

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA



**O IMPACTO DO ALEITAMENTO MATERNO NA SAÚDE E BEM-ESTAR DA  
MULHER**

Susana Paula S. V. Rojão

Nº 15455

Dissertação orientada pela Professora Doutora Isabel Leal

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade

2009

Dissertação de Mestrado sob orientação da Professora Doutora Isabel Leal, e apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, ISPA, para a obtenção do grau de Mestre, na especialidade de Psicologia da Gravidez e Parentalidade, conforme Portaria nº 842/2005 de 19 de Setembro, para dar satisfação ao ponto “b” do nº 2 do Artº 5 do Decreto-lei nº 216/92 de 13 de Outubro.

### Agradecimentos

- À Professora Doutora Isabel Leal pela sua orientação, apoio e disponibilidade.
- À Dr.<sup>a</sup> Margarida Fragoso Mendes pela disponibilidade imediata relativamente á autorização para a recolha da amostra.
- À Dr.<sup>a</sup> Isilda Rocha e Enfermeiro Hugo Machado do Centro de Saúde da Penha de França pela disponibilidade e interesse no estudo.
- À Cândida pela disponibilidade, colaboração, paciência e persistência na recolha da amostra.
- À Enf. Liliana, Enf. Claudina e pela colaboração na recolha da amostra.
- À Maria José e Júlio Vintém pelo apoio prestado na recolha da amostra e na revisão ortográfica.
- Ao Tiago Paraíso pela paciência e pelo seu contributo e esclarecimentos acerca da análise estatística.
- Ao João Gonçalves e ao Luís Anselmo pela disponibilidade e apoio prestado na área da informática.
- Ao Carlos, à Leonor e ao Vasco pelo apoio, paciência e compreensão.
- Aos meus pais pela motivação e apoio.
- Aos Amigos, Colegas e a Todos que de forma directa ou indirecta me ajudaram e apoiaram na realização deste trabalho.

## Resumo

As políticas de promoção do aleitamento materno actuais focam-se nos benefícios para a saúde da criança, colocando a mulher num plano secundário, não tendo em conta o seu papel fundamental na escolha e decisão, nem como as suas experiências negativas.

O presente estudo tem como objectivo avaliar o impacto do aleitamento materno na saúde e bem-estar da mulher. O estudo de carácter comparativo visa comparar a qualidade de vida e o bem-estar subjectivo de mulheres que usam diferentes métodos para alimentar o seu filho dos 3 aos 18 meses de idade, tendo em conta a duração de cada método. Um outro objectivo refere-se à necessidade de identificar quais as variáveis sócio-demográficas que influenciam na percepção de qualidade de vida e do bem-estar subjectivo das mulheres. Participam no estudo 106 mulheres com filhos biológicos entre os 3 e os 18 meses de idade a frequentar a Consulta de Enfermagem de cinco Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, sendo avaliadas no que respeita à qualidade de vida (WHOQOL- Bref) e bem-estar subjectivo (Escala de Afectos Positivos e Negativos- PANAS) em função das variáveis tipo de aleitamento e duração do tipo de aleitamento. De acordo com os resultados obtidos, para a variável tipo de aleitamento não se observam diferenças estatisticamente significativas ao nível da percepção de qualidade de vida e bem-estar subjectivo ( $p < 0.05$ ). O mesmo acontece com a variável duração do tipo de aleitamento, ou seja, não se verifica a existência de uma associação estatisticamente significativa para a variável duração do aleitamento exclusivo tanto ao nível da percepção da qualidade de vida como ao nível do bem-estar subjectivo ( $p < 0.05$ ). O mesmo se verifica relativamente ao aleitamento materno misto ( $p < 0.05$ ). Relativamente às variáveis sócio-demográficas: idade, nível de escolaridade, estatuto sócio profissional, paridade, estado civil e apoio recebido no aleitamento, conclui-se que não apresentam uma associação estatisticamente significativa com a percepção de qualidade de vida e bem-estar das participantes ( $p < 0.05$ ). Concluindo, parece não existir uma associação estatisticamente significativa entre o aleitamento materno e a saúde e bem-estar da mulher, podendo ser considerado tal como em estudos anteriores uma crença de saúde.

Palavras-chave: aleitamento materno; saúde; qualidade de vida; bem-estar subjectivo; mulher.

## Abstract

Policies to promote mother breast-feeding current focus on the health benefits of the child, placing the woman in a secondary position, not taking into account its role in the choice and decision, nor her negative experiences.

This study aims to assess the impact of breast-feeding on the health and well-being of women. This study of comparative nature aims to compare the quality of life and subjective well-being of women using different methods to feed her child from 3 to 18 months of age, taking into account the duration of each method. Another objective relates to the need to identify which socio-demographic variables influence the perception of quality of life and subjective well-being of women. The sample of the 106 women with biological children between 3 and 18 months of age attending the outpatient nursing five health centers of the Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo and evaluated with health related quality of life (WHOQOL-Bref) and subjective well-being (Scale of Positive and Negative Affect, PANAS) as a function of the variables type of feeding and duration of type of feeding. According to the results, for the variable type of feeding it was not observed statistically significant differences on the perception of quality of life and subjective well-being ( $p < 0.05$ ). The same is true of the duration of breast-feeding. There is no evidence for the existence of a statistically significant association on the duration of exclusive breast-feeding both in the perception of quality of life and the level of subjective well-being ( $p < 0.05$ ). The same goes for the mothers who breast feed their children, but not exclusively ( $p < 0.05$ ). With regard to socio-demographic variables: age, education level, socio-professional status, parity, marital status and support of breastfeeding, its concluded that there is no statistically significant association with the perception of quality of life and well-being of participants ( $p < 0.05$ ). In conclusion, there seems to be no statistically significant association between breastfeeding and health and welfare of women, and so, that association can be considered, as in previous studies, a health belief.

Keywords: Breast-feeding, woman , health, quality of life, subjective well-being,

## ÍNDICE

<b>Introdução</b>	1
<b>Enquadramento teórico</b>	4
Conceitos: Saúde, Qualidade de Vida e Bem-estar Subjectivo	4
Factores Determinantes do Sucesso/Insucesso do Aleitamento Materno	7
Benefícios do Aleitamento Materno para a Saúde e Bem-estar da Mulher	9
Sexualidade	13
Dimensão Física	14
<b>Método</b>	17
Questão de Investigação	17
Delineamento	17
Participantes	18
Caracterização Sócio-demográfica da Amostra	18
Procedimento	27
Material	28
<b>Resultados</b>	31
Relação entre o Tipo de Aleitamento e Qualidade de Vida	32
Relação entre Tipo de Aleitamento e Bem-Estar Subjectivo	33
Efeito da Duração do Tipo de Aleitamento	34
Efeito da Duração do Aleitamento Exclusivo na Qualidade de Vida	34
Efeito da Duração do Aleitamento Exclusivo no Bem-Estar Subjectivo	35
Efeito da Duração do Aleitamento Misto na Qualidade de Vida.	35
Efeito da Duração do Aleitamento Misto no Bem-Estar Subjectivo	36
Impacto das Variáveis Socio-demográficas na Qualidade de Vida e Bem-Estar Subjectivo	36
Efeito Idade da Mulher	37
Efeito Nível de Escolaridade	37
Efeito do Estatuto Sócio-Profissional	38
Efeito Paridade	38
Efeito Estado Civil	38
Efeito Apoio no Aleitamento	39

<b>Discussão</b>	40
<b>Conclusão</b>	46
<b>Referências</b>	47
<b>Anexos</b>	63

### ÍNDICES DE FIGURAS

Figura 1. Idade das participantes	18
Figura 2. Idade das crianças amamentadas	19
Figura 3. Nacionalidade das participantes	20
Figura 4. Escolaridade das participantes	21
Figura 5. Estado civil das participantes	22
Figura 6. Paridade	23
Figura 7. Tipo de Aleitamento utilizado pelas participantes	24
Figura 8. Duração do Aleitamento Exclusivo	25
Figura 9. Duração do Aleitamento Misto	26
Figura 10. Apoio no Aleitamento Materno	27
Figura 11. Resultados do WHOQOL- Bref	31
Figura 12. Resultados da Escala de Afectos Positivos e Negativos (PANAS)	32

### ÍNDICES DE TABELAS

Tabela 1. Tipo de Aleitamento/ Qualidade de Vida	33
Tabela 2. Duração do Aleitamento Exclusivo/ Qualidade de Vida	34
Tabela 3. Duração do Aleitamento Misto/ Qualidade de Vida	35
Tabela 4. Idade da Criança/ Dimensões da Qualidade de Vida	43
Tabela 5. Idade da Criança/ Bem-estar subjectivo	44

## ÍNDICES DE OUTPUTS

Estatística Descritiva	73
Variável Idade	73
Variável Idade da Criança	73
Variável Nacionalidade	73
Variável Escolaridade	74
Variável Estado civil	74
Variável Paridade	75
Variável Tipo de Aleitamento	75
Variável Duração do Aleitamento Exclusivo	75
Variável Duração do Aleitamento Misto	76
Variável Apoio no Aleitamento	76
Apoio de Quem?	77
Resultados do WHOQOL-Bref	77
Resultados da Escala de Afectos Positivos e Negativos	77
Consistência Interna da Escalas	78
WHOQOL-Bref	78
PANAS	79
Estatística Inferencial	80
Tipo de Aleitamento/ Qualidade de Vida	80
Tipo de Aleitamento/Bem-estar Subjectivo	83
Duração do Aleitamento Exclusivo/ Qualidade de Vida	85
Duração do Aleitamento Exclusivo/ Bem-estar Subjectivo	88
Duração do Aleitamento Misto/ Qualidade de Vida	90
Duração do Aleitamento Misto/ Bem-estar Subjectivo	92
Efeito Idade da Mulher/Qualidade de Vida	94
Efeito Idade da Mulher/Bem-estar Subjectivo	95
Efeito Nível de Escolaridade/ Qualidade de Vida	97
Efeito Nível de Escolaridade/ Bem-estar Subjectivo	99
Efeito Estatuto Socioprofissional / Qualidade de Vida	101
Efeito Estatuto Socioprofissional / Bem-estar Subjectivo	103
Efeito Paridade / Qualidade de Vida	104
Efeito Paridade / Bem-estar Subjectivo	106

Efeito Estado Civil /Qualidade de Vida	107
Efeito Estado Civil /Bem-estar Subjectivo	109
Efeito Apoio no Aleitamento /Qualidade de Vida	111
Efeito Apoio no Aleitamento /Bem-estar Subjectivo	112
Idade da Criança/ Dimensões da Qualidade de Vida	113
Idade da Criança/ Bem-estar Subjectivo	115

## Introdução

O aleitamento materno é considerado como parte integrante do processo reprodutivo sendo definido por um conjunto de processos nutricionais, comportamentais, fisiológicos e psicológicos, envolvidos na ingestão pela criança, do leite produzido pela própria mãe (Araújo & Almeida, 2007).

É considerado na literatura, como um processo multifacetado, do qual fazem parte o bebé, a mãe e a família, abrangendo dimensões biológicas, históricas, culturais, psicológicas e sociais (Almeida & Novak, 2004; Silva 1996; Nakano 2003).

O aleitamento materno tem assumido significados diferentes ao longo dos tempos e nas diferentes culturas, sendo considerado como um comportamento social sofrendo transformações ao longo dos tempos. Cada sociedade, em determinada fase da sua história tem vindo a criar percepções e construções culturais sobre o aleitamento materno (Silva, 1996).

Nos séculos XVII e XVIII o acto de amamentar era considerado ridículo e repugnante, surgindo as amas de leite, opção para as mulheres aristocratas e burguesas, espalhando-se a ideia também pelas mulheres de classes menos favorecidas (Badinter, 1980).

No final do século XVIII com os índices elevados de mortalidade infantil e abandono, houve necessidade de uma intervenção a favor do comportamento materno no seio da família, favorecendo o aleitamento materno como importante para a sobrevivência da criança (Badinter, 1980).

No Século XIX, aparecem evidências científicas dos benefícios do aleitamento materno, associadas a concepções morais, religiosas, naturalistas e higiénicas fomentando a crença da sua importância para a saúde e o bem-estar da criança (Silva, 1996).

O desenvolvimento tecnológico e científico no início do século deu origem ao aparecimento das formas lácteas para todas as idades da criança, tornando-as acessíveis a todas as classes sociais, difundindo-se a prática do aleitamento artificial. Este facto associado às grandes transformações sociais consequentes da revolução industrial conduz a um visível decréscimo do aleitamento materno em detrimento do aleitamento artificial. Ainda segundo o autor as campanhas publicitárias sobre as formas lácteas em conjunto com o apoio dos profissionais de saúde contribuíram fortemente para o declínio da prática do aleitamento materno, favorecendo a mortalidade infantil essencialmente nos países subdesenvolvidos, assim como o desmame precoce (Levy, 2006)

Na década de 80/90 aparece o movimento a favor do aleitamento materno preconizado pela Organização Mundial de Saúde, destacando-se a necessidade de estimular, fomentar e apoiar a sua prática, assim como a promoção da saúde das mulheres em fase de amamentação. Destacaram-se estratégias de intervenção que visam a execução de actividades ao nível da formação dos profissionais de saúde; reorganização dos serviços de atendimento à mulher e à criança e legislação sobre o trabalho da mulher (WHO/UNICEF, 1989). Este movimento conduz á directriz de que todas as mulheres devem ter a oportunidade de alimentar os seus filhos exclusivamente com leite materno até aos seis meses, e como complemento até aos dois anos (WHO, 2003)

Esta directriz dá origem a políticas de promoção do aleitamento materno focadas na crença de benefícios para a saúde do bebé, em detrimento de aspectos individuais e subjectivos da mulher, elemento fundamental em todo o processo. Schmied, Sheehan & Barclay (2001) argumentam que a maioria das pesquisas sobre os benefícios do aleitamento materno se centram nos aspectos físicos, nomeadamente nos benefícios imunológicos para a saúde do bebé, em detrimento da perspectiva da mulher. Muitos estudos centram-se na importância do envolvimento mãe-bebé através do aleitamento materno não salientando as experiências negativas nem as experiências das mães que optam por não o realizar.

Ao nos centrarmos na perspectiva da mulher como elemento fundamental no processo do aleitamento, salientam-se as representações do ser mulher e ser mãe, que também têm vindo a representar um determinado significado no interior das diferentes culturas e a importância do significado que o aleitamento assume para a mulher que amamenta (Araújo & Almeida, 2007).

A maternidade tem sido considerada como um destino natural e inevitável da mulher, sendo esta dotada de uma competência biológica, marcada ao longo dos tempos pela pressão social para que introjecte a figura de uma boa mãe/nutriz, revelando a construção de uma identidade feminina fortemente ligada à maternidade e à amamentação (Mendonça, 2004). Segundo Badinter (1980) a boa mãe é aquela que se preocupa com o seu filho, amamentando-o sempre que deseje, significando assim uma prova de amor.

Estudos realizados sobre o significado do aleitamento materno para a mulher que amamenta marcam uma identidade feminina, expressando a influência deste modelo cultural de boa mãe (Badinter, 1980), associando a maternidade a esta competência natural e inevitável da mulher (Araújo & Almeida, 2007).

A função da mulher, associada à sua competência biológica, é representada pela capacidade de cuidar e proteger o bebé, em que o feminino e o materno se confundem, não

havendo espaço para a individualidade, subjectividade e para o poder de decisão sobre os direitos reprodutivos relativamente ao seu próprio corpo. “ *Faz-se crer á mulher que o seu destino é ser mãe, activando mecanismos de culpabilização quando tal não é o seu desejo, como se esta fosse a única dimensão do feminino*” (Rocha & Leal, 2007; p.32).

Contudo, nos últimos anos assiste-se a um novo olhar sobre a maternidade e amamentação deixando o prisma do determinismo biológico, marcando agora a perspectiva de género, que se refere à definição sócio-cultural do masculino e do feminino em cada sociedade. Esta nova perspectiva realça os direitos reprodutivos da mulher e o poder de decisão sobre o seu próprio corpo, e coloca a figura do pai como uma figura em transição. Que lugar ocupa o homem/pai como cuidador e protector? (Rocha & Leal, 2007)

Pretendemos com o presente trabalho perceber a perspectiva da mulher no enquadramento do aleitamento materno, avaliando os seus benefícios para a sua saúde e bem-estar.

## Enquadramento Teórico

Segundo a literatura a maior parte das barreiras encontradas face à decisão e manutenção do aleitamento materno estão relacionadas com factores que estão relacionados com a saúde e bem-estar psicológico da mulher. Enquanto que para umas mulheres a amamentação é vista e sentida como fonte de prazer e bem-estar, fortalecendo o vínculo afectivo entre mãe-bebé, para outras é sentida como fonte de stress, originando sentimentos ambivalentes que podem ser desruptivos para esta relação (Chen et al 2007).

Sentimentos de perda de liberdade e autonomia; isolamento social; afastamento do pai da relação mãe-bebé; cansaço; dor física; stress, depressão; são entre outras, consideradas variáveis importantes no comportamento da mulher face ao aleitamento e sua manutenção (Araújo & Almeida, 2007).

As políticas de promoção do aleitamento materno actuais focam-se essencialmente nos benefícios para a saúde da criança, colocando muitas vezes a mulher num plano secundário e não tendo em conta o seu papel fundamental na decisão pela permanência ou substituição do leite materno, nem as suas experiências negativas.

### **Conceitos: Saúde, Qualidade de Vida e Bem-estar Subjectivo:**

A noção de saúde tem vindo a sofrer transformações ao longo dos tempos em função do contexto histórico, social, pessoal, científico e filosófico, estando associada aos valores, crenças, conhecimento e actividades de todos os membros de uma sociedade (Ribeiro, 1998).

Segundo Ribeiro (1998) a Segunda Revolução da Saúde marcou uma grande viragem ao nível da conceptualização do conceito de saúde, defendendo-se o retorno a uma perspectiva ecológica com enfoque na saúde, assim como nos comportamentos que se acreditavam estar na origem de determinadas doenças. Ainda segundo o autor, este movimento proporcionou uma aceleração no desenvolvimento da conceptualização da saúde em áreas de intervenção, de avaliação e promoção da saúde e da qualidade de vida.

Por esta ocasião, a Organização Mundial da Saúde (1948) define a saúde como “*estado de bem-estar físico psicológico e social total e não apenas ausência de doença ou incapacidade*”, concepção que engloba o bem-estar geral (físico, psicológico e social) ao contrário do modelo biomédico anterior centrado na presença ou ausência de doença.

Na sequência do movimento anteriormente descrito, os conceitos de Qualidade de Vida, Bem-Estar Subjectivo, Satisfação com a Vida e Felicidade têm sido alvo interesse na

área da saúde, com o objectivo de se avaliar o bem-estar dos indivíduos. Pela subjectividade da sua conceptualização, são conceitos que trazem alguma controvérsia, com tendência para serem utilizados como sinónimos, ambos relacionados com a percepção do indivíduo sobre o seu bem-estar.

Numa perspectiva geral o termo “Qualidade de Vida” foi definido como “*A percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações*” (WHOQOL Group, 1994; p. 28).

No âmbito da saúde o conceito de “Qualidade de Vida” tem sido alvo de muitas investigações, normalmente associado a determinadas doenças ou intervenções específicas da saúde, com objectivo de se avaliar o seu impacto ao nível da qualidade de vida do indivíduo e pela necessidade de existirem indicadores para a avaliação da eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos em diversos tipos de patologias, assim como na comparação de procedimentos para o controle de problemas de saúde (Seidl & Zannon, 2004). Trata-se da avaliação do impacto físico, psicológico e social que determinadas doenças, disfunções ou incapacidades podem ter nos indivíduos, permitindo um melhor conhecimento do doente e da sua adaptação à situação.

Apesar de não existir consenso face à definição do conceito de qualidade de vida, é segundo a literatura um conceito subjectivo, pois depende da avaliação que o sujeito faz da sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida; sendo também um conceito multifactorial, pois engloba vários tipos do funcionamento do indivíduo (físico, ocupacional, estado psicológico, a interacção social, sensações somáticas (Schipper, 1990).

A multidimensionalidade refere-se ao reconhecimento de que este construto é composto por diferentes dimensões, que têm sido objecto de pesquisa científica, em estudos empíricos, usando metodologias qualitativas (Seidl & Zannon, 2004) e quantitativas (WHOOL, 1998).

Segundo WHOQOL (1998) as várias dimensões da qualidade de vida foram validadas, a partir da emergência de quatro factores: físicos (percepção do indivíduo sobre a sua condição física); psicológicos (percepção do indivíduo sobre a sua condição afectiva e cognitiva); sociais (percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adoptados no decurso da vida); ambientais (percepção do indivíduo sobre aspectos diversos relacionados ao ambiente onde vive). Para além destes factores é importante a avaliação da qualidade de vida percebida de uma forma global.

Relativamente ao conceito de Bem-Estar Subjectivo, é recente e abrange vários domínios da psicologia, nomeadamente da psicologia social, da psicologia da saúde e da psicologia clínica. É considerado como uma dimensão positiva da saúde mental (Diener, Suh e Oishi, 1997), englobando conceitos como o de satisfação com a vida, felicidade e o afecto positivo e negativo.

O bem-estar subjectivo é definido por Sirgy (2002) como um estado afectivo duradouro que é composto por três componentes: a experiência acumulada de afecto positivo em domínios da vida salientes, a experiência acumulada de afecto negativo em domínios da vida salientes e a avaliação da satisfação com a vida de uma forma global ou em domínios importantes da vida.

Pode-se considerar que o bem-estar subjectivo está directamente relacionado com uma avaliação cognitiva e afectiva do indivíduo sobre a sua existência. A avaliação cognitiva relaciona-se com o julgamento consciente do indivíduo sobre a sua satisfação com a vida global, ou sobre aspectos ou domínios específicos da vida, como a saúde, corpo, etc. A avaliação afectiva está relacionada com a vivência de emoções positivas ou negativas, que podem ser traduzidas num estado de humor (Giaconi, 2004)

A satisfação com a vida é uma das medidas do bem-estar subjectivo, reflectindo o bem-estar individual, Shin e Johnson (1978) definem este conceito como uma avaliação global da qualidade de vida de um indivíduo de acordo com um determinado critério escolhido por este. No entanto, há autores que consideram que a satisfação com a vida é uma das dimensões da qualidade de vida (Veenhoven, 2000), enquanto outros defendem que a satisfação com a vida é uma resposta à qualidade de vida (Palys & Little, 1983).

O Afecto Positivo refere-se à frequência de emoções positivas num indivíduo (emoções como orgulho, interesse) enquanto que o Afecto Negativo se refere à frequência das emoções negativas (como perturbação, hostilidade). Deste modo, as pessoas que apresentam um bem-estar positivo experimentam uma preponderância de emoções positivas em relação às emoções negativas e avaliam positivamente a sua vida como um todo (McCullough, Heubner, e Laughlin, 2000).

Diener, Suh e Oishi (1997) referem três características que marcam a especificidade do conceito de bem-estar Subjectivo enquanto campo de estudo: trata-se duma avaliação global do bem-estar, que não foca apenas os estados indesejáveis, considerando também importantes, as diferenças individuais que marcam os níveis de bem-estar positivo; o conceito é definido a partir das experiências internas dos indivíduos e o seu campo de estudo interessa-se por estados de bem-estar a longo termo e não apenas ao humor momentâneo.

A evolução do conceito de bem-estar subjectivo tem um marco importante que consiste na diferenciação do conceito de bem-estar psicológico, que constitui outro campo de estudo integrando os conceitos de auto-aceitação, autonomia, controlo sobre o meio, relações positivas, propósito na vida e desenvolvimento pessoal (Galinhas & Ribeiro, 2005).

### **Factores Determinantes do Sucesso/Insucesso do Aleitamento Materno**

As crenças sobre o aleitamento materno, aliadas às políticas de implementação preconizadas pela Organização Mundial de Saúde favorecem a sua alta incidência após os anos oitenta. Segundo Levy (2006) estudos portugueses referem que mais de 90% das mães portuguesas iniciam o aleitamento materno, no entanto mais de metade destas mães não o consegue manter para além do primeiro mês de vida da criança. Embora muitas mulheres percepcionem os benefícios do aleitamento materno, não se sentem seguras a ponto de adoptá-lo como único alimento durante o tempo que é indicado, havendo uma enorme tendência para o desmame precoce (Araújo & Almeida, 2007).

O cansaço físico e psicológico, a dificuldade de adaptação aos novos papéis, a insegurança de alimentar o bebé, os tabus sexuais, pudor de alimentar em público, as crenças infundadas sobre alegados efeitos inestéticos são entre outros considerados como factores responsáveis pelo insucesso da amamentação (Cardoso, 2006).

Segundo uma revisão da literatura, a escolha e duração do aleitamento materno estão fortemente condicionadas por factores culturais, sociais e psicológicos (Kong & Lee, 2004) sendo fortemente influenciada por factores demográficos e culturais tais como: idade, educação, etnia, estado civil e estatuto profissional (Scott et al 2006, Yeoh et al, 2007); factores psicossociais como: o tempo que a mãe foi alimentada, as preferências alimentares dos avós, atitudes parentais face à amamentação (Jones, 1987; Scott et al 2006; Isabella & Isabella, 1994, Kong & Lee, 2004), estilos de vida da mãe (Barnes et al, 1997, Krongborg & Vaeth, 2004, Yeoh et al, 2007), suporte conjugal, familiar e social (Freed et al, 1992, Joh, 1998, Shepherd et al, 2000, Scott et al, 2006, Earle, 2000, Arora et al 2000, Mc Intyre, 2001, Colin & Scott, 2002, Rempel & Rempel, 2004, Kong & Lee, 2004) atitudes dos técnicos de saúde e o tipo de práticas hospitalares (Isabella & Isabella, 1994, Scott et al 2006, Marinho & Leal, 2004) e factores biomédicos como: paridade (Taylor, Risica & Cabral, 2003); tipo de parto; género da criança e estado de saúde da criança (Scott et al 2006).

Os estudos empíricos comprovam que os factores que têm mais peso na decisão e manutenção do aleitamento dizem respeito à idade, nível de educação e atitude da mãe face ao

aleitamento materno, assim como o nível de apoio prestado pelo companheiro, família e serviços de saúde. As diferenças e os aspectos culturais assumem grande importância no processo de decisão (Kronborg & Vaeth, 2004).

A maior parte dos estudos relacionam a idade materna mais jovem à menor duração do aleitamento (Zimmerman & Guttman, 2001), muitas vezes associada a um nível de educação mais baixo. Quanto maior for o nível educacional, maior o acesso à informação sobre as vantagens do aleitamento, favorecendo a adoção de atitudes mais positivas (Faleiros, Trezza & Carandina 2006; Yeoh, Eastwood, Phung & Wofenden, 2007).

O Apoio do companheiro e dos familiares parece assumir grande importância, exercendo uma influência positiva na duração do aleitamento materno (Litman, Medendorp & Goldfarb, 1994; Earle, 2000; Rempel & Rempel, 2004; Carrascoza, Júnior & Moraes, 2005). A atitude positiva do pai exerce um efeito na motivação e na capacidade da mãe para amamentar. Contudo muitos pais sentem-se excluídos da relação mãe-bebê (Brito & Oliveira, 2006), sentindo uma diminuição da qualidade da relação conjugal, essencialmente por haver interferências ao nível da relação sexual do casal (Coman & Colman, 1994), situação que pode conduzir a uma atitude negativa da parte do pai face à amamentação.

Para Jordan (1986) a amamentação pode ser considerada um factor de risco para a relação de casal e a vinculação entre o pai e a criança. Neste sentido há necessidade de envolver o pai nas acções de promoção do aleitamento materno de forma a incluí-lo como fundamental em todo o processo (Jordan, 1986; Rempel & Rempel, 2004) de forma a prevenir situações de risco.

Li, Kendall, Henderson, Downie, Landsborough & Ody (2008) referem que independentemente dos factores sócio-demográficos e biomédicos, as situações traumáticas geradoras de stress na gravidez, como a separação/divórcio, problemas conjugais e ou financeiros causam infelicidade, diminuição do bem-estar e podem ser a causa do insucesso do aleitamento.

Segundo Chen et al (2007); Zimmerman & Guttman (2001) o apoio recebido pelo companheiro e a estabilidade conjugal relaciona-se positivamente com a duração do aleitamento e o aumento da qualidade de vida e bem-estar das mulheres que amamentam.

Os Avós também assumem um papel importante no aleitamento materno, podendo interferir tanto positivamente como negativamente em todo o processo (Grassley & Eschiti, 2008). As mães necessitam do apoio das suas próprias mães, contudo as suas opiniões e conceitos podem ser reflexo de crenças não protectoras do aleitamento materno (Grassley & Eschiti, 2008).

Giuliani & Kummer (2005) e Cardoso (2006) concluem que a influência dos avós pode ser negativa, pois muitas das vezes são responsáveis pelo aumento dos níveis de stress, inculcando sentimentos de insegurança no que diz respeito às suas competências para amamentar.

A atitude dos técnicos de saúde que acompanham as mães no processo de aleitamento materno tem sido determinante e acaba por exercer influência na decisão e manutenção deste comportamento (Kistin, Benton, Rao, & Sullivan, 1990; Reiff & Essock-Vitale, 1985), podendo contribuir para um melhor ajustamento a esta fase de vida. Contudo, as atitudes negativas e as crenças desadequadas dos profissionais de saúde face ao aleitamento materno podem influenciar o apoio às mães e interferir no processo (Barnett, Sienkiewicz & Roholt, 1995). A amamentação é um processo complexo abrangendo o domínio do psicológico e do social, havendo muitas vezes dificuldade da parte destes técnicos para abordar estas questões, focalizando-se apenas na crença dos benefícios para a saúde da mãe e do bebé, em vez de terem em conta a experiência psicológica social e mesmo cultural de cada mulher. Estas atitudes podem muitas vezes aumentar a culpabilidade da mulher que não consegue ou não quer amamentar, prejudicando, inevitavelmente a relação com o seu bebé.

A influência do factor paridade na decisão do aleitamento é discutível na literatura (Faleiros, Trezza & Carandina 2006), existindo estudos que sugerem que as primíparas estão mais motivadas para iniciar o aleitamento, contudo costumam mantê-lo por menos tempo, introduzindo mais precocemente o aleitamento artificial e os alimentos complementares; relativamente às múltíparas, existe uma forte associação ao modo como os seus anteriores foram alimentados.

As mães que tiveram uma experiência anterior positiva, provavelmente terão mais facilidade para estabelecer o processo mais facilmente com os filhos posteriores (Faleiros, Trezza & Carandina 2006).

### **Benefícios do Aleitamento Materno para a Saúde e Bem-estar da Mulher**

Relativamente aos benefícios do aleitamento materno para a saúde e bem-estar da mulher existe pouca literatura (Rea, 2004), sendo a maior parte considerada inconclusiva e inconsistente (Cardoso, 2006).

Como foi referido anteriormente, pesquisas qualitativas mostram que o aleitamento materno é considerado por algumas mulheres como uma experiência gratificante e promotora

de bem-estar, enquanto que para outras é uma experiência desagradável e geradora de stress podendo ser disruptiva para a mulher (Wilkinson & Scherl, 2006; Chen et al, 2007)).

A literatura empírica que estuda a relação entre o aleitamento materno e a qualidade de vida e bem-estar das mulheres é escassa, existindo um único estudo que estuda directamente a relação entre o tipo de alimentação e a percepção de qualidade de vida da mulher. Chen et al (2007), autores do referido estudo, concluem existir uma relação positiva entre a qualidade de vida percebida pelas mães e o aleitamento materno. Segundo os autores as mães que amamentam por seis meses ou mais, referem ter maior qualidade de vida do que as que amamentam por menos de seis meses ou que nunca amamentaram. Ainda na perspectiva dos autores, as mães que amamentavam por seis meses ou mais apresentam pontuações mais elevadas em termos de funcionamento físico, saúde mental e saúde em geral, comparando com as mães que amamentavam por menos tempo.

Também Noor & Rousham (2008), nesta linha de pensamento, exploraram a relação entre a alimentação infantil e o bem-estar emocional das mulheres do Bangladesh e Paquistão, concluindo que o aleitamento materno constitui um importante mediador de bem-estar emocional para a mulher no período do pós-parto, apesar de existirem variáveis sócio-demográficas que podem interferir nos resultados.

Alguns estudos salientam a importância do aleitamento materno como um factor protector para a saúde mental da mulher no período do pós-parto, na medida em que promove a diminuição do stress e ansiedade (Mezzacappa, Myers, Katkin, Yue & Sloan, 2000; Mezzacappa & Katkin, 2002; Mezzacappa & Endicott, 2007; Kendall-Tackett, 2007; Groer & Faan, 2005; Groer & Davis, 2006) diminuindo o risco de depressão (Mezzacappa, Guthlein e Katkin, 2002; Groer & Faan, 2005; Groer & Davis, 2006; Kendall-Tackett, 2007; Mezzacappa & Endicott, 2007). A acção das hormonas oxitocina e prolactina decorrentes da lactação explicam este fenómeno. Durante o aleitamento os níveis de oxitocina aumentam consideravelmente havendo uma relação positiva com o humor e as emoções, havendo uma associação positiva entre a amamentação e a presença de humor e afectos positivos (Mezzacappa, Guthlein e Katkin, 2002; Groer & Davis, 2006; Mezzacappa & Endicott, 2007; Noor & Rousham, 2008).

Descobertas recentes têm indicado que outros factores como a paridade podem influenciar a associação entre aleitamento e diminuição da resposta ao stress (Mezzacappa & Endicott, 2007; Tu, Lupien & Walker, 2005). Segundo os autores existe evidência científica para o facto de que as mulheres múltíparas apresentem menores níveis de ansiedade e diminuição das respostas ao stress, comparando com as mulheres primíparas. O número de

nascimentos assume importância essencialmente pelas transformações hormonais e a sua relação com os níveis de serotonina no organismo da mulher.

Existe também uma relação positiva entre a frequência e a duração da amamentação e os efeitos ao nível do bem-estar da mulher (Mezzacappa, Guthlein e Katkin, 2002), explicada pelos elevados níveis de oxitocina e prolactina decorrentes do aleitamento exclusivo e de longa duração.

Mezzacappa, Guthlein & Katkin (2002) encontraram uma associação positiva entre o aleitamento materno e uma menor quantidade de visitas ao médico devido a problemas psicológicos nas mulheres.

Relativamente à associação entre o aleitamento materno e a saúde mental existe alguma controvérsia, na medida em que existem estudos que revelam a ausência de associação entre a amamentação e a depressão (Lucas et al, 2000) negando também a evidência de que a duração da amamentação interfere positivamente na diminuição da depressão (Henderson et al, 2003; Taveras et al, 2003; Hatton et al, 2005; Pippins et al, 2006).

Wilkinson & Scherl (2006) realizaram um estudo em que avaliavam a saúde mental, vinculação materna e estilos de vinculação entre mulheres que realizavam aleitamento materno e mulheres que realizavam aleitamento artificial dos 4 aos 6 meses da criança, concluindo não existir diferenças no respeito à saúde mental e vinculação materna. Os resultados sugerem que o estilo de vinculação segura está relacionado positivamente com a saúde mental da mãe.

Na perspectiva dos autores anteriormente mencionados os estudos realizados sobre a relação entre a amamentação e bem-estar da mulher não apresentam grande validade empírica devido aos instrumentos utilizados, existindo poucos estudos que avaliam as várias dimensões de bem-estar importantes nesta fase, como o cansaço da mulher, sono e resposta sexual. Outra limitação diz respeito ao período em que estas mulheres são avaliadas.

Muitos problemas decorrentes do aleitamento podem dar origem a distúrbios emocionais e aumento de stress (Wockel, Beggel, Gensch & Abou-Dakn, 2007). Segundo os autores, a construção social do “leite fraco” ou “insuficiente” e a mastite puerperal, considerados os problemas mais comuns da amamentação, podem ter como factor principal elevados níveis de stress, dado que excessiva actividade ao nível do sistema nervoso pode bloquear a produção do leite e a lactação (Gorewit & Aromando, 1985 cit por Mezzacappa, Guthlein e Katkin, 2002; Vorherr, 1971, cit por Mezzacappa, Guthlein e Katkin, 2002).

O choro do bebé é muitas vezes associado ao mito do “leite insuficiente”, o que leva a sentimentos de insegurança e frustração para a mulher (Gusman, 2004; Silva, 1990; Kong &

Lee, 2000). A dor e o desconforto inicial no estabelecimento do processo do aleitamento materno, podem originar elevados níveis de stress que por sua vez são transmitidos ao bebé dificultando a sucção dando origem a problemas mamários que por sua vez, podem aumentar os níveis de stress e frustração (Wockel, Beggel, Gensch & Abou-Dakn, 2007). Problemas que podem ser evitados com as medidas preventivas no decurso da gravidez e pós-parto. (Ramos & Almeida, 2003).

Uma série de estudos qualitativos visam perceber as vivências das mulheres que amamentam e por consequência o seu impacto ao nível do bem-estar. Segundo Araújo & Ameida (2007) o cansaço físico e psicológico, a perda de liberdade, a solidão, bem como a sobrecarga que a amamentação representa são considerados factores desencadeantes do desmame precoce e que interferem significativamente na construção do bem-estar da mulher. Segundo Silva (1990) a amamentação pode dar origem a sentimentos contraditórios e ambivalentes na mulher. Por um lado sensação de prazer e ao mesmo tempo angústia e stress. O autor refere-se à amamentação como uma situação obrigatória que ao mesmo tempo envolve prazer.

A mulher tem dificuldade ao nível da tomada de decisão pelos vários papéis que lhe são impostos e pela necessidade de responder adequadamente ao seu dever materno. É como se sentisse cobrada pela sociedade, que valoriza excessivamente a maternidade e vê a amamentação como uma virtude natural e inevitável (Nakano, 1996; Nakano, 2003). A mulher deseja cumprir com todas as tarefas da maternidade, contudo estas não se ajustam às necessidades profissionais, gerando muitas vezes sentimentos de angústia e culpabilidade (Gusman, 2004).

A fase inicial do estabelecimento do aleitamento materno coincide com o período do pós-parto, período que segundo Figueiredo (2001) está relacionada com uma diminuição ao nível do bem-estar da mulher, devido ao facto de esta se ter de adaptar a todo um conjunto de mudanças que se verificam ao nível biológico, psicológico, conjugal e familiar. Segundo a autora esta adaptação pode resultar num desequilíbrio, tanto quanto pode resultar no desenvolvimento e aquisição de novas competências psicológicas e sociais.

Segundo Figueiredo (2001) ao nível biológico nos dias que seguem o parto, acontecem alterações hormonais significativas e determinantes do bem-estar; ao nível psicológico existem mudanças na sequência do nascimento de um bebé, essencialmente no que diz respeito á autonomia e identidade da mulher, que têm de ser gradualmente integradas na sua personalidade.

Ao nível conjugal e familiar, vários estudos longitudinais levados a cabo desde a década de oitenta, acompanhando casais no seu processo de transição para a parentalidade, revelam a presença de mudanças negativas em diversos aspectos da adaptação de mulheres e homens, enquanto indivíduos e enquanto casal: alterações nos níveis de stress, divisão das tarefas domésticas, diminuição do tempo livre e, numa conclusão comum a quase todos os estudos, declínio da satisfação conjugal (Oliveira, Pedrosa & Canavarro, 2005). Mesmo quando a relação conjugal é forte e estável, ela irá necessariamente sofrer perturbações e influências negativas nos primeiros tempos, sendo as mais frequentes um decréscimo na vida sexual e na atenção mutuamente disponível entre os dois elementos. Perante o excesso de tarefas, cansaço, a ansiedade e a preocupação centradas na capacidade de exercer os novos papéis, marido e mulher olham menos um para o outro e mais para o seu bebé (Relvas, 1996; Relvas & Lourenço, 2001).

Quando se trata do primeiro filho, a adaptação a esta situação é mais exigente, sentida como uma “revolução” afectiva na vida dos pais, acompanhada por uma redistribuição de papéis, funções e imagens identificatórias a três níveis fundamentais: no seio do próprio casal, nas relações entre este e as famílias de origem e nas relações com os contextos envolventes mais significativos, obrigando à redefinição de limites ou fronteiras face ao exterior (Relvas, 1996). Se por outro lado, já existirem filhos, existe a necessidade de reavaliar e reestruturar a sua relação com estes, de forma a incluir o novo elemento na identidade materna/paterna e na rede complexa de relações familiares.

## **Sexualidade**

Na perspectiva da sexualidade feminina, as alterações físicas e psicológicas resultantes do estabelecimento do aleitamento materno conduzem a uma reestruturação à qual, tanto a mulher como o casal tem de se adaptar.

No primeiro ano de vida da criança existe uma diminuição do desejo e da frequência da actividade coital (Sydow, 1998) existindo um declínio mais acentuado nas primeiras seis a oito semanas, na maior parte das vezes associado à dor física provocada pelas sequelas do parto, às tarefas da parentalidade e também à amamentação. O ajuste às mudanças de papéis sociais durante o processo de transição para a parentalidade, a satisfação marital, o cansaço e as mudanças associadas ao nascimento do bebé podem ser justificativas deste declínio (Dejudicibus&McCabe, 2007).

Segundo Pereira (2003); Cunningham et al. (1993) as alterações hormonais responsáveis pela produção do leite, conduzem à inibição do desejo sexual. A par das transformações hormonais, a mulher sente novamente transformações corporais que inconscientemente podem conduzir à rígida clivagem entre as duas funções do seio: a função erótica e a função maternal. O seio materno torna-se como que intocável quer para o homem quer para a mulher, perdendo o seu valor erótico e gerando situações de desconforto podendo por em causa a continuidade da amamentação (Pereira, 2003) assim como o papel de mãe e mulher. Segundo a autora a dupla função exercida pelo seio pode dar origem a sentimentos contraditórios, tendo como base a construção de uma nova identidade sexual (mãe/mulher), sendo para muitas mulheres difícil conjugar o exercício da sexualidade com o acto de amamentar.

O prazer associado à amamentação, é sentido para algumas mulheres com grande sentimento de culpa, conduzindo de uma forma inconsciente ao chamado “mito do incesto”podendo conduzir, também à descontinuidade da amamentação. O homem por sua vez pode ter acesso a fantasias inconscientes (mãe/mulher) levando-o à falta de desejo e proximidade durante todo o período da amamentação (Pereira, 2003)

Segundo Master & Johnson (1966) existem explicações psicológicas para as alterações da sexualidade no período da amamentação. Segundo os autores, as mulheres que estão a amamentar têm as suas necessidades eróticas satisfeitas pela experiência de contacto e toque que o aleitamento materno privilegia, deixando-a menos disponível física e psicologicamente para a intimidade com o companheiro e para a relação conjugal.

### **Dimensão Física**

Os estudos realizados sobre os benefícios do aleitamento para a saúde física da mulher não são conclusivos e muitos deles também são inconsistentes, dado a dificuldade em avaliar os seus efeitos a longo prazo.

Segundo a literatura o aleitamento materno é considerado como um factor protector para o aparecimento de algumas doenças, nomeadamente o cancro da mama, cancro do epitélio ovariano, certas fracturas ósseas por osteoporose, artrite reumatóide e é importante para o retorno do peso pré-gestacional (Rea, 2004).

Uma série de estudos epidemiológicos tem estudado a relação entre o aleitamento materno e o risco de *cancro da mama* (Tryggvadottir, 1994; Lipworth et al, 2000; Romieu et al, 1996; Olaya-Contreras et al, 1999; Labbok, 2001; Enger et al, 1997; Pinnette e Gilles,

2003; Yang, Jacobsen e Kathryn, 2008; Phipps et al, 2008; Huo et al, 2008; Martin et al, 2008.

Alguns estudos sugerem que a associação entre a amamentação e diminuição do risco de cancro da mama são inconclusivos (Zheng et al, 2001; Yang, Jacobsen e Kathryn, 2008) ou não têm uma relação absoluta, havendo outras variáveis importantes a considerar, nomeadamente a duração da amamentação e idade precoce da primeira gravidez (Wernli, Yinghui, Yingye, Potter & Newcomb, 2009). Outros factores reprodutivos estão associados ao risco reduzido do cancro da mama em que as variáveis, paridade, idade do primeiro filho, idade da menarca e lactação estão associadas á diminuição do risco (Ursin et al, 2005; Narod, 2006; Pinnette e Gilles, 2003).

Existe pouca empiria que comprova a associação entre amamentação e diminuição do risco do **cancro do ovário**, sabendo-se que a supressão da ovulação causada pela amamentação prolongada poderá ser um factor protector para o aparecimento deste tipo de cancro (Riman et al; 2002). Chiaffarino et al, (2001), concluem não existir relação entre o aleitamento materno e diminuição do cancro do ovário.

Estudos mostram que, em ordem decrescente de significância, que os factores de protecção associados ao cancro do ovário são: uso de contraceptivos orais; gravidez e amamentação; histerioectomia; ooforectomia; e a não exposição a agentes comprovadamente associados à doença: terapia de reposição hormonal e medicamentos utilizados na infertilidade (Rea, 2004).

Relativamente à associação entre a amamentação e *diminuição de fracturas por osteoporose* os estudos são inclusivos (Michaelsson et al, 2001; Alderman et al, 1986; Cumming et al, 1993), assim como os estudos realizados relativamente ao papel da amamentação como factor protector da artrite reumatóide (Rea, 2004).

A prática da amamentação exclusiva até aos seis meses tal como preconizada pela Organização Mundial de Saúde contribui para a perda de peso mais rápida das mulheres (Cohen et al, 1995; Gigante & Barros, 2001), pois facilita a involução uterina, devido ao aumento transitório de oxitocina produzida durante a amamentação, diminuindo o risco de hemorragias e de infecções pós-parto (Cardoso, 2006). Relativamente a esta matéria as evidências científicas mostram-se inconclusivas, havendo uma relação complexa entre a redução de peso no pós-parto e o tipo de alimentação do bebé (Gigante & Barros, 2001). Para Hatsu, Mc Dougald & Anderson (2008) o aleitamento exclusivo promove a perda de peso mais rápida devido ao gasto de energia evidenciado neste processo. Contudo existem estudos que não comprovam esta associação, negando as diferenças ao nível do peso entre mulheres

lactantes e não lactantes, apenas existindo pequenas diferenças a curto prazo resultantes da actividade hormonal, que podem ser facilmente alteradas por factores ambientais (Butte & Hopkinson, 1998).

Segundo Heinig & Dewey (1997) o aleitamento materno conduz a uma mais rápida involução uterina através da acção da oxitocina, conduzindo também a perda de peso. No entanto não existem dados que comprovem os efeitos a longo prazo nomeadamente ao nível da prevenção da obesidade. Vários estudos, incluindo um da Organização Mundial de Saúde, concluem existir apenas um pequeno efeito protector do aleitamento face à obesidade na idade adulta (Adair, 2009).

Como se pode constatar pela evidência científica, também relativamente à dimensão física da saúde, não existe uma relação totalmente positiva com o aleitamento materno.

## Método

### Questão de Investigação

Pretende-se avaliar qual o impacto do aleitamento materno na qualidade de vida e bem-estar da mulher, comparando a qualidade de vida e o bem-estar subjectivo de mulheres que usam diferentes métodos para alimentar o seu filho entre os 3-18 meses de idade.

Será que as mulheres que realizam o aleitamento exclusivo têm uma maior qualidade de vida e um mais elevado nível de bem-estar subjectivo, do que as mulheres que optam por não amamentar?

Será que as mulheres que amamentam exclusivamente os seus filhos por um período maior de tempo têm maior qualidade de vida e um mais elevado nível de bem-estar subjectivo, do que as mulheres que não amamentam ou que amamentam por um curto período de tempo?

Será que existem diferenças na qualidade de vida e bem-estar subjectivo em função das variáveis sócio-demográficas?

Estas são as questões a que se pretende responder com o presente estudo, tendo em conta os seguintes objectivos:

- Comparar a qualidade de vida e o bem-estar subjectivo de mulheres que usam diferentes métodos para alimentar o seu filho dos 3 aos 18 meses de idade.
- Identificar variáveis que influenciam a qualidade de vida e bem-estar subjectivo de mulheres que usam diferentes métodos para alimentar o seu filho dos 3 aos 18 meses de idade.

### Delineamento

O estudo enquadra-se nos estudos de carácter comparativo e correlacional, comparando e correlacionando os indicadores de qualidade de vida e bem-estar subjectivo, com as variáveis sócio-demográficas, em função do tipo de amamentação e a sua duração.

## Participantes

A amostra é constituída por 106 mulheres, mães de crianças de idades compreendidas entre os 3 meses e os 18 meses de idade, que frequentam a Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil de cinco Centros de Saúde da Sub – Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, em que os únicos critérios de inclusão são: saber ler e escrever, ter idade igual ou superior a 14 anos e não ter doença crónica.

A escolha da idade das crianças (3-18 meses) teve em conta a directriz da OMS (2003) que refere que todas as mulheres devem ter a oportunidade de alimentar os seus filhos exclusivamente com leite materno até aos seis meses, e como complemento até aos dois anos. Exclui-se da amostra a faixa etária que vai do nascimento até aos três meses por coincidir com o período do puerpério, em que a mulher passa inevitavelmente por um período de menor bem-estar quer físico quer psicológico (Figueiredo, 2005).

Trata-se de uma amostra não probabilística por conveniência, uma vez que a probabilidade de qualquer mulher ser inserida na amostra é desconhecida, e porque a amostra é escolhida por conveniência do investigador.

## Caracterização Sócio-demográfica da amostra

Relativamente à idade das participantes, distribui-se a variável da seguinte forma:

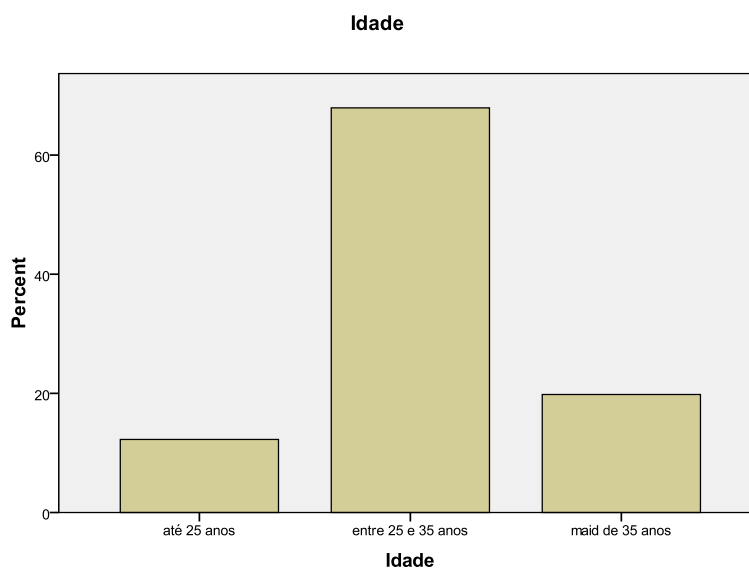


Figura 1. Idade das participantes

Relativamente à idade das crianças amamentadas sabe-se que 34% destas mulheres tinha filhos de idades compreendidas entre os 3 a 6 meses de idade; 15% entre os 6 e 9 meses e 50,9% os 9 e os 18 meses (idade limite das crianças); (ver Figura 2).

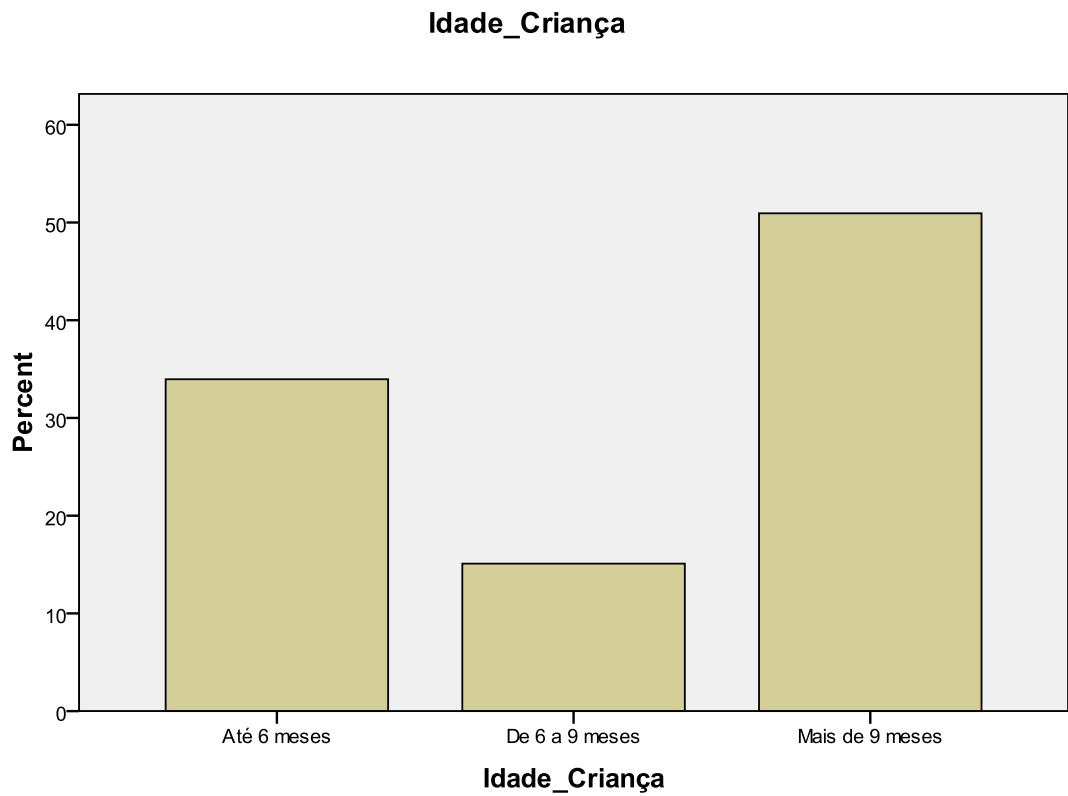


Figura 2. Idade das crianças amamentadas

Relativamente à nacionalidade, 87,7% dos sujeitos da amostra têm nacionalidade Portuguesa; 5,7% têm nacionalidade Brasileira; 1,9% tem nacionalidade S.Tomense; 0,9 % tem nacionalidade Angolana; 2,8% tem nacionalidade Romena e 0,9 tem nacionalidade Ucraniana (ver Figura3).

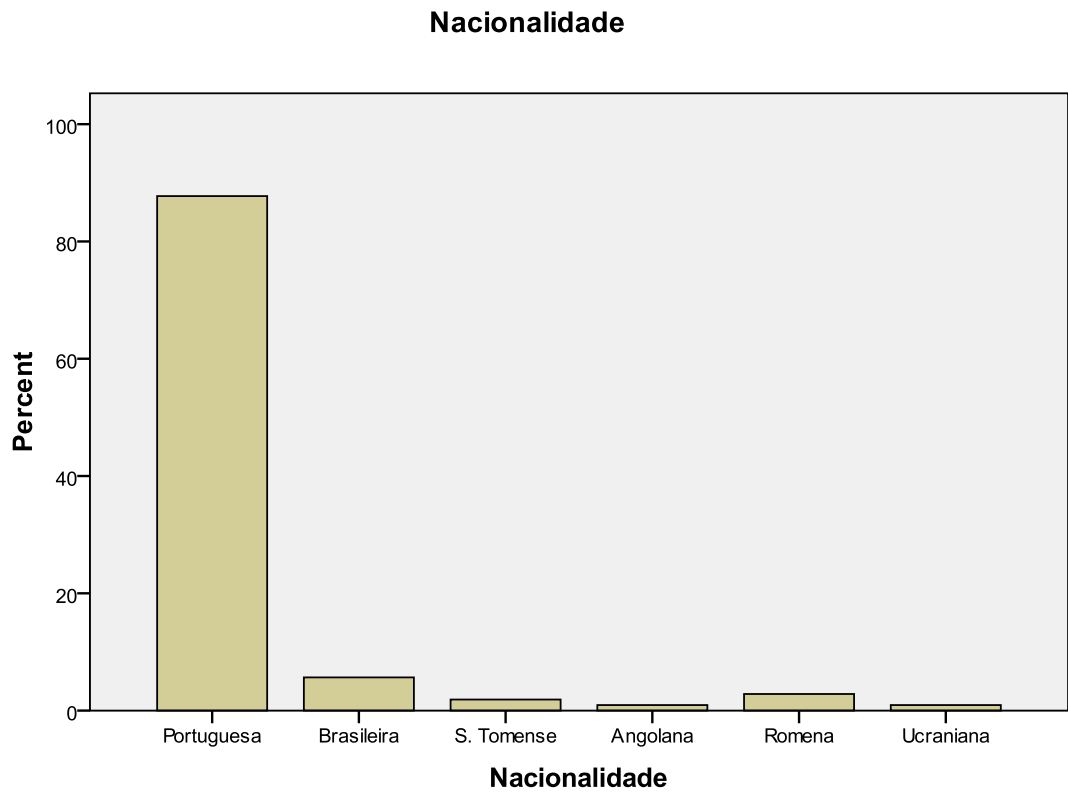


Figura 3. Nacionalidade das participantes

Relativamente ao nível de escolaridade dos sujeitos da amostra: 23,6% possui o 4º ano de escolaridade; 11,3% situa-se entre o 6º e o 9º ano de escolaridade; 11,3% situa-se entre o 7º e o 9º ano de escolaridade; 26,4 possui o 12º ano de escolaridade; 24,5 % possui estudos universitários e 2,8% dos sujeitos da amostra possui formação pós-graduada (ver Figura 4).

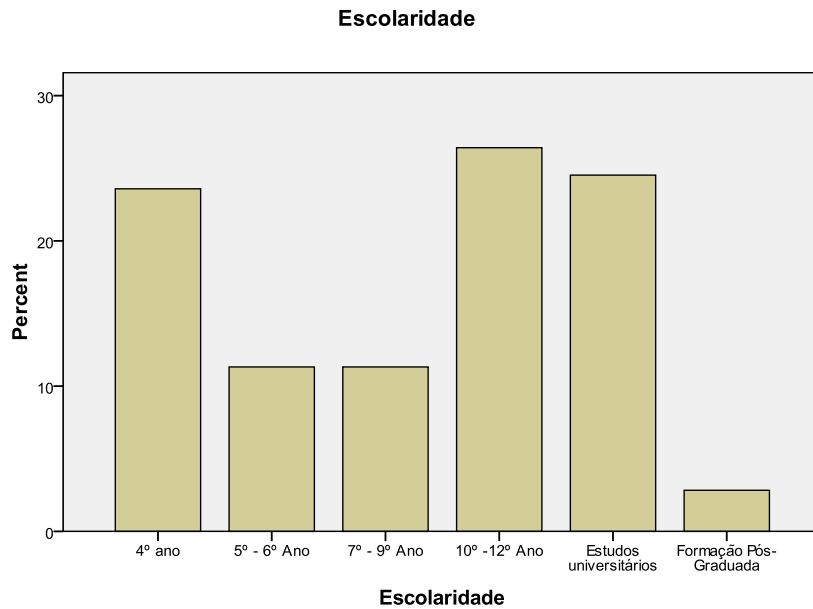


Figura 4. Escolaridade das participantes

Relativamente ao Estado Civil: 55,7% das mulheres são casadas; 25,5% vive em união de facto com o companheiro; 13,2% são solteiras; 3,8% são divorciadas e 1,9% estão apenas separadas do companheiro (ver figura 5).

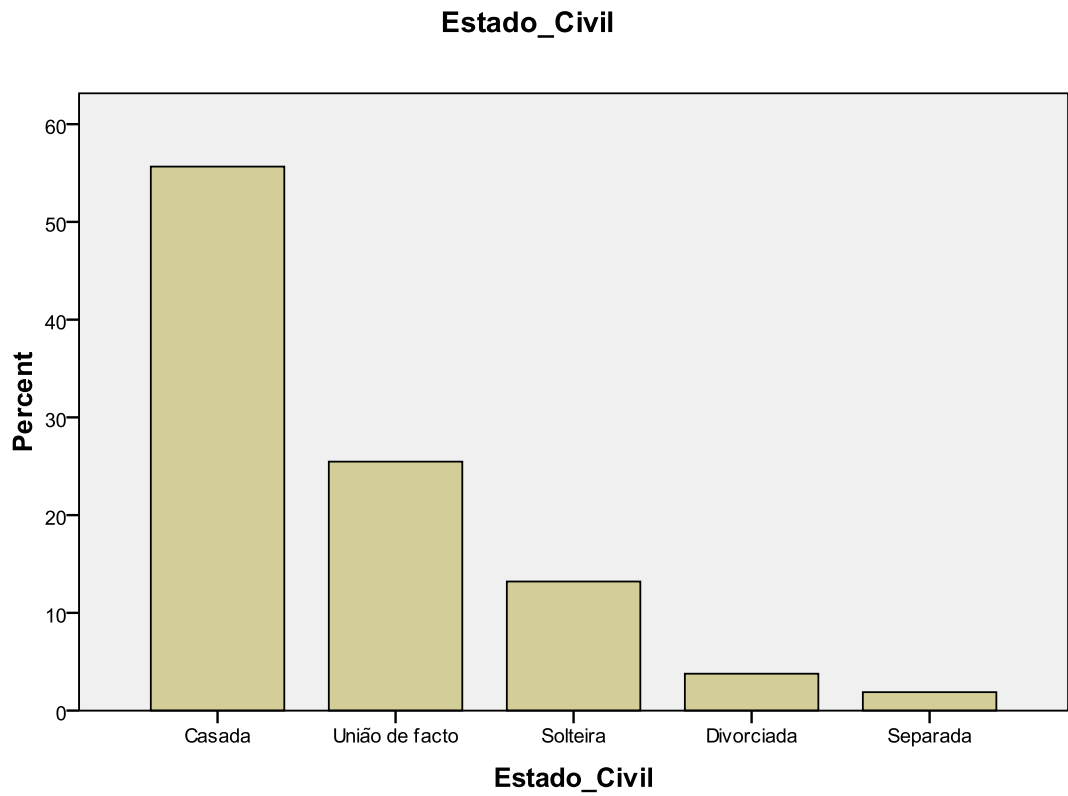


Figura 5. Estado civil das participantes

Relativamente à variável paridade, 59,4 % das mulheres que constituem a amostra são primíparas e 40,6 % são múltiparas (ver Figura 6).

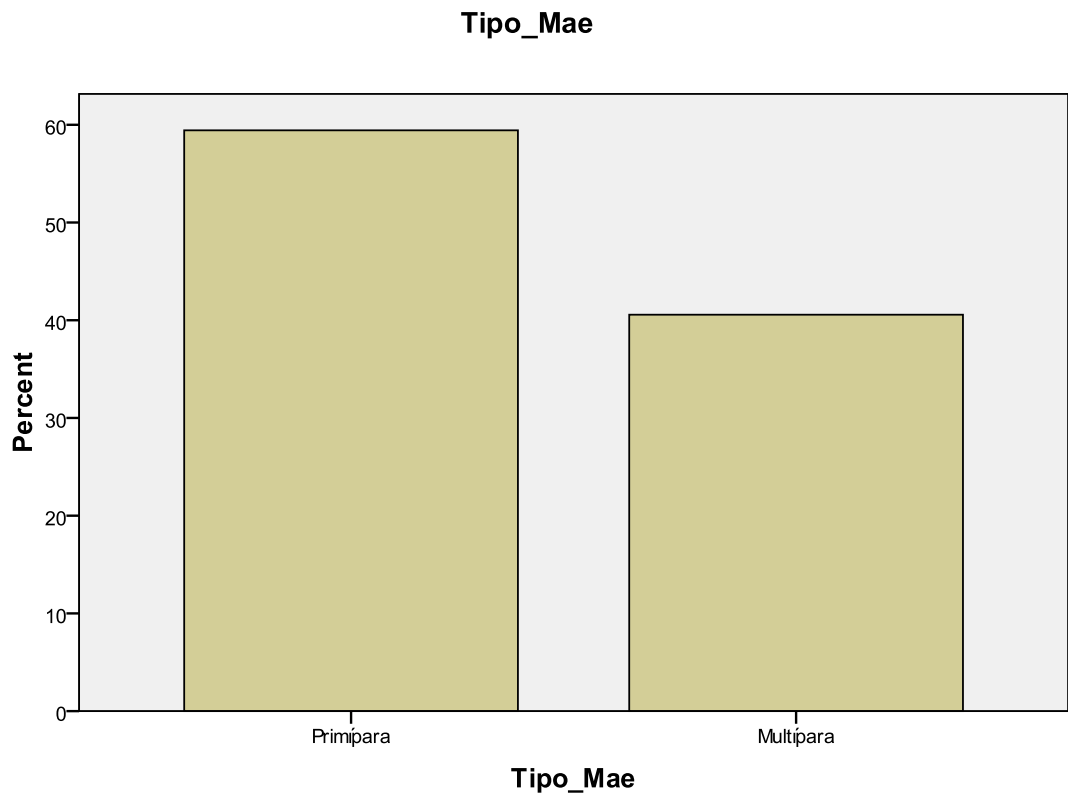


Figura 6. Paridade.

No que se refere às questões associadas ao aleitamento materno, nomeadamente tipo de aleitamento utilizado pelas participantes, conclui-se que 62,3 % realizou aleitamento materno exclusivo; 7,5% realizou aleitamento misto; 13,2 % realizou aleitamento artificial e 17% realizou aleitamento materno exclusivo + aleitamento materno misto (ver Figura 7).

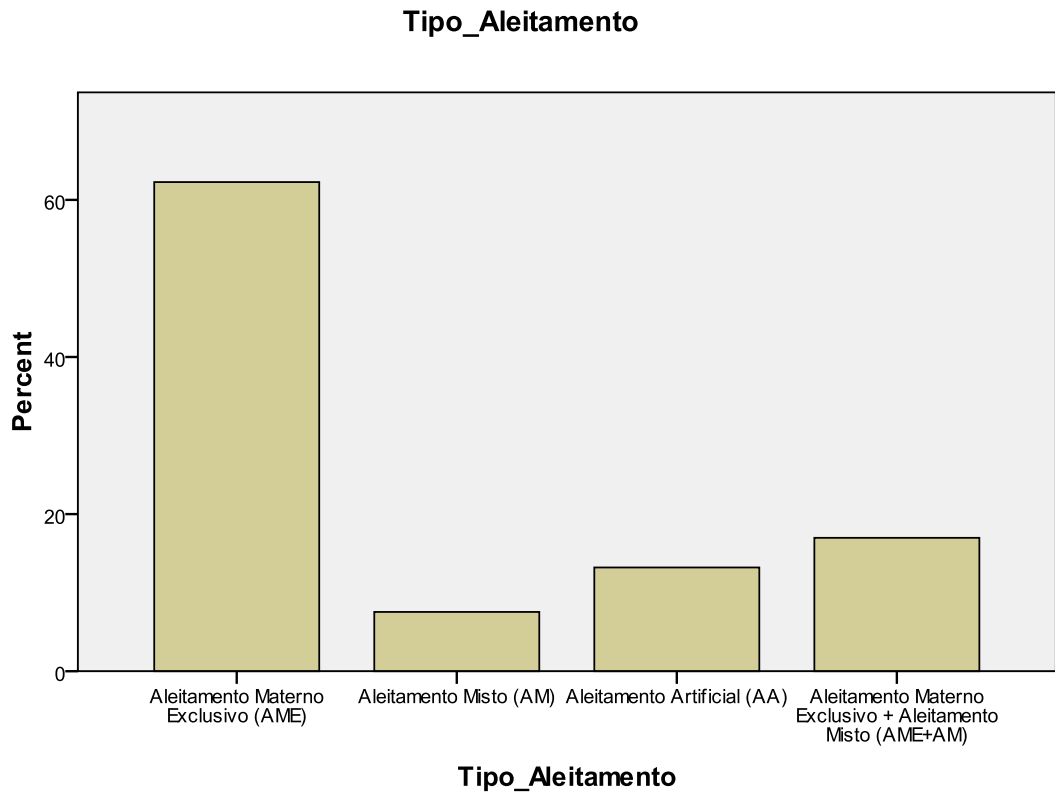


Figura 7. Tipo de Aleitamento utilizado pelas participantes

Relativamente à variável duração do aleitamento, optamos por salientar apenas a duração do aleitamento exclusivo e misto. O aleitamento exclusivo é aquele que na literatura está relacionado com aumento de bem-estar (Chen et al, 2007). Estando esta variável distribuída da seguinte forma (ver Figura 8 e 9).

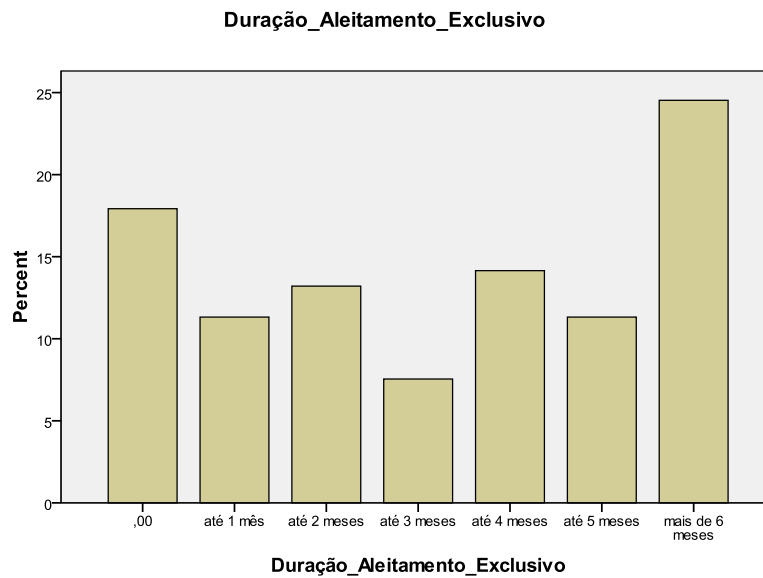


Figura 8. Duração do Aleitamento Exclusivo

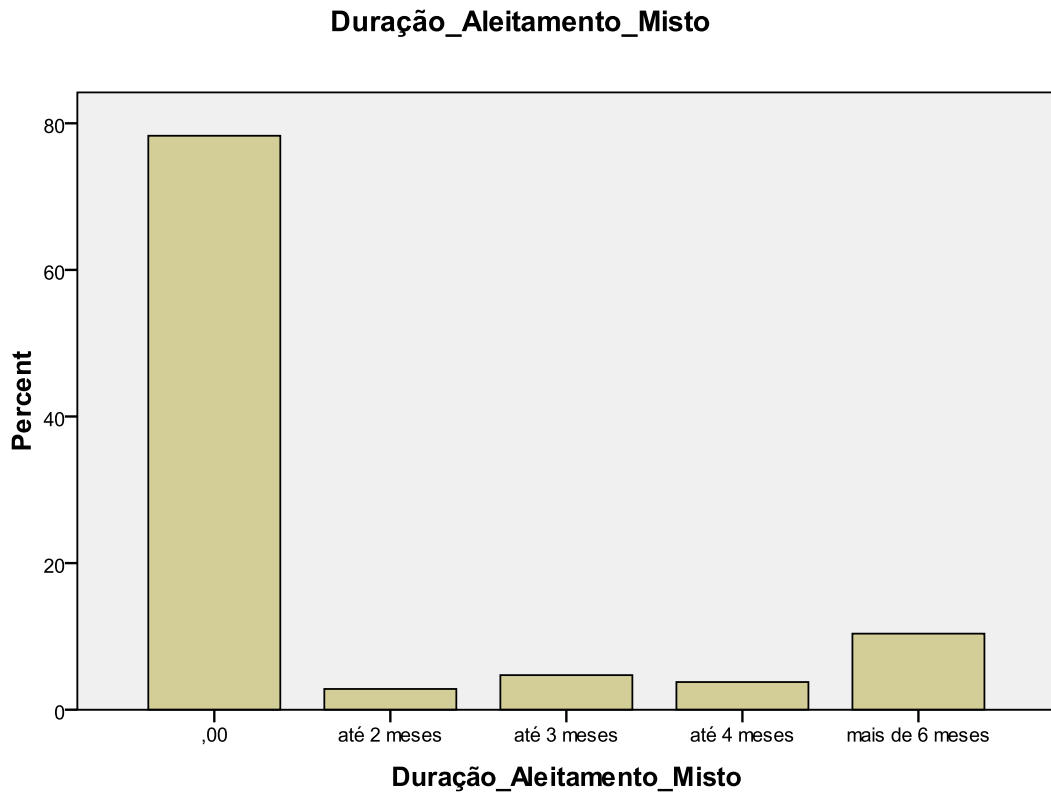


Figura 9. Duração do Aleitamento Misto

Relativamente à variável apoio no aleitamento materno: 61% das mulheres que constituem a amostra refere que obteve apoio na prática do aleitamento materno, enquanto que 38,7% refere não ter tido qualquer tipo de apoio (ver Figura 10).

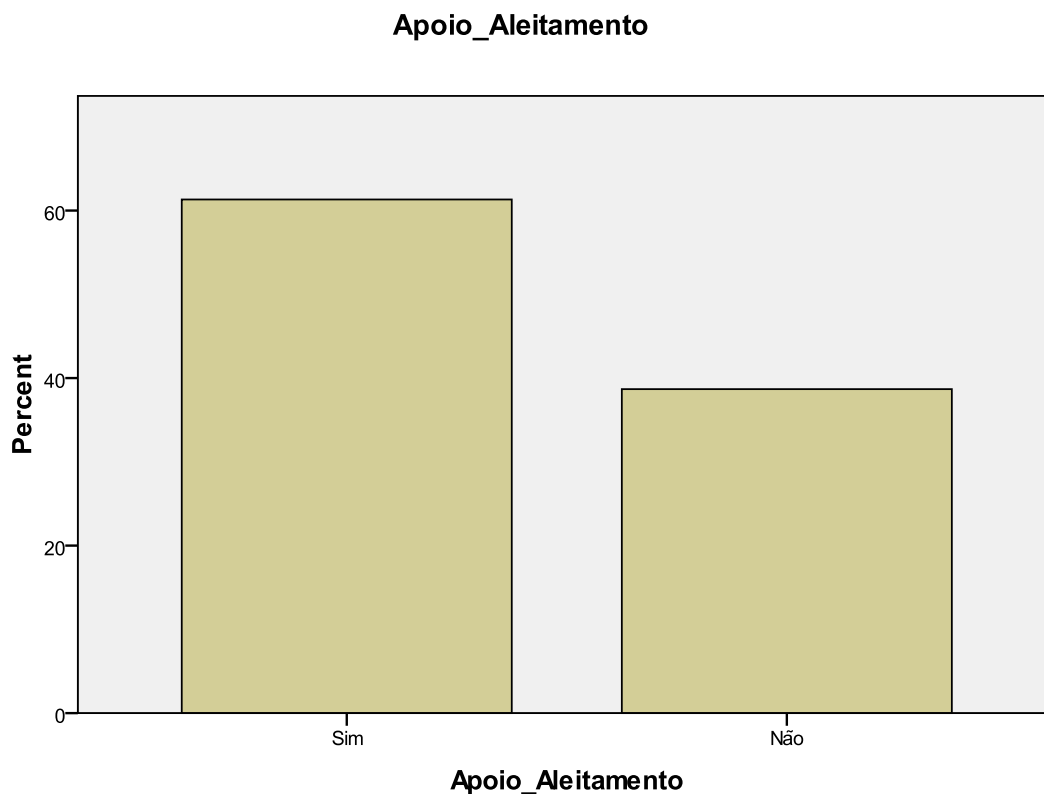


Figura 10. Apoio no Aleitamento Materno

### **Procedimento**

Após ser solicitada a autorização à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e ter-se pedido a colaboração dos enfermeiros para a realização do estudo, os participantes são convidados a participar na investigação sendo informados da confidencialidade e realizado o consentimento informado. É dado a conhecer a cada uma das mulheres que se trata de um trabalho de investigação com objectivo de avaliar a qualidade de vida e o bem-estar subjectivo das mães nos primeiros anos de vida da criança.

A técnica de recolha de dados efectua-se num único momento e num espaço adequado ao preenchimento dos questionários. Os questionários são preenchidos pelos participantes, havendo a possibilidade de esclarecimento por parte do entrevistador sempre que não haja compreensão dos enunciados.

Após a recolha de dados foi criada uma base de dados para onde foram transcritas todas as respostas dos questionários devidamente identificadas através das variáveis em estudo. Após o preenchimento da base de dados realizou-se a análise estatística através do programa informático SPSS (Statistical Package for Social Science) 17.0 Base Windows (SPSS Inc, Chicago). Realizou-se a análise descritiva para a caracterização da amostra e inferencial, para avaliar a relação entre as variáveis (Anexo).

Tendo em conta a natureza da amostra e a informação registada, optou-se por apresentar os resultados obtidos através inferência estatística – comparação de médias (Anexo).

Relativamente ao tipo de alimentação, no caso da variável dependente quantitativa (WHOQOL-Bref/teste que avalia a qualidade de vida) aplicou-se o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, visto não poder ser utilizada a Anova One-Way pelo facto de a amostra não seguir uma distribuição normal (Anexo).

Para avaliar o efeito do tipo de amamentação na variável dependente (PANAS/teste que avalia o bem-estar subjectivo) foi utilizado o teste não-paramétrico Kruskal-Wallis, também pelo facto da distribuição da amostra não obedecer a um dos pressupostos de aplicação da Anova One-Way (Anexo).

Realizaram-se os mesmos procedimentos para a análise da relação entre a duração do tipo de aleitamento: aleitamento materno exclusivo, aleitamento misto e a qualidade de vida (WHOQOL-Bref) e bem-estar subjectivo (PANAS) (Anexo). Os mesmos procedimentos foram realizados para avaliar a relação entre as variáveis sócio-demográficas (Anexo).

## **Material**

Os instrumentos de avaliação utilizados são os seguintes: questionário Sócio-demográfico realizado para o efeito; questionário de qualidade de vida WHOQOL-Bref (WHO, 1992; Vaz Serra & Canavarro at al, 2006) e Escala de Afectos Positivos e Negativos (PANAS, Watson, Clark & Tellegen, 1988; Galinhas & Ribeiro, 2005).

- A realização do questionário sócio-demográfico teve como base a necessidade de introduzir variáveis de interesse no estudo para além dos dados que caracterizam a amostra. Trata-se de um questionário, anónimo e de auto-resposta, incluindo a caracterização sócio-demográfica da amostra: idade; nacionalidade; estado civil;

profissão; escolaridade e paridade caracterizado no nosso questionado por nº de filhos e idade dos filhos.

Para além dos dados de identificação e caracterização da amostra foram introduzidas questões que permitam retirar informação sobre o tipo de aleitamento, duração do aleitamento e sobre o apoio na prática do aleitamento materno.

Relativamente à variável tipo de aleitamento, designámos por aleitamento materno exclusivo, quando o bebé se alimenta exclusivamente por leite materno (Rocha & Leal, 2005); Aleitamento misto, quando o bebé é alimentado simultaneamente com leite materno e com leite artificial (Rocha & Leal, 2005); Aleitamento artificial, quando o bebé é alimentado exclusivamente de leite adaptado (Rocha & Leal, 2005.).

Após a recolha dos resultados percebeu-se que existia uma considerável quantidade de mulheres que realizou dois tipos de aleitamento: aleitamento materno exclusivo+ o aleitamento materno misto, ou seja, são aquelas mulheres que realizam o aleitamento materno exclusivo por pouco tempo, mas que mantêm juntamente com o leite artificial, logo foram acrescentadas estas categorias na variável tipo de aleitamento.

Relativamente à variável duração do aleitamento e relativamente ao aleitamento exclusivo, foram designadas 6 categorias: até um mês; até dois meses; até 3 meses; até 4 meses; até 5 meses e mais de 6 meses.

- Questionário de avaliação da variável qualidade de vida WHOQOL-Bref – World Health Organization Quality of Life (WHO, 1992; Vaz Serra & Canavarro at al, 2006).

O WHOQOL-BREF é uma versão abreviada do WHOQOL-100 (WHO, 1992;1996), questionário de auto-resposta, podendo também ser administrado por o entrevistador. O questionário possui 26 itens, distribuídos por quatro dimensões, em que a resposta é dada segundo uma escala de tipo likert. As dimensões encontradas referem-se a dimensão global da qualidade de vida, designada por TWDG, com dois itens que apresentavam um  $\alpha$  de Cronbach = 0.62, e de que é exemplo “ como avalia a sua qualidade de vida”; dimensão física da qualidade de vida, que tem a ver com a percepção do individuo sobre a sua condição física, designada por TWD1, com sete itens que apresentavam um  $\alpha$  de Cronbach = 0.76, e de que é exemplo “em que medida as suas dores físicas o (a) impedem de fazer o que precisa fazer”; dimensão psicológica da qualidade de vida, que tem a ver com a percepção do indivíduo sobre a sua condição afectiva e cognitiva, designada por TWD2, com seis itens que apresentavam um  $\alpha$  de Cronbach = 0.77, e de que é exemplo “ até que ponto gosta da sua vida”; dimensão social da qualidade de vida, que tem a ver com a percepção do indivíduo sobre os

relacionamentos sociais e os papéis sociais adoptados no decurso da vida, designada por TWD3, com três itens com um  $\alpha$  de Cronbach = 0.69, e de que é exemplo “até que ponto está satisfeito com o apoio que recebe dos seus amigos”; dimensão ambiental, que tem a ver com a percepção do indivíduo sobre aspectos diversos relacionados ao ambiente onde vive, designada por TWD4, com oito itens, que apresentavam um  $\alpha$  de Cronbach = 0.76, e de que é exemplo “até que ponto está satisfeito (a) com as condições do lugar em que vive”.

A escolha deste questionário deve-se ao facto de avaliar a percepção do indivíduo sobre as suas condições físicas, psicológicas, relações sociais que estão implícitas no decurso do aleitamento materno e que estão relacionadas com a questão de investigação.

- Versão Portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS; Watson, Clark & Tellegen, 1988; Galinhas & Ribeiro, 2005) que avalia o afecto positivo e negativo. A escala está dividida por duas sub-escalas com 10 itens cada uma, que incluem a lista de afectos positivos e a lista de afectos negativos. Foi pedido aos sujeitos que classificassem em que medida experienciaram cada uma das emoções durante as últimas semanas, através duma escala tipo likert que varia do nada ou muito ligeiramente ao extremamente.

O resultado final consiste na média de afectos positivos, designada por AF\_P e afectos negativos, designados por AF\_N e ainda o balanço afectivo, designado por B\_A que consiste na subtracção do afecto negativo ao afecto positivo.

Relativamente à consistência interna das escalas conclui-se que a sub-escala de afectos positivos possui um  $\alpha$  de Cronbach = 0.86 e a sub-escala de afectos negativos possui um  $\alpha$  de Cronbach = 0.88.

Trata-se de uma medida do bem-estar subjectivo que avalia o estado afectivo dos sujeitos da amostra, assim como a experiência acumulada de afectos positivos e negativos. Trata-se da avaliação afectiva da sua existência implícita no conceito de bem-estar subjectivo.

## Resultados

Relativamente aos resultados obtidos no WHOQOL-Bref, para as várias dimensões da qualidade de vida apresentam-se os seguintes resultados:

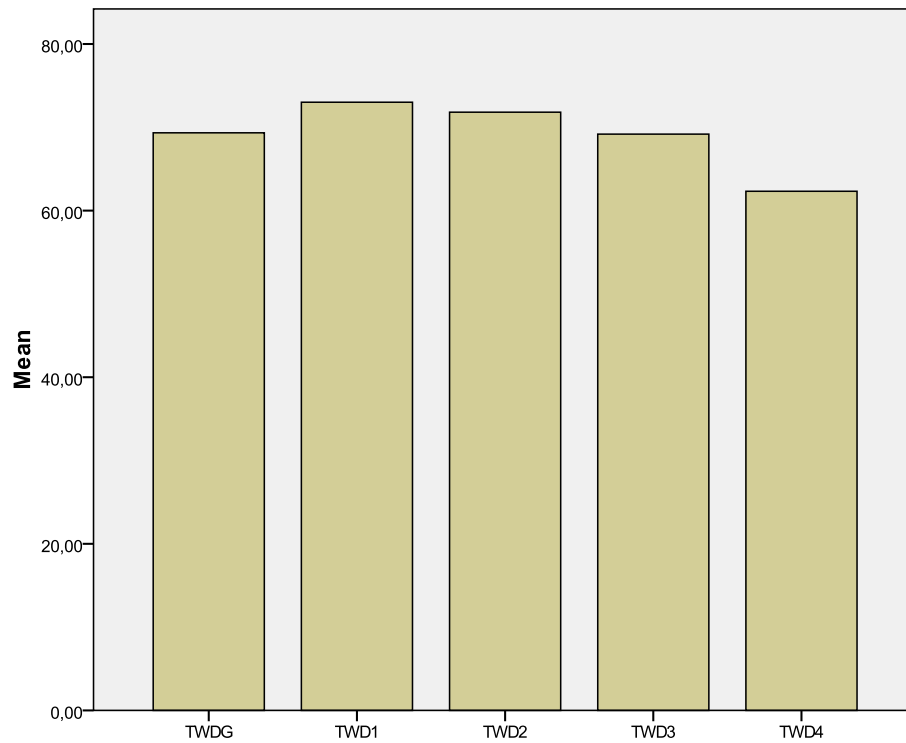


Figura 11. Resultados do WHOQOL- Bref

Relativamente aos resultados obtidos para a Escala de Afectos Positivos e Negativos, observam-se os seguintes resultados:

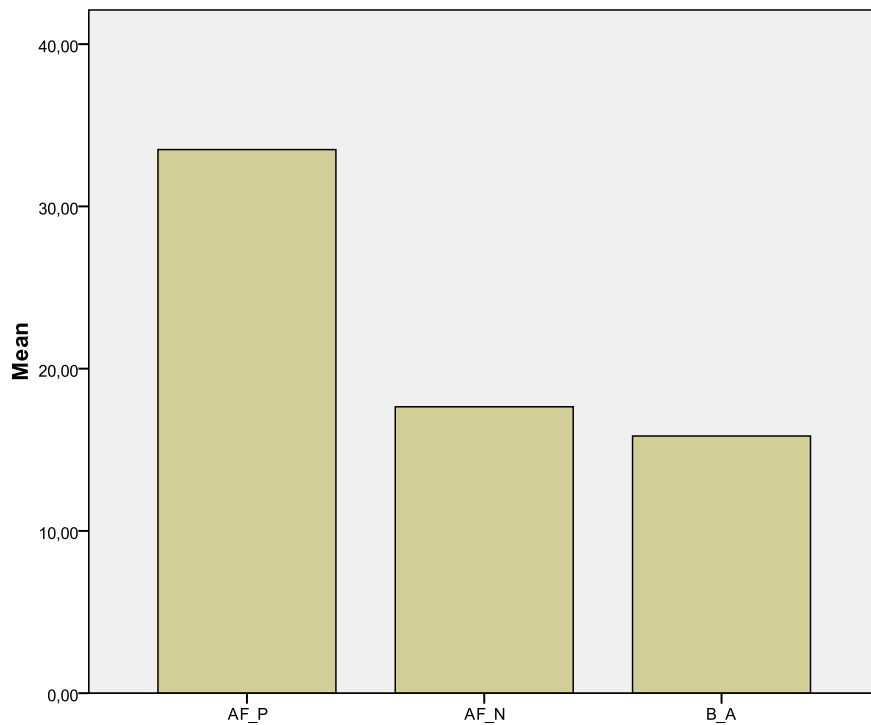


Figura 12. Resultados da Escala de Afectos Positivos e Negativos (PANAS)

Com o objectivo de responder às questões de investigação recorreu-se à análise estatística, através de estatísticas indutivas, que fornecem informação sobre aceitabilidade das hipóteses, permitindo concluir se existem ou não diferenças significativas entre os grupos.

Num primeiro momento analisamos o impacto do tipo de aleitamento na qualidade de vida das mulheres e no bem-estar subjectivo, num segundo momento analisamos o impacto da duração do aleitamento exclusivo na qualidade de vida das mulheres e no bem-estar subjectivo e num terceiro momento analisámos o impacto das variáveis sócio-demográficas.

### **Relação entre o Tipo de Aleitamento e Qualidade de Vida**

Esta análise tem como objectivo principal, avaliar o impacto do tipo de aleitamento: aleitamento exclusivo, aleitamento misto e aleitamento artificial nas cinco dimensões da qualidade de vida. Com este objectivo procedeu-se à análise inferencial, através do teste estatístico não paramétrico de Kruskal-Wallis, pelo facto de não se poder inferir através da

comparação entre médias Anova One-Way, pois as amostras não seguem uma distribuição normal (ver Tabela 1).

Tabela 1. Tipo de Aleitamento/Qualidade de Vida

	<b>TWDG</b>	<b>TWD1</b>	<b>TWD2</b>	<b>TWD3</b>	<b>TWD4</b>
<b>Chi-Square</b>	1,07	3,23	3,46	2,59	3,84
<b>df</b>	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
<b>Asymp.Sig</b>	0,78	0,36	0,33	0,46	0,28

Pela observação da Tabela 1. verifica-se que para os 5 domínios da qualidade de vida designados pelas variáveis TWDG; TWD1; TWD2; TWD3 e TWD4 não se verificam diferenças significativas por Tipo de Aleitamento.

### **Relação entre Tipo de Aleitamento e Bem-Estar Subjectivo**

Pretende-se avaliar o impacto do tipo de aleitamento: aleitamento exclusivo, aleitamento misto e aleitamento artificial no bem-estar subjectivo. Com este objectivo procedeu-se novamente à análise inferencial, através do teste estatístico não-paramétrico de Kruskall-Wallis, após ter sido realizada a comparação de médias com a Anova One-Way e se ter concluído que a amostra não segue uma distribuição normal.

Através da análise estatística utilizada conclui-se que para os três domínios da Escala PANAS (Galinhas, 2005): Afectos Positivos (AF\_P); Afectos Negativos (AF\_N) e Balanço Afectivo (B\_A), não existem diferenças significativas, ou seja, o tipo de aleitamento não está relacionado com a presença de afectos positivos, negativos ou com os valores de balanço afectivo ou com o bem-estar subjectivo (para AF\_P Kruskall-Wallis  $H= 2,162$ ,  $p=0.540$ ,  $N=106$ ; para AF\_N Kruskall-Wallis  $H= 1.342$ ,  $p=0.719$ ,  $N=106$ ; para B\_A Kruskall-Wallis  $H= 2.546$ ,  $p=0.467$ ,  $N=106$ ).

## Efeito da duração do Tipo de Aleitamento

Um dos objectivos do presente estudo também é verificar qual o efeito da duração do tipo de aleitamento na qualidade de vida e bem-estar subjectivo das mães. Assim iremos analisar a duração de dois tipos de aleitamento: aleitamento materno exclusivo (pois segundo a literatura é aquele que é mais relevante para a saúde da mulher), e o aleitamento misto. A duração do tipo de aleitamento, quer exclusivo, quer misto, foi dividida em seis classes: até ao 1º mês, até ao 2º mês, até ao 3º mês, até ao 4º mês, até ao 5º mês e mais de 6 meses.

### Efeito da duração do Aleitamento Exclusivo na Qualidade de Vida.

Esta análise tem como objectivo principal avaliar o impacto da duração do Aleitamento Materno Exclusivo na Qualidade de Vida. Com este objectivo procedeu-se à análise inferencial, através do teste estatístico não paramétrico de Kruskal-Wallis, pelo facto de não se poder inferir através da comparação entre médias Anova One-Way, pois as amostras não seguem uma distribuição normal (ver Tabela 2).

Tabela 2. Duração Aleitamento Exclusivo/ Qualidade de vida

	<b>WDG</b>	<b>WD1</b>	<b>WD2</b>	<b>WD3</b>	<b>WD4</b>
<b>Chi-Square</b>	6,21	2,50	2,61	4,25	4,06
<b>df</b>	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
<b>Asymp.Sig</b>	0,29	0,78	0,76	0,51	0,54

Pode-se observar através da análise da Tabela 2. que o tempo de aleitamento exclusivo não afecta significativamente nenhum dos domínios do teste WHOQOL - Bref , ou seja, não interfere no nível da qualidade de vida.

### **Efeito da duração do Aleitamento Exclusivo no Bem-Estar Subjectivo.**

Pretende-se avaliar o impacto da duração do aleitamento materno Exclusivo no Bem-Estar Subjectivo. Com este objectivo procedeu-se novamente à análise inferencial, através do teste estatístico não-paramétrico de Kruskal-Wallis, após ter sido realizada a comparação de médias com a Anova One-Way e se ter concluído que a amostra não segue uma distribuição normal.

Através da análise estatística conclui-se que para os três domínios da Escala PANAS (Galinhas, 2005): Afectos Positivos (AF\_P); Afectos Negativos (AF\_N) e Balanço Afectivo (B\_A), não existem diferenças significativas, ou seja, o tempo de aleitamento materno exclusivo não está relacionado com a presença de afectos positivos, negativos ou com os valores de balanço afectivo ou com o bem-estar subjectivo (para AF\_P Kruskal-Wallis  $H=2,197$ ,  $p=0.821$ ,  $N=106$ ; para AF\_N Kruskal-Wallis  $H=3,162$ ,  $p=0.675$ ,  $N=106$ ; para B\_A Kruskal-Wallis  $H=2.430$ ,  $p=0.787$ ,  $N=106$ ).

### **Efeito da duração do Aleitamento Misto na Qualidade de Vida.**

Esta análise tem como objectivo principal avaliar o impacto da duração do Aleitamento Materno Misto na qualidade de vida. Com este objectivo procedeu-se à análise inferencial, através do teste estatístico não paramétrico de Kruskal-Wallis, pelo facto de não se poder inferir através da comparação entre médias Anova One-Way, pois as amostras não seguem uma distribuição normal (ver Tabela 3).

Tabela 3. Duração Aleitamento Misto/ Qualidade de vida

	<b>TWDG</b>	<b>TWD1</b>	<b>TWD2</b>	<b>TWD3</b>	<b>TWD4</b>
<b>Chi-Square</b>	2,86	1,63	3,91	3,44	1,39
<b>df</b>	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
<b>Asymp.Sig</b>	0,41	0,65	0,27	0,33	0,71

Pode-se observar através da análise da Tabela 3. que a duração do aleitamento misto não afecta significativamente nenhum dos domínios do teste WHOQOL - Bref , ou seja, não interfere no nível da qualidade de vida.

### **Efeito da duração do Aleitamento Misto no Bem-Estar Subjectivo.**

Pretende-se avaliar o impacto da duração do aleitamento misto no bem-estar subjectivo. Com este objectivo procedeu-se novamente à análise inferencial, através do teste estatístico não-paramétrico de Kruskal-Wallis, após ter sido realizada a comparação de médias com a Anova One-Way e se ter concluído que a amostra não segue uma distribuição normal.

Através da análise estatística conclui-se que para os três domínios da Escala PANAS (Galinhas, 2005): Afectos Positivos (AF\_P); Afectos Negativos (AF\_N) e Balanço Afectivo (B\_A), não existem diferenças significativas, ou seja, a duração de aleitamento misto não está relacionada com a presença de afectos positivos, negativos ou com os valores de balanço afectivo ou com o bem-estar subjectivo (para AF\_P Kruskal-Wallis  $H= 4,122$ ,  $p=0.249$ ,  $N=106$ ; para AF\_N Kruskal-Wallis  $H= 0,305$ ,  $p=0.959$ ,  $N=106$ ; para B\_A Kruskal-Wallis  $H= 3,140$ ,  $p=0.371$ ,  $N=106$ ).

### **Impacto das Variáveis Sociodemograficas na Qualidade de Vida e Bem-Estar Subjectivo**

Segundo a literatura, a escolha e duração do aleitamento materno estão fortemente condicionadas por factores culturais, sociais e psicológicos (Kong & Lee, 2004) sendo fortemente influenciada por factores como a: idade, educação, etnia, estado civil e estatuto profissional (Scott et al 1999, Yeoh et al, 2007) suporte conjugal, familiar e social (Freed et al, 1992, Henderson, 1999, Joh, 1998, Shepherd et al, 2000, Scott et al, 1999, Earle, 2000, Arora et al 2000, Mc Intyre, 2001, Colin & Scott, 2002, Rempel & Rempel, 2004, Kong & Lee, 2004) e factores biomédicos como: paridade (Taylor, Risica & Cabral, 2003). Foi com base nestes estudos que se escolheram as variáveis sociodemograficas. Neste estudo pretende-se explorar a sua relação com a Qualidade de Vida e Bem-estar Subjectivo.

### **Efeito Idade da Mulher.**

Pretende-se avaliar qual a relação entre a idade da mulher e a qualidade de vida e o bem-estar subjectivo. Com este objectivo recorreu-se à estatística indutiva- comparação entre médias, através do teste Anova One-Way. Tal como aconteceu relativamente às variáveis anteriores, as amostras não seguem distribuição normal, logo ter-se optado pelo teste não-paramétrico de Kruskall-Wallis.

Relativamente a esta variável conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas para os domínios do WHOQOL- Bref: para TWDG Kruskall-W H= 2,397, p= 0,302, N= 106; para TWD1, H= 2,339, p= 0,311, N= 106 ; para TWD2, H= 3,546, p= 0,170, N= 106; para TWD3, H= 2,571, p= 0,277, N= 106; para TWD4, H= 2,568, p= 0,277, N= 106). O mesmo acontece para os domínios da Escala PANAS: para AF\_P, Kruskall-Wallis H= 3,052 p=0,217,N=106; para AF\_N Kruskall-Wallis H= 0,17, p=0,991,N=106; para B\_A Kruskall-Wallis H= 1,965, p=0,374,N=106. Concluindo-se que a variável idade não afecta a qualidade de vida nem o bem-estar subjectivo.

### **Efeito Nível de Escolaridade.**

Pretende-se avaliar qual a relação entre o nível de escolaridade das mulheres e a qualidade de vida e o bem-estar subjectivo. Com este objectivo recorreu-se aos mesmos procedimentos estatísticos, com os seguintes resultados para os domínios do WHOQOL- Bref : para TWDG Kruskall-W H= 1,388, p= 0,926, N= 106; para TWD1, H= 0,814, p= 0,976, N= 106 ; para TWD2, H= 3,273, p= 0,658, N= 106; para TWD3, H= 4,618, p= 0,464, N= 106; para TWD4, H= 3,450, p= 0,631, N= 106. O que significa que não existem diferenças estatisticamente significativas, ou seja, o nível de escolaridade das mulheres não afecta significativamente os vários domínios da qualidade de vida.

Relativamente aos domínios da Escala PANAS, para AF\_P, Kruskall-Wallis H= 8,567 p=0,128,N=106; para AF\_N Kruskall-Wallis H= 2,050, p=0,842,N=106; para B\_A Kruskall-Wallis H= 2,432, p=0,787,N=106. O que significa que o nível de escolaridade das mulheres não interfere significativamente no bem-estar subjectivo das participantes.

### **Efeito do Estatuto Sócio-Profissional.**

Pretende-se estudar a relação entre o estatuto sócio-profissional das mulheres e a qualidade de vida e o bem-estar subjectivo. Com este objectivo recorreu-se aos mesmos procedimentos estatísticos, com os seguintes resultados para os domínios do WHOQOL- Bref : para TWDG Kruskal-W H= 2,643, p= 0,267, N= 106; para TWD1, H= 0,746, p= 0,689, N= 106 ; para TWD2, H= 1,545, p= 0,462, N= 106; para TWD3, H= 1,916, p= 0,384, N= 106; para TWD4, H= 0,549, p= 0,760, N= 106. O que significa que o estatuto sócio-profissional não interfere significativamente na qualidade de vida das participantes.

Relativamente aos domínios da Escala PANAS, para AF\_P, Kruskal-Wallis H= 2,012 p=0,366,N=106; para AF\_N Kruskal-Wallis H= 0,043, p=0,979,N=106; para B\_A Kruskal-Wallis H= 0,781, p=0,677,N=106. O que significa que o estatuto sócio-profissional não interfere significativamente no bem-estar subjectivo das participantes.

### **Efeito Paridade.**

Pretende-se estudar a relação entre a paridade e a qualidade de vida e o bem-estar subjectivo das mulheres. Com este objectivo recorreu-se aos mesmos procedimentos estatísticos, com os seguintes resultados para os domínios do WHOQOL- Bref : para WDG Kruskal-W H= 0,043, p = 0,837, N= 106; para WD1, H= 0,096, p = 0,757, N= 106; para WD2, H= 0,791, p = 0,374, N= 106; para WD3, H= 0,002, p = 0,963, N= 106; para WD4, H= 0,96, p = 0,756, N= 106. O que significa que o facto da mulher ser primípara ou múltipara não interfere significativamente na sua qualidade de vida.

Relativamente aos domínios da Escala PANAS, para AF\_P, Kruskal-Wallis H= 2,330 p=0,127,N=106; para AF\_N Kruskal-Wallis H= 0,098, p=0,754,N=106; para B\_A Kruskal-Wallis H= 2,923, p=0,087,N=106. O que significa que o facto da mulher ser primípara ou múltipara não interfere significativamente no seu bem-estar subjectivo.

### **Efeito Estado Civil.**

Pretende-se estudar a relação entre o estado civil e a qualidade de vida e o bem-estar subjectivo das mulheres. Com este objectivo recorreu-se aos mesmos procedimentos estatísticos, com os seguintes resultados para os domínios do WHOQOL- Bref: para TWDG

Kruskall-W H= 3,935,  $p = 0,415$ , N= 106; para TWD1, H= 7,717,  $p = 0,103$ , N= 106; para TWD2, H= 7,792,  $p = 0,099$ , N= 106; para TWD3, H= 8,521,  $p = 0,074$ , N= 106; para TWD4, H= 2,856,  $p = 0,582$ , N= 106. O que significa que não existem diferenças significativas nos vários domínios da Qualidade de vida relativamente á variável estado civil, logo não existe relação entre as variáveis.

Relativamente aos domínios da Escala PANAS, para AF\_P, Kruskall-Wallis H= 3,939  $p=0,414$ ,N=106; para AF\_N Kruskall-Wallis H= 7,533,  $p=0,110$ ,N=106; para B\_A Kruskall-Wallis H= 6, 733,  $p=0,151$ ,N=106. O que significa que o estado civil da mulher não interfere significativamente no seu Bem-Estar Subjectivo.

### **Efeito Apoio no Aleitamento.**

Pretende-se estudar a relação entre o apoio recebido pela mulher na altura do aleitamento e a qualidade de vida e o bem-estar subjectivo. Com este objectivo recorreu-se procedimentos estatísticos anteriores, com os seguintes resultados para os domínios do WHOQOL- Bref : para TWDG Kruskall-W H= 0,028,  $p = 0,867$ , N= 106; para TWD1, H= 0,214,  $p = 0,644$ , N= 106; para TWD2, H= 0,017,  $p = 0,896$ , N= 106; para TWD3, H= 0,194,  $p = 0,660$ , N= 106; para TWD4, H= 2,434,  $p = 0,119$ , N= 106. Concluindo-se que o facto das mulheres terem recebido apoio na altura do aleitamento não interfere significativamente nos vários domínios da qualidade de vida.

Relativamente aos domínios da Escala PANAS, para AF\_P, Kruskall-Wallis H= 0,955  $p=0,328$ ,N=106; para AF\_N Kruskall-Wallis H= 0,029,  $p=0,866$ ,N=106; para B\_A Kruskall-Wallis H= 0,519,  $p=0,471$ ,N=106. Concluindo-se que o facto de a mulher ter apoio no aleitamento não interfere significativamente no seu bem-estar subjectivo.

## Discussão

Com o objectivo de promover a saúde da criança a Organização Mundial de Saúde lança a directriz de que todas as crianças devem ser amamentadas com leite materno exclusivo até aos seis meses e como complemento até aos 2 anos de vida da criança (OMS, 2003). As políticas de promoção e implementação do aleitamento materno que derivam desta directriz escondem os aspectos relacionados com a perspectiva da mulher, sendo ela um elemento fulcral em todo o processo.

O presente trabalho propôs-se a avaliar o impacto do aleitamento materno na qualidade de vida e bem-estar da mulher, comparando a qualidade de vida e o bem-estar subjectivo de mulheres que usam diferentes métodos para alimentar os seus filhos nos primeiros anos de vida; Outra questão que se pretendeu avaliar foi a duração do tipo de aleitamento, e a sua influência na qualidade de vida e bem-estar. Por último pretendeu-se estudar a relação entre as variáveis sócio-demográficas e a qualidade de vida e o bem-estar da mulher.

O único estudo encontrado que avalia a relação entre o aleitamento materno e qualidade de vida (Chen et al, 2007) revela uma correlação positiva entre as duas variáveis. Segundo os autores, as mães que amamentam por seis meses ou mais, referem ter maior qualidade de vida do que as mães que amamentam por menos de seis meses ou que nunca amamentaram. As mães que amamentavam por seis meses ou mais apresentam pontuações mais elevadas em termos de funcionamento físico, saúde mental e saúde em geral, comparando com as mães que amamentavam por menos tempo.

Relativamente à associação entre o aleitamento materno e o bem-estar, existem estudos controversos e alguns mostram-se mesmo inconclusivos. Os estudos de Mezzacappa, Myers, Katkin, Yue & Sloan, 2000; Mezzacappa & Katkin, 2002; Saleh, Gubash & Karim et al, 1998; Mezzacappa & Endicott, 2007; Kendall-Tackett, 2007; Groer & Faan, 2005; Groer & Davis, 2006 salientam a importância do aleitamento materno para a saúde mental da mulher no período pós-parto, na medida em que promove a diminuição do stress e da depressão pós-parto (Mezzacappa, Guthlein e Katkin, 2002; Groer & Faan, 2005; Groer & Davis, 2006; Kendall-Tackett, 2007; Mezzacappa & Endicott, 2007) assim como promove a existência de afectos e humor positivo (Mezzacappa, Guthlein e Katkin, 2002; Groer & Davis, 2006; Mezzacappa & Endicott, 2007; Noor & Rousham, 2008).

Os estudos de Lucas et al 2000; Henderson et al, 2003; Taveras et al, 2003; Hatton et al, 2005; Pippins et al, 2006 e Wilkinson & Scherl, 2006 revelam a ausência de associação entre o aleitamento materno e a saúde mental da mulher.

O presente estudo em concordância com estas últimas evidências científicas, não descreve, uma associação significativa entre o tipo de alimentação da criança nos primeiros anos de vida e a sua duração com a qualidade de vida e bem-estar da mulher.

De acordo com os resultados obtidos, para a variável tipo de alimentação não se observam diferenças estatisticamente significativas ao nível da percepção de qualidade de vida e bem-estar subjectivo ( $p < 0.05$ ). Relativamente à variável qualidade de vida, as participantes não apresentam diferenças estatisticamente significativas relativamente às médias dos vários domínios da qualidade de vida, nomeadamente: domínio físico, domínio psicológico, domínio das relações sociais, domínio ambiental e domínio global. Relativamente à variável bem-estar subjectivo, operacionalizada pela escala de afectos positivos e negativos, não existem diferenças significativas relativamente às ponderações de afectos positivos e negativos, nos vários tipos de aleitamento. O mesmo acontece com a variável duração do tipo de aleitamento, ou seja, não se verifica a existência de uma associação estatisticamente significativa para a variável duração do aleitamento exclusivo tanto ao nível da percepção da qualidade de vida como ao nível do bem-estar subjectivo ( $p < 0.05$ ). O mesmo se verifica relativamente ao aleitamento materno misto ( $p < 0.05$ ).

Relativamente às variáveis sócio-demográficas: idade, nível de escolaridade, estatuto sócio profissional, paridade, estado civil e apoio recebido no aleitamento, conclui-se que não apresentam uma associação estatisticamente significativa com a percepção de qualidade de vida e bem-estar das participantes ( $p < 0.05$ ).

Através da revisão bibliográfica constata-se que as variáveis sócio-demográficas são determinantes do sucesso/insucesso do aleitamento materno podendo interferir no bem-estar da mulher.

A maior parte dos estudos sobre os factores condicionantes do aleitamento materno associam a idade materna mais jovem à menor duração do aleitamento (Zimmerman & Guttman, 2001), muitas vezes associada a um nível de educação mais baixo. Segundo Faleiros, Trezza & Carandina 2006; Yeoh, Eastwood, Phung & Wofenden, 2007, quanto maior for o nível educacional, maior o acesso à informação sobre as vantagens do aleitamento, podendo favorecer a adopção de atitudes mais positivas a favor do aleitamento. Segundo Litman, Medendorp & Goldfarb, 1994; Earle, 2000; Rempel & Rempel, 2004; Carrascoza, Júnior & Moraes, 2005) o apoio do companheiro e dos familiares parece assumir

grande importância, exercendo uma influência positiva na duração do aleitamento materno e no bem-estar da mulher (Chen et al, 2007).

Ao analisarmos a caracterização sócio-demográfica da amostra, constata-se que uma grande percentagem de mulheres se encontra na faixa etária dos 25 aos 30 anos, 26,4% apresenta estudos médios e 24,5% apresenta estudos universitários, 55,7% das mulheres são casadas e 25,5% vive em união de facto com o companheiro; 59,4% das mulheres são primíparas e 40,6% são múltíparas. Relativamente ao apoio no aleitamento 61% recebe apoio no aleitamento materno em que 25,5% das mulheres recebe apoio do marido/companheiro, 9,4% recebe apoio da mãe e 25,5% recebe apoio dos técnicos de saúde. Constata-se também que 62,3% realizou aleitamento materno exclusivo, e que 24,5% amamentou exclusivamente a criança mais de 6 meses.

Estes dados apontam para uma grande percentagem de mulheres que realizam aleitamento materno exclusivo e 24,5% segundo o tempo preconizado pela Organização Mundial de Saúde (6 meses ou mais).

Voltando às variáveis centrais do estudo, o facto dos resultados apontarem para a inexistência de uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis estudadas, pode relacionar-se com algumas falhas metodológicas específicas referidas noutros estudos anteriores (Wilkinson & Sherl, 2006; Mezzacapa, 1997).

A primeira falha diz respeito à diferenciação da amostra no que diz respeito à idade da criança amamentada. Constata-se que 50,9% das participantes têm filhos biológicos na faixa etária dos 9 aos 18 meses. É faixa etária em que abrange um grande distanciamento relativamente à fase inicial do estabelecimento do aleitamento (altura em que existem mais problemas relativamente ao aleitamento com consequências ao nível do bem-estar da mulher), e possivelmente algum distanciamento relativamente ao próprio aleitamento pois muitas mulheres já não se encontram a amamentar. Para comprovar esta questão e posteriormente à análise de resultados recorreu-se ao prolongamento da investigação realizando um corte no grupo idade da criança amamentada, ou seja a amostra foi dividida por um grupo de mulheres com filhos até aos 6 meses de idade, e por outro grupo com filhos com mais de 6 meses de idade. O que significa que teoricamente teremos um grupo que se aproxima do aleitamento materno que constitui 30% da amostra (até aos 6 meses) e outro que se afasta do aleitamento materno que constitui 70% da amostra (mais de 6 meses). Constata-se que mais uma vez existe uma grande disparidade entre grupos que poderá novamente interferir nos resultados finais. Tendo em conta estes dados realizaram-se os procedimentos estatísticos anteriores relativamente às variáveis qualidade de vida e bem-estar subjectivo. A tabela 4 mostra que

não existem diferenças significativas entre os dois grupos de idade relativamente aos vários domínios da qualidade de vida.

Tabela 4 . Idade da Criança / Dimensões da Qualidade de Vida

		Até 6 meses	> 6 meses	H (df)	p
		Nº 36	Nº 70		
<b>TWDG</b>	<b>Média</b>	71,53	68,21	1,14	0,29
	<b>SD</b>	14,82	14,85		
<b>TWD1</b>	<b>Média</b>	74,60	72,19	0,74	0,39
	<b>SD</b>	13,52	13,51		
<b>TWD2</b>	<b>Média</b>	71,64	71,90	0,09	0,93
	<b>SD</b>	13,76	13,41621		
<b>TWD3</b>	<b>Média</b>	66,67	70,48	0,30	0,58
	<b>SD</b>	20,89	15,95		
<b>TWD4</b>	<b>Média</b>	64,93	60,98	1,32	0,25
	<b>SD</b>	13,55	11,68		

A tabela 5 mostra que apenas existem diferenças significativas entre os dois grupos relativamente à existência de afectos positivos, variável que operacionaliza o bem-estar positivo. Ou seja, o grupo de mulheres com filhos biológicos até aos 6 meses apresenta médias significativamente superiores relativamente à existência de afecto positivo, podendo apresentar um bem-estar mais positivo do que as mulheres que têm filhos biológicos com mais de 6 meses. É de salientar que as mulheres com filhos até aos 6 meses estão mais próximas do período do aleitamento materno. Este resultado confirma a hipotética falha metodológica e de certa forma apoia os estudos de Mezzacappa, Guthlein e Katkin, 2002; Groer & Davis, 2006; Mezzacappa & Endicott, 2007; Noor & Rousham, 2008, que salientam uma relação positiva com o humor e as emoções, demonstrando uma associação positiva entre o aleitamento materno e a presença de humor e afectos positivos.

Tabela 5 . Idade da Criança / Bem-estar subjectivo

		Até 6 meses	> 6 meses	H (df)	p
		Nº 36	Nº 70		
<b>AF_P</b>	<b>Média</b>	35,61	32,41	3,36	0,04
	<b>SD</b>	8,41	6,75		
<b>AF_N</b>	<b>Média</b>	17,39	17,79	0,26	0,61
	<b>SD</b>	7,16	7,05		
<b>B_A</b>	<b>Média</b>	18,22	14,63	2,89	0,09
	<b>SD</b>	12,50	11,18		

Relativamente ao processo de amostragem, constata-se que a faixa etária que vai dos 3 aos 18 meses (relativamente à idade da criança amamentada), é um período muito lato em que são reportadas várias etapas de desenvolvimento da criança, sendo a mulher também confrontada com diferentes tarefas da parentalidade (Wilkinson & Scherl, 2007). O estado mental da mulher modifica-se ao longo da passagem por determinada etapa; logo pode não existir uma uniformidade relativamente ao bem-estar das participantes.

O período do pós-parto não foi valorizado nem tido em conta na escolha da amostra, visto poder enviesar os resultados, na medida em que este período pode resultar inevitavelmente numa diminuição ao nível do bem-estar da mulher. Segundo Figueiredo (2001) existem alterações biológicas, psicológicas, familiares e sociais decorrentes do pós-parto que podem afectar o bem-estar da mulher. A maior parte dos estudos sobre o aleitamento materno e sua relação com o bem-estar da mulher referem-se ao período pós-parto com um aumento significativo de bem-estar (Mezzacappa, Myers, Katkin, Yue & Sloan, 2000; Mezzacappa & Katkin, 2002; Saleh, Gubash & Karim et al, 1998; Mezzacappa & Endicott, 2007; Kendall-Tackett, 2007; Groer & Faan, 2005; Groer & Davis, 2006) devido à acção das hormonas decorrentes do processo de aleitamento.

Outra questão a salientar reporta à situação de desejabilidade social, ou seja, existe uma enorme pressão da sociedade para que a mulher introjecte os termos bem-estar e felicidade associadas ao aleitamento materno e à maternidade. De acordo com Araújo & Almeida (2007) o significado do aleitamento materno para a mulher ainda está muito condicionado pelo significado do modelo cultural de boa mãe (Badinter, 1980), aquela que alimenta o seu filho e que não pode aceder a sentimentos mais negativos como stress, cansaço, dor e depressão. A mulher sente-se cobrada pela sociedade, que valoriza excessivamente a maternidade e a amamentação; é como se desejasse cumprir com todos os

seus papéis da melhor forma possível (Nakano, 2003) podendo originar angústia e culpabilidade quando não acontece (Gusman, 2004).

O facto de um modo geral não existir uma associação positiva entre o aleitamento materno e a qualidade de vida e bem-estar da mulher, põe em causa a evidência dos benefícios do aleitamento para a saúde da mulher, reflectindo tal como no estudo de Rocha & Leal (2007) uma forte inclinação para ser considerado como uma crença de saúde, em que um conjunto de crenças sobre a sua eficácia, pode conduzir realmente à sua prática efectiva (Ribeiro, 2005 a).

As actuais políticas de promoção do aleitamento materno centram-se nos benefícios do aleitamento materno para a saúde da criança e da mulher, embora esta se encontre num plano secundário; contudo existe pouca comprovação científica nesta área em concordância com uma enorme pressão focalizada na saúde promovendo sentimentos de culpabilização na mulher quando não consegue, não pode ou não quer amamentar.

Embora a temática do aleitamento materno seja uma área bem desenvolvida e bastante investida do ponto de vista científico e da investigação, existem aspectos que poderão ser melhorados numa investigação deste tipo:

Limitação da amostra relativamente à faixa-etária da criança amamentada de forma a não existir uma discrepância entre o número de mulheres que amamenta e o número de mulheres que não amamenta. E diferenciação da amostra relativamente à amamentação actual e passada.

Aumentar significativamente o número da amostra de forma a evitar uma grande discrepância entre os grupos observados.

Ter em conta os instrumentos utilizados essencialmente instrumentos que avaliem melhor o cansaço, sono, satisfação sexual e isolamento social que de acordo com a literatura são as áreas mais afectadas pelo aleitamento materno; utilizar outros avaliadores de bem-estar subjectivo.

## Conclusão

Este estudo investigou a relação entre o aleitamento materno e a saúde e o bem-estar da mulher e de uma forma genérica não encontrou evidências que sugiram que o aleitamento materno traz benefícios reais para a saúde da mulher podendo ser considerado como uma crença de saúde. A única evidência encontrada sugere que as mulheres que estão mais próximas do período do aleitamento apresentam maior quantidade de afectos positivos do que as mulheres que se encontram mais afastadas do período do aleitamento.

Estas conclusões remetem para a importância de uma revisão das actuais políticas de promoção do aleitamento materno de forma a abordar as questões relacionadas com a mulher, tendo em conta a sua subjectividade e posição face ao aleitamento materno, sem conduzir a sentimentos contraditórios e culpabilizantes. As orientações dos profissionais de saúde que trabalham nesta área devem ser multidisciplinares e focalizadas de forma a disponibilizar informação e apoio no que se refere aos obstáculos que advém do aleitamento, e que podem dar origem a uma diminuição da qualidade de vida e bem-estar da mulher nos primeiros meses de vida da criança.

## REFERÊNCIAS

- Adair, L. S. (2009) Methods Appropriate for Studying the Relationship of Breast-feeding to Obesity. *Journal of Nutrition* 139, No. 2, 408S-411S. . Retrieved May, 2009 from EBSCOHost Research Databases.
- Alderman, B., Weiss, N., Daling, J., Ure, C.L., Ballard, JH. (1986) Reproductive history and postmenopausal risk of hip and forearm fracture. *Am J Epidemiol.* 124: 262-7.
- Almeida, J. & Novak, F. (2004). Amamentação: um híbrido Natureza-cultura. *Jornal de Pediatria*, vol. 80, nº 5 (supl).
- Araújo & Almeida (2007). Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. *Ver. Nutr., Campinas*, 20 (4): 431-438.
- Arora S, McJunkin C, Wehrer J, and Kuhn P. (2000). "Major factors influencing breastfeeding rates: Mother's perception of father's attitude and milk supply." *Pediatrics* 106, no. 5: E67-E67. *MEDLINE*, EBSCOhost (accessed May 20, 2009)
- Badinter, E. (1980). *O amor incerto. História do amor maternal no Sec XVII ao Sec. XX.* Lisboa: Relógio d'água.
- Barnes, J, Stein, A., Smith, T., & Pollock, J.I. (1997). Extreme attitudes to body shape, social and psychological factors and a reluctance to breast feed. ALSPAC Study Team. Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. *Journal Of The Royal Society Of Medicine*, 90(10), 551-559. Retrieved May 20, 2009, from MEDLINE database.
- Barnett, E., Sienkiewicz, M., & Roholt, S. (1995). Beliefs About Breastfeeding: A
- Bartlett, A. (2005). Maternal sexuality and breastfeeding. *Sex Education*, Vol. 5, Nº.1, pp. 67–77.

- Brito, R. & Oliveira, M. (2006). Aleitamento materno: mudanças ocorridas na vida conjugal do pai. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v.27, nº 2, Jun. Porto Alegre.
- Butte, N., & Hopkinson, J. (1998). Body composition changes during lactation are highly variable among women. *Journal of Nutrition*, 128(2), 381S. Retrieved May 18, 2009, from Academic Search Complete database.
- Cardoso, L. (2006). *Aleitamento materno: uma prática de educação para a saúde no âmbito da enfermagem obstétrica*. Dissertação de Mestrado em Educação (especialização em Educação para a Saúde). Braga: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho
- Carrascoza, K. C.; Costa Junior, Á. L.; Moraes, A. B. A. Factores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 22, n. 4, p. 433-440, 2005b.
- Chabrol, H., Walburg, V., Teissedre, F. Armitage, J. & Santrisse, K. (2004). Influence of mother's choice to breastfeed or bottle-feed: perceptions and feeding choice. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, Vol. 22, 3, pp. 189-198. Retrieved September 6, 2008 from EBSCOHost Research Databases.
- Chen, Y., Chie, W., Kuo, S., Lin, Y., Lin, S., & Chen, P. (2007). The association between infant feeding pattern and mother's quality of life in Taiwan. *Quality of Life Research*, 16(8), 1281-1288. Retrieved May 20, 2009, doi:10.1007/s11136-007-9233-1
- Chiaffarino et al (2001). Reproductive and hormonal factors and ovarian cancer. *Annals of oncology* 12, 337- 341.
- Cohen, R. J., Brown, K.H. Canahuati, J., Rivera, L.L., Dewey, K.G. (1995). Determinants of growth from birth to 12 months among breast-feed Honduran infants in relation to age of introduction of complementary foods. *Pediatrics* n.96, 504-10.

- Colman, L. & Colman (1994). *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri
- Coutinho & Leal (2005). Atitudes de mulheres em relação à amamentação. *Análise Psicológica*, 3 (XXIII) pp. 277-282, Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada – CRL.
- Cumming, R.G., Klineberg, R.J. (1993). Breast feeding and other reproductive factors and the risks of hip fractures in elderly woman. *Int. J. Epidemiol.* 22: 648-91.
- De Judicibus M. A. & McCabe M. P. (2002). Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *Journal of Sex Research* 39 (2), 94-103.
- Dewey, K.G., Heinig, M.J., Nommsen, L.A. (1993). Maternal weight loss patterns during prolonged lactation. *Am J. Clin. Nutrition* 58: 162-6.
- Duarte, G. A.(2005). *Vivências de casais com o aleitamento materno do primeiro filho*. Tese de Doutoramento. Universidade Estadual de Campinas: Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas Unicamp.
- Earle, S. (2000). Why some women do not breast feed: bottle feeding and fathers' role. *Midwifery*, 16(4), 323-330. Retrieved May 20, 2009, from MEDLINE database.
- Enger, S. M.; Ross, R. K. ; Henderson B. ; Bernstein L (1997). Breastfeeding *history*, pregnancy experience and risk of breast cancer. *Br J Cancer*, Vol. 76 (1), pp. 118-23. Retrieved September 6, 2008 from EBSCOHost Research Databases.
- Falceto, O.; Fernandes, C; Baratojo, C. & Giugliani, E. (2008). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, vol.42, nº 6, Dec.
- Falceto, O; Giugliani, E. & Fernandes, C.(2004). Couples' Relationships and breastfeeding: is there an association? *J Hum Lact* XX(X), p.p. 1-10. *Hum Lact*, 20(1), p.46-55.

- Faleiros, F.; Trezza, E & Carandina (2006). Aleitamento materno: factores de influência na sua decisão e duração. *Revista de Nutrição, Campinas*, 19(5), p.623-630.
- Figueiredo, B. (2001). Perturbações psicopatológicas da maternidade. In C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 161-188). Coimbra: Quarteto Editora.
- Figueiredo, B. (2001). Depressão Pós-parto: Considerações a propósito da intervenção psicológica. *Psiquiatria Clínica* 22 (3), pp. 329-339.
- Galinha, Iolanda C. & Ribeiro, J. L. Pais (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (2), p.203-214. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Giacomoni, C.H. (2004). Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia da SBP*, 12.
- Gigante, D.P., Victora, C.G., & Barros, F.C. (2001). Breast-feeding has a limited long-term effect on anthropometry and body composition of Brazilian mothers. *The Journal Of Nutrition*, 131(1), 78-84. Retrieved May 18, 2009, from MEDLINE database.
- Gilza, S. (2003). Amamentação e sexualidade. *Estudos Feministas*. Florianópolis 11(2): 360, p.467-491.
- Giuliani, ERJ, Kummer, SC. (2005) Influência. das avós na prática do aleitamento materno. *Rev Saude. Publ.*;39(2):141-7. 3.
- Grassley, J., & Eschiti, V. (2008). Grandmother breastfeeding support: What do mothers need and want? *Birth: Issues in Perinatal Care*, 35(4), 329-335. <http://search.ebscohost.com>, doi:10.1111/j.1523-536X.2008.00260.x
- Groer, M., Davis, M., Smith, K., Casey, K., Kramer, V., & Bukovsky, E. (2005, October). Immunity, Inflammation and Infection in Post-partum Breast and Formula Feeders.

*American Journal of Reproductive Immunology*, 54(4), 222-231. Retrieved May 18, 2009, doi:10.1111/j.1600-0897.2005.00301.x

Groer, M.W. & Davis, M.W. (2006, September). Cytokines, infections, stress, and dysphoric moods in breastfeeders and formula feeders. *Journal Of Obstetric, Gynecologic, And Neonatal Nursing: JOGNN / NAACOG*, 35(5), 599-607. Retrieved May 18, 2009, from MEDLINE database.

Gusman, C. (2005). *Os significados da amamentação na perspectiva das mães*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Hatsu, I., McDougald, D., & Anderson, A. (2008). Effect of infant feeding on maternal body composition. *International Breastfeeding Journal*, 3, 1-8. Retrieved May 18, 2009, doi:10.1186/1746-4358-3-18

Hatton DC, Harrison-Hohner J, Coste S, Dorato V, Curet LB, and McCarron DA. (2005). Symptoms of postpartum depression and breastfeeding. *Journal Of Human Lactation: Official Journal Of International Lactation Consultant Association*, 21(4), 444. Retrieved May 22, 2009, from MEDLINE database.

Henderson, J., Evans, S., Straton, J., Priest, S., & Hagan, R. (2003, September). Impact of Postnatal Depression on Breastfeeding Duration. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 30(3), 175-180. Retrieved May 22, 2009, doi:10.1046/j.1523-536X.2003.00242.x

*Important Role of Maternity Services*. Geneva: Autor.

Isabella P.H., and Isabella R.A. (1994). Correlates of successful breastfeeding: a study of social and personal factors. *Journal Of Human Lactation: Official Journal Of International Lactation Consultant Association*, 10(4), 257-264. Retrieved May 20, 2009, from MEDLINE database.

- Kendall-Tackett, Kathleen (2007) A new paradigm for depression in new mothers: the central role of inflammation and how breastfeeding and anti-inflammatory treatments protect maternal mental health. *International Breastfeeding Journal*, Vol. 2, p6-14, 14p. Retrieved April, 2009 from EBSCOHost Research Databases.
- Kistin, N., Benton, D., Rao, S., & Sullivan, M. (1990). Breastfeeding Rates Among Black Urban Low-Income Women: Effect of Prenatal Education. *Pediatrics*, 86(5), 741-746.
- Knox, Gardiner. Wright, M. (2003). What is the problem with breast-feeding? A qualitative analysis of infant feeding perceptions; *J Hum Nutr Dietet*, 16, pp.265-273. Retrieved September 6, 2008 from EBSCOHost Research Databases.
- Kong, S. K.F. & Lee, D. T.F. (2004). Issues and Innovations in Nursing Practice. Factors influencing decision to breastfeed. *Journal of Advanced Nursing*, 46(4), 369-379. Retrieved May 20, 2009, doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03003.x
- Kronborg, H., & Væth, M. (2004). The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(3), 210-216. Retrieved May 20, 2009, from Academic Search Complete database.
- Labbok MH (2001). Effects of *breastfeeding* on the mother. *Pediatric Clin North Am*, Vol. 48 (1), pp. 143-58. Retrieved September 6, 2008 from EBSCOHost Research Databases.
- Leal, I.(2001). O feminino e o materno. In M. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp.51-74). Coimbra: Quarteto.
- Levy, L. & Bértolo, H. (2002). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés
- Levy, L. (2006). Aleitamento materno: Uma prioridade. In J. Rosa & S. Sousa (Eds.), *Caderno do bebé* (pp. 37-39). Lisboa: Fim de Século.

- Li J; Kendall G E; Henderson S; Downie J; Landsborough L; Oddy W H (2008) Maternal psychosocial well-being in pregnancy and breastfeeding duration. *Acta paediatrica* (Oslo, Norway : 1992) 2008;97(2):221-5.
- Li, J., Kendall, G., Henderson, S., Downie, J., Landsborough, L., & Oddy, W. (2008, February). Maternal psychosocial well-being in pregnancy and breastfeeding duration. *Acta Paediatrica*, 97(2), 221-225. Retrieved May 18, 2009, doi:10.1111/j.1651-2227.2007.00602.x.
- Lipworth, L., Bailey, R., Trichopoulos, D. (2000) History of breastfeeding in relation to breast cancer risk: a review of the epidemiologic literature. *J. Natl. Cancer Int.* 92: 302-12.
- Litman, H., Medendorp, S.V., & Goldfarb, J. (1994, April). The decision to breastfeed. The importance of father's approval. *Clinical Pediatrics*, 33(4), 214-219. Retrieved May 20, 2009, from MEDLINE database.
- Lothrop, H. (2000). *Tudo sobre amamentação*. Lisboa: Paz Editora (original publicado em 1997)
- Lucas A, Pizarro E, Granada ML, Salinas I, Foz M, and Sanmarti A. (2000). Postpartum thyroiditis: epidemiology and clinical evolution in a nonselected population. *Thyroid: Official Journal Of The American Thyroid Association*, 10(1), 71-77. Retrieved May 22, 2009, from MEDLINE database.
- Marinho, C., & Leal, I. (2004). Os profissionais de saúde e o aleitamento materno: um estudo exploratório sobre as atitudes de médicos e enfermeiros. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 93-105.
- Masters, W. H. & Johnson, V.E (1966). *Human sexual response*. Boston:Little,

- McCullough, G., Heubner, E.S., & Laughlin, J. (2000). Life events, self-concept, and adolescents' positive subjective well-being. *Psychology in the Schools*, 37, 281-291.
- McIntyre E, Hiller JE, and Turnbull D. (2001) Community attitudes to infant feeding. *Breastfeeding Review: Professional Publication Of The Nursing Mothers' Association Of Australia*, 9(3), 27-33. Retrieved May 20, 2009, from MEDLINE database.
- Mezzacappa E. S., Endicott J., E, S., & J, E. (2007, November 26). Parity mediates the association between infant feeding method and maternal depressive symptoms in the postpartum. *Archives Of Women's Mental Health*, 10(6), 259-266. Retrieved May 18, 2009, from MEDLINE database.
- Mezzacappa, E. (1997, July). A Preliminary Study of the Effects of Breast-Feeding on Maternal Health. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(3), 230. Retrieved May 18, 2009, from Academic Search Complete database.
- Mezzacappa, E. (2004, July). Breastfeeding and Maternal Stress Response and Health. *Nutrition Reviews*, 62(7), 261-268. Retrieved May 18, 2009, doi:10.1301/nr.2004.jul.261-268.
- Mezzacappa, E., Guethlein, W. & Katkin, E. (2002). "Breast-Feeding and Material Health in Online Mother". *Annals of Behavioral Medicine* 24, n°. 4, pp. 299-309. Retrieved May 18, 2009, from Academic Search Complete database.
- Mezzacappa, E., Kelsey, R., Myers, M., & Katkin, E. (2001, November). Breast-feeding and maternal cardiovascular function. *Psychophysiology*, 38(6), 988-997. Retrieved May 18, 2009, from Academic Search Complete database.
- Michaelsson, K., Baron, J.A., Faraahmand, BY, Ljunghall, S. (2001) Influence of parity and lactation on hip fracture risk. *Am J. Epidemiol.* 153:1166-72.

- Nakano, A. (2003). As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19/Sup. 2) 5355-5363.
- Nakano, A.; Shimo, A.; Reis, M. & Degrande, M. (1998). O significado do aleitamento materno para um grupo de profissionais enfermeiros e da clientela por eles assistida. *Acta Paul. Enf.*, São Paulo, v.11, nº2, p.27-34.
- Narod, S. (2006). Modifiers risk of hereditary breast cancer; *Oncogene*; 25 . 5832-5836.
- Newcomb PA; Egan KM; Titus-Ernstoff L; Trentham-Dietz A; Greenberg ER; Baron\_JA; Willett WC; Stampfer MJ (1999). Lactation in relation to postmenopausal breast cancer. *Am J Epidemiol*; Vol. 150 (2), pp. 174-82. Retrieved September 6, 2008 from EBSCOHost Research Databases.
- Noor SZ, Rousham EK (2008). Breast-feeding and maternal mental well-being among Bangladeshi and Pakistani women in north-east England. *Public Health Nutrition*, Vol. 11 (5), pp. 486-92. Medline.EBSCOHost Research Databases (accessed May 18, 2009).
- Olaya-Contreras P; Pierre B; Lazcano-Ponce E; Villamil-Rodriguez J; Posso-Valencia\_HJ (1999). Factores de riesgo reproductivo asociados al câncer mamário, en mujeres colombianas. *Revista de Saúde Pública*, Vol. 33 (3), pp. 237-45. Retrieved September 6, 2008 from EBSCOHost Research Databases.
- Oliveira, C., Pedrosa, A. A., & Canavarro, M. C. (2005). Gravidez, parentalidade e mudança. Stress e adaptação nos processos de transição para a parentalidade. In, A. M. Pinto & A. L. Silva (Coords.), *Stress e bem-estar: Modelos e domínios de aplicação*. Lisboa: Climepsi.
- Palys, T. S.; Little, B. R. (1983). Perceived Life Satisfaction and the Organization of Personal Project Systems. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44:1221–1230.

- Pereira, G. (2003). Amamentação e sexualidade. *Revista Estudos Feministas*, vol.11, nº 2, Florianópolis.
- Pinette, G. (2003, April). One-in-nine chance of breast cancer. *Windspeaker*, 21(1), 18. Retrieved May 18, 2009, from Academic Search Complete database.
- Pippins, J., Brawarsky, P., Jackson, R., Fuentes-Afflick, E., & Haas, J. (2006, July). Association of Breastfeeding with Maternal Depressive Symptoms. *Journal of Women's Health (15409996)*, 15(6), 754-762. Retrieved May 18, 2009, doi:10.1089/jwh.2006.15.754
- Practices. *Pediatrics*, 76(6), 208-215.
- Ramos, C. V.; Almeida, J. A. G. (2003) Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)*, Porto Alegre, v. 79, n. 5, p. 385-390.
- Rea, M. F. (2004). Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. *Jornal de Pediatria (Rio J)*, 80 (5 supl): S142-S146.
- Reiff, M.I., & Essock-Vitale, S.M. (1985). Hospital Influences on Early Infant-Feeding
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Rempel, L., & Rempel, J. (2004). Partner influence on health behavior decision-making: Increasing breastfeeding duration. *Journal of Social & Personal Relationships*, 21(1), 92-111. Retrieved February 6, 2009, doi:10.1177/0265407504039841
- Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada – CRL.

- Ribeiro, J. (1999) *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi
- Ribeiro, J. (2005a) *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto Editora
- Riman, T., Nilsson, S., Persson, I.R. (2004). Review of epidemiological evidence for reproductive and hormonal factors in relation to the risk of epithelial ovarian malignancies. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 83 pp. 783-795. Retrieved September 6, 2008 from EBSCOHost Research Databases.
- Rocha, A. & Leal, I. (2008). Aleitamento materno: uma questão em aberto. In *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Porto: Universidade do Porto.?
- Rocha, A.M.A. & Leal (2007). *O Impacto do Aleitamento Materno na Saúde e Bem-estar da Criança*. Tese de Mestrado em Psicologia da Gravidez e Parentalidade apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Rolo & Leal (1997). *Qualidade de Vida em Mulheres com Artrite Reumatóide*. Tese de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Romieu, I., Ávila, M, Lazcano, E., Romero, J. R. (1996). Breast cancer and lactation history in Mexican woman. *Am J Epidemiol.*; 143: 543-52. MEDLINE
- Schipper, H. (1990). Quality of life: Principles of the clinical paradigm. *Journal of Psychosocial Oncology*, 8(2), 171-185.
- Schmied V, Sheehan A, and Barclay L. (2001) Contemporary breast-feeding policy and practice: implications for midwives. *Midwifery*, 17(1), 44-54. Retrieved June 23, 2009, from MEDLINE database.

- Scott, J., Binns, C., Graham, K., & Oddy, W. (2006). Temporal Changes in the Determinants of Breastfeeding Initiation. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 33(1), 37-45. <http://search.ebscohost.com>
- Seidl, E. M. F. & Zannon, C. M.L.C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, 20 (2): 580-588. Rio de Janeiro.
- Sharma, V., & Corpse, C.S., (2008, February). Case study revisiting the association between breastfeeding and postpartum depression. *Journal Of Human Lactation: Official Journal Of International Lactation Consultant Association*, 24(1), 77-79. Retrieved May 18, 2009, from MEDLINE database.
- Shepherd, C., Power, K., Carter, H., & Power. (2000). Examining the correspondence of breastfeeding and bottle-feeding couples' infant feeding attitudes. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 651-660. <http://search.ebscohost.com>, doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01320.x
- Shin, D. C. & Johnson, D. M. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, 5, 475-492.
- Silva, A. & Figueiredo, B. (2005). Sexualidade na gravidez e após o parto. *Psiquiatria Clínica*, 25 (3), pp.253-264.
- Silva, I. (1996). Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios. Resumo da Tese de Doutorado. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 30, nº1, p.170.
- Silva, I. (1996). Reflexões sobre a prática do aleitamento materno. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.30, nº 1, p.58-72, abr.
- Silva, I. (2000). Enfermagem e aleitamento materno: combinando práticas seculares. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 34, nº 4, p.362-9, dez.

- Silva, I. (2001). O profissional reconhecendo a família como suporte social para a prática do aleitamento materno. *Fam. Saúde Desenv.* Curitiba, v.3, n.1, p. 7-14, jan./jun.
- Statewide Survey of Health Professionals. *Birth*, 22(1), 15-20.
- Taveras, E., Capra, A., Braveman, P., Jensvold, N., Escobar, G., & Lieu, T. (2003, July). Clinician Support and Psychosocial Risk Factors Associated With Breastfeeding Discontinuation. *Pediatrics*, 112(1), 108. Retrieved May 22, 2009, from Academic Search Complete database.
- Taylor, J., Risica, P., & Cabral, H. (2003). Why primiparous mothers do not breastfeed in the United States: a national survey. *Acta Paediatrica*, 92(11), 1308-1313. Retrieved May 20, 2009, from Academic Search Complete database.
- Tryggvadottir L., Tulinius, H., Eyfjord, J.E., Sigurvinsson, T. (2001). Breastfeeding and reduced risk of breast cancer in an Icelandic cohort study. *American Journal of Epidemiology*, Vol. 154 (1), pp. 37-42. Retrieved September 6, 2008 from EBSCOHost Research Databases.
- Tu, M., Lupien, S., & Walker, C. (2005). Measuring stress responses in postpartum mothers: Perspectives from studies in human and animal populations. *Stress: The International Journal on the Biology of Stress*, 8(1), 19-34. <http://search.ebscohost.com>, doi:10.1080/10253890500103806
- Ursin, G. et al (2005). Reproductive factors and subtypes of breast cancer defined by hormone receptor and histology; *British Journal of Cancer*; 93; 364-371. Retrieved September 6, 2008 from EBSCOHost Research Databases.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., et al. (2006b). Estudos psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(2), 41-49.

- Von Sydow, K. (1999). Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 27-49.
- Wernli, K., Yinghui, W., Yingye, Z., Potter, J., & Newcomb, P. (2009). The Relationship between Gravidity and Parity and Colorectal Cancer Risk. *Journal of Women's Health (15409996)*, 18(7), 995-1001. <http://search.ebscohost.com>, doi:10.1089/jwh.2008.1068
- WHO (1948). Officials Records of the World Health Organization, n°2, p.100. United Nations, World Health Organization. Geneve, Interim Comission.
- WHO (1997). *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. Geneva: World Health Organization. WHO/MSA/MNH/PSF/97.4.
- WHO (2000). *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*. Geneva: World Health Organization. WHO/EDM/TRM/2000.1.
- WHO (2003). *Infant and young child nutrition: Global strategy on infant and young child feeding*. Geneva: Author.
- WHO/UNICEF (1989). *Protection, Promotion and Supporting Breastfeeding: The*
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*, 23 (3), 24-56.
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41 (10), 1403-1409.
- WHOQOL Group. (1994a). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23 (3), 24-56.

- Wilkinson, R., & Scherl, F. (2006, February). Psychological health, maternal attachment and attachment style in breast- and formula-feeding mothers: a preliminary study. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 24(1), 5-19. Retrieved May 18, 2009, doi:10.1080/02646830500475153
- Wöckel, A. Beggel, A. Gensch, M. and Abou-Dakn, M. (2007) "Psychological stress and puerperal mastitis—possible pathophysiological mechanisms," *Current Women's Health Reviews*, vol. 3, no. 2, pp. 123–127, 2007.
- World Health Organization (1993). WHOQoL Study Protocol. WHO (MNH7PSF/93.9).
- World Health Organization Quality Of Life Assessment Group (1996). *What is Quality of Life?* World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): World Health Forum.
- World Health Organization Quality Of Life Group (1998). *The World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties*. Geneva: Department of mental health WHO.
- World Health Organization. (1991). *World Health Statistics Annual*. Geneva: WHO.
- Yang, L., & Jacobsen, K. (2008, December). A Systematic Review of the Association between Breastfeeding and Breast Cancer. *Journal of Women's Health (15409996)*, 17(10), 1635-1645. Retrieved May 18, 2009, doi:10.1089/jwh.2008.0917
- Yeoh, B., Eastwood, J., Phung, H., & Woolfenden, S. (2007). Factors influencing breastfeeding rates in south-western Sydney. *Journal of Paediatrics & Child Health*, 43(4), 249-255. Retrieved May 20, 2009, doi:10.1111/j.1440-1754.2007.01055.x
- Yvone, L. & Irurita, V. F. (2003). Incompatible Expectations: The Dilemma of Breastfeeding Mothers, *Health Care for Woman International*, 24, pp. 62-78. Retrieved September 6, 2008 from EBSCOHost Research Databases.

Zheng T; Holford TR; Mayne ST; Owens PH; Zhang Y; Zhang B; Boyle P; Zahm SH (2001). Lactation and breast cancer risk: a case-control study in Connecticut. *Br J Cancer*; Vol. 84 (11), pp. 1472-6. Retrieved September 6, 2008 from EBSCOHost Research Databases.

Zimmerman, D.R.& Guttman, N. (2001). "Breast is best": Knowledge among lw-income mothers is not enough. *Journal of Human Lactation*, 17 (1), 14-19.

## ANEXOS

**Exma. Sr.<sup>a</sup> Directora do Centro de Saúde da Graça**

**Dr.<sup>a</sup> Margarida Fragoso Mendes**

**Assunto: Solicitação de autorização para a realização de um Trabalho de Investigação, no âmbito da elaboração da Dissertação de Mestrado.**

Susana Paula Soares Venâncio Rojão, Técnica Superior de Saúde do ramo de Psicologia Clínica, a exercer funções no Centro de Saúde da Graça, com o nº mecanográfico 05060, residente na Rua da Bela Vista á Graça nº 91 – C, 1170 Lisboa; com o contacto telefónico 914386190; encontra-se a frequentar o 2º ano do Mestrado de Psicologia da Gravidez e da Parentalidade no Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Relativamente ao assunto em epígrafe, vem por este meio dar a conhecer a V. Exa., o projecto de investigação apresentado ao ISPA a 15 de Outubro de 2008 – para o qual pretende solicitar autorização para a realização do mesmo nos seguintes Centros de Saúde: Centro de Saúde da Graça, Centro de Saúde de Penha de França, Centro de Saúde de S. João, Centro de Saúde de Marvila e Centro de Saúde dos Olivais.

- **O estudo intitula-se: *O IMPACTO A AMAMENTAÇÃO NA SAÚDE E BEM-ESTAR DA MULHER*** e tem como orientadora a Professora Doutora Isabel Leal, coordenadora deste Mestrado no Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Trata-se de um estudo comparativo e correlacional, que terá como **objectivos**:

- Comparar a qualidade de vida e o bem-estar subjectivo de mulheres que usam diferentes métodos para alimentar o seu filho dos 6 aos 12 meses de idade.
- Identificar variáveis que influenciam a qualidade de vida e bem-estar subjectivo de mulheres que usam diferentes métodos para alimentar o seu filho dos 6 aos 12 meses de idade.

A população será constituída por cerca de 150 mulheres que foram mães recentemente (6-12 meses), em que critérios de inclusão são: possuir um nível de escolaridade igual ou superior ao 1º ciclo do ensino básico; ter idade igual ou superior a 14 anos; não ter um diagnóstico de perturbação mental e de existência de uma doença crónica.

Como instrumentos de colheita de dados, pretendemos utilizar os seguintes questionários:

- Questionário Sócio-demográfico (a realizar para o efeito).

- Questionário de Qualidade de Vida: Medical Outcomes Study Short- Form General Health Survey -SF-36 (Ware & Sherborne, 1992; Ferreira, 2000 a, 2000 b)
- Questionários de Bem-Estar Subjectivo – PANAS – Positive and Negative Affect Schedule (Watson, Clarrk and Tellegen, 1988; Galinha & Ribeiro, 2005); Escala para Medida da Satisfação Geral com a Vida de um único item (Cantril, 1967; Neri, 1998) e Escala para Medida da Satisfação com a Vida Referenciada a Domínios (Neri, 1998).

Os aspectos éticos serão tidos em conta ao longo de todo o processo, no que se refere à instituição e aos participantes na amostra. Relativamente às mulheres que cumpram os critérios de inclusão, após terem sido dadas as explicações verbais sobre o estudo e sobre o fim a que se destina, ser-lhes-á assegurado o sigilo da identidade e a privacidade das declarações, sendo solicitada individualmente a sua participação voluntária e a assinatura do Termo de Consentimento Informado, sendo-lhes posteriormente entregue uma cópia do mesmo.

Encontro-me ao dispor para os esclarecimentos tidos por convenientes.

Sem outro assunto, atenciosamente. Pede deferimento.

Lisboa, 20 de Novembro de 2008

Susana Rojão

**Exma. Sr.<sup>a</sup> Presidente da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo**  
**Dr.<sup>a</sup> Rui de Portugal**

**Assunto: Solicitação de autorização para a realização de um Trabalho de Investigação, no âmbito da elaboração da Dissertação de Mestrado no Centro de Saúde de Vila Franca de Xira – Centro de Saúde da Castanheira**

Susana Paula Soares Venâncio Rojão, Técnica Superior de Saúde do ramo de Psicologia Clínica, a exercer funções no Centro de Saúde da Graça, com o nº mecanográfico 05060, residente na Rua da Bela Vista á Graça nº 91 – C, 1170 Lisboa; com o contacto telefónico 914386190; encontra-se a frequentar o 2º ano do Mestrado de Psicologia da Gravidez e da Parentalidade no Instituto Superior de Psicologia Aplicada. No dia 20 de Novembro de 2008 realizou requerimento ao Senhor Presidente da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo a solicitar autorização para a realização do trabalho de investigação nos seguintes Centros de Saúde: Centro de Saúde da Graça, Centro de Saúde de Penha de França, Centro de Saúde de S. João, Centro de Saúde de Marvila e Centro de Saúde dos Olivais, tendo sido autorizado em Dezembro de 2008. Relativamente ao assunto em epígrafe, vem por este meio solicitar a inclusão do Centro de Saúde de Vila Franca de Xira – Centro de Saúde da Castanheira, no referido trabalho.

- **A investigação intitula-se: *O IMPACTO A AMAMENTAÇÃO NA SAÚDE E BEM-ESTAR DA MULHER*** e tem como orientadora a Professora Doutora Isabel Leal, coordenadora deste Mestrado no Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Trata-se de um estudo comparativo e correlacional, que terá como **objectivos**:

- Comparar a qualidade de vida e o bem-estar subjectivo de mulheres que usam diferentes métodos para alimentar o seu filho dos 6 aos 12 meses de idade.
- Identificar variáveis que influenciam a qualidade de vida e bem-estar subjectivo de mulheres que usam diferentes métodos para alimentar o seu filho dos 6 aos 12 meses de idade.

A população será constituída por cerca de 150 mulheres que foram mães recentemente (6-12 meses), em que critérios de inclusão são: possuir um nível de escolaridade igual ou superior ao 1º ciclo do ensino básico; ter idade igual ou superior a 14 anos; não ter um diagnóstico de perturbação mental e de existência de uma doença crónica.

Como instrumentos de colheita de dados, pretendemos utilizar os seguintes questionários:

- Questionário Sócio-demográfico (a realizar para o efeito).
- Questionário de Qualidade de Vida: Medical Outcomes Study Short- Form General Health Survey -SF-36 (Ware & Sherborne, 1992; Ferreira, 2000 a, 2000 b)
- Questionários de Bem-Estar Subjectivo – PANAS – Positive and Negative Affect Schedule (Watson, Clarrk and Tellegen, 1988; Galinha & Ribeiro, 2005); Escala para Medida da Satisfação Geral com a Vida de um único item (Cantril, 1967; Neri, 1998) e Escala para Medida da Satisfação com a Vida Referenciada a Domínios (Neri, 1998).

Os aspectos éticos serão tidos em conta ao longo de todo o processo, no que se refere à instituição e aos participantes na amostra. Relativamente às mulheres que cumpram os critérios de inclusão, após terem sido dadas as explicações verbais sobre o estudo e sobre o fim a que se destina, ser-lhes-á assegurado o sigilo da identidade e a privacidade das declarações, sendo solicitada individualmente a sua participação voluntária e a assinatura do Termo de Consentimento Informado, sendo-lhes posteriormente entregue uma cópia do mesmo.

Encontro-me ao dispor para os esclarecimentos tidos por convenientes.

Sem outro assunto, atenciosamente. Pede deferimento.

Lisboa, 16 de Fevereiro de 2009

Susana Rojão

**QUESTIONÁRIO SOCIO-DEMOGRÁFICO**

**I – Identificação:**

1.1. Idade \_\_\_\_\_

1. 2. Idade da criança \_\_\_\_\_ Sexo da criança: Masculino

Feminino

1. 3. Nacionalidade

\_\_\_\_\_

1.4. Estado

civil \_\_\_\_\_

1.5.

Profissão \_\_\_\_\_

1.6. N° de Filhos \_\_\_\_\_ Idade dos  
filhos \_\_\_\_\_

1.7. Escolaridade \_\_\_\_\_

**II – Aleitamento:**

2.1. Presentemente a alimentação da sua criança consiste:

Leite materno (amamentação ao peito)

Leite misto (amamentação mais suplemento)

Leite adaptado (sem amamentação)

Outros  Qual? \_\_\_\_\_

2.2. Amamentou exclusivamente durante algum tempo?

Sim  Não

2.2.1 Se sim até que idade da criança? \_\_\_\_\_

2.3. Amamentou e usou suplementos durante algum tempo?

Sim  Não

2.3. Se sim até que idade da criança? \_\_\_\_\_

2.4. Teve apoio na prática do aleitamento materno?

Sim  Não

2.5 Se sim, qual a (s) pessoa (s) que mais tem colaborado?

Marido/companheiro..... (1)

Avós..... (2)

Mãe..... (3)

Outro..... (4)  Qual? \_\_\_\_\_

**Muito obrigado pela sua colaboração!**

**PANAS (Positive and Negative Afect Schedule)**  
(Galinhas & Ribeiro, 2005)

Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. **Leia cada palavra** e marque a resposta adequada no **espaço anterior** á palavra. Indique em que medida sentiu cada um das seguintes emoções durante as últimas semanas.

Nada ou	um pouco	moderadamente	bastante	extremamente
Muito	2	3	4	5
Ligeiramente				
1				

<p>_____ Interessado</p> <p>_____ Perturbado</p> <p>_____ Excitado</p> <p>_____ Atormentado</p> <p>_____ Agradavelmente surpreendido</p> <p>_____ Culpado</p> <p>_____ Assustado</p> <p>_____ Caloroso</p> <p>_____ Repulsa</p> <p>_____ Entusiasmo</p>	<p>_____ Orgulhoso</p> <p>_____ Irritado</p> <p>_____ Encantado</p> <p>_____ Remorsos</p> <p>_____ Inspirado</p> <p>_____ Nervoso</p> <p>_____ Determinado</p> <p>_____ Trémulo</p> <p>_____ Activo</p> <p>_____ Amedrontado</p>
---	--

**MUITO OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO E DISPONIBILIDADE**

Título do estudo: *O Impacto da amamentação na saúde e Bem-Estar da Mulher*

Lisboa, 21 de Janeiro de 2009

Cara Senhora

Tenho o prazer de a convidar para o estudo com o título acima referido, com o qual se pretende avaliar o impacto do aleitamento materno ao nível da qualidade de vida e bem-estar das mulheres no primeiro ano de vida dos seus filhos.

Os resultados farão parte da dissertação de Mestrado da signatária e orientarão os técnicos que trabalham com esta população no sentido de planearem e organizarem novas estratégias de apoio.

A participação no estudo não envolve riscos para si, consistindo o seu envolvimento na disponibilização de cerca de 10 (dez) minutos para responder a 4 (quatro) questionários sobre a sua saúde e bem-estar e é-lhe garantida a confidencialidade da sua identidade.

A responsável pelo estudo é Susana Paula Soares Venâncio Rojão, psicóloga clínica no Centro de Saúde da Graça (rua do Alecrim nº 47 – 1º andar em Lisboa), a frequentar Mestrado em Psicologia da Gravidez e Parentalidade no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, situado na R. do Jardim do Tabaco, 44, 1100, sendo promotores do estudo a mesma e a Prof. Doutora Isabel Leal, professora no Instituto já mencionado.

Agradeço a sua colaboração.

---

(Susana Paula Soares Venâncio Rojão)

---

(Nome) \_\_\_\_\_ declara que tomou conhecimento das condições de participação no estudo acima descrito e dos objectivos respectivos e que consente livre e esclarecidamente em participar no mesmo.

Lisboa, 2009/\_\_\_/\_\_\_

---

*(Assinatura)*

ANEXOS DE OUTPUTS

## 1. Descrição sócio-demográfica da amostra

### 1.1. Varável Idade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid até 25 anos	13	12,3	12,3	12,3
entre 25 e 35 anos	72	67,9	67,9	80,2
maid de 35 anos	21	19,8	19,8	100,0
Total	106	100,0	100,0	

### 1.2. Variável Idade da Criança

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Até 6 meses	36	34,0	34,0	34,0
De 6 a 9 meses	16	15,1	15,1	49,1
Mais de 9 meses	54	50,9	50,9	100,0
Total	106	100,0	100,0	

### 1.3. Variável Nacionalidade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Portuguesa	93	87,7	87,7	87,7

Brasileira	6	5,7	5,7	93,4
S. Tomense	2	1,9	1,9	95,3
Angolana	1	,9	,9	96,2
Romena	3	2,8	2,8	99,1
Ucraniana	1	,9	,9	100,0
Total	106	100,0	100,0	

#### 1.4. Variável Escolaridade

##### Escolaridade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 4º ano	25	23,6	23,6	23,6
5º - 6º Ano	12	11,3	11,3	34,9
7º - 9º Ano	12	11,3	11,3	46,2
10º -12º Ano	28	26,4	26,4	72,6
Estudos universitários	26	24,5	24,5	97,2
Formação Pós-Graduada	3	2,8	2,8	100,0
Total	106	100,0	100,0	

		Escolaridade
N	Valid	106
	Missing	0
Median		4,0000

#### 1.5. Variável Estado Civil

##### Estado\_Civil

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Casada	59	55,7	55,7	55,7
União de facto	27	25,5	25,5	81,1
Solteira	14	13,2	13,2	94,3

Divorciada	4	3,8	3,8	98,1
Separada	2	1,9	1,9	100,0
Total	106	100,0	100,0	

#### 1.6.Variável Paridade (Tipo de mãe)

##### Tipo\_Mae

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Primípara	63	59,4	59,4	59,4
Multípara	43	40,6	40,6	100,0
Total	106	100,0	100,0	

#### 1.7.Variável Tipo de Aleitamento

##### Tipo\_Aleitamento

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Aleitamento Materno Exclusivo (AME)	66	62,3	62,3	62,3
Aleitamento Misto (AM)	8	7,5	7,5	69,8
Aleitamento Artificial (AA)	14	13,2	13,2	83,0
Aleitamento Materno Exclusivo + Aleitamento Misto (AME+AM)	18	17,0	17,0	100,0
Total	106	100,0	100,0	

## 1.8.Variável Duração do Aleitamento Exclusivo

**Duração\_Aleitamento\_Exclusivo**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,00	19	17,9	17,9	17,9
até 1 mês	12	11,3	11,3	29,2
até 2 meses	14	13,2	13,2	42,5
até 3 meses	8	7,5	7,5	50,0
até 4 meses	15	14,2	14,2	64,2
até 5 meses	12	11,3	11,3	75,5
mais de 6 meses	26	24,5	24,5	100,0
Total	106	100,0	100,0	

		Duração_Aleitamento_Exclusivo
N	Valid	106
	Missing	0
	Median	3,5000

## 1.9.Duração do Aleitamento Misto

**Duração\_Aleitamento\_Misto**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,00	83	78,3	78,3	78,3
até 2 meses	3	2,8	2,8	81,1
até 3 meses	5	4,7	4,7	85,8
até 4 meses	4	3,8	3,8	89,6
mais de 6 meses	11	10,4	10,4	100,0
Total	106	100,0	100,0	

Duração\_Aleitamento\_Misto

N	Valid	106
---	-------	-----

Missing	0
Median	,0000

### 1.10.Variável Apoio no Aleitamento

**Apoio\_Aleitamento**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	65	61,3	61,3	61,3
Não	41	38,7	38,7	100,0
Total	106	100,0	100,0	

### 1.11.Apoio de Quem?

**Se\_Sim\_Quem**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,00	42	39,6	39,6	39,6
Marido	27	25,5	25,5	65,1
Mãe	10	9,4	9,4	74,5
Técnicos de Saúde	27	25,5	25,5	100,0
Total	106	100,0	100,0	

## 2.Resultados do WHOQOL- BREF

**Statistics**

	TWDG	TWD1	TWD2	TWD3	TWD4
N Valid	106	106	106	106	106
Missing	0	0	0	0	0
Mean	69,3396	73,0121	71,8160	69,1824	62,3231
Median	75,0000	75,0000	70,8333	75,0000	62,5000
Std. Deviation	14,85366	13,49945	13,46846	17,74935	12,42410
Minimum	25,00	21,43	12,50	16,67	31,25
Maximum	100,00	100,00	95,83	100,00	96,88

### 3.Resultado da Escala de Afectos Positivos e Negativos (PANAS)

#### Statistics

		AF_P	AF_N	B_A
N	Valid	106	106	106
	Missing	0	0	0
Mean		33,5000	17,6509	15,8491
Median		33,5000	15,0000	17,0000
Std. Deviation		7,47345	7,05494	11,70982
Minimum		10,00	10,00	-31,00
Maximum		50,00	41,00	38,00

### 4. Consistência Interna das Escalas

#### 4.1.WHOQOL- BREF

##### TWDG

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,621	2

**Valor aceitavel de consistência interna. A dimensão é fiável.**

##### TWD1

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,758	7

**Valor Forte de consistência interna. A dimensão é muito fiável.**

TWD2

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,766	6

**Valor Forte de consistência interna. A dimensão é muito fiável**

TWD3

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,692	3

**Valor aceitavel de consistência interna. A dimensão é fiável.**

TWD4

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,764	8

**Valor Forte de consistência interna. A dimensão é muito fiável.**

## 4.2.Escala Afectos Positivos e Negativos (PANAS)

AF\_P

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,856	10

**Valor Muito Forte de consistência interna. A dimensão é extremamente fiável.**

AF\_N

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,882	10

**Valor Muito Forte de consistência interna. A dimensão é extremamente fiável**

## 5. Estatística Inferencial\_Comparação de Médias

## 5.1. Tipo de Aleitamento / Qualidade de Vida

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
TWDG Aleitamento Materno Exclusivo (AME)	66	70,4545	14,14832	37,50	100,00
Aleitamento Misto (AM)	8	68,7500	9,44911	50,00	75,00
Aleitamento Artificial (AA)	14	66,0714	14,23411	50,00	87,50
Aleitamento Materno Exclusivo + Aleitamento Misto (AME+AM)	18	68,0556	19,75131	25,00	100,00
Total	106	69,3396	14,85366	25,00	100,00
TWD1 Aleitamento Materno Exclusivo (AME)	66	73,7554	13,97312	21,43	96,43
Aleitamento Misto (AM)	8	66,9643	12,03584	46,43	85,71
Aleitamento Artificial (AA)	14	72,4490	13,82702	50,00	100,00
Aleitamento Materno Exclusivo + Aleitamento Misto (AME+AM)	18	73,4127	12,38526	53,57	92,86
Total	106	73,0121	13,49945	21,43	100,00

TWD2	Aleitamento Materno Exclusivo (AME)	66	71,7803	14,55896	12,50	95,83
	Aleitamento Misto (AM)	8	69,7917	10,14527	62,50	91,67
	Aleitamento Artificial (AA)	14	68,4524	11,52319	50,00	83,33
	Aleitamento Materno Exclusivo + Aleitamento Misto (AME+AM)	18	75,4630	11,86189	54,17	91,67
	Total	106	71,8160	13,46846	12,50	95,83
TWD3	Aleitamento Materno Exclusivo (AME)	66	70,3283	17,91056	16,67	100,00
	Aleitamento Misto (AM)	8	67,7083	11,30169	50,00	83,33
	Aleitamento Artificial (AA)	14	62,5000	18,98886	25,00	91,67
	Aleitamento Materno Exclusivo + Aleitamento Misto (AME+AM)	18	70,8333	18,57901	41,67	100,00
	Total	106	69,1824	17,74935	16,67	100,00
TWD4	Aleitamento Materno Exclusivo (AME)	66	62,7367	12,39512	31,25	96,88
	Aleitamento Misto (AM)	8	67,1875	6,25000	59,38	75,00
	Aleitamento Artificial (AA)	14	60,4911	13,79185	40,63	93,75
	Aleitamento Materno Exclusivo + Aleitamento Misto (AME+AM)	18	60,0694	13,58167	37,50	87,50
	Total	106	62,3231	12,42410	31,25	96,88

### Tests of Normality

Tipo_Aleitamento	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.

WDG	Aleitamento Materno Exclusivo (AME)	,232	66	,000	,918	66	<b>,000</b>
	Aleitamento Misto (AM)	,371	8	,002	,724	8	<b>,004</b>
	Aleitamento Artificial (AA)	,235	14	,035	,842	14	<b>,017</b>
	Aleitamento Materno Exclusivo + Aleitamento Misto (AME+AM)	,249	18	,004	,920	18	,132
WD1	Aleitamento Materno Exclusivo (AME)	,191	66	,000	,921	66	<b>,000</b>
	Aleitamento Misto (AM)	,155	8	,200*	,978	8	,954
	Aleitamento Artificial (AA)	,202	14	,128	,935	14	,358
	Aleitamento Materno Exclusivo + Aleitamento Misto (AME+AM)	,173	18	,162	,935	18	,241
WD2	Aleitamento Materno Exclusivo (AME)	,151	66	,001	,912	66	<b>,000</b>
	Aleitamento Misto (AM)	,264	8	,107	,769	8	<b>,013</b>
	Aleitamento Artificial (AA)	,215	14	,079	,915	14	,187
	Aleitamento Materno Exclusivo + Aleitamento Misto (AME+AM)	,191	18	,082	,907	18	,076
WD3	Aleitamento Materno Exclusivo (AME)	,194	66	,000	,908	66	<b>,000</b>
	Aleitamento Misto (AM)	,241	8	,193	,930	8	,512
	Aleitamento Artificial (AA)	,158	14	,200*	,966	14	,817

	Aleitamento Materno Exclusivo + Aleitamento Misto (AME+AM)	,200	18	,056	,924	18	,150
WD4	Aleitamento Materno Exclusivo (AME)	,120	66	,019	,978	66	,305
	Aleitamento Misto (AM)	,273	8	,080	,868	8	,143
	Aleitamento Artificial (AA)	,192	14	,171	,930	14	,306
	Aleitamento Materno Exclusivo + Aleitamento Misto (AME+AM)	,132	18	,200*	,974	18	,862

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

#### Test Statistics<sup>a,b</sup>

	TWDG	TWD1	TWD2	TWD3	TWD4
Chi-Square	1,073	3,232	3,461	2,593	3,842
df	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,784	,357	,326	,459	,279

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Tipo\_Aleitamento

#### 5.2. Tipo de Aleitamento / Bem-estar Subjectivo

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
AF_P Aleitamento Materno Exclusivo (AME)	66	33,3182	7,11263	10,00	49,00
Aleitamento Misto (AM)	8	35,6250	8,33131	24,00	50,00
Aleitamento Artificial (AA)	14	32,1429	8,11321	20,00	49,00

	Aleitamento Materno Exclusivo + Aleitamento Misto (AME+AM)	18	34,2778	8,25908	14,00	44,00
	Total	106	33,5000	7,47345	10,00	50,00
AF_N	Aleitamento Materno Exclusivo (AME)	66	17,6364	7,04848	10,00	41,00
	Aleitamento Misto (AM)	8	14,5000	2,39046	11,00	18,00
	Aleitamento Artificial (AA)	14	18,1429	5,93370	11,00	30,00
	Aleitamento Materno Exclusivo + Aleitamento Misto (AME+AM)	18	18,7222	9,06062	10,00	40,00
	Total	106	17,6509	7,05494	10,00	41,00
B_A	Aleitamento Materno Exclusivo (AME)	66	15,6818	11,51876	-31,00	38,00
	Aleitamento Misto (AM)	8	21,1250	9,07803	11,00	35,00
	Aleitamento Artificial (AA)	14	14,0000	9,47872	-2,00	26,00
	Aleitamento Materno Exclusivo + Aleitamento Misto (AME+AM)	18	15,5556	14,86101	-26,00	32,00
	Total	106	15,8491	11,70982	-31,00	38,00

### Tests of Normality

Tipo_Aleitamento	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AF_P Aleitamento Materno Exclusivo (AME)	,063	66	,200*	,980	66	,349
Aleitamento Misto (AM)	,162	8	,200*	,967	8	,876
Aleitamento Artificial (AA)	,172	14	,200*	,958	14	,682

	Aleitamento Materno Exclusivo + Aleitamento Misto (AME+AM)	,209	18	,037	,879	18	<b>,025</b>
AF_N	Aleitamento Materno Exclusivo (AME)	,176	66	,000	,880	66	<b>,000</b>
	Aleitamento Misto (AM)	,208	8	,200*	,951	8	,720
	Aleitamento Artificial (AA)	,212	14	,087	,898	14	,107
	Aleitamento Materno Exclusivo + Aleitamento Misto (AME+AM)	,234	18	,010	,819	18	<b>,003</b>
B_A	Aleitamento Materno Exclusivo (AME)	,114	66	,033	,927	66	<b>,001</b>
	Aleitamento Misto (AM)	,175	8	,200*	,912	8	,372
	Aleitamento Artificial (AA)	,124	14	,200*	,934	14	,347
	Aleitamento Materno Exclusivo + Aleitamento Misto (AME+AM)	,188	18	,094	,844	18	<b>,007</b>

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

**Test Statistics<sup>a,b</sup>**

	AF_P	AF_N	B_A
Chi-Square	2,162	1,342	2,546
df	3	3	3
Asymp. Sig.	<b>,540</b>	<b>,719</b>	<b>,467</b>

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Tipo\_Aleitamento

### 5.3.Duração do Aleitamento Exclusivo /Qualidade de Vida

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
TWDG ,00	19	65,7895	13,07172	50,00	87,50
até 1 mês	12	68,7500	18,84446	25,00	100,00
até 2 meses	14	63,3929	13,39515	37,50	75,00
até 3 meses	8	71,8750	11,08007	50,00	87,50
até 4 meses	15	77,5000	12,67731	62,50	100,00
até 5 meses	12	72,9167	15,84131	50,00	100,00
mais de 6 meses	26	68,2692	15,50434	37,50	87,50
Total	106	69,3396	14,85366	25,00	100,00
TWD1 ,00	19	71,4286	13,62562	46,43	100,00
até 1 mês	12	77,3810	11,32802	57,14	96,43
até 2 meses	14	70,9184	13,49873	42,86	92,86
até 3 meses	8	69,1964	17,59372	46,43	96,43
até 4 meses	15	74,7619	10,05331	50,00	92,86
até 5 meses	12	73,8095	13,21765	50,00	89,29
mais de 6 meses	26	73,0769	15,49295	21,43	96,43
Total	106	73,0121	13,49945	21,43	100,00
TWD2 ,00	19	69,9561	10,98706	50,00	91,67
até 1 mês	12	70,8333	12,43671	54,17	91,67
até 2 meses	14	72,0238	12,70437	54,17	87,50
até 3 meses	8	72,9167	12,98656	45,83	87,50
até 4 meses	15	77,5000	10,05935	62,50	95,83
até 5 meses	12	72,9167	8,61274	58,33	87,50
mais de 6 meses	26	69,3910	18,89085	12,50	95,83
Total	106	71,8160	13,46846	12,50	95,83
TWD3 ,00	19	67,1053	14,55982	41,67	91,67
até 1 mês	12	65,2778	24,05626	25,00	100,00
até 2 meses	14	66,6667	15,33110	41,67	91,67
até 3 meses	8	69,7917	21,33329	25,00	91,67
até 4 meses	15	77,7778	16,56716	41,67	100,00
até 5 meses	12	70,8333	12,04998	50,00	100,00
mais de 6 meses	26	67,9487	19,67688	16,67	100,00
Total	106	69,1824	17,74935	16,67	100,00

TWD4 ,00	19	62,5000	12,23681	40,63	93,75
até 1 mês	12	58,5938	12,85884	37,50	84,38
até 2 meses	14	61,1607	11,86578	40,63	81,25
até 3 meses	8	59,3750	9,59562	43,75	75,00
até 4 meses	15	66,4583	14,77447	37,50	96,88
até 5 meses	12	64,8438	11,47231	46,88	87,50
mais de 6 meses	26	61,8990	12,83973	31,25	93,75
Total	106	62,3231	12,42410	31,25	96,88

### Tests of Normality

Duração_Aleitam ento_Exclusivo	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
,00	,233	19	,008	,855	19	<b>,008</b>
até 1 mês	,213	12	,138	,909	12	,210
até 2 meses	,307	14	,001	,791	14	<b>,004</b>
até 3 meses	,361	8	,003	,826	8	,054
até 4 meses	,245	15	,016	,874	15	<b>,038</b>
até 5 meses	,281	12	,010	,867	12	,060
mais de 6 meses	,245	26	,000	,874	26	<b>,004</b>
WD1 ,00	,184	19	,089	,954	19	,456
até 1 mês	,167	12	,200*	,958	12	,752
até 2 meses	,097	14	,200*	,968	14	,848
até 3 meses	,188	8	,200*	,951	8	,725
até 4 meses	,170	15	,200*	,949	15	,504
até 5 meses	,179	12	,200*	,915	12	,249
mais de 6 meses	,150	26	,137	,888	26	<b>,009</b>
WD2 ,00	,172	19	,140	,965	19	,681
até 1 mês	,165	12	,200*	,941	12	,517
até 2 meses	,213	14	,085	,878	14	,054
até 3 meses	,311	8	,022	,833	8	,063
até 4 meses	,146	15	,200*	,947	15	,473
até 5 meses	,099	12	,200*	,983	12	,993
mais de 6 meses	,173	26	,043	,899	26	<b>,015</b>

WD3	,00	,180	19	,107	,946	19	,334
	até 1 mês	,190	12	,200*	,923	12	,316
	até 2 meses	,207	14	,108	,937	14	,376
	até 3 meses	,221	8	,200*	,860	8	,120
	até 4 meses	,167	15	,200*	,942	15	,414
	até 5 meses	,281	12	,009	,867	12	,060
	mais de 6 meses	,217	26	,003	,910	26	<b>,027</b>
WD4	,00	,184	19	,089	,953	19	,446
	até 1 mês	,156	12	,200*	,982	12	,991
	até 2 meses	,125	14	,200*	,960	14	,717
	até 3 meses	,132	8	,200*	,979	8	,958
	até 4 meses	,116	15	,200*	,983	15	,985
	até 5 meses	,169	12	,200*	,947	12	,600
	mais de 6 meses	,155	26	,109	,970	26	,617

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

**Test Statistics<sup>a,b</sup>**

WDG	WD1	WD2	WD3
6,211	2,495	2,606	4,252
5	5	5	5
<b>,286</b>	<b>,777</b>	<b>,760</b>	<b>,514</b>

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Duração\_Aleitamento\_Exclusivo

### 5.3.1. Duração do Aleitamento Exclusivo / Bem-estar Subjectivo

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
AF_P ,00	19	33,4211	8,41504	20,00	50,00
até 1 mês	12	30,9167	6,76163	20,00	41,00
até 2 meses	14	34,2857	6,05651	25,00	44,00
até 3 meses	8	33,6250	8,56801	22,00	42,00
até 4 meses	15	34,1333	7,79071	14,00	49,00
até 5 meses	12	34,8333	5,84393	27,00	45,00

mais de 6 meses	26	33,3077	8,37505	10,00	47,00
Total	106	33,5000	7,47345	10,00	50,00
AF_N ,00	19	16,4737	5,23204	11,00	30,00
até 1 mês	12	18,0000	6,78233	10,00	32,00
até 2 meses	14	17,3571	5,16805	11,00	29,00
até 3 meses	8	18,8750	8,80645	12,00	37,00
até 4 meses	15	16,6000	8,11348	10,00	40,00
até 5 meses	12	16,1667	6,20606	10,00	26,00
mais de 6 meses	26	19,4231	8,54715	10,00	41,00
Total	106	17,6509	7,05494	10,00	41,00
B_A ,00	19	16,9474	9,53633	-2,00	35,00
até 1 mês	12	12,9167	12,55141	-12,00	27,00
até 2 meses	14	16,9286	9,69904	-1,00	32,00
até 3 meses	8	14,7500	7,53563	5,00	27,00
até 4 meses	15	17,5333	14,22707	-26,00	38,00
até 5 meses	12	18,6667	7,83156	9,00	32,00
mais de 6 meses	26	13,8846	14,84406	-31,00	37,00
Total	106	15,8491	11,70982	-31,00	38,00

### Tests of Normality

Duração_Aleita- mento_Exclusivo	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AF_P ,00	,152	19	,200 <sup>*</sup>	,959	19	,561
até 1 mês	,144	12	,200 <sup>*</sup>	,954	12	,694
até 2 meses	,124	14	,200 <sup>*</sup>	,961	14	,747
até 3 meses	,218	8	,200 <sup>*</sup>	,837	8	,070
até 4 meses	,195	15	,131	,907	15	,121
até 5 meses	,171	12	,200 <sup>*</sup>	,921	12	,298
mais de 6 meses	,130	26	,200 <sup>*</sup>	,941	26	,141
AF_N ,00	,242	19	,005	,851	19	<b>,007</b>
até 1 mês	,254	12	,031	,900	12	,158
até 2 meses	,109	14	,200 <sup>*</sup>	,941	14	,430
até 3 meses	,290	8	,047	,802	8	<b>,030</b>
até 4 meses	,226	15	,038	,763	15	<b>,001</b>

	até 5 meses	,195	12	,200*	,859	12	<b>,047</b>
	mais de 6 meses	,159	26	,089	,880	26	<b>,006</b>
B_A	,00	,117	19	,200*	,988	19	,996
	até 1 mês	,214	12	,136	,908	12	,200
	até 2 meses	,095	14	,200*	,971	14	,896
	até 3 meses	,132	8	,200*	,967	8	,872
	até 4 meses	,232	15	,030	,807	15	<b>,005</b>
	até 5 meses	,182	12	,200*	,927	12	,349
	mais de 6 meses	,169	26	,056	,904	26	<b>,019</b>

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

#### Test Statistics<sup>a,b</sup>

	AF_P	AF_N	B_A
Chi-Square	2,197	3,162	2,430
df	5	5	5
Asymp. Sig.	<b>,821</b>	<b>,675</b>	<b>,787</b>

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable:

Duração\_Aleitamento\_Exclusivo

#### 5.4.Duração do Aleitamento Misto / Qualidade de Vida

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
TWDG ,00	83	69,8795	13,94624	37,50	100,00
até 2 meses	3	50,0000	25,00000	25,00	75,00
até 3 meses	5	67,5000	11,18034	50,00	75,00
até 4 meses	4	62,5000	22,82177	37,50	87,50
mais de 6 meses	11	73,8636	15,26285	50,00	100,00
Total	106	69,3396	14,85366	25,00	100,00
TWD1 ,00	83	73,4509	13,93508	21,43	100,00

até 2 meses	3	65,4762	7,43452	57,14	71,43
até 3 meses	5	75,7143	13,21911	60,71	92,86
até 4 meses	4	68,7500	7,91913	60,71	78,57
mais de 6 meses	11	72,0779	13,81531	46,43	92,86
Total	106	73,0121	13,49945	21,43	100,00
TWD2 ,00	83	71,4357	13,89768	12,50	95,83
até 2 meses	3	65,2778	8,67361	58,33	75,00
até 3 meses	5	67,5000	9,94778	58,33	83,33
até 4 meses	4	77,0833	15,40352	54,17	87,50
mais de 6 meses	11	76,5152	11,67748	62,50	91,67
Total	106	71,8160	13,46846	12,50	95,83
TWD3 ,00	83	69,1767	18,25440	16,67	100,00
até 2 meses	3	55,5556	12,72938	41,67	66,67
até 3 meses	5	71,6667	12,63813	50,00	83,33
até 4 meses	4	64,5833	18,47796	41,67	83,33
mais de 6 meses	11	73,4848	17,00416	41,67	100,00
Total	106	69,1824	17,74935	16,67	100,00
TWD4 ,00	83	62,6506	12,62234	31,25	96,88
até 2 meses	3	63,5417	11,83106	50,00	71,88
até 3 meses	5	61,8750	4,63512	56,25	68,75
até 4 meses	4	57,8125	1,80422	56,25	59,38
mais de 6 meses	11	61,3636	16,31434	37,50	87,50
Total	106	62,3231	12,42410	31,25	96,88

### Tests of Normality

Duração_Aleitamento_Misto	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
TWDG ,00	,246	83	,000	,914	83	<b>,000</b>
até 2 meses	,175	3		1,000	3	1,000
até 3 meses	,349	5	,046	,771	5	<b>,046</b>
até 4 meses	,208	4		,950	4	,714
mais de 6 meses	,289	11	,011	,871	11	,080
TWD1 ,00	,129	83	,002	,959	83	<b>,010</b>
até 2 meses	,292	3		,923	3	,463

	até 3 meses	,227	5	,200*	,943	5	,687
	até 4 meses	,214	4		,963	4	,798
	mais de 6 meses	,135	11	,200*	,968	11	,862
TWD2	,00	,125	83	,003	,926	83	<b>,000</b>
	até 2 meses	,292	3		,923	3	,463
	até 3 meses	,292	5	,188	,877	5	,294
	até 4 meses	,408	4		,737	4	<b>,029</b>
	mais de 6 meses	,190	11	,200*	,879	11	,101
TWD3	,00	,179	83	,000	,931	83	<b>,000</b>
	até 2 meses	,253	3		,964	3	,637
	até 3 meses	,404	5	,008	,768	5	<b>,044</b>
	até 4 meses	,214	4		,963	4	,798
	mais de 6 meses	,192	11	,200*	,951	11	,660
TWD4	,00	,106	83	,023	,980	83	,227
	até 2 meses	,337	3		,855	3	,253
	até 3 meses	,246	5	,200*	,956	5	,777
	até 4 meses	,307	4		,729	4	<b>,024</b>
	mais de 6 meses	,164	11	,200*	,940	11	,525

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

#### Test Statistics<sup>a,b</sup>

TWDG	TWD1	TWD2	TWD3
2,861	1,629	3,913	3,435
3	3	3	3
<b>,414</b>	<b>,653</b>	<b>,271</b>	<b>,329</b>

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Duração\_Aleitamento\_Misto

#### 5.4.1. Duração do Aleitamento Misto / Bem-estar Subjectivo

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
AF_P ,00	83	33,2169	7,16368	10,00	49,00

até 2 meses	3	28,0000	10,58301	20,00	40,00
até 3 meses	5	40,0000	7,96869	29,00	50,00
até 4 meses	4	32,0000	6,78233	22,00	37,00
mais de 6 meses	11	34,7273	8,40346	14,00	43,00
Total	106	33,5000	7,47345	10,00	50,00
AF_N ,00	83	17,5783	6,76815	10,00	41,00
até 2 meses	3	20,0000	10,44031	13,00	32,00
até 3 meses	5	16,4000	3,57771	12,00	21,00
até 4 meses	4	15,5000	4,04145	12,00	21,00
mais de 6 meses	11	18,9091	10,44466	10,00	40,00
Total	106	17,6509	7,05494	10,00	41,00
B_A ,00	83	15,6386	11,06475	-31,00	38,00
até 2 meses	3	8,0000	18,68154	-12,00	25,00
até 3 meses	5	23,6000	9,04434	14,00	35,00
até 4 meses	4	16,5000	5,91608	10,00	22,00
mais de 6 meses	11	15,8182	16,54580	-26,00	32,00
Total	106	15,8491	11,70982	-31,00	38,00

### Tests of Normality

Duração_Aleita- mento_Misto	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AF_P ,00	,062	83	,200*	,986	83	,484
até 2 meses	,314	3		,893	3	,363
até 3 meses	,150	5	,200*	,994	5	,991
até 4 meses	,366	4		,795	4	,094
mais de 6 meses	,197	11	,200*	,837	11	<b>,029</b>
AF_N ,00	,178	83	,000	,885	83	<b>,000</b>
até 2 meses	,351	3		,828	3	,183
até 3 meses	,252	5	,200*	,943	5	,685
até 4 meses	,232	4		,912	4	,492
mais de 6 meses	,277	11	,018	,780	11	<b>,005</b>
B_A ,00	,093	83	,076	,939	83	<b>,001</b>
até 2 meses	,230	3		,981	3	,734
até 3 meses	,229	5	,200*	,919	5	,521

até 4 meses	,277	4		,874	4	,312
mais de 6 meses	,185	11	,200*	,823	11	,019

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

### Test Statistics<sup>a,b</sup>

	AF_P	AF_N	B_A
Chi-Square	4,122	,305	3,140
df	3	3	3
Asymp. Sig.	,249	,959	,371

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable:

Duração\_Aleitamento\_Misto

6. Impacto das variáveis Sócio-demográficas na Qualidade de Vida e Bem-estar Subjectivo:

6.1. Efeito Idade da Mulher/Qualidade de Vida

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
TWDG até 25 anos	13	69,2308	17,39207	25,00	87,50
entre 25 e 35 anos	72	68,4028	14,53084	37,50	100,00
mais de 35 anos	21	72,6190	14,58758	37,50	100,00
Total	106	69,3396	14,85366	25,00	100,00
TWD1 até 25 anos	13	77,1978	14,90749	53,57	100,00
entre 25 e 35 anos	72	71,7262	13,61280	21,43	96,43
mais de 35 anos	21	74,8299	12,03080	50,00	89,29
Total	106	73,0121	13,49945	21,43	100,00
TWD2 até 25 anos	13	77,8846	8,57035	58,33	91,67
entre 25 e 35 anos	72	70,7755	14,49281	12,50	95,83
mais de 35 anos	21	71,6270	11,60841	54,17	95,83
Total	106	71,8160	13,46846	12,50	95,83
TWD3 até 25 anos	13	76,2821	16,26109	41,67	100,00
entre 25 e 35 anos	72	67,8241	18,57110	16,67	100,00
mais de 35 anos	21	69,4444	15,21452	25,00	91,67
Total	106	69,1824	17,74935	16,67	100,00

TWD4 até 25 anos	13	68,0288	15,10348	50,00	93,75
entre 25 e 35 anos	72	61,0243	12,42243	31,25	96,88
maid de 35 anos	21	63,2440	9,87741	43,75	78,13
Total	106	62,3231	12,42410	31,25	96,88

### Tests of Normality

Idade	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
TWDG até 25 anos	,245	13	,031	,848	13	,027
entre 25 e 35 anos	,217	72	,000	,914	72	,000
maid de 35 anos	,327	21	,000	,816	21	,001
TWD1 até 25 anos	,168	13	,200*	,912	13	,195
entre 25 e 35 anos	,130	72	,004	,954	72	,011
maid de 35 anos	,198	21	,031	,913	21	,062
TWD2 até 25 anos	,137	13	,200*	,953	13	,644
entre 25 e 35 anos	,103	72	,054	,926	72	,000
maid de 35 anos	,139	21	,200*	,945	21	,274
TWD3 até 25 anos	,161	13	,200*	,950	13	,598
entre 25 e 35 anos	,150	72	,000	,951	72	,007
maid de 35 anos	,309	21	,000	,835	21	,002
TWD4 até 25 anos	,169	13	,200*	,901	13	,139
entre 25 e 35 anos	,114	72	,021	,981	72	,336
maid de 35 anos	,167	21	,131	,940	21	,222

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

### Test Statistics<sup>a,b</sup>

	TWDG	TWD1	TWD2	TWD3	TWD4
Chi-Square	2,397	2,339	3,546	2,571	2,568
df	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,302	,311	,170	,277	,277

a. Kruskal Wallis Test

**Test Statistics<sup>a,b</sup>**

	TWDG	TWD1	TWD2	TWD3	TWD4
Chi-Square	2,397	2,339	3,546	2,571	2,568
df	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	<b>,302</b>	<b>,311</b>	<b>,170</b>	<b>,277</b>	<b>,277</b>

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Idade

## 6.2. Idade da Mulher/Bem-estar subjectivo

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
AF_P até 25 anos	13	36,3846	8,09875	20,00	49,00
entre 25 e 35 anos	72	33,2500	7,81070	10,00	50,00
maior de 35 anos	21	32,5714	5,54591	24,00	47,00
Total	106	33,5000	7,47345	10,00	50,00
AF_N até 25 anos	13	17,7692	7,52943	11,00	32,00
entre 25 e 35 anos	72	17,7361	7,23838	10,00	41,00
maior de 35 anos	21	17,2857	6,41204	10,00	33,00
Total	106	17,6509	7,05494	10,00	41,00
B_A até 25 anos	13	18,6154	11,31031	-12,00	32,00
entre 25 e 35 anos	72	15,5139	12,48886	-31,00	38,00
maior de 35 anos	21	15,2857	9,14955	-3,00	37,00
Total	106	15,8491	11,70982	-31,00	38,00

**Tests of Normality**

Idade	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AF_P até 25 anos	,124	13	,200*	,973	13	,928
entre 25 e 35 anos	,075	72	,200*	,978	72	,246
maior de 35 anos	,183	21	,063	,934	21	,162
AF_N até 25 anos	,259	13	,017	,819	13	<b>,011</b>
entre 25 e 35 anos	,161	72	,000	,847	72	<b>,000</b>
maior de 35 anos	,220	21	,009	,901	21	<b>,036</b>

B_A	até 25 anos	,188	13	,200*	,860	13	<b>,039</b>
	entre 25 e 35 anos	,121	72	,011	,909	72	<b>,000</b>
	maior de 35 anos	,136	21	,200*	,970	21	,723

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

#### Test Statistics<sup>a,b</sup>

	AF_P	AF_N	B_A
Chi-Square	3,052	,017	1,965
df	2	2	2
Asymp. Sig.	<b>,217</b>	<b>,991</b>	<b>,374</b>

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Idade

### 6.3. Efeito Nível de Escolaridade / Qualidade de Vida

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
TWDG 4º ano	25	70,0000	11,41089	50,00	87,50
5º - 6º Ano	12	69,7917	18,81303	50,00	100,00
7º - 9º Ano	12	66,6667	17,94351	37,50	100,00
10º -12º Ano	28	67,8571	13,36306	25,00	87,50
Estudos universitários	26	70,6731	17,29968	37,50	100,00
Formação Pós- Graduada	3	75,0000	,00000	75,00	75,00
Total	106	69,3396	14,85366	25,00	100,00
TWD1 4º ano	25	73,7143	12,01791	53,57	100,00
5º - 6º Ano	12	75,5952	12,63456	53,57	96,43
7º - 9º Ano	12	75,2976	10,26756	60,71	89,29
10º -12º Ano	28	71,8112	15,86327	21,43	92,86
Estudos universitários	26	71,1538	14,91209	42,86	96,43
Formação Pós- Graduada	3	75,0000	7,14286	67,86	82,14
Total	106	73,0121	13,49945	21,43	100,00

TWD2	4º ano	25	70,5000	13,38964	29,17	87,50
	5º - 6º Ano	12	72,9167	11,16621	54,17	91,67
	7º - 9º Ano	12	73,9583	12,82716	54,17	95,83
	10º -12º Ano	28	69,3452	15,72225	12,50	91,67
	Estudos universitários	26	73,0769	12,97598	45,83	95,83
	Formação Pós-Graduada	3	81,9444	4,81125	79,17	87,50
	Total	106	71,8160	13,46846	12,50	95,83
TWD3	4º ano	25	64,6667	18,04701	25,00	100,00
	5º - 6º Ano	12	75,6944	15,67437	41,67	100,00
	7º - 9º Ano	12	72,2222	16,02292	41,67	100,00
	10º -12º Ano	28	68,4524	19,55749	16,67	91,67
	Estudos universitários	26	68,5897	17,04694	25,00	100,00
	Formação Pós-Graduada	3	80,5556	17,34722	66,67	100,00
	Total	106	69,1824	17,74935	16,67	100,00
TWD4	4º ano	25	60,1250	12,67071	37,50	93,75
	5º - 6º Ano	12	62,2396	11,87787	43,75	84,38
	7º - 9º Ano	12	62,7604	9,37105	40,63	75,00
	10º -12º Ano	28	61,3839	13,50728	31,25	93,75
	Estudos universitários	26	65,2644	13,44337	40,63	96,88
	Formação Pós-Graduada	3	62,5000	3,12500	59,38	65,63
	Total	106	62,3231	12,42410	31,25	96,88

### Tests of Normality<sup>b</sup>

Escolaridade	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
TWDG 4º ano	,309	25	,000	,842	25	<b>,001</b>
5º - 6º Ano	,270	12	,016	,832	12	<b>,022</b>
7º - 9º Ano	,179	12	,200*	,952	12	,662
10º -12º Ano	,275	28	,000	,794	28	<b>,000</b>
Estudos universitários	,176	26	,038	,937	26	,114
TWD1 4º ano	,113	25	,200*	,963	25	,482

5° - 6° Ano	,129	12	,200*	,976	12	,965
7° - 9° Ano	,182	12	,200*	,892	12	,126
10° -12° Ano	,151	28	,101	,912	28	<b>,023</b>
Estudos universitários	,161	26	,080	,960	26	,399
Formação Pós-Graduada	,175	3		1,000	3	1,000
<b>TWD2</b> 4° ano	,150	25	,150	,910	25	<b>,030</b>
5° - 6° Ano	,158	12	,200*	,961	12	,792
7° - 9° Ano	,158	12	,200*	,962	12	,813
10° -12° Ano	,131	28	,200*	,870	28	<b>,002</b>
Estudos universitários	,104	26	,200*	,975	26	,765
Formação Pós-Graduada	,385	3		,750	3	<b>,000</b>
<b>TWD3</b> 4° ano	,197	25	,014	,933	25	,100
5° - 6° Ano	,232	12	,073	,933	12	,410
7° - 9° Ano	,136	12	,200*	,978	12	,974
10° -12° Ano	,203	28	,005	,897	28	<b>,010</b>
Estudos universitários	,200	26	,009	,927	26	,066
Formação Pós-Graduada	,292	3		,923	3	,463
<b>TWD4</b> 4° ano	,220	25	,003	,926	25	,071
5° - 6° Ano	,140	12	,200*	,951	12	,648
7° - 9° Ano	,160	12	,200*	,922	12	,302
10° -12° Ano	,104	28	,200*	,986	28	,958
Estudos universitários	,143	26	,182	,962	26	,435
Formação Pós-Graduada	,175	3		1,000	3	1,000

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

b. TWDG is constant when Escolaridade = Formação Pós-Graduada. It has been omitted.

**Test Statistics<sup>a,b</sup>**

	TWDG	TWD1	TWD2	TWD3	TWD4
Chi-Square	1,388	,814	3,273	4,618	3,450
df	5	5	5	5	5

Asymp. Sig.	,926	,976	,658	,464	,631
-------------	------	------	------	------	------

a. Kruskal Wallis Test

### 6.3.1. Efeito Nível de Escolaridade / Bem-estar Subjectivo

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
AF_P 4º ano	25	33,2800	6,36082	20,00	43,00
5º - 6º Ano	12	31,9167	5,48483	23,00	42,00
7º - 9º Ano	12	35,9167	5,63202	30,00	49,00
10º -12º Ano	28	33,1429	9,98782	10,00	50,00
Estudos universitários	26	32,6538	6,76427	22,00	49,00
Formação Pós- Graduada	3	42,6667	,57735	42,00	43,00
Total	106	33,5000	7,47345	10,00	50,00
AF_N 4º ano	25	17,3600	6,47354	11,00	38,00
5º - 6º Ano	12	17,0833	8,34983	10,00	37,00
7º - 9º Ano	12	18,0000	6,03023	10,00	30,00
10º -12º Ano	28	19,3571	9,25849	10,00	41,00
Estudos universitários	26	16,0000	4,39090	10,00	25,00
Formação Pós- Graduada	3	19,3333	6,65833	12,00	25,00
Total	106	17,6509	7,05494	10,00	41,00
B_A 4º ano	25	15,9200	8,95321	-6,00	29,00
5º - 6º Ano	12	14,8333	8,52625	-2,00	27,00
7º - 9º Ano	12	17,9167	7,30452	9,00	32,00
10º -12º Ano	28	13,7857	17,90791	-31,00	37,00
Estudos universitários	26	16,6538	8,91265	2,00	38,00
Formação Pós- Graduada	3	23,3333	6,11010	18,00	30,00
Total	106	15,8491	11,70982	-31,00	38,00

### Tests of Normality

Escolaridade	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AF_P 4º ano	,167	25	,072	,945	25	,194
5º - 6º Ano	,137	12	,200*	,977	12	,971
7º - 9º Ano	,189	12	,200*	,879	12	,084
10º -12º Ano	,094	28	,200*	,965	28	,461
Estudos universitários	,113	26	,200*	,966	26	,532
Formação Pós-Graduada	,385	3		,750	3	,000
AF_N 4º ano	,230	25	,001	,821	25	,001
5º - 6º Ano	,265	12	,020	,813	12	,013
7º - 9º Ano	,127	12	,200*	,957	12	,745
10º -12º Ano	,249	28	,000	,852	28	,001
Estudos universitários	,129	26	,200*	,931	26	,084
Formação Pós-Graduada	,265	3		,953	3	,583
B_A 4º ano	,116	25	,200*	,937	25	,126
5º - 6º Ano	,144	12	,200*	,971	12	,922
7º - 9º Ano	,204	12	,180	,920	12	,288
10º -12º Ano	,161	28	,061	,891	28	,007
Estudos universitários	,094	26	,200*	,973	26	,694
Formação Pós-Graduada	,253	3		,964	3	,637

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

### Test Statistics<sup>a,b</sup>

AF_P	AF_N	B_A
8,567	2,050	2,432
5	5	5
,128	,842	,787

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Escolaridade

## 6.4. Efeito Estatuto Socioprofissional / Qualidade de Vida

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
TWDG Elevado	22	69,3182	16,24188	37,50	100,00
Médio	32	66,7969	10,34163	37,50	87,50
Baixo	52	70,9135	16,55375	25,00	100,00
Total	106	69,3396	14,85366	25,00	100,00
TWD1 Elevado	22	70,9416	13,00816	42,86	96,43
Médio	32	72,8795	13,20383	46,43	92,86
Baixo	52	73,9698	14,02665	21,43	100,00
Total	106	73,0121	13,49945	21,43	100,00
TWD2 Elevado	22	74,2424	11,82967	50,00	95,83
Médio	32	70,3125	10,72788	45,83	91,67
Baixo	52	71,7147	15,55387	12,50	95,83
Total	106	71,8160	13,46846	12,50	95,83
TWD3 Elevado	22	68,9394	15,68157	41,67	100,00
Médio	32	72,1354	15,92565	25,00	100,00
Baixo	52	67,4679	19,61362	16,67	100,00
Total	106	69,1824	17,74935	16,67	100,00
TWD4 Elevado	22	63,2102	13,39545	37,50	96,88
Médio	32	61,2305	8,46971	43,75	81,25
Baixo	52	62,6202	14,11125	31,25	93,75
Total	106	62,3231	12,42410	31,25	96,88

## Tests of Normality

Estatuto _Socio_ Profissio nal	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
TWDG Elevado	,273	22	,000	,906	22	,040
Médio	,255	32	,000	,846	32	,000

	Baixo	,251	52	,000	,915	52	,001
TWD1	Elevado	,151	22	,200*	,966	22	,624
	Médio	,126	32	,200*	,945	32	,104
	Baixo	,101	52	,200*	,943	52	,015
TWD2	Elevado	,116	22	,200*	,981	22	,935
	Médio	,106	32	,200*	,968	32	,443
	Baixo	,112	52	,111	,903	52	,000
TWD3	Elevado	,213	22	,010	,907	22	,041
	Médio	,228	32	,000	,925	32	,029
	Baixo	,150	52	,005	,938	52	,010
TWD4	Elevado	,161	22	,145	,944	22	,238
	Médio	,094	32	,200*	,979	32	,781
	Baixo	,116	52	,076	,977	52	,406

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

#### Test Statistics<sup>a,b</sup>

	TWDG	TWD1	TWD2	TWD3	TWD4
Chi-Square	2,643	,746	1,545	1,916	,549
df	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,267	,689	,462	,384	,760

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Estatuto\_Socio\_Profissional

#### 6.4.1. Efeito Estatuto Socioprofissional / Bem-estar Subjectivo

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
AF_P Elevado	22	31,9091	8,18773	14,00	49,00
Médio	32	34,6250	6,73340	16,00	50,00
Baixo	52	33,4808	7,61189	10,00	49,00
Total	106	33,5000	7,47345	10,00	50,00
AF_N Elevado	22	17,3636	6,86985	10,00	40,00

	Médio	32	17,4063	6,18458	10,00	33,00
	Baixo	52	17,9231	7,72276	10,00	41,00
	Total	106	17,6509	7,05494	10,00	41,00
B_A	Elevado	22	14,5455	12,35864	-26,00	38,00
	Médio	32	17,2188	10,81139	-15,00	37,00
	Baixo	52	15,5577	12,09831	-31,00	32,00
	Total	106	15,8491	11,70982	-31,00	38,00

### Tests of Normality

Estatuto _Socio_ Profissio nal	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AF_P Elevado	,093	22	,200*	,983	22	,952
Médio	,090	32	,200*	,979	32	,758
Baixo	,096	52	,200*	,977	52	,399
AF_N Elevado	,145	22	,200*	,840	22	,002
Médio	,152	32	,057	,911	32	,012
Baixo	,224	52	,000	,844	52	,000
B_A Elevado	,134	22	,200*	,886	22	,015
Médio	,129	32	,188	,950	32	,140
Baixo	,102	52	,200*	,907	52	,001

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

### Test Statistics<sup>a,b</sup>

	AF_P	AF_N	B_A
Chi-Square	2,012	,043	,781
df	2	2	2
Asymp. Sig.	,366	,979	,677

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable:

Estatuto\_Socio\_Profissional

## 6.5.Efeito Paridade / Qualidade de Vida

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
TWDG Primípara	63	69,0476	15,85232	25,00	100,00
Multípara	43	69,7674	13,42765	37,50	100,00
Total	106	69,3396	14,85366	25,00	100,00
TWD1 Primípara	63	72,5057	14,50912	21,43	100,00
Multípara	43	73,7542	11,99499	46,43	96,43
Total	106	73,0121	13,49945	21,43	100,00
TWD2 Primípara	63	70,7011	14,49123	12,50	95,83
Multípara	43	73,4496	11,78593	45,83	95,83
Total	106	71,8160	13,46846	12,50	95,83
TWD3 Primípara	63	69,1799	18,30857	16,67	100,00
Multípara	43	69,1860	17,11064	25,00	100,00
Total	106	69,1824	17,74935	16,67	100,00
TWD4 Primípara	63	62,8968	13,89055	31,25	96,88
Multípara	43	61,4826	9,99258	37,50	78,13
Total	106	62,3231	12,42410	31,25	96,88

**Tests of Normality**

Tipo_Mae	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
TWDG Primípara	,234	63	,000	,921	63	<b>,001</b>
Multípara	,256	43	,000	,910	43	<b>,002</b>
TWD1 Primípara	,105	63	,080	,965	63	,069
Multípara	,100	43	,200*	,972	43	,379
TWD2 Primípara	,101	63	,174	,918	63	<b>,000</b>
Multípara	,125	43	,091	,967	43	,242
TWD3 Primípara	,164	63	,000	,942	63	<b>,005</b>
Multípara	,214	43	,000	,935	43	<b>,017</b>
TWD4 Primípara	,110	63	,057	,973	63	,176
Multípara	,103	43	,200*	,969	43	,298

a. Lilliefors Significance Correction

### Tests of Normality

Tipo_Mae	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
TWDG Primípara	,234	63	,000	,921	63	<b>,001</b>
Multípara	,256	43	,000	,910	43	<b>,002</b>
TWD1 Primípara	,105	63	,080	,965	63	,069
Multípara	,100	43	,200*	,972	43	,379
TWD2 Primípara	,101	63	,174	,918	63	<b>,000</b>
Multípara	,125	43	,091	,967	43	,242
TWD3 Primípara	,164	63	,000	,942	63	<b>,005</b>
Multípara	,214	43	,000	,935	43	<b>,017</b>
TWD4 Primípara	,110	63	,057	,973	63	,176
Multípara	,103	43	,200*	,969	43	,298

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

Test Statistics<sup>a,b</sup>

	WDG	WD1	WD2	WD3	WD4
Chi-Square	,043	,096	,791	,002	,096
df	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	<b>,837</b>	<b>,757</b>	<b>,374</b>	<b>,963</b>	<b>,756</b>

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Tipo\_Mae

#### 6.5.1. Efeito Paridade/ bem-estar Subjectivo

### Descriptives

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum
					Lower Bound	Upper Bound	
AF_P Primípara	63	34,1587	8,34963	1,05195	32,0559	36,2616	10,00
Multípara	43	32,5349	5,92553	,90363	30,7113	34,3585	22,00
Total	106	33,5000	7,47345	,72589	32,0607	34,9393	10,00

AF_N	Primípara	63	17,7302	7,49668	,94449	15,8421	19,6182	10,00
	Multípara	43	17,5349	6,43779	,98175	15,5536	19,5161	10,00
	Total	106	17,6509	7,05494	,68524	16,2922	19,0096	10,00
B_A	Primípara	63	16,4286	13,56194	1,70864	13,0130	19,8441	-31,00
	Multípara	43	15,0000	8,36945	1,27633	12,4243	17,5757	-3,00
	Total	106	15,8491	11,70982	1,13736	13,5939	18,1042	-31,00

### Tests of Normality

Tipo_Mae	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AF_P Primípara	,074	63	,200*	,974	63	,201
Multípara	,084	43	,200*	,976	43	,498
AF_N Primípara	,182	63	,000	,850	63	,000
Multípara	,197	43	,000	,888	43	,001
B_A Primípara	,114	63	,039	,889	63	,000
Multípara	,112	43	,200*	,977	43	,517

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

### Test Statistics<sup>a,b</sup>

	AF_P	AF_N	B_A
Chi-Square	2,330	,098	2,923
df	1	1	1
Asymp. Sig.	,127	,754	,087

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Tipo\_Mae

### 6.6. Efeito Estado Civil/ Qualidade de vida

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
TWDG Casada	59	70,3390	14,84443	37,50	100,00
União de facto	27	70,3704	14,35645	37,50	100,00

	Solteira	14	64,2857	16,15515	25,00	87,50
	Divorciada	4	71,8750	15,72882	50,00	87,50
	Separada	2	56,2500	8,83883	50,00	62,50
	Total	106	69,3396	14,85366	25,00	100,00
TWD1	Casada	59	73,4867	12,44628	46,43	100,00
	União de facto	27	74,6032	15,98215	21,43	96,43
	Solteira	14	72,4490	12,87153	50,00	92,86
	Divorciada	4	68,7500	6,09938	60,71	75,00
	Separada	2	50,0000	5,05076	46,43	53,57
	Total	106	73,0121	13,49945	21,43	100,00
TWD2	Casada	59	73,4463	11,70607	50,00	91,67
	União de facto	27	72,0679	16,29452	12,50	95,83
	Solteira	14	71,1310	9,31183	58,33	87,50
	Divorciada	4	65,6250	9,23898	54,17	75,00
	Separada	2	37,5000	11,78511	29,17	45,83
	Total	106	71,8160	13,46846	12,50	95,83
TWD3	Casada	59	71,3277	15,72568	25,00	100,00
	União de facto	27	70,3704	19,24501	16,67	100,00
	Solteira	14	66,6667	17,29582	41,67	100,00
	Divorciada	4	60,4167	14,23188	41,67	75,00
	Separada	2	25,0000	,00000	25,00	25,00
	Total	106	69,1824	17,74935	16,67	100,00
TWD4	Casada	59	62,7648	11,46420	40,63	93,75
	União de facto	27	63,1944	14,86956	31,25	96,88
	Solteira	14	60,7143	11,60978	37,50	84,38
	Divorciada	4	60,9375	15,62500	40,63	78,13
	Separada	2	51,5625	6,62913	46,88	56,25
	Total	106	62,3231	12,42410	31,25	96,88

### Tests of Normality<sup>b</sup>

Estado_Civil	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
TWDG Casada	,284	59	,000	,892	59	,000

	União de facto	,190	27	,014	,923	27	<b>,047</b>
	Solteira	,246	14	,021	,876	14	,051
	Divorciada	,329	4		,895	4	,406
	Separada	,260	2				
TWD1	Casada	,091	59	,200*	,984	59	,606
	União de facto	,251	27	,000	,820	27	<b>,000</b>
	Solteira	,119	14	,200*	,970	14	,874
	Divorciada	,192	4		,971	4	,850
	Separada	,260	2				
TWD2	Casada	,162	59	,001	,941	59	<b>,006</b>
	União de facto	,185	27	,018	,850	27	<b>,001</b>
	Solteira	,161	14	,200*	,933	14	,331
	Divorciada	,214	4		,963	4	,798
	Separada	,260	2				
TWD3	Casada	,236	59	,000	,938	59	<b>,005</b>
	União de facto	,201	27	,006	,889	27	<b>,007</b>
	Solteira	,143	14	,200*	,937	14	,384
	Divorciada	,192	4		,971	4	,850
TWD4	Casada	,102	59	,195	,968	59	,124
	União de facto	,148	27	,134	,965	27	,468
	Solteira	,221	14	,062	,947	14	,518
	Divorciada	,210	4		,982	4	,911
	Separada	,260	2				

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

b. TWD3 is constant when Estado\_Civil = Separada. It has been omitted.

**Test Statistics<sup>a,b</sup>**

	TWDG	TWD1	TWD2	TWD3	TWD4
Chi-Square	3,935	7,717	7,792	8,521	2,856
df	4	4	4	4	4
Asymp. Sig.	<b>,415</b>	<b>,103</b>	<b>,099</b>	<b>,074</b>	<b>,582</b>

#### 6.6.1. Efeito Estado Civil / Bem-estar Subjectivo

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
AF_P Casada	59	33,1186	5,94250	20,00	45,00
União de facto	27	34,5926	9,56057	10,00	50,00
Solteira	14	34,3571	9,93523	14,00	49,00
Divorciada	4	31,2500	1,89297	30,00	34,00
Separada	2	28,5000	4,94975	25,00	32,00
Total	106	33,5000	7,47345	10,00	50,00
AF_N Casada	59	16,0339	5,25871	10,00	33,00
União de facto	27	18,3333	8,28808	10,00	41,00
Solteira	14	21,0714	9,06782	10,00	40,00
Divorciada	4	19,7500	1,25831	18,00	21,00
Separada	2	28,0000	14,14214	18,00	38,00
Total	106	17,6509	7,05494	10,00	41,00
B_A Casada	59	17,0847	8,15853	-3,00	30,00
União de facto	27	16,2593	15,53307	-31,00	38,00
Solteira	14	13,2857	16,25957	-26,00	32,00
Divorciada	4	11,5000	1,73205	10,00	13,00
Separada	2	,5000	9,19239	-6,00	7,00
Total	106	15,8491	11,70982	-31,00	38,00

### Tests of Normality

Estado_Civil	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AF_P Casada	,082	59	,200*	,984	59	,620
União de facto	,134	27	,200*	,963	27	,423
Solteira	,121	14	,200*	,959	14	,699
Divorciada	,303	4	.	,791	4	,086
Separada	,260	2	.			
AF_N Casada	,188	59	,000	,876	59	<b>,000</b>
União de facto	,212	27	,003	,859	27	<b>,002</b>
Solteira	,141	14	,200*	,937	14	,375
Divorciada	,329	4	.	,895	4	,406

	Separada	,260	2.				
B_A	Casada	,097	59	,200*	,958	59	<b>,041</b>
	União de facto	,121	27	,200*	,918	27	<b>,035</b>
	Solteira	,182	14	,200*	,876	14	,051
	Divorciada	,307	4.		,729	4	<b>,024</b>
	Separada	,260	2.				

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

### Test Statistics<sup>a,b</sup>

	AF_P	AF_N	B_A
Chi-Square	3,939	7,533	6,733
df	4	4	4
Asymp. Sig.	,414	,110	,151

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Estado\_Civil

## 6.7. Efeito Apoio no Aleitamento/ Qualidade de vida

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
TWDG Sim	65	69,4231	15,78524	25,00	100,00
Não	41	69,2073	13,43316	37,50	100,00
Total	106	69,3396	14,85366	25,00	100,00
TWD1 Sim	65	72,2527	14,21255	21,43	96,43
Não	41	74,2160	12,35921	50,00	100,00
Total	106	73,0121	13,49945	21,43	100,00
TWD2 Sim	65	71,8590	13,58229	12,50	95,83
Não	41	71,7480	13,45363	29,17	91,67
Total	106	71,8160	13,46846	12,50	95,83
TWD3 Sim	65	69,7436	18,43304	16,67	100,00
Não	41	68,2927	16,79322	25,00	100,00
Total	106	69,1824	17,74935	16,67	100,00

TWD4	Sim	65	63,8462	12,81309	31,25	96,88
	Não	41	59,9085	11,52236	37,50	93,75
	Total	106	62,3231	12,42410	31,25	96,88

### Tests of Normality

Apoio _Aleitamento	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
TWDG Sim	,238	65	,000	,920	65	,000
TWDG Não	,252	41	,000	,911	41	,004
TWD1 Sim	,138	65	,003	,954	65	,017
TWD1 Não	,086	41	,200*	,981	41	,722
TWD2 Sim	,092	65	,200*	,920	65	,000
TWD2 Não	,124	41	,115	,932	41	,017
TWD3 Sim	,181	65	,000	,939	65	,003
TWD3 Não	,192	41	,001	,934	41	,020
TWD4 Sim	,091	65	,200*	,986	65	,689
TWD4 Não	,107	41	,200*	,971	41	,364

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

### Test Statistics<sup>a,b</sup>

	TWDG	TWD1	TWD2	TWD3	TWD4
Chi-Square	,028	,214	,017	,194	2,434
df	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,867	,644	,896	,660	,119

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Apoio\_Aleitamento

#### 6.7.1. Efeito Apoio no Aleitamento / Bem-estar Subjectivo

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
AF_P Sim	65	34,1846	7,20870	10,00	50,00

	Não	41	32,4146	7,84212	14,00	49,00
	Total	106	33,5000	7,47345	10,00	50,00
AF_N	Sim	65	17,4769	6,55770	10,00	41,00
	Não	41	17,9268	7,85618	10,00	40,00
	Total	106	17,6509	7,05494	10,00	41,00
B_A	Sim	65	16,7077	11,36431	-31,00	38,00
	Não	41	14,4878	12,25586	-26,00	32,00
	Total	106	15,8491	11,70982	-31,00	38,00

### Tests of Normality

Apoio_Aleitamento		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AF_P	Sim	,052	65	,200*	,981	65	,433
	Não	,113	41	,200*	,980	41	,686
AF_N	Sim	,155	65	,001	,883	65	,000
	Não	,206	41	,000	,848	41	,000
B_A	Sim	,108	65	,056	,929	65	,001
	Não	,113	41	,200*	,906	41	,002

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

### Test Statistics<sup>a,b</sup>

	AF_P	AF_N	B_A
Chi-Square	,955	,029	,519
df	1	1	1
Asymp. Sig.	,328	,866	,471

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Apoio\_Aleitamento

## 6.8. Idade da Criança/ Dimensões da Qualidade de Vida

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
TWDG Até 6 meses	36	71,5278	14,82370	25,00	100,00
Mais de 6 meses	70	68,2143	14,84914	37,50	100,00
Total	106	69,3396	14,85366	25,00	100,00
TWD1 Até 6 meses	36	74,6032	13,51971	46,43	96,43
Mais de 6 meses	70	72,1939	13,51291	21,43	100,00
Total	106	73,0121	13,49945	21,43	100,00
TWD2 Até 6 meses	36	71,6435	13,75882	29,17	95,83
Mais de 6 meses	70	71,9048	13,41621	12,50	95,83
Total	106	71,8160	13,46846	12,50	95,83
TWD3 Até 6 meses	36	66,6667	20,89277	25,00	100,00
Mais de 6 meses	70	70,4762	15,90568	16,67	100,00
Total	106	69,1824	17,74935	16,67	100,00
TWD4 Até 6 meses	36	64,9306	13,55196	37,50	96,88
Mais de 6 meses	70	60,9821	11,67745	31,25	93,75
Total	106	62,3231	12,42410	31,25	96,88

### Tests of Normality

Idade_Criança	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
TWDG Até 6 meses	,204	36	,001	,911	36	<b>,007</b>
Mais de 6 meses	,262	70	,000	,901	70	<b>,000</b>
TWD1 Até 6 meses	,111	36	,200*	,957	36	,176
Mais de 6 meses	,120	70	,014	,957	70	<b>,017</b>
TWD2 Até 6 meses	,171	36	,009	,946	36	,076
Mais de 6 meses	,089	70	,200*	,917	70	<b>,000</b>
TWD3 Até 6 meses	,183	36	,004	,919	36	<b>,012</b>
Mais de 6 meses	,183	70	,000	,946	70	<b>,004</b>
TWD4 Até 6 meses	,111	36	,200*	,975	36	,593
Mais de 6 meses	,114	70	,025	,983	70	,454

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

**Test Statistics<sup>a,b</sup>**

	TWDG	TWD1	TWD2	TWD3	TWD4
Chi-Square	1,144	,741	,009	,304	1,320
df	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,285	,389	,925	,581	,251

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Idade\_Criança

### 6.8.1. Idade da Criança/ Bem-estar Subjectivo

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
AF_P Até 6 meses	36	35,6111	8,41182	20,00	50,00
Mais de 6 meses	70	32,4143	6,75126	10,00	43,00
Total	106	33,5000	7,47345	10,00	50,00
AF_N Até 6 meses	36	17,3889	7,16451	10,00	38,00
Mais de 6 meses	70	17,7857	7,04621	10,00	41,00
Total	106	17,6509	7,05494	10,00	41,00
B_A Até 6 meses	36	18,2222	12,49940	-12,00	38,00
Mais de 6 meses	70	14,6286	11,17862	-31,00	30,00
Total	106	15,8491	11,70982	-31,00	38,00

### Tests of Normality

Idade_Criança	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AF_P Até 6 meses	,091	36	,200*	,966	36	,335
Mais de 6 meses	,075	70	,200*	,950	70	<b>,007</b>
AF_N Até 6 meses	,186	36	,003	,870	36	<b>,001</b>
Mais de 6 meses	,168	70	,000	,858	70	<b>,000</b>
B_A Até 6 meses	,136	36	,091	,956	36	,161
Mais de 6 meses	,142	70	,001	,849	70	<b>,000</b>

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

**Test Statistics<sup>a,b</sup>**

	AF_P	AF_N	B_A
Chi-Square	3,361	,262	2,887
df	1	1	1
Asymp. Sig.	<b>,036</b>	,609	,089

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Idade\_Criança