidade, no mais fundo um do outro. E é desse “bailado” que se criam e se adensam os vínculos (...) E é desta ligação que se dão vida, mutuamente, e se criam laços indestrutíveis (que perduram, num e noutra, para sempre) que vão do fundo do corpo ao fundo da alma”.

É o nascimento do bebé que transforma o casal numa família nuclear e com ela um conjunto de novas responsabilidades. Ser participativo, cooperando nas tarefas de cuidador do bebé, permite ao novo pai, por um lado, ter os sentimentos tradicionais da paternidade, e por outro, dar-se conta dos sentimentos associados ao papel de participante ativo e colaborante. É, por isso, fundamental, desde o pré-natal, incluir o pai, orientando-o e encorajando-o a participar ativamente nas tarefas de apoio à mulher e ao filho, ao longo do seu desenvolvimento. Tais ações, naturalmente, serão promotoras de mudanças nas conceções e, conseqüentemente, no exercício da paternidade, o que viabilizará o apoio, incentivo e promoção da amamentação, aumentando a sua prevalência e, por conseguinte, favorecendo a saúde das crianças (Matos, 2015).

É consensual que o AM se assume como a forma mais adequada, saudável, afetiva e económica de alimentar o bebé. No entanto, é comum que surjam alguns problemas à sua prática pois, apesar de ser biologicamente determinada, a amamentação é fortemente influenciada por questões de ordem biológica, social e psicológica, sofrendo inevitáveis influências psicossociais.

O apoio e colaboração do pai nesta prática assume-se fundamental e contribui na superação dos obstáculos próprios deste período, promovendo o início e a prevalência do AM. É importante ter presente que o estudo do pai no AM é um tema ainda pouco explorado, especialmente a questão da percepção materna acerca da importância do pai na prática da amamentação. Assim, o objetivo primeiro desta investigação foi conhecer a percepção materna acerca da importância da participação do pai na amamentação.

Deste modo, os resultados obtidos permitem concluir que as mães atribuem um grau de importância elevado à participação paterna no AM, tanto no global como nas suas dimensões, com destaque para a dimensão doméstica. No entanto, cada uma das dimensões merece um foco de atenção distinto, devendo ser estudada e analisada com o objetivo de melhor colaborar no

aperfeiçoamento das estratégias de educação para a saúde, no âmbito da amamentação (Franco & Gonçalves, 2014).

Os profissionais de saúde e a comunidade científica em geral parecem ainda subestimar a influência do pai no AM, sendo que o próprio pai parece revelar dificuldades em constituir-se parte integrante desta prática, fortemente associada à exclusividade materna. A participação efetiva, confiante e segura do pai no decurso da gestação, designadamente através do acompanhamento da mãe, é considerado como uma atitude eficiente na promoção do AM e contribuição para o seu sucesso. Parece fundamental alterar procedimentos e ultrapassar preconceitos, fomentando a integração, motivação e promoção da participação mais ativa do pai no AM, contribuindo para uma prática bem-sucedida (Abrantes, 2014).

Desta forma, sugere-se que os profissionais de saúde nas suas práticas profissionais incluam os pais no processo do AM através de medidas educativas direcionadas ao casal. É imprescindível orientar e encorajar o pai a ter um papel ativo nas tarefas de apoio à mulher e nos cuidados ao bebé. Esta assume-se uma medida cientificamente estudada como promotora da amamentação e conseqüentemente da saúde das crianças e dos futuros adultos (Abrantes, 2014).

Em suma, é fundamental que os profissionais de saúde “aprendam a falar com os pais para que eles, ao sentirem-se escutados, aprendam a escutar os seus bebés e para que possamos compreender que pais mal escutados pelos técnicos de saúde são pais com um ouvido “mal educado” para escutar os bebés “ (Sá, 2005, pp.317-318).

A promoção do AM deverá constituir-se numa prioridade de todos aqueles que acompanham os novos pais e os novos bebés a cada dia. Alimentar o bebé com o melhor alimento que a natureza lhe faculta deveria ser um direito de todos os recém-nascidos e bebés, no mínimo até aos seis meses de idade. Nesta linha, “é prioritário que as políticas de saúde tomem a gravidez muito para além das consultas de rotina que a prudência clínica recomenda, e que a gravidez seja o processo que vá do planeamento da gravidez aos dois anos do bebé, de forma que a gestação de uma família acolha e transcenda a idade gestacional do bebé” (Sá, 2003, p.121).

É esperado que este estudo contribua para uma melhor conceção acerca da prática da amamentação, nomeadamente acerca da importância do pai enquanto interveniente elementar neste processo e, ainda, constitua uma linha de orientação para a realização de futuros estudos. É fundamental desenvolver novas investigações que possibilitem aprofundar e clarificar esta temática e atribuir consistência aos dados já existentes, ou reconhecer novas dimensões intervenientes na prática do AM.

A interpretação dos resultados deve, no entanto, ter em consideração as suas limitações, nomeadamente as que residem no questionário sociodemográfico e clínico. De referir, por exemplo, a ausência de algumas questões relativas à duração da amamentação; se seriam primíparas ou não; se conheciam as vantagens do AM para a mãe e para o bebé; se frequentaram aulas de preparação para o parto; ou se tiveram uma experiência de amamentação anterior.

Para além das limitações supramencionadas, o protocolo de investigação poderia incluir uma escala de medida de desejabilidade social, com o objetivo de tornar o seu provável efeito de interferência nos resultados obtidos. Este fenómeno pode ter ocorrido devido ao receio das mulheres em afirmar, por exemplo, que as suas gravidezes não foram planeadas ou desejadas, uma vez que isso poderá criar nelas um sentimento de culpa por acharem esses sentimentos desajustados ou inaceitáveis do ponto de vista social. A introdução desta escala permitiria uma compreensão mais fidedigna dos resultados obtidos nas duas escalas. Considera-se também um fator limitativo a administração do protocolo de investigação num único momento temporal.

No contexto sociocultural e económico contemporâneo, caracterizado por uma ampla diversidade de constelações familiares e de diversas dinâmicas relacionais entre os seus membros, os desafios de transformação assumem-se prioritários.

Assim, apesar das limitações mencionadas, esta investigação não pretende constituir-se num fim em si mesmo, mas antes uma porta de possibilidades de estudos futuros com o objetivo de fomentar a prática do AM, formando os agentes incluídos neste processo, consciencializando-os da importância do seu papel.

Bibliografia

- Abrantes, G. (2014). *Aleitamento Materno - O Papel do Pai*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, Portugal.
- Abuchaim, E. & Silva, I. (2006). Vivenciando la lactancia y la sexualidad en la maternidad: “dividiéndose entre ser madre y mujer”. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 5(2), 220-228.
- Aguiar, H. & Silva, A. (2011). Aleitamento Materno: A Importância de Intervir. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 889-896.
- Alberts, J. & Ronca, A. (2012). The Experience of Being Born: A Natural Context for Learning to Suckle. *International Journal of Pediatrics*. 1-11. doi:10.1155/2012/129328
- Alves, A., Carreto, F., Freitas, S., Costa, F. & Ramos, A. (2010). A representação do papel do Pai no aleitamento materno. *Percursos*, 18, 32-37.
- Alves, S. (2011). *Grupos de apoio "Mãe para Mãe": Percursos e vivências da amamentação e implicações na Educação para a Saúde*. Tese de Mestrado, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Applebaum, R. (1982). Preparação para o aleitamento materno: a preparação pré-natal. *Servir*, 30(6), 321-26.
- Benczik, E. (2011). A importância da figura paterna para o desenvolvimento infantil. *Revista Psicopedagogia*, 28(85), 67-75.
- Bottaro, S. & Giugliani, E. (2008). Exploratory survey of fifth-grade elementary students in relation to breastfeeding. *Caderno Saúde Pública*, 24,1599-608.
- Brazelton, T. & Cramer, B. (1989). *A relação mais precoce*. Lisboa: Terramar.
- Brennan, A., Marshall-Lucette, S., Ayers, S., & Ahmed, H. (2007). A qualitative exploration of the couvade syndrome in expectant fathers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25(1), 18-39.
- Camus, J. (2002). *O verdadeiro Papel do Pai*. Lisboa: Ambar.
- Cardoso, A. (2003). *Representação dos conceitos centrais da Enfermagem num contexto de saúde materna e obstetrícia*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Cardoso, L. (2006). *Aleitamento materno: uma prática de educação para a saúde no âmbito da enfermagem obstétrica*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Carrascoza, K., Júnior, Á. & Moraes, A. (2005). Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 22(4), 433-440. doi.org/10.1590/S0103-166X2005000400011
- Centeno, M. (2005). Puerpério e lactação. In Graça, L. (Ed.), *Medicina Materno Fetal: Fundamentos e Prática Clínica* (pp. 372-380). Lisboa: Edições Técnicas.
- Clifford, J. & McIntyre, E. (2008). Who supports breastfeeding?. *Breastfeed Review*, 16, 9-19.
- Colman, A. & Colman, L. (1994). *Gravidez: a experiência Psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.

- Costa, C. (2007). *Representação do Papel do Pai no Aleitamento Materno*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Coutinho, C. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas* (2ª ed.). Coimbra: Edições Almedina.
- Cruz, (2014). Competências parentais na amamentação: contributos para um modelo de supervisão clínica em enfermagem. In *II Congresso Internacional de Supervisão Clínica Livro de Comunicações & Conferências: Livro de Comunicações & Conferências*, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. pp.29-35.
- Earle, S. (2000). Why some women do not breast feed: bottle feeding and fathers' role. *Midwifery*, 16, 323-30.
- Escobar, A., Ogawa, A., Hiratsuka, M., Kawashita, M., Teruya, P., Grisi, S. & Tomikawa, S. (2002). Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil (Recife)*, 2(3), 253-261.
- Ferreira, I. (2005). Composição do Leite de Mulher, do Leite de Vaca e das Fórmulas de Alimentação Infantil. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 36(6), 277-285.
- Ferreira, L., Leal, I. & Maroco, J. (2010). Sintomatologia de Couvade e o envolvimento paterno vivenciado durante a gravidez. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(2).
- Figueiredo, B. (2003). Vinculação Materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la Salud*, 3(3), 521-539.
- Forster, D., McLachlan, H. & Lumley, J. (2006). Factors associated with breastfeeding at six months postpartum in a group of Australian women. *International Breastfeeding Journal*, 1(18). doi: 10.1186/1746-4358-1-18
- Fortin, M. (2009). *O processo de investigação. Da concepção à realização* (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Franco, J., Gonçalves, V. (2014). Importância da participação do pai na amamentação: construção e validação de um instrumento de medida. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 14, 56-63.
- Galvão, D. (2006). *Amamentação Bem Sucedida: alguns factores determinantes*. Loures: Lusociência.
- Giugliani, E. (1994). Amamentação: como e por que promover. *Jornal de Pediatria. (Rio de Janeiro)*, 70(3), 138-151.
- Gomes-Pedro, J. (2005). A criança no século XXI. In Gomes-Pedro, J., Nugent, K., Young, G., & Brazelton, B. (Eds.), *A Criança e a Família no século XXI* (pp. 23 – 48). Lisboa: Dinalivro.
- Gomez, R. (2000). *Paternidade, gravidez e o “Síndrome de Couvade”*: Estudo exploratório sobre a ocorrência de sintomas somáticos em pais-expectantes portugueses. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal.

- Graça, L. (2010). *Contributos da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno: um estudo quasi-experimental*. Dissertação de Doutoramento, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Henriques, S. & Martins, R. (2011). Aleitamento Materno: O Porquê do Abandono. *Millenium*, 40, 39-51.
- Hill, M. & Hill A. (2002). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Humphereys, A., Thompson, N. & Miner, K. (1998). Intention to breastfeed in low-income pregnant women: the role of social support and previous experience. *Birth*, 25, 169-74.
- Khoury, A., Mitra, A., Hinton, A., Carothers. C. & Sheil, H. (2002). An innovative video succeeds in addressing barriers to breastfeeding among low-income women. *Journal Human Lactation*, 18, 125-31.
- King, F. (1991). *Como ajudar as mães a amamentar* (4^a ed.). Londrina: Universidade Estadual de Londrina.
- Kong, S. & Lee, D. (2004). Factors influencing decision to breastfeed. *Journal Advanced Nursing*, 46, 369-79.
- Lamb, M. (1992). O papel do pai em mudança. *Análise Psicológica*, 10(1), 19-34.
- Lamounier, J. (1996). Promoção e incentivo ao aleitamento materno: Iniciativa Hospital Amigo da Criança. *Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)*, 72(6), 363-368.
- Lamy, L. & Costa, A. (2010). Aleitamento Materno: Papel do Pai. *Revista Clínica Centro Hospitalar Barlavento Médico – Algarve*, 1, 1-8.
- Leal, I. (2005). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim do século.
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés.
- Levy, L. (1996). *O sucesso do aleitamento materno: Contributo de uma intervenção clínica*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Loguércio, M. (2011). Fatores que interferem no Aleitamento Materno (Trabalho de conclusão ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família não publicado). Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil. Recuperado em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3003.pdf>
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística – Com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Maroja, M., Silva, A. & Carvalho, A. (2014). Iniciativa Hospital Amigo da Criança: uma análise a partir das conceções de profissionais quanto às suas práticas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(1), 3-9.
- Marques, E., Cotta, R., Magalhães, K., Sant’Ana, L., Gomes, A. & Siqueira-Batista, R. (2010). A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 1391-1400.

- Martins, C., Abreu, W. & Figueiredo, M. (2014). Tornar-se pai e mãe: um papel socialmente construído. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 121-131. doi: 10.12707/RIII1394
- Matos, N., Oliveira, N., Coelho, M., Dodt, R., Moura, D. (2015). Percepção e apoio dispensado pelo pai na amamentação do aleitamento materno. *Revista de Enfermagem UFPE*, 9(5),7819-7825. doi: 10.5205/reuol.6121-57155-1-ED.0905201511
- Matos, R. (2012). *Antecipação e expectativas face ao tipo de parto*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- May, K. (1982). Three phases of father involvement in pregnancy. *Nursing Research*, 21(6), 337-342.
- Molina, M. (2004). Composición de la leche humana. Lactancia materna: Guia para profesionales. *Comité de lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría*, 5, 59-76.
- Moura-Ramos, M. & Canavarro, M. (2007). Adaptação parental ao nascimento de um filho: Comparação da reactividade emocional e psicossintomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica*, 3(15), 399-413.
- Nakano, A. (2003). As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser o “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. *Caderno de Saúde Pública*, 19(2), 355-363.
- Neto, M. (2006). Aleitamento materno e infecção ou da importância do mesmo na sua prevenção. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 1(37), 23-26.
- Neylander, G. (2006). *Mãe pela primeira vez. Crianças felizes com Leite Materno*. Lisboa: Lua de papel.
- Organização Mundial de Saúde (1990). *Declaração de Innocenti Sobre a Protecção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno*. Florença: OMS.
- Paula, A., Sartori, A. & Martins, C. (2010). Breastfeeding: father’s orientations, knowledge and participation in the process. *Revista Eletrónica Enfermagem*, 12,464-70.
- Pedras, C. (2007). Preparação para a parentalidade. *Servir*, 55(4), 166-169.
- Pereira, M. (2006). *Aleitamento materno: importância da correcção da pega no sucesso da amamentação. Resultado de um estudo experimental*. Loures: Lusociência.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Piazzalunga, C. & Lamounier, J. (2009). A paternidade e a sua influência no aleitamento materno. *Pediatrics*, 31(1), 49-57.
- Piazzalunga, C. & Lamounier, J. (2011). O contexto atual do pai na amamentação: uma abordagem qualitativa. *Revista Medicina Minas Gerais*, 21(2), 133-141.
- Piccinini, C., Silva, M., Gonçalves, T., Lopes, R. & Tudge, J. (2004). Envolvimento Paterno durante a Gestação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 303-314.

- Ramos, C. & Almeida, J. (2003). Breast-feeding: the way it is experienced by women assisted at a pediatrics and maternity hospital in Teresina in the state of Piauí. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, 3, 315-21.
- Relvas, A. (2004). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica* (3ª ed.). Porto: Afrontamento.
- Ribas, C. (2014). *Contributos da Visita Domiciliária de Enfermagem Obstétrica no Sucesso do Aleitamento Materno e Ansiedade Estado aos três meses após o Parto*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Bragança, Portugal.
- Sá, E. (1993). *Psicologia dos Pais e do Brincar*. Lisboa: Fim do Século.
- Sá, E. (2003). *Psicologia do Feto e do Bebê* (3ª ed.). Lisboa: Fim do Século.
- Sá, E. (2005). A Magia do Bebê; Substrato de Saúde e Resiliência. In João Gomes-Pedro (Ed.), *Mais criança, as necessidades irreduzíveis* (pp.317-318). Lisboa: ACSM editora.
- Sá, E. (2006). Prefácio. In: *Amamentação bem Sucedida: Alguns factores determinante*. Loures: Lusociência.
- Sandes, A., Nascimento, C., Figueira, J., Gouveia, R., Valente, S., Martins, S., Correia, S., Rocha, E., & Silva, L. (2007). Aleitamento Materno: Prevalência e Factores Condicionantes. *Acta Médica Portuguesa*, 20(1), 193-200.
- Sarafana, S., Abecasis, F., Tavares, A., Soares, I. & Gomes, A. (2006). Aleitamento Materno: evolução na última década. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 1(37), 9-14.
- Scott, J., Aitkin I, Binns, C. & Aroni, R. (1999). Factors associated with the duration of breastfeeding amongst women in Perth Australia. *Acta Paediatric*, 88, 416-421.
- Serafim, D. (1999). Estudo das opiniões do pai sobre o aleitamento materno e sua participação neste processo. *Revista Brasileira do Crescimento e Desenvolvimento Humano de São Paulo*, 9(1), 18-25.
- Silva, B., Santiago, L., & Lamonier, J. (2012). Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. *Revista Paulista Pediátrica*, 30(1), 122-130.
- Silva, P., Silveira, R., Mascarenhas, M., Silva, M., Kaufmann, C. & Albernaz, E. (2012). A percepção das mães sobre o apoio paterno: influência na duração do aleitamento materno. *Revista Paulista Pediatria*, 30(3), 306-313.
- Silveira, F. & Lamounier, J. (2006). Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha. *Caderno de Saúde Pública*, 22(1), 69-77.
- Sousa, A. (2009). *Investigação em educação*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Tarkka, M., Paunonen, M. & Laippala, P. (1999). Factors related to successful breast feeding by first-time mothers when the child is 3 months old. *Journal Advanced Nursing*, 29,113-8.

Anexos

Anexo 1: Protocolo de investigação

1. Declaração de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Venho, por este meio, solicitar a sua colaboração num projeto de investigação científica, no âmbito do Mestrado Integrado em Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas, pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

O objeto de estudo deste trabalho centra-se no Papel do Pai no Aleitamento Materno. A amamentação constitui uma ponte entre a Natureza e a cultura. No entanto, apesar das especificidades culturais de cada povo, o incentivo à sua prática evidencia-se fundamental. O homem, enquanto pai e companheiro, tem um papel preponderante na saúde materno-infantil. O amparo paterno à mãe assume-se como um importante aliado para o sucesso do aleitamento materno. O objetivo geral desta investigação é conhecer a perceção materna acerca da importância do Pai na amamentação. Para este estudo serão utilizadas duas escalas: a EIPPA (Escala da Importância da Participação do Pai na Amamentação), que avalia a perceção das mães sobre a importância da participação do Pai na amamentação, e a MBFES (Escala de Avaliação Materna da Amamentação), que avalia diferentes aspetos relacionados com a amamentação, baseando-se em critérios identificados por lactantes como importantes na perceção de sucesso na amamentação.

Caso exista alguma dúvida relativamente à sua participação neste projeto, poderá e deverá esclarecê-las com o investigador.

É de salientar, ainda, que a confidencialidade dos dados disponibilizados é assegurada, não sendo revelados os nomes daqueles que colaborarem no estudo. Os resultados gerais obtidos serão apenas utilizados para fins de investigação.

A sua participação é voluntária, pelo que tem o direito de decidir livremente a aceitar, recusar ou desistir deste estudo, em qualquer momento, da sua realização. Se optar por participar, é crucial que não deixe nenhuma questão por responder, respondendo de uma forma sincera e espontânea.

Agradeço, desde já, a disponibilidade.

Declaro que li e concordo com os termos da investigação acima descritos, decidindo, livremente, participar neste projeto de investigação.

Data ____/____/____

Assinatura do respondente:

A Investigadora Responsável: Paula Soraia Ribeiro de Almeida
Assinatura:

2. Inquérito Sociodemográfico

Dados Sociodemográficos

(1) **Código** (iniciais dos seus nomes, exemplo Ana Cristina Silva: ACS): _____

(2) Idade _____ (3) Sexo M F (4)
 Nacionalidade _____

(5) Local de Residência _____ (6)
 Distrito _____

(7) Estado Civil da Mãe

Solteiro (a) Casado (a) Divorciado (a) União de facto

Viúvo

Dados relativos ao seu Bebê

(8) A gravidez foi planeada: Sim Não

(9) A gravidez foi desejada: Sim Não

(10) Idade do Bebê: _____

(11) Hospital onde nasceu:

(12) Tempo de Gestação: _____

(13) Tipo de Parto:

Eutócito (parto normal) Distócito (com recurso a f^c cesariana, etc.)

(14) Esteve acompanhada por algum familiar durante o parto? Sim

Não

(Se sim, quem? _____)

(15) Indique o período de internamento do pós-parto:

(16) Caso exista algum diagnóstico pós-parto, indique qual:

(17) Indique a sua língua materna: _____

(18) Reside em casa:

De familiares Própria Alugada

_____ Outra (Especifique):

Namorado(a) _____

(19) Situação Laboral

Estudante Empregado Reformado/Pensionista

Trabalhador-estudante Desempregado Formação Profissional

Outro _____

(20) Habilitações Literárias do Pai

Nunca frequentou a escola Secundário ou equivalente (12º ano)

Frequência do 1º ciclo Licenciatura

1º ciclo completo (equivalente à 4ª classe) Mestrado/Doutoramento

2º ciclo (equivalente ao 6º ano) Outros _____

3º ciclo (equivalente ao 9º ano)

(21) Profissão do pai:

(22) Habilitações Literárias da Mãe

Nunca frequentou a escola Secundário ou equivalente (12º ano)

Frequência do 1º ciclo Licenciatura

-
- 1º ciclo completo (equivalente à 4ª classe) Mestrado/Doutoramento
- 2º ciclo (equivalente ao 6º ano) Outros _____
- 3º ciclo (equivalente ao 9º ano)
-

(23) Profissão da Mãe

(24) Assinale se sofre de algum dos seguintes problemas médicos e especifique o(s) tipo(s) de problema(s):

- Auditivos Visuais _____ Neurológicos _____
- Psiquiátricos Outros _____
-

(25) Observações:

3. Escala de Avaliação Materna da Amamentação (MBFES)

ESCALA DE AVALIAÇÃO MATERNA DA AMAMENTAÇÃO (Ellen W. Leff, 1994)

(Versão Portuguesa de Garcia Galvão D., 2000)

Nome (iniciais):

Se amamentou mais de um bebé, baseie as suas respostas na experiência mais recente. Considere toda a experiência de amamentação e por favor responda a todas as perguntas.

Indique o seu acordo ou desacordo declarando-o com um círculo na melhor resposta.

		Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
1	A amamentação deu-me satisfação interior	DT	D	SO	C	CT
2	A amamentação proporcionou-me momentos especiais com o meu bebé	DT	D	SO	C	CT
3	O meu bebé não tinha qualquer interesse em mamar	DT	D	SO	C	CT
4	O meu bebé adorou mamar	DT	D	SO	C	CT
5	Para mim foi um fardo ser a principal fonte de alimentação do meu bebé	DT	D	SO	C	CT
6	Senti-me extremamente ligada ao meu bebé quando o amamentei	DT	D	SO	C	CT
7	O meu bebé mamava avidamente	DT	D	SO	C	CT
8	A amamentação foi fisicamente esgotante	DT	D	SO	C	CT

		Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
9	Para mim foi importante poder amamentar	DT	D	SO	C	CT
10	Durante a amamentação o crescimento do meu bebé foi excelente	DT	D	SO	C	CT
11	Eu e o meu bebé trabalhamos em conjunto para que a amamentação corresse calmamente	DT	D	SO	C	CT
12	A amamentação foi uma experiência muito afectiva e maternal	DT	D	SO	C	CT
13	Enquanto amamentei senti constrangimento em relação ao meu corpo	DT	D	SO	C	CT
14	Enquanto amamentei senti-me demasiado presa todo o tempo	DT	D	SO	C	CT
15	Enquanto amamentei preocupei-me com o aumento de peso do meu bebé	DT	D	SO	C	CT
16	A amamentação acalmava o meu bebé quando este estava aborrecido ou chorava	DT	D	SO	C	CT
17	A amamentação era como uma espécie de êxtase	DT	D	SO	C	CT
18	O facto de poder produzir alimento para alimentar o meu bebé foi muito gratificante	DT	D	SO	C	CT
19	No princípio o meu bebé teve problemas com a amamentação	DT	D	SO	C	CT
20	A amamentação fez-me sentir uma boa mãe	DT	D	SO	C	CT
21	Gostei muito de amamentar	DT	D	SO	C	CT

		Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
22	Enquanto amamentei ansiava por retomar a minha forma física	DT	D	SO	C	CT
23	A amamentação fez-me sentir mais confiante como mãe	DT	D	SO	C	CT
24	O meu bebé desenvolveu-se muito bem com a amamentação	DT	D	SO	C	CT
25	A amamentação fez com que o meu bebé se sentisse mais seguro	DT	D	SO	C	CT
26	Pude ajustar facilmente a amamentação do meu bebé com as minhas outras actividades	DT	D	SO	C	CT
27	A amamentação fez-me sentir como se fosse uma vaca	DT	D	SO	C	CT
28	O meu bebé não relaxava enquanto mamava	DT	D	SO	C	CT
29	A amamentação foi emocionalmente desgastante	DT	D	SO	C	CT
30	A amamentação foi uma sensação maravilhosa para mim	DT	D	SO	C	CT

4. Escala da Importância da Participação do Pai na Amamentação (EIPPA)

**ESCALA DA IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO DO PAI NA
AMAMENTAÇÃO (EIPPA)**

(Gonçalves, 2012)

Para cada questão que se segue responda colocando um círculo (O) no número que mais se aproxima da sua opinião.

1- Qual a importância da participação do pai na amamentação para o fortalecimento da relação entre bebê, mãe e pai?

Nada importante	1	2	3	4	5	Muito importante
-----------------	---	---	---	---	---	------------------

2- Qual a importância da presença do pai nas consultas de vigilância Pré-Natal para o sucesso da Amamentação?

Nada importante	1	2	3	4	5	Muito importante
-----------------	---	---	---	---	---	------------------

3- Qual a importância da presença do pai nas Aulas de Preparação para o Parto para o sucesso da amamentação?

Nada importante	1	2	3	4	5	Muito importante
-----------------	---	---	---	---	---	------------------

4- Qual a importância da presença do pai no internamento após o parto para o sucesso da Amamentação?

Nada importante	1	2	3	4	5	Muito importante
-----------------	---	---	---	---	---	------------------

5- Qual a importância da presença do pai enquanto a mãe está a amamentar o bebê?

Nada importante	1	2	3	4	5	Muito importante
-----------------	---	---	---	---	---	------------------

6- Qual a importância do pai conversar com a mãe enquanto ela amamenta o bebê?

Nada importante	1	2	3	4	5	Muito importante
-----------------	---	---	---	---	---	------------------

7- Qual a importância do pai acarinhar a mãe com gestos de ternura enquanto ela está a amamentar?

Nada importante	1	2	3	4	5	Muito importante
-----------------	---	---	---	---	---	------------------

8- Qual a importância do pai falar para o bebê enquanto este está a mamar?

Nada importante	1	2	3	4	5	Muito importante
-----------------	---	---	---	---	---	------------------

9- Qual a importância da ajuda do pai a posicionar o bebê para mamar?

Nada importante	1	2	3	4	5	Muito importante
-----------------	---	---	---	---	---	------------------

10- Qual a importância do pai reconhecer se o bebê está a pegar corretamente na mama?

Nada importante	1	2	3	4	5	Muito importante
-----------------	---	---	---	---	---	------------------

11- Qual a importância da ajuda do pai na execução de trabalhos domésticos, de modo a proporcionar períodos de repouso à mãe que amamenta?

Nada importante	1	2	3	4	5	Muito importante
-----------------	---	---	---	---	---	------------------

12- Qual a importância da colaboração do pai nos cuidados aos filhos mais velhos para apoiar a mãe que amamenta?

Nada importante	1	2	3	4	5	Muito importante
-----------------	---	---	---	---	---	------------------

13- Qual a importância da participação do pai nos cuidados ao bebê (adormecer o bebê, mudar a fralda, dar banho, brincar, etc.) para ajudar a mãe que amamenta?

Nada importante	1	2	3	4	5	Muito importante
-----------------	---	---	---	---	---	------------------

14- Qual a importância das demonstrações de carinho e afecto para com a mãe, durante o período de Amamentação?

Nada importante	1	2	3	4	5	Muito importante
-----------------	---	---	---	---	---	------------------

15- Qual a importância do pai promover momentos de repouso e relaxamento à mãe, durante o período de Amamentação?

Nada importante	1	2	3	4	5	Muito importante
-----------------	---	---	---	---	---	------------------

16- Qual a importância da participação do pai na amamentação para a relação conjugal?

Nada importante	1	2	3	4	5	Muito importante
-----------------	---	---	---	---	---	------------------

17- Qual a importância dos conhecimentos do pai acerca do Aleitamento Materno para a participação na Amamentação do seu filho(a)?

Nada importante	1	2	3	4	5	Muito importante
-----------------	---	---	---	---	---	------------------

18- Qual a importância do alargamento do período de permanência do pai junto da mãe e bebé, no internamento, para a Amamentação?

Nada importante	1	2	3	4	5	Muito importante
------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	-------------------------

Anexo 2: Análise descritiva dos itens das Escalas (MBFES e EIPPA)

1. Análise Descritiva dos itens da Escala MBFES

Tabela 22: Análise descritiva dos itens da escala MBFES

MBFES	Avaliação materna da amamentação								
	%					M	DP	Mo	Mdn
	1	2	3	4	5				
MBFES.1	1.7	1.0	.3	17.3	79.7	4.72	.68	5	5.0
MBFES.2	.7	1.3	.3	12.2	85.5	4.81	.56	5	5.0
MBFES.3*	.7	2.5	.8	19.3	76.7	4.68	.67	5	5.0
MBFES.4	.3	2.5	2.3	17.5	77.3	4.69	.67	5	5.0
MBFES.5*	.5	5.7	2.5	27.8	63.5	4.48	.83	5	5.0
MBFES.6	.7	1.2	2.8	18.2	77.2	4.70	.64	5	5.0
MBFES.7	1.5	9.8	4.3	33.5	50.8	4.22	1.01	5	5.0
MBFES.8*	7.3	41.8	3.5	36.5	10.8	3.01	1.22	2	3.0
MBFES.9	.3	.5	.7	11.5	87.0	4.84	.46	5	5.0
MBFES.10	1.0	7.8	3.3	22.8	65.0	4.43	.95	5	5.0
MBFES.11	.2	3.0	6.8	36.3	53.7	4.40	.76	5	5.0
MBFES.12	.5	2.0	1.7	19.8	76.0	4.69	.65	5	5.0
MBFES.13*	1.7	11.3	5.0	32.7	49.3	4.16	1.05	5	4.0
MBFES.14*	2.5	19.8	6.2	44.5	27.0	3.73	1.13	4	4.0
MBFES.15	3.3	12.5	2.8	49.8	31.5	3.94	1.06	4	4.0
MBFES.16	.5	4.0	2.7	26.5	66.3	4.54	.77	5	5.0
MBFES.17	3.8	15.5	31.2	32.2	17.3	3.44	1.06	4	3.0
MBFES.18	.7	1.2	2.2	22.2	73.8	4.67	.64	5	5.0
MBFES.19*	14.0	28.5	1.5	23.2	32.8	3.32	1.51	5	4.0
MBFES.20	2.0	5.5	7.0	34.0	51.5	4.28	.95	5	5.0
MBFES.21	1.0	2.3	2.0	21.2	73.5	4.64	.72	5	5.0
MBFES.22*	10.3	34.7	13.5	26.2	15.3	3.01	1.27	2	3.0
MBFES.23	1.2	7.5	4.7	35.3	51.3	4.28	.95	5	5.0
MBFES.24	.7	4.3	3.7	26.7	64.7	4.50	.81	5	5.0
MBFES.25	.5	2.0	14.7	32.7	50.2	4.30	.82	5	5.0
MBFES.26	3.8	25.5	6.3	43.5	20.8	3.52	1.18	4	4.0
MBFES.27*	1.8	7.5	8.2	21.0	61.5	4.32	1.02	5	5.0
MBFES.28*	1.7	5.0	1.7	25.7	66.0	4.49	.88	5	5.0
MBFES.29*	2.7	14.8	5.5	35.8	41.2	3.98	1.14	5	4.0
MBFES.30	1.2	3.7	4.2	27.3	63.7	4.49	.83	5	5.0

*itens invertidos

2. Análise Descritiva dos itens da Escala EIPPA

Tabela 23: Análise descritiva dos itens da escala EIPPA

EIPPA	Importância da Participação								
	%					M	DP	Mo	Mdn
	1	2	3	4	5				
EIPPA.1	2.7	4.7	17.0	34.5	41.2	4.07	1.00	5	4.0
EIPPA.2	7.8	10.3	19.0	28.8	34.0	3.71	1.25	5	4.0
EIPPA.3	10.2	9.0	19.2	27.7	34.0	3.66	1.30	5	4.0
EIPPA.4	4.5	5.2	12.8	32.8	44.7	4.08	1.08	5	4.0
EIPPA.5	6.0	8.0	29.3	31.2	25.5	3.62	1.12	4	4.0
EIPPA.6	10.5	14.0	31.5	25.7	18.3	3.27	1.21	3	3.0
EIPPA.7	8.0	11.5	23.8	27.5	29.2	3.58	1.24	5	4.0
EIPPA.8	18.3	19.2	29.0	18.7	14.8	2.93	1.30	3	3.0
EIPPA.9	10.0	13.5	21.5	30.0	25.0	3.47	1.27	4	4.0
EIPPA.10	9.3	7.8	19.3	30.5	33.0	3.70	1.26	5	4.0
EIPPA.11	.8	.2	3.2	26.3	69.5	4.64	.63	5	5.0
EIPPA.12	1.0	.2	4.0	27.2	67.7	4.60	.67	5	5.0
EIPPA.13	1.2	.3	2.7	27.0	68.8	4.62	.67	5	5.0
EIPPA.14	1.5	1.0	5.8	31.2	60.5	4.48	.77	5	5.0
EIPPA.15	1.0	.2	3.7	27.5	67.7	4.61	.66	5	5.0
EIPPA.16	2.3	3.0	14.2	34.5	46.0	4.19	.94	5	4.0
EIPPA.17	2.7	2.5	12.2	33.5	49.2	4.24	.94	5	4.0
EIPPA.18	3.5	2.0	10.8	30.3	53.3	4.28	.98	5	5.0

Anexo 3: Análise da Consistência Interna das Escalas (MBFES e EIPPA)

1. Consistência Interna para a Escala MBFES

Tabela 24: Valores de correlação item-total e de *Alpha de Cronbach* se o item for eliminado para os itens dos domínios da escala MBFES

	Correlação total do item	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for eliminado
Prazer e papel maternal		
MBFES.1	.602	.909
MBFES.2	.649	.908
MBFES.6	.710	.906
MBFES.9	.605	.910
MBFES.11	.503	.912
MBFES.12	.767	.904
MBFES.16	.531	.911
MBFES.17	.551	.914
MBFES.18	.684	.907
MBFES.20	.575	.911
MBFES.21	.797	.902
MBFES.23	.676	.906
MBFES.25	.606	.909
MBFES.30	.788	.902
Satisfação e crescimento da criança		
MBFES.3	.485	.549
MBFES.4	.505	.546
MBFES.7	.466	.531
MBFES.10	.488	.527
MBFES.15	-.208	.613
MBFES.19	.292	.608
MBFES.24	.550	.521
MBFES.28	.292	.585
Estilo de vida e imagem corporal materna		
MBFES.5	.525	.738
MBFES.8	.454	.745
MBFES.13	.449	.745
MBFES.14	.631	.712
MBFES.22	.256	.733
MBFES.26	.492	.737
MBFES.27	.375	.757
MBFES.29	.621	.714

2. Consistência Interna para a Escala EIPPA

Tabela 25: Valores de correlação item-total e de *Alpha de Cronbach* se o item for eliminado para os itens dos domínios da escala EIPPA

	Correlação total do item	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for eliminado
Participação física		
EIPPA.2	.608	.884
EIPPA.3	.556	.880
EIPPA.5	.691	.877
EIPPA.6	.668	.878
EIPPA.7	.719	.874
EIPPA.8	.685	.877
EIPPA.9	.720	.873
EIPPA.10	.713	.874
Participação afetiva		
EIPPA.1	.666	.876
EIPPA.4	.645	.881
EIPPA.14	.693	.874
EIPPA.15	.637	.882
EIPPA.16	.713	.870
EIPPA.17	.731	.868
EIPPA.18	.766	.863
Participação doméstica		
EIPPA.11	.860	.775
EIPPA.12	.729	.888
EIPPA.13	.763	.859

Anexo 4: Diferenças entre médias das escalas em função da região do hospital onde o bebê nasceu

- 1. Avaliação materna da amamentação em função da região do hospital onde o bebê nasceu**

Tabela 26. Médias, desvio padrão, teste de Levene e ANOVA da avaliação materna da amamentação em função da região do hospital onde o bebê nasceu

MBFES	Região Hospital	N	M	DP	Homogeneidade		Anova	
					Levene	p	F	p
Domíni o 1	Norte	114	62.84	7.73	1.986	.079	.825	.532
	Centro	95	62.46	8.48				
	Lisboa/Tejo	311	62.50	7.37				
	Alent./ Alg.	35	64.74	4.81				
	Ilhas	26	63.92	4.65				
	Fora País	19	63.89	6.98				
Domíni o 2	Norte	114	35.20	3.59	1.394	.225	1.892	.094
	Centro	95	33.97	4.67				
	Lisboa/Tejo	311	33.98	4.09				
	Alent./ Alg.	35	34.88	3.92				
	Ilhas	26	34.69	3.73				
	Fora País	19	33.73	4.13				
Domíni o 3	Norte	114	30.21	5.61	1.784	.114	.304	.911
	Centro	95	30.37	6.28				
	Lisboa/Tejo	311	30.05	5.41				
	Alent./ Alg.	35	30.80	5.35				
	Ilhas	26	30.80	3.93				
	Fora País	19	31.10	5.21				
MBFES total	Norte	114	128.26	13.80	1.568	.167	.864	.505
	Centro	95	126.82	15.97				
	Lisboa/Tejo	311	126.53	13.56				
	Alent./ Alg.	35	130.42	10.19				
	Ilhas	26	129.42	10.02				
	Fora País	19	128.73	11.86				

2. Participação do Pai na amamentação em função da região do hospital onde o bebê nasceu

Tabela 27. Médias, desvio padrão, teste de *Levene* e ANOVA da participação do pai na amamentação em função da região do hospital onde o bebê nasceu

EIPPA	Região Hospital	N	M	DP	Homogeneidade		Anova	
					<i>Levene</i>	p	F	p
Fator 1	Norte	114	27.44	8.47	1.379	.230	.276	.926
	Centro	95	28.45	7.39				
	Lisboa/Tejo	311	27.88	7.24				
	Alent./ Alg.	35	28.42	6.85				
	Ilhas	26	28.61	8.40				
	Fora País	19	27.42	7.58				
Fator 2	Norte	114	29.71	5.50	1.301	.262	.581	.715
	Centro	95	30.28	4.31				
	Lisboa/Tejo	311	29.90	5.05				
	Alent./ Alg.	35	30.77	4.38				
	Ilhas	26	28.88	6.37				
	Fora País	19	30.31	4.00				
Fator 3	Norte	114	13.82	1.79	2.667	.213	.984	.426
	Centro	95	13.89	1.71				
	Lisboa/Tejo	311	13.91	1.71				
	Alent./ Alg.	35	13.91	1.83				
	Ilhas	26	13.11	2.86				
	Fora País	19	13.84	1.46				
EIPPA total	Norte	114	70.98	14.45	1.811	.109	.284	.922
	Centro	95	72.63	11.79				
	Lisboa/Tejo	311	71.70	12.65				
	Alent./ Alg.	35	73.11	11.74				
	Ilhas	26	70.61	17.00				
	Fora País	19	71,57	11.86				

Anexo 5: Dados relativos ao diagnóstico pós-parto e aos problemas médicos das mães

Tabela 28. Dados relativos ao diagnóstico pós-parto e aos problemas médicos das mães.

Variáveis	N	%
Diagnóstico pós-parto		
Sim	49	8.2
Não	551	91.8
Se sim, o quê?		
Icterícia	13	2.2
Anemia Materna	7	1.2
Hipertensão Gestacional	3	.5
Sépsis Neonatal	2	.3
Problemas médicos da Mãe		
Sim	102	17
Não	498	83
Se sim, o quê?		
Problemas Visuais	11	11.2
Problemas auditivos	1	1.2
Problemas Psiquiátricos	1	1.2