

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

***Edite da Rocha Carvalho Pinto***

***Motivação para o Aleitamento  
Materno***

Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária

Relatório Final efetuado sob orientação da Professora  
Doutora Cláudia Chaves e do Professor Doutor João  
Duarte

Viseu, 2014





INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

## ***Motivação para o Aleitamento Materno***

Relatório Final apresentado à Escola Superior de Saúde,  
como requisito para a obtenção do grau de Mestrado em  
Enfermagem de Saúde Comunitária sob a orientação da  
Professora Doutora Cláudia Chaves e do Professor Doutor  
João Duarte

Viseu, 2014



## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos e expressamos o profundo reconhecimento a todos os que com o seu apoio, colaboração e amizade tornaram possível a realização deste trabalho.

À Professora Doutora Cláudia Chaves , o modo como me orientou em todas as fases deste Relatório Final e ainda a cordialidade inestimável que me proporcionou.

Ao Professor Doutor João Duarte, um profundo agradecimento por ter aceitado ser co-orientador na fase da análise estatística.

Ao Hospital Viseu e de Águeda nos Serviço de Obstetrícia pelo apoio e autorização na realização do estudo.

Ao grupo de puérperas, pelo consentimento e participação, sem a qual não teria sido possível a concretização do presente estudo.

À minha família que sempre me apoiou e acarinhou.



## RESUMO

**Enquadramento:** Vários estudos da UNICEF, OMS e outros Órgãos protetores da criança têm concluído que a amamentação é considerada uma estratégia importante para a sobrevivência infantil. Já em 1979 se recomendava aleitamento materno exclusivo para um intervalo mínimo até aos 4-6 meses e em 2001, a UNICEF associada ao Ministério da Saúde recomendaram a sua duração exclusiva até aos 6 meses e complementada até aos 2 anos (Silva & Souza, 2005). A proteção concedida pelo leite materno contra as várias infeções infantis originou uma redução da mortalidade infantil como é demonstrado em vários estudos, sendo assim toda a cooperação é relevante para a identificação dos agentes que interferem no desmame precoce. E neste seguimento, a motivação para a amamentação deve ser considerada uma variável importante, dado que a motivação é o agente propulsor de toda a nossa ação.

**Objetivos:** Identificar se a história da gravidez, a experiência da amamentação, a história do aleitamento e a motivação para amamentar influenciam o risco de maternidade; Analisar de que forma a história da gravidez, a experiência da amamentação, a história do aleitamento e a motivação para amamentar influenciam a motivação para o aleitamento materno; Averiguar se o afeto materno condicionam a motivação para o aleitamento materno.

**Métodos:** Estudo de natureza quantitativa, transversal, de carácter descritivo-correlacional e explicativo, sendo a amostra não probabilística por conveniência (N=235 mulheres). A recolha de dados efectuou-se através de um questionário, que se divide em duas partes. Da primeira faz a caracterização sociodemográfica, história da gravidez e do aleitamento materno e motivação para a amamentação. A segunda inclui o inventário de afecto materno (Mary & Muller, 1994, versão adaptada de Garcia Galvão, 2000).

**Resultados:** O maior risco na maternidade está associado às mulheres com idades superiores a 35 anos, à coabitação com marido e outros filhos e à escolaridade baixa. O maior risco na maternidade está associado ao elevado número de gestações e maior número de partos anteriores e ao parto por cesareana. A maioria das mulheres tem experiência de amamentação e indicam como motivos de insatisfação com experiência de amamentação as dores/gretas nos mamilos e a dificuldade na pega. As mulheres que tiveram contacto com o bebé na 1ª hora após o nascimento não revelaram risco na maternidade e já tiveram partos anteriores. As mulheres revelam um afeto materno positivo. As mães com mais baixa escolaridade (<3º CEB) revelam menor afeto materno. Existe maior afeto nas mulheres que recorreram às consultas com grupo de apoio à amamentação.

**Conclusão:** As mulheres estão motivadas para a amamentação e revelam níveis de afeto materno positivos.

**Palavra-Chave:** Motivação; Aleitamento Materno; Afeto Materno.

## ABSTRACT

**Background:** Several studies of UNICEF, OMS and other protecting Organs of the child have been concluding that the breast-feeding is considered an important strategy for the infantile survival. Already in 1979 it recommended exclusive maternal breast feeding for a minimum interval ties to the 4-6 months and in 2001, UNICEF associated to Ministry of Health recommended his/her exclusive duration to the 6 months and complemented to the 2 years (Silva, Souza, 2005). the protection granted by the maternal milk against the several infantile infections originated a reduction of the infant mortality as it is demonstrated in several studies, being like this all the cooperation is relevant for the agents' identification that you/they interfere in it weans him/it precocious. And in this continuation, the motivation for the breast-feeding an important variable should be considered, given that the motivation is the agent propeller of all our action.

**Objective:** To identify the history of the pregnancy, the experience of the breast-feeding, the history of the breast feeding and the motivation to breastfeed influences the risk of maternity; To analyze that it forms the history of the pregnancy, the experience of the breast-feeding, the history of the breast feeding and the motivation to breastfeed influence the motivation for the maternal breast feeding; To discover the maternal affection conditions the motivation for the maternal breast feeding.

**Methods:** Study of nature quantitative, traverse, descriptive-correlational and explanatory, being the sample no probabilística for convenience (N=235 women). it collects if through a questionnaire, that becomes separated in two parts. Of the first it makes the characterization sociodemográfics, history of the pregnancy and of the maternal breast feeding and motivation for the breast-feeding. Monday includes the inventory of maternal afecto (Mary & Muller, 1994, adapted version of Garcia Galvão, 2000).

**Results:** The largest risk in the maternity is associated the women with superior ages to 35 years, to the cohabitation with husband and other children and to the low education. The largest risk in the maternity is associated to the high number of gestations and number of previous childbirths, to the childbirth for cesareana. Most of the women has breast-feeding experience and they indicate as reasons of dissatisfaction with breast-feeding experience the dores/gretas in the nipples and the difficulty in the it diffuses. The women that had contact with the bébé in 1st o'clock after the birth didn't reveal risk in the maternity and they already had previous childbirths. The women reveal a positive maternal affection. The mothers with lower education (<3rd CEB) they reveal less maternal affection. More affection exists in the women that fell back upon the consultations with support group to the breast-feeding.

**Conclusion:** The women are motivated for the breast-feeding and they reveal positive levels of maternal affection.

**Keywords:** Motivation; Maternal breast feeding; Affect Maternal.



## ÍNDICE GERAL

Agradecimentos.....	v
Resumo .....	vii
Abstract .....	viii
Índice geral .....	ix
Índice de tabelas .....	xi
Índice de figuras .....	xiv
Anexos / Apêndices.....	xiv
Abreviaturas e siglas .....	xv
Introdução.....	17
CAPÍTULO I. ALEITAMENTO MATERNO .....	23
1. Benefícios do aleitamento materno .....	23
2. Vinculação mãe-bebê.....	27
2.1. Definição e caracterização da vinculação .....	27
2.2. A natureza da vinculação materna .....	30
2.3. O Apego na Teoria da Vinculação.....	32
CAPÍTULO II. MOTIVAÇÃO PARA O ALEITAMENTO MATERNO .....	33
1. Fatores intervenientes na motivação.....	33
1.1. Idade materna.....	33
1.2. Situação socioeconómica, grau de instrução e condições de trabalho maternos.....	34
1.3. Situação conjugal, o papel do pai e de outras pessoas significantes para a mãe.....	35
1.4. Paridade materna, experiência anterior e intenção de amamentar ....	36
1.5. O papel do profissional de saúde .....	37
1.6. Práticas hospitalares .....	37
1.7. Dificuldades no aleitamento materno .....	38
CAPÍTULO III. METODOLOGIA.....	41
1. Objetivos e Concetualização do Estudo .....	41
2. Participantes.....	42

2.1. Caracterização da amostra.....	42
3. Instrumento de colheita de dados.....	43
3.1. Validade do Inventário do Afeto Materno (Mary & Muller, 1994, versão adaptada de Garcia Galvão, 2000).....	44
4. Procedimentos.....	45
5. Análise de Dados .....	46
5.1. Estatística Descritiva .....	46
5.2. Estatística Inferencial.....	47
CAPÍTULO IV. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....	49
1. Caracterização sociodemográfica .....	49
2. História da gravidez.....	52
3. História do aleitamento anterior.....	56
4. História do aleitamento atual .....	59
5. Afeto Materno .....	63
CAPÍTULO V. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	73
CONCLUSÕES E SUGESTÕES.....	81
LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....	85
BIBLIOGRAFIA.....	87

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Alfa de Cronbach para os 26 itens do inventário do Afeto Materno ..	45
Tabela 2. Estatística descritiva da idade materna e paterna. ....	49
Tabela 3. Distribuição classes de idade materna em função da maternidade de risco. ....	50
Tabela 4. Distribuição do estado civil em função da maternidade de risco. ....	50
Tabela 5. Distribuição da nacionalidade em função da maternidade de risco. .	51
Tabela 6. Distribuição da coabitação em função da maternidade de risco. ....	51
Tabela 7. Distribuição da escolaridade em função da maternidade de risco. ...	51
Tabela 8. Distribuição da situação profissional em função da maternidade de risco. ....	52
Tabela 9. Distribuição da residência em função da maternidade de risco. ....	52
Tabela 10. Estatística descritiva do nº de gestações anteriores em função do risco associado à maternidade. ....	53
Tabela 11. Distribuição do nº de gestações em função da maternidade de risco. ....	53
Tabela 12. Estatística descritiva do parto em função do risco associado à maternidade. ....	53
Tabela 13. Distribuição do nº de partos em função da maternidade de risco. ...	54
Tabela 14. Estatística descritiva do nº de consultas em função do risco associado à maternidade. ....	54
Tabela 15. Distribuição da gravidez vigiada em função da maternidade de risco. ....	55
Tabela 16. Distribuição da gravidez desejada em função da maternidade de risco. ....	55
Tabela 17. Distribuição do parto antes do termo em função da maternidade de risco. ....	55
Tabela 18. Distribuição do tipo de parto em função da maternidade de risco. ...	56
Tabela 19. Distribuição da experiência de amamentação em função da maternidade de risco. ....	56
Tabela 20. Estatística descritiva do tempo da experiência de amamentação em função do risco associado à maternidade. ....	57

Tabela 21. Distribuição da satisfação com a experiência de amamentação em função da maternidade de risco. ....	57
Tabela 22. Distribuição dos motivos relativos à insatisfação com a experiência de amamentação em função da maternidade de risco.....	58
Tabela 23. Distribuição da motivação para a amamentação em função da maternidade de risco. ....	58
Tabela 24. Distribuição da motivação para a amamentação em função dos partos anteriores.....	59
Tabela 25. Distribuição do contacto com a pele do bebé na 1ª hora após o nascimento em função da maternidade de risco. ....	60
Tabela 26. Distribuição do contacto com a pele do bebé na 1ª hora após o nascimento em função dos partos anteriores.....	60
Tabela 27. Estatística descritiva do tempo até iniciar o aleitamento do filho após o nascimento em função do risco associado à maternidade.....	61
Tabela 28. Distribuição do horário certo para dar de mamar ao bebé em função da maternidade de risco. ....	61
Tabela 29. Distribuição da introdução da chupeta em função da maternidade de risco. ....	62
Tabela 30. Distribuição dos grupos de apoio à amamentação em função da maternidade de risco. ....	62
Tabela 31. Distribuição dos grupos de apoio à amamentação em função dos partos anteriores.....	62
Tabela 32. Distribuição das principais dificuldades sentidas durante o internameneto com a amamentação em função da maternidade de risco.....	63
Tabela 33. Distribuição a quem recorreu para resolver as dificuldades com a amamentação em função da maternidade de risco.....	63
Tabela 34. Estatística descritiva do Afeto Materno em função do parto. ....	64
Tabela 35. Estatística descritiva do Afeto Materno em função do risco associado à maternidade.....	65
Tabela 36. Estatística descritiva do Afeto Materno em função do estado civil..	65
Tabela 37. Estatística descritiva do Afeto Materno em função da escolaridade. ....	65
Tabela 38. Teste de múltiplas comparações do Afeto Materno em função da escolaridade. ....	66
Tabela 39. Estatística descritiva do Afeto Materno em função da situação profissional.....	66
Tabela 40. Estatística descritiva do Afeto Materno em função da residência. ...	66

Tabela 41. Estatística descritiva do Afeto Materno em função das gestas. ....	67
Tabela 42. Estatística descritiva do Afeto Materno em função da gravidez vigiada. ....	67
Tabela 43. Estatística descritiva do Afeto Materno em função do tempo de amamentação. ....	67
Tabela 44. Estatística descritiva do Afeto Materno em função do tempo até iniciar a amamentação. ....	68
Tabela 45. Estatística descritiva do Afeto Materno em função da gravidez planeada. ....	68
Tabela 46. Estatística descritiva do Afeto Materno em função da gravidez desejada. ....	68
Tabela 47. Estatística descritiva do Afeto Materno em função do tipo de parto. .....	69
Tabela 48. Estatística descritiva do Afeto Materno em função do parto antes do termo. ....	69
Tabela 49. Estatística descritiva do Afeto Materno em função da amamentação. .....	69
Tabela 50. Estatística descritiva do Afeto Materno em função da experiência com a amamentação. ....	70
Tabela 51. Estatística descritiva do Afeto Materno em função do contacto com a pele do bebé na 1ª hora após o nascimento. ....	70
Tabela 52. Estatística descritiva do Afeto Materno em função da introdução da chupeta. ....	70
Tabela 53. Estatística descritiva do Afeto Materno em função da consulta com grupo de apoio à amamentação. ....	71
Tabela 54. Coeficiente de correlação entre o Afeto materno e a motivação para a amamentação. ....	71

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1. Desenho de investigação. ....	42
---	----

## **ANEXOS / APÊNDICES**

Anexo 1. Autorização para aplicar os questionários. ....	98
Anexo 2. Instrumento para recolha de dados.....	99

## ABREVIATURAS E SIGLAS

- %** – Frequência relativa;
- $\beta$**  – Coeficientes Beta;
- CV** – Coeficiente de variação;
- dp** – Desvio Padrão;
- et al.** – entre outros;
- Fem.** – Feminino;
- K** – Kurtosis;
- K/S** – Coeficiente entre skewness e erro
- Masc.** – Masculino
- Máx.** – Máximo
- Min.** – Mínimo
- M** – Média;
- n** – Frequência absoluta;
- n<sup>o</sup>** - número
- N** – Amostra;
- p** – significância
- p.** – Página;
- R** – Coeficiente de Correlação;
- r** – Correlação de Pearson
- R<sup>2</sup>** – Coeficiente de determinação
- Res.** – Residual
- s/** – sem
- SK** – valor de assimetria;
- SPSS** – *Statistic Package for Social Sciences*;
- t** – teste t de Student
- Z** – teste de U Mann-Whitney
- VE** – variância explicada





## Introdução

Em Portugal o aleitamento materno teve uma evolução semelhante à de outros países europeus. A industrialização, a II Guerra Mundial, os movimentos feministas, o trabalho feminino, a perda da família alargada e a publicidade da indústria de produção de substitutos do leite materno tiveram como consequência uma diminuição na prática do aleitamento materno. Só a partir dos anos 70 se verificou um retorno a esta prática. Actualmente, apesar de mais de 90% das mães portuguesas iniciarem o aleitamento materno, uma grande parte desiste precocemente da amamentação (Conferência da União Europeia, Blueprint Portuguese, 2004).

Contudo, o aleitamento materno tem uma importância fundamental para o saudável crescimento e desenvolvimento da criança. É através da amamentação que se estabelece um estreito contacto físico e emocional entre a mãe e o seu bebé, não esquecendo que o leite materno é de uma qualidade nutritiva indiscutível, economicamente mais rentável e sempre nas melhores condições físicas para ser ingerido.

Segundo a OMS (2009), o aleitamento materno será uma forma normal de provimento de nutrientes ao lactente, para o seu melhor desenvolvimento e crescimento com saúde. Generalizando, todas as mulheres podem amamentar, desde que possam ter o apoio da sua família, do sistema de saúde, da sociedade e de valores inerentes à própria mulher.

A decisão favorável ou não para o aleitamento materno surge fruto da interacção de diversos factores que influenciarão a mulher na motivação para amamentar. Sendo a motivação definida como um conjunto de forças internas que mobilizam e orientam a acção de um organismo em direcção a determinados objetivos como resposta a um estado de necessidade, carência ou desequilíbrio; estado esse que estará vinculado ao alimento, bebida, sexo, prestígio, informação, aprovação social e afecto segundo nos diz Monteiro e Santos (2005). Também para Nelas, Ferreira e Duarte (2008), a motivação é uma condicionante a ter em conta no contexto da amamentação e com elevada importância no processo de desenvolvimento /aprendizagem da mulher.

A motivação é uma das estratégias concedidas no processo de decisão da mulher para a prática do aleitamento materno. No percurso entre o desejo de amamentar e a concretização dessa prática a motivação é o que intervém neste

procedimento de resolução materna, de modo favorável ou desfavorável (Takushi, Tanaka, Gallo, & Machado, 2008).

A motivação é uma condição a ser debatida no contexto da amamentação, tendo grande impacto no seu processo educativo. Deve-se considerar no estudo da motivação, variáveis motivacionais que exercem o seu controlo durante toda a vida e variáveis transitórias. Na primeira situação, estas são inatas ou adquiridas podendo considerar-se com parte integrante da estrutura da personalidade. Relativamente às variáveis transitórias estas modulam estados transitórios que podem durar alguns segundos como algumas horas (Nelas, Ferreira & Duarte, 2008).

Neste contexto, surgiu o interesse na realização deste estudo, incluído numa investigação alargada da Escola Superior de Saúde de Viseu – IPV, sobre a motivação para o aleitamento materno e especificamente na identificação de factores que possam influenciar essa motivação, pelo que formulámos as seguintes questões de investigação:

- Em que medida a história da gravidez, a experiência da amamentação, a história do aleitamento e a motivação para amamentar podem condicionar o risco na maternidade?
- De que modo o afeto materno influencia a motivação para o aleitamento materno?

Para dar resposta às questões formuladas, estabelecemos os seguintes objetivos para o nosso trabalho:

- Identificar se a história da gravidez, a experiência da amamentação, a história do aleitamento e a motivação para amamentar influenciam o risco de maternidade;
- Analisar de que forma a história da gravidez, a experiência da amamentação, a história do aleitamento e a motivação para amamentar influenciam a motivação para o aleitamento materno;
- Averiguar se o afeto materno condiciona a motivação para o aleitamento materno.

Neste seguimento far-se-á um estudo não experimental, quantitativo, transversal, do tipo descritivo-correlacional e explicativo de forma a descrever, analisar e explicar a relação entre as variáveis que influenciam a motivação para o aleitamento materno.

Para o efeito, o estudo apresenta duas partes:

I Parte – Enquadramento Teórico

Com esta secção do trabalho pretende-se uma base conceptual e um conhecimento atualizado acerca da bibliografia existente sobre esta temática e de estudos de investigação anteriormente realizados. Pretende-se refletir sobre a história do aleitamento materno, conceito de afeto materno e finalmente a motivação para o aleitamento materno.

## II Parte – Investigação Empírica

O Capítulo 4 reserva-se para a metodologia, formulação do problema, definição de objetivos e, ainda, o desenho de investigação. Caracteriza-se a amostra de forma socio-espacial e demográfica e descreve-se o instrumento a utilizar (I – Caracterização sociodemográfica; II – História da gravidez; III – História do aleitamento materno anterior; IV – História do aleitamento materno atual; V – Inventário do Afeto Materno). Apresentam-se os procedimentos metodológicos e éticos da recolha de dados e os testes estatísticos que se vão utilizar quer em termos descritivos como inferenciais.

No Capítulo 5 e 6 apresentam-se e discutem-se os resultados, com recurso a tabelas e gráficos para melhor visualização dos mesmos.

Terminamos com as conclusões do trabalho e com as referências bibliográficas.

O final enquadró os anexos e apêndices do trabalho, nomeadamente o questionário aplicado e algumas tabelas com dados que nos pareceram extensos para estarem incluídos no texto.



---

## **I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## Capítulo I. Aleitamento Materno

*“Apaixonarmo-nos por um bebé pode acontecer à primeira vista, mas continuar a amá-lo é uma aprendizagem – aprender a conhecermo-nos tão bem quanto a ele” (Brazelton, 1989).*

### 1. Benefícios do aleitamento materno

A qualidade de uma vida saudável é considerada desde o momento da sua concepção prolongando-se ao longo do ciclo vital. Conforme se avança na escala evolutiva surgem inúmeras preocupações nesta área. A promoção e a manutenção para uma vida saudável são temas que têm sido desenvolvidos em vários encontros internacionais, com os seus mais variados líderes mundiais. A prevenção e a responsabilização no cidadão pela sua saúde são assumidos como lemas fundamentais.

O conhecimento dos inúmeros benefícios do aleitamento materno, tanto para a mãe, criança, família, comunidade e meio ambiente está directamente ligado ao aumento de interesse para esta temática, a nível mundial.

Amamentar será para Rea (2005, citado por Carvalho & Tame, 2005, p. 282) um direito que a sociedade deve garantir a toda a mulher, mesmo aquelas que tem um trabalho remunerado e a todas as crianças. Tanto as políticas sociais que visam promover benefícios, regulamentando e protegendo as mulheres trabalhadoras, como as praticas de manutenção da lactação são aspectos fundamentais da amamentação.

A alimentação da criança desde o nascimento e nos primeiros anos de vida tem repercussões ao longo de toda a vida do indivíduo. Sabe-se que o aleitamento materno é um importante componente da alimentação infantil óptima. O leite materno, isoladamente, é capaz de nutrir adequadamente as crianças nos primeiros seis meses de vida; porem a partir desse período, deve ser complementado (Monte, 2004).

Nessa base o leite materno será o alimento ideal para o bebe, fundamental para a saúde e desenvolvimento da criança, devidas a vantagens nutricionais, imunológicas e psicológicas, alem de originar proveito para a mãe (Matuhara, Naganuma, 2006, pp. 82-83).

Para Galvão (2006, p.79), a amamentação bem sucedida é um processo interactivo das necessidade físicas e psicológicas da mãe e do bebe, para alem da sua

duração e da ausência de problemas físicos, implica uma opção fundamentada em evidências familiares, sociais, educacionais favorecedoras da amamentação, apoio familiar, confiança da mãe na sua capacidade de lactação e de cuidar do seu bebé. Este ao tornar-se capaz de mamar eficazmente, capacita-se no crescer, na forma de se desenvolver tendo como suporte a assistência de profissionais de saúde bem capacitados para actuar e ensinar a agir permitindo tornar a amamentação num êxito de prazer e satisfação em amamentar e mamar.

Segundo Nelas, Ferreira e Duarte (2008, p.41), a motivação é uma condicionante que se deve ter em conta quando se fala de amamentação, com grande importância no processo educativo da mesma.

Esta mesma motivação pode ter vários condicionantes e ser influenciada por vários factores, pelo que se torna fundamental uma compreensão e um estudo acerca da mesma. A motivação é por assim dizer um dos grandes alicerces para o sucesso da amamentação.

A nossa experiência profissional e os resultados de vários estudos dizem-nos que a taxa de prevalência da amamentação à saída da maternidade é muito elevada; no entanto esta decresce ao longo dos meses de vida das crianças, sendo inúmeros os factores que continuam a serem identificados com tendo um papel muito importante neste decréscimo. A motivação sendo o motor impulsionador de toda a nossa acção, tem de ser importante na identificação das causas desse desmame precoce.

Segundo a OMS (1991), uma criança é amamentada exclusivamente quando recebe apenas leite materno, directamente ou extraído, não recebendo mais nenhum alimento líquido ou sólido até aos seis meses de vida. No entanto apenas metade das crianças que nascem anualmente são alimentadas exclusivamente com leite materno até ao quarto mês de vida e a interrupção do aleitamento antes da criança completarem dois anos observa-se em metade das crianças, Nelas, Ferreira e Duarte (2008).

Estudos recentes demonstram que a taxa de aleitamento materno em Portugal é de 91% nos primeiros dias de vida do bebé, mas aos três meses decrescem para 54,7% e aos seis meses é de 34,1% (Costa & Lamy, 2009 citando Sandes, Nascimento, Figueira, Gouveia, Valente, Martins, Correia, Rocha & Silva, 2007).

Atualmente a decisão de amamentar começa a ser tomada durante a gravidez e pode depender de alguns factores como sendo eles a maternidade e o afecto materno.

Amamentar é uma tarefa difícil para muitas mulheres como é do conhecimento de todos aqueles que contactam directa ou indirectamente com mulheres que amamentam ou amamentaram e não obstante as dificuldades físicas existe também



---

a ansiedade que surge pelo medo de se perder a capacidade de amamentar (Carvalhoes & Correa, 2003 citado por Ferreira, 2012).

Também Nelas, Ferreira e Duarte (2008) salientaram o facto de a decisão para amamentar ser pessoal, no entanto, é sujeita a influencias de onde se destacam as características da criança, o ambiente familiar, a socialização da mulher e a relação estabelecida com os técnicos de saúde durante o período pré e pós natal.

Os cuidados parentais têm sido colocados como factores importantes para se pensar tanto no desenvolvimento dos pais como das crianças. Na visão de Bowlby (1990 citado por Barbosa, Machado, Souza & Scorsolini-Comin, 2010), uma criança que tem pais afectivos e vive num lar bem estruturado, no qual encontra conforto e protecção, consegue desenvolver um sentimento de segurança e confiança em si mesma e em relação aqueles que convivem com ela.

Bowlby considera que o relacionamento afetivo do bebe com a sua mãe ou pai é fundamental para a aprendizagem e aquisição do bem-estar e satisfação em torno da família. Assim sendo a tríade pai-mãe-bebe tem necessidade de se sentirem intimamente identificados uns com os outros, tendo que os pais sentirem a expansão da sua personalidade no bebe, determinando desta forma a sua própria personalidade com a do bebe. Esta relação é demasiado importante para a saúde mental da tríade familiar nomeadamente do bebe nos seus primeiros dias de vida (Bowlby, 1989; Vieira, 2009 citado por Barbosa, Machado, Souza & Scorsolini-Comin, 2010).

Coexistindo com a satisfação e a confiança surge a tensão e os conflitos conjugais, obtendo-se daí um cansaço que interfere com o sucesso na adaptação do papel da maternidade (Graça, 2010). A individualidade da pessoa será uma característica de transição para a maternidade que é influenciada pelo grau da mudança na vida diária e pelas experiencias anteriores. Temos a satisfação e a confiança ligadas a sentimentos de partilha nas preocupações nos cuidados e a solidariedade entre os pares com adjuvante do apoio e orientação da rede social envolvida.

A conquista do papel maternal pode e é influenciada por variáveis maternas sendo estas a idade, o estatuto sócio económico, a percepção adquirida sobre a experiencia do nascimento, a precoce separação da díade mãe e filho, auto-estima e o auto conceito, a flexibilidade no ajustamento de papeis, o estado de saúde, ansiedade existente ou não com as suas experiencias de stress, a depressão, os traços da própria personalidade, a tensão existente do papel, a satisfação com a interacção ou com o desempenho de tarefas, a vinculação mãe e filho, as atitudes educativas. Também a influencia destas variáveis com as da criança, sendo estas o temperamento, o estado de saúde, as suas próprias características; relacionando

---

também com as variáveis familiares considerando o subsistema conjugal, parental e filial bem como o seu respectivo papel e adicionando as variáveis sociais como a qualidade, extensão e satisfação com a rede de apoio social vão permitir um desenvolvimento/envolvimento convenientemente ajustado conforme a intensidade destas variáveis (Graça, 2010).

Para o autor acima referido, a conquista do papel maternal é atingido e desenvolvido em quatro fases.

A primeira fase chamada de antecipatória iniciando-se com a gravidez incluindo os respectivos ajustamentos sociais e psicológicos que daí decorrem.

De seguida vem uma segunda fase, intitulada de formal, iniciada com o nascimento incluindo-se nela a aprendizagem e desempenho do papel de mãe. Os comportamentos são orientados pelas expectativas formais dos restantes sistemas sociais que interagem com a mãe, referenciando Meighan (2004). Caracterizando-se pelo restabelecimento físico da mãe, pelo conhecimento/vinculação com o bebé e apreensão do cuidar, com base no comportamento e orientações de especialistas. No decorrer deste estágio, quando a mãe está a adaptar e integrar a criança no seu contexto familiar, envolvida na sua aprendizagem do cuidar, na vinculação e atitudes perante o bebé, a sua confiança e percepção estão intermitentemente relacionados.

Numa terceira fase denominada de informal, a mãe desenvolve feições específicas de trabalhar o seu novo papel, utilizando o juízo crítico na persecução dos melhores cuidados para o bebé. Tende-se a observar a adequação do novo papel ao estilo de vida peculiar baseado nas experiências de vida e perspectivas futuras. Podemos designar este estágio como sendo uma progressiva recuperação de uma nova normalidade para a mãe e envolvência familiar (Meighan, 2004; Mercer, 2004).

Por último, temos o período da identidade pessoal ou materna que ocorre à medida que a mãe vai conseguindo incorporar o seu novo papel, desenvolvendo e adquirindo sentido de harmonia, confiança, satisfação, competência e vinculação, na desenvoltura do seu encargo Meighan (2004). Esta fase é manifestada quando existe o cumprimento de uma nova identidade através da redefinição do “*self*” na incorporação da maternidade. A mãe tem um sentido de maior confiança e competência na desenvoltura do seu papel de mãe, expressando amor pelo bebé e demonstrando prazer dessa interação. As competências maternas atingem o seu pico por volta dos quatro meses, com decréscimo acentuado aos oito e doze meses, baseando em Mercer (2004) e Nystrom e Orrling (2004).

Progredindo para esta nova etapa de normalidade, a progenitora começa a estruturar-se como mãe cuidadora, de forma a ajustar-se a si, à sua família e aos outros contextos da sua vida, conforme as suas vivências passadas e objectivos

---

futuros. Muito desta reestruturação cognitiva acontece somente quando ela consegue apreender os estímulos e sinais do bebe reajustando-se a esta nova realidade de mãe.

## **2. Vinculação mãe-bebé**

Os bebés alimentados com leite materno terão um vínculo afectivo mais intenso e duradouro, existindo estudos que comprovam que se adaptam melhor à vida social, tendo menos problemas no relacionamento com outras pessoas, ao longo da sua vida.

### **2.1. Definição e caracterização da vinculação**

O acto de amamentar não é somente a administração de nutrientes ao recém-nascido mas também uma prova de amor que, ao satisfazer-se as necessidades nutricionais do bebé, vai propiciando o contacto íntimo dérmico, promovendo o vínculo precoce e laços afectivos entre mãe e filho. Quando a mãe escolhe amamentar o seu filho a interacção mãe-bebé é normalmente mais adequada do que nas díades em que a mãe opta pelo leite artificial para alimentação do bebé (Kendall-Tackett, 2005).

Vinculação é uma ligação que, uma vez estabelecida, tende a persistir, a ser duradoura, no sentido em que lança pontes sobre o tempo e o espaço. É o modo pelo qual o sistema comportamental da vinculação se torna organizado em relação a uma determinada figura (Soares, 1996). Uma figura de vinculação é uma figura em direcção à qual a criança irá dirigir o seu comportamento de vinculação. Qualquer pessoa que se envolva numa interacção social viva e durável com o bebé e que responda facilmente aos seus sinais e aproximações é susceptível de se tornar figura de vinculação. A relação de vinculação constrói-se progressivamente, e é modelado pelo meio social (Guedeney & Guedeney, 2003)

Deste modo, a função biológica da vinculação é a protecção da cria e a função psicológica é proporcionar segurança. As crianças encontram-se geneticamente programadas para manter a proximidade da mãe e atrair a sua atenção quando precisam de ajuda, por outro lado a mãe está delineada para corresponder a esses sinais (Schaffer, 1997).

Brazelton e Cramer (1989) referem-se à organização da vinculação dividindo-a em três fases: a primeira é a pré-história da vinculação, ou seja, que tipo de factores levam um homem e uma mulher a desejarem ter um filho, e que tipo de fantasias se encontra ligadas a esse desejo. A segunda é o alvorecer da vinculação numa

sucessão de fases vividas no decorrer da gravidez nas quais, enquanto se processa a adaptação dos pais ao feto em desenvolvimento, sempre que os pais imaginam o filho e interagem com ele, há nascimento da vinculação. A última fase é a vinculação propriamente dita, construída na relação pais /filhos desde o momento do nascimento e para a qual o recém-nascido se encontra muito bem equipado, sendo capaz de se adaptar às fantasias dos pais.

Schaffer (1997) faz uma distinção entre vinculação e comportamento vinculativo. O primeiro conceito define o sistema de comportamento num indivíduo que organiza os sentimentos de uma criança em relação a outras pessoas, o segundo define a maneira aberta de exprimir esses sentimentos. A procura da proximidade é a alma da vinculação, é a manifestação mais óbvia e sincera nas crianças e, apesar de o sistema vinculativo se tornar uma rede mais complexa de sentimentos, emoções, atitudes e crenças, a sua base de evolução e desenvolvimento é tão simplesmente a necessidade de estar perto do progenitor.

A vinculação é, pois, um elo emocionalmente significativo de longa duração com um indivíduo. O objecto<sup>1</sup> da vinculação retribui os sentimentos da criança, gerando um elo extremamente forte e carregado de emoções. As emoções positivas mais específicas da teoria da vinculação são o sentimento de segurança, a noção de bem-estar e de conforto. É a dupla noção de proximidade e de segurança que define o objectivo externo e interno do sistema de vinculação. Este é um “sistema corrigido por um objectivo interno” (*internal goal correcting*) o que permite que os comportamentos de vinculação sejam organizados de forma flexível em torno de uma figura particular (Guedeney & Guedeney, 2003).

Entre os zero e os seis meses, a criança põe em ação os processos de discriminação. Dos seis meses aos três anos, é o período em que os esquemas de vinculação (*set goal attachment*) entram em ação, baseados em sistemas de retro controlo ligados ao objetivo principal que é o de se manter bastante próximo da figura de vinculação, a criança percebe as relações de causa e efeito. A partir dos três anos, assiste-se à formação de uma relação recíproca, a criança desenvolve uma vontade própria e uma compreensão das intenções do outro. O desenvolvimento das suas capacidades de pensar em função do tempo e do espaço aumenta as suas capacidades cognitivas, permitindo-lhe suportar o afastamento da figura da vinculação (id).

Bowlby (1981) propõe quatro fases sequenciais no desenvolvimento da vinculação:

---

<sup>1</sup> Em psicanálise este termo designa uma coisa, uma pessoa ou parte desta, real ou imaginária, que permite a satisfação da pulsão (Georgieff, 1995).

1 - Orientação e sinais com uma discriminação limitada das figuras – ocorre durante os primeiros três meses de vida, embora o bebê ainda não seja capaz de ter padrões de interação diferenciados entre adultos, comporta-se de maneira característica para com os seres humanos, orientando-se para eles e respondendo-lhes, seguindo com os olhos, agarrando, sorrindo, parando de chorar ao ver um rosto ou ao ouvir uma voz, no entanto, nesta fase, esses comportamentos são ainda muito indiscriminados e indiferenciados.

2 - Orientação e sinais rígidos para uma ou mais figuras discriminadas - observa-se até cerca dos seis meses de idade do bebê, na qual distingue as pessoas familiares das não familiares, interagindo com elas de modo diferenciado. A característica base desta fase é a responsividade diferenciada: choro do bebê de acordo com quem lhe está a pegar, sorrisos e vocalizações, orientação visual e postural, particularmente orientadas para a mãe, tendo em conta, como mecanismo subjacente, a tendência para o bebê se orientar preferencialmente para certo tipo de estímulos e para se aproximar do que é familiar.

3 - Manutenção da proximidade com uma figura discriminada através da locomoção e de sinais - através da locomoção de sinais, ou seja, é uma fase de iniciativa activa na procura da proximidade e do contacto da figura de ligação.

4 - Formação de uma relação recíproca corrigida por objetivos - que não acontece antes dos dois, três anos, esta fase corresponde à emergência na criança da capacidade, ainda que relativa, de se colocar no ponto de vista do outro e a uma maior sofisticação nos sistemas comportamentais corrigidos por objetivos.

Durante o segundo e grande parte do terceiro ano de vida, o comportamento de ligação maternal não se manifesta nem com menos intensidade nem com menos frequência do que no final do primeiro ano. Contudo, o alargamento das capacidades cognitivas da criança e a possibilidade de compreensão dos acontecimentos que a rodeiam, a proeminência da autonomia e das questões de disciplina, conduzem a alterações nas circunstâncias desencadeadas pelo comportamento de vinculação (Soares, 1996).

Ainda para comparar esta primeira fase de desenvolvimento, Spitz (citado por Vermeulen, 1992) classifica a evolução díade mãe-bebê em três estádios: o primeiro é o estágio não objetal, onde o recém-nascido não diferencia o Eu do “não Eu”. O segundo estágio é caracterizado pelo autor como o sorriso do 3º. Mês, a criança responde a uma “gestalt” e não a uma pessoa privilegiada nem mesmo ao rosto do ser humano, torna-se portanto, uma entidade psicológica distinta. Por último, o estágio da angústia do 8º mês ou estágio do objeto libidinal, a criança distingue bem a sua mãe e depois as pessoas amigas, dos estranhos.

Depois da primeira infância, a relação de vinculação continua a ser importante para a segurança e o bem-estar do indivíduo. Contudo, como essa relação é mantida ou estabelecida, sofre considerável mudança em função das sucessivas conquistas desenvolvimentais. Após os dois ou três anos de vida surge a fase da “relação recíproca” caracterizada pela progressiva capacidade da criança compreender os objetivos e os planos da figura da vinculação e de coordenar os seus objetivos com os dessa figura (Soares, 1996).

Três características foram apontadas por Weiss (1991, citado por Canavarro, 1999), como critérios de distinção entre a vinculação na infância e outras formas de relações interpessoais: na procura de proximidade a criança procura manter-se num raio de proteção dos seus pais. A presença de uma figura a quem a criança esteja vinculada promove-lhe sentimentos de segurança (efeito de base de segurança). O protesto na altura de separação surge com o objetivo de manter a acessibilidade da figura de vinculação, na qual a criança protesta, de forma ativa, tentando impedi-la.

## **2.2. A natureza da vinculação materna**

Falar de vinculação entre a mãe e o bebé é, evidentemente, um lugar-comum, já que se trata do fundamento da quase totalidade dos grupos familiares, em todas as etnias. A natureza deste vínculo simboliza as origens biológicas e espirituais do homem, inspirando a arte das religiões que se enraízam no mistério da fecundidade da família. Mais do que a música ou os escritos, foram a pintura e a escultura, e posteriormente a fotografia e o cinema que, que produziram as obras mais enternecedoras sobre a natureza deste vínculo entre mãe-bebé. Elaborada a partir de 1958, a *Teoria da Vinculação* visa a compreensão do fenómeno pelo qual o bebé e a mãe (ou a mãe substituta) estabelecem, entre si laços, afetivos e privilegiados (Montagner, 1993).

Charles Darwin foi o primeiro teorizador da vinculação, uma vez que concebeu a natureza social do homem como o resultado de uma poderosa pressão de selecção. A vinculação é essencialmente uma teoria de comportamento social humano e da sua evolução “do nascimento até à morte” (Guedeney & Guedeney, 2003).

Para Bowlby (1980, citado por Soares, 1996), a sobrevivência da espécie humana, não obstante a imaturidade e a vulnerabilidade dos primeiros anos da infância, só pode ser compreendida se concebermos que os bebés são dotados de sistemas comportamentais relativamente estáveis que têm por função protegê-lo do perigo. Essa protecção passa pela possibilidade de o bebé, através de

---

comportamentos específicos designados por comportamentos de vinculação, manter ou estabelecer a proximidade com uma figura adulta predominantemente materna, sente-se mais capaz para confrontar situações de perigo.

Num sistema de vinculação permanente e estável, que persiste ao longo do desenvolvimento da criança, no seio de um ambiente mais ou menos fixo, o objectivo é a manutenção da distância desejada em relação à mãe, que varia segundo os factores internos à criança (dor e a fadiga), e os factores externos, que são aqueles que estão ligados ao ambiente (qualquer estímulo assustador como a ausência da figura de vinculação) (Guedeney & Guedeney, 2003).

Weiss (1991, citado por Canavarro, 1999) refere que a vinculação, na infância, poderá ser activada por situações ameaçadoras, a criança procura os pais como fonte de segurança quando se sente ameaçada. Depois de estabelecida a vinculação com uma pessoa particular, essa figura é objecto de vinculação, no sentido da sua proximidade promover uma base de segurança e o seu afastamento conduzir a manifestações de protesto. Embora outra pessoa possa acompanhar a criança, o sistema de vinculação requer a figura particular que previamente foi incorporada. Os sentimentos de vinculação persistem, mesmo quando há a percepção de que não poderá haver reencontro com a figura de vinculação. As relações de vinculação persistem mesmo quando a figura de vinculação é negligente ou mesmo abusiva.

Deste modo, a primeira relação humana de uma criança, é a pedra fundamental sobre a qual se constrói a sua personalidade. Harlow (citado por Bowlby, 1976) propõe quatro teorias principais sobre a natureza e a origem do vínculo infantil: no início a criança possui um certo número de necessidades fisiológicas que devem ser satisfeitas, sobretudo o alimento e conforto. O bebé liga-se a uma figura humana – a figura maternal que satisfaz as suas necessidades fisiológicas e o ensina, no devido tempo, que ela é a fonte da sua satisfação, o que o autor denomina de Teoria da Aprendizagem ou Teoria do Amor Interesseiro das Relações Objectais. Há no bebé uma propensão inata para relacionar-se com o peito humano, para sugá-lo e desfrutá-lo. No devido tempo o bebé aprende que ligado ao seio está uma criatura humana, a mãe, e, portanto, relaciona-se também com ela (Teoria de Sucção do Objeto Primário). Existe nos bebés uma propensão inata para o contacto físico intenso com um ser humano, a “necessidade” de um objeto independente do alimento (Teoria da Adesão ao Objeto Primário). Os bebés ressentem-se da sua expulsão do ventre e desejam voltar para lá, ou seja, é a Teoria do Anseio Primário de Retorno ao Ventre.

Freud na sua obra “*An Outline of Psycho-Analysis*” (1938), descreve a relação mãe-filho como única, sem paralelo, estabelecida sem alteração para toda a vida, como o mais forte amor objectal e como protótipo de todas as relações de amor

---

posteriores. Burlingham e Anna Freud usam o termo ligação ao descreverem as necessidades infantis como necessidades instintivas importantes baseadas numa ligação precoce à mãe (Pedro, 1985).

### **2.3. O Apego na Teoria da Vinculação**

O apego é uma sub variedade do vínculo emocional em que o juízo de segurança de uma pessoa está estreitamente ligado ao relacionamento. O relacionamento da criança com o progenitor é um apego, mas o relacionamento do progenitor com ele não é, pois o progenitor, presumivelmente, não inicia um juízo maior de segurança na presença do bebé, nem o usa como uma base segura (Bee, 1996).

Os comportamentos de apego são todos aqueles que permitem a uma criança ou adulto conseguir e manter a proximidade em relação a uma pessoa a quem é apegado, incluindo sorrir, fazer contacto visual, agarrar-se, chorar. A propensão a estabelecer sólidos vínculos emocionais com determinados indivíduos é um componente básico da componente humana. Esses relacionamentos têm um valor de sobrevivência, porque trazem cuidados ao bebé, sendo construídos e mantidos por um repertório interligado de comportamentos instintivos que criam e sustentam a proximidade entre a mãe e a criança ou entre outros pares vinculados (*id*).

O termo relações objetais faz parte da teoria do instinto de Freud, na qual se define o instinto como a coisa a respeito da qual ou através da qual o instinto pode alcançar a sua finalidade. Pode ser equiparado por expressões diferentes tais como “apego” ou “figura de apego”. O comportamento da ligação à mãe é formado por um determinado número de respostas emotivas que se apresentam inicialmente independentes umas das outras. Durante o primeiro ano de vida estas respostas instintivas vão amadurecendo, formando estruturas diferentes (Bowlby, 1976).



## **Capítulo II. Motivação para o Aleitamento Materno**

Atualmente a decisão de amamentar começa a ser tomada durante a gravidez e pode depender de alguns factores como sendo eles a maternidade e o afecto materno.

### **1. Factores intervenientes na motivação**

Faleiros, Trezza, e Carandina (2006) analisaram vários factores que tem influências decisivas no facto das mães poderem amamentar, na duração do tempo na amamentação e nas principais razões do seu desmame. Alguns factores, tais como a maternidade precoce, o baixo nível escolar/educação e socioeconómico maternos, a paridade, a vigilância do profissional de saúde nas consultas de saúde materna, a necessidade de trabalhar fora de casa, são frequentemente considerados como fundamentais para o desmame precoce. No entanto outros factores, como o apoio familiar, as devidas condições no local de trabalho e uma experiência prévia positiva, parecem ser parâmetros favoráveis à decisão materna pela amamentação. Apesar da importância dos factores mencionados, os aspetos culturais e a história de vida da mãe foram os mais importantes na decisão materna pelo aleitamento e pelo momento do desmame.

#### **1.1. Idade materna**

Segundo Peterson (1992) relaciona a idade materna mais jovem ao menor tempo de aleitamento, talvez relacionado por dificuldades tais como um nível educacional mais baixo, poder económico mais baixo e, muitas vezes, pelo facto de serem solteiras. Quanto às adolescentes, estas, associam muitas vezes a sua própria insegurança e a falta de auto-confiança para fornecer a alimentação para o seu bebê, devido à falta de apoio sentido das suas próprias mães ou familiares mais próximos, ao natural egocentrismo dessa idade e aos problemas com a auto-imagem, alcançando, desta forma um menor índice de aleitamento.

Segundo Faleiros, Trezza, e Carandina, (2006) num estudo norte-americano, verificou-se que as mães adolescentes evidenciavam uma menor produção de leite, com altas concentrações de sódio, particularmente nas primeiras 6 a 18 semanas

após o parto, e que o número de mamadas durante o dia era menor advindo com maior frequência, o uso de fórmulas lácteas para os seus bebês. O número de consultas de saúde materna nesse grupo poderá ser menor, ao número de consultas preconizado pelo Ministério da Saúde, que é de seis consultas por gestação.

Mantendo referencia em Faleiros, Trezza, e Carandina (2006) enquanto alguns autores consideram não existir uma associação significativa entre a idade materna e a duração do aleitamento materno, outros autores verificam que os filhos das mães com mais idade mamam mais tempo, exclusiva ou parcialmente, em relação aos filhos das mães mais jovens, sobretudo quando estas já têm um maior número de filhos e/ou história anterior de sucesso no aleitamento materno.

## **1.2. Situação socioeconómica, grau de instrução e condições de trabalho maternos**

Relativamente ao grau de instrução materna, muitos estudos têm demonstrado que esse fator afeta a motivação para amamentação. Em muitos países desenvolvidos, mães com maior grau de instrução tendem a aumentar o tempo de amamentação, talvez devido a um maior acesso de informações sobre as vantagens do aleitamento materno. Já nos países em desenvolvimento, as mães das classes menos favorecidas, com menor grau de instrução, frequentemente solteiras, que iniciaram as consultas de saúde materna tardiamente conseqüentemente, preocupar-se-iam em decidir sobre o aleitamento mais tarde.

Para Faleiros et al. (2006) nos países não industrializados, as mulheres de classes menos favorecidas, de baixo e médio poder económico, amamentam mais que as de melhor nível socioeconómico.

Relativamente à profissão, a mesma não se apresenta como obstáculo específico ao aleitamento, porque a maioria das mães não trabalha fora ou deixa de o fazer após o nascimento dos seus bebês. Por outro lado, alguns autores referem que o trabalho materno só não é impedimento se houver condições favoráveis à manutenção do aleitamento, como, por exemplo, o respeito pela licença materna, creche ou condições para o aleitamento no local e horário do trabalho. Independentemente da profissão da mãe, o que parece ser mais importante é a quantidade de horas realizadas, sendo maiores os índices de desmame quando o mesmo excede a 20 horas semanais.

Vários estudos mostram que também é importante o facto de essa mãe ter ou não acumulado de tarefas domésticas, além daquelas que lhe são pedidas no seu local de trabalho. Neste caso, o mais provável é ocorrer o desmame.

Silva (2003) verificou que a falta de apoio nas instituições e das condições ambientais para amamentação, bem como a falta de berçários, de forma a permitir a proximidade entre mãe-criança, foram as principais dificuldades apontadas pelas mães em relação à manutenção da amamentação. Em São Paulo, um estudo com 76 mães funcionárias de 13 indústrias, mostrou que 97% delas iniciaram o aleitamento materno, mas, apesar de 55% ainda amamentarem após o quarto e quinto mês do nascimento, quando da sua volta ao trabalho, apenas 12% o faziam exclusivamente.

O regresso ao trabalho, segundo alguns autores (Hammer et al, 1999), não parece interferir com a decisão de iniciar o aleitamento, mas se esse retorno ocorre já nos primeiros dois a três meses após o parto, isso parece dificultar o seu sucesso.

Muitas vezes, essa volta precoce ao trabalho resulta de pressões, principalmente no caso das mães não registradas, pelo medo de perder seus empregos. Também se verificou que a maioria das mães desconhecia os seus direitos legais, conforme refere Giugliani (2000).

### **1.3. Situação conjugal, o papel do pai e de outras pessoas significantes para a mãe**

Para Giugliani (1994), quando as mães têm uma união estável e tem o apoio de outras pessoas, especialmente do marido ou companheiro, este facto parece exercer uma influência positiva na duração do aleitamento materno. Tanto o apoio sócio-económico, como o emocional e o educacional parecem ser muito importantes, sendo o companheiro a pessoa de maior peso nesses diferentes tipos de apoio.

Para vários autores tais como Freed et al (1992) e Littman et al (1994) que realizaram trabalhos no Texas e em Cleveland - Estados Unidos América, verificaram que o papel do pai no aleitamento materno, é usualmente considerado apenas na sua atitude em relação ao assunto, sem maior caracterização do indivíduo.

Sendo a atitude do pai mais positiva, existe um maior efeito na motivação e na capacidade da mãe para amamentar. Num grupo de crianças cujos pais eram bastante favoráveis ao aleitamento, verificou-se que 75,0% eram aleitadas exclusivamente e 98,0% delas pelo menos parcialmente.

Comparando-as com crianças cujos pais eram indiferentes ou desfavoráveis, a taxa de aleitamento materno exclusivo caiu para 7,7%. Noutro grupo de pais

favoráveis ao aleitamento materno, a maioria acreditava que era o melhor para o bebê, mas, para aqueles pais que eram mais tendenciosos para o aleitamento artificial, muitos consideravam ser ruim para as mamas e ser um fator de interferência na relação sexual do casal. Apesar destes trabalhos terem sido realizados nos Estados Unidos da América, constata-se que essa ideia ainda prevalece nalgumas mães com determinados tabus e crenças.

Sendo assim ao analisar-se estes estudos podemos concluir que seria pertinente aumentar e divulgar a informação aos pais sobre as respetivas vantagens e benefícios do aleitamento materno. Assim, dar-se-ia início a um processo educativo desde a infância e adolescência, o que ajudaria os pais a tomarem decisões mais positivas em relação ao aleitamento materno e a saberem dirigir melhor a nova situação do casal promovendo, inclusive, satisfação e sucesso no aleitamento.

#### **1.4. Paridade materna, experiência anterior e intenção de amamentar**

Conforme refere Faleiros (2006) no seu estudo, a paridade materna influencia a decisão pelo tipo de aleitamento, apesar de ser um fator bastante contestado na literatura, pois existem alguns estudos sugerindo que as primíparas, ao mesmo tempo que mais dispostas a iniciar o aleitamento, costumam mantê-lo por menos tempo, fazendo a introdução mais precoce dos alimentos complementares, sugerindo haver para as múltiparas uma forte correlação entre o modo como seus filhos anteriores foram amamentados e como o último será. Também se observou que as mães desmamavam mais cedo o primeiro filho e que iam aumentando o tempo de aleitamento conforme o número de filhos que iam tendo. Esta situação dever-se-ia à insegurança da mãe, por ser eventualmente mais jovem, com menor grau de instrução e menor experiência de vida (Hammer et al,1999). Para Vogel (2003), dependia se as mães tinham tido uma experiência previa positiva ou não no aleitamento pois assim seria mais fácil continuar com os filhos à posteriori. Assim, parece existir uma forte correlação entre a intenção da gestante em amamentar seu filho e a duração da amamentação.

Donath et al (2003) descobriu, numa coorte de 1.400 gestantes, que o facto da mãe ter tido uma experiência previa positiva é o melhor preditor para o aleitamento materno adequado, sendo superior que os outros fatores demográficos combinados. Outro grupo de autores refere que o facto da mãe, muitas vezes, falhar na amamentação, mesmo sendo um grande desejo para concretizar, é associado à falta

de acesso na orientação e no apoio adequado de profissionais ou de pessoas mais experientes dentro ou fora de sua família.

Encarando o facto que cada nascimento se dá em vários e diferentes contextos havendo diversidade na idade, de nas condições socioeconómicas ou da situação conjugal da mãe, só o simples evento de ter existido uma experiência prévia, talvez não seja o suficiente para estímulo no aleitamento dos filhos seguintes. Portanto, a dificuldade de análise da influência dessa variável deve-se aos múltiplos agentes e às modificações da dinâmica familiar ocorrida ao longo da vida.

### **1.5. O papel do profissional de saúde**

Conforme vai referindo Faleiros (2006), as pesquisas parecem demonstrar que o profissional de saúde aconselha o aleitamento materno aquelas mães que estão indecisas, não abordando o assunto no primeiro trimestre e por ultimo recomendam o suplemento alimentar. Esta situação poderá induzir a um desmame precoce.

Dando grande importância á consulta de saúde materna ao ser implementada o mais precoce possível e a sua frequência, as atitudes do profissional de saúde são consideradas primordiais e como indicadores indirectos na qualidade dos serviços. Também a própria experiência positiva e pessoal do profissional é relevante para abordagem com as futuras mães. Eleva-se assim a importância do profissional na promoção do aleitamento. Acredita-se que a influência do profissional é um meio deveras primordial para o aumento das taxas de aleitamento materno.

Santiago et al. (2003) conseguiu demonstrar num grupo de pediatras com formação específica em aleitamento materno se equiparou às equipes multidisciplinares encarregadas dessas mesmas orientações. Obviamente, que o profissional que tiver uma formação teórica e técnica insuficiente terá maiores dificuldades na abordagem deste assunto.

### **1.6. Práticas hospitalares**

Relativamente ao tipo de parto parece existir um contacto mais precoce com o aleitamento e o bebe no parto eutócico, dado não existir a dor da incisão e os efeitos pós anestésicos de uma cesariana, que irá dificultar nas primeiras mamadas.

No parto normal, o primeiro contato mãe-filho ocorre o mais cedo possível enquanto na cesariana, dificilmente o contacto é estabelecido antes das primeiras seis horas pós-parto, o que propicia a introdução de suplemento alimentar.

---

A escolaridade da mulher também se revelou fortemente associada à ocorrência de parto por cesariana, predominando este tipo de parto nas mulheres que tem maior número de anos de escolaridade. (Faleiros et al, 2006)

O facto de mãe e filho permanecerem juntos na enfermaria, o dito alojamento conjunto, interfere de forma positiva na amamentação, mesmo nas mães que tiveram parto por cesariana, pois assim favorece um maior contato mãe-filho.

### **1.7. Dificuldades no aleitamento materno**

A literatura aponta que as mães têm, usualmente, noção das vantagens do aleitamento materno e mencionam que as doenças maternas ou da criança e o facto de trabalharem fora de casa como sendo problemas pouco frequentes em relação à manutenção do aleitamento materno (Faleiros et al, 2006).

Entretanto, referem como relevantes os problemas relacionados com a “falta de leite”, o “leite fraco”, os problemas mamários e a rejeição do bebé na pega da mama. Essas causas, apontadas mais frequentemente, talvez se deva as circunstâncias da mulher actual ter uma experiencia de vida mais agitada e tensa e provavelmente, à falta de uma base cultural que existia nas sociedades tradicionais, nas quais as avós transmitiam às mães informações e uma formação das mesmas para o aleitamento, sendo incentivadas para tal. Outra situação preocupante nos nossos dias são as cirurgias estéticas da mama.

As cirurgias plásticas mamárias, dependendo da técnica cirúrgica utilizada, alteram essa condição de integridade e funcionamento, dificultando ou mesmo impedindo a amamentação. Esta é uma questão importante, pois em muitos países é cada vez maior o número de mulheres que se submetem a esse procedimento.

---

## **II PARTE – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**





## Capítulo III. Metodologia

Este capítulo reserva-se para a metodologia, formulação do problema, definição de objetivos, operacionalização das variáveis e, ainda, o desenho de investigação.

Caracteriza-se a amostra de forma socio-espacial e demográfica e descreve-se o instrumento a utilizar, nomeadamente as escalas psicométricas nomeadamente o Inventário de Autoestima Materna (Shea & Tronick, 1992, versão adaptada de Garcia Galvão, 2000) e o Inventário do Afeto Maternal (Mary e Muller, 1994, versão adaptada de Garcia Galvão, 2000).

Apresentam-se, ainda, os procedimentos metodológicos e éticos da recolha de dados e os testes estatísticos que se vão utilizar quer em termos descritivos como inferenciais.

### 1. Objetivos e Concetualização do Estudo

Formulámos as seguintes questões de investigação:

- Em que medida a história da gravidez, a experiência da amamentação, a história do aleitamento e a motivação para amamentar podem condicionar o risco na maternidade?
- De que modo o afeto materno influenciam a motivação para o aleitamento materno?

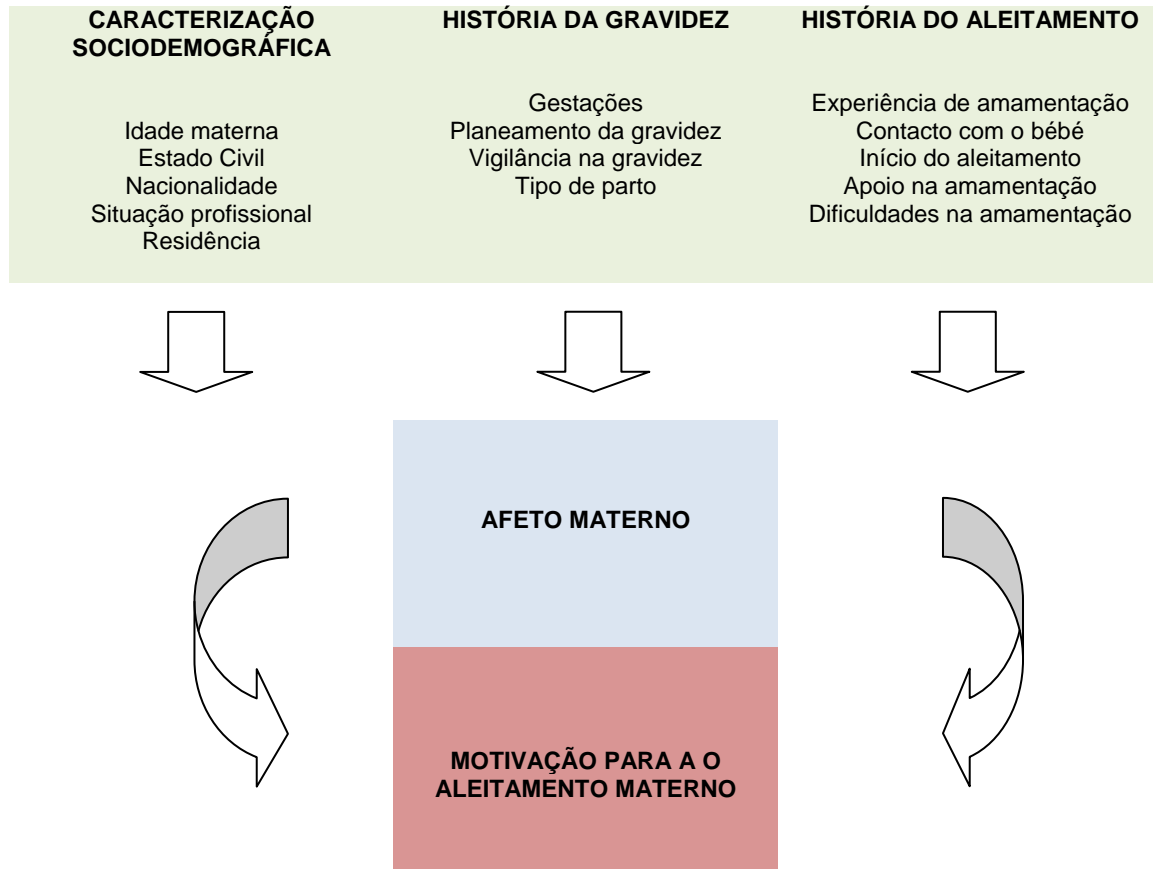
Para dar resposta às questões formuladas, estabelecemos os seguintes objetivos para o nosso trabalho:

- Identificar se a história da gravidez, a experiência da amamentação, a história do aleitamento e a motivação para amamentar influenciam o risco de maternidade;
- Analisar de que forma a história da gravidez, a experiência da amamentação, a história do aleitamento e a motivação para amamentar influenciam a motivação para o aleitamento materno;
- Averiguar se o afeto materno condiciona a motivação para o aleitamento materno.

Neste seguimento far-se-á um estudo não experimental, quantitativo, transversal, do tipo descritivo-correlacional e explicativo de forma a descrever, analisar e explicar a relação entre as variáveis que influenciam a motivação para o aleitamento materno.

Nesta perspectiva e tendo em conta a revisão teórica, objectivos e as questões de investigação, elaboramos uma representação esquemática, que procura dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis.

Figura 1. Desenho de investigação.



## 2. Participantes

Recorremos para este estudo a uma amostragem não probabilística intencional por conveniência.

### 2.1. Caracterização da amostra

As 235 mulheres inquiridas foram caracterizadas quanto à idade, estado civil, nacionalidade, escolaridade, situação profissional e residência.

Assim, a média de idades das mães é de 30.71 e a média dos pais é de 32.66 anos. Globalmente, 36.2% estão abaixo dos 30 anos; 28.5% entre os 31 e os 34 anos e 35.3% acima dos 35 anos de idade.

Relativamente ao estado civil 10.6% são solteiras; 86.8% são casadas e 2.6% são divorciadas, assim pode observar-se que 13.2% vivem sem companheiro e 86.8% som companheiro.

A maioria é de nacionalidade portuguesa (96.6%) e apenas 3.4% são de outras nacionalidades.

Sobre a escolaridade constatou-se que 27.7% apresentam-se com o 3ºCEB; 30.6% com o ensino secundário e 41.7% com o ensino superior.

Atualmente 75.7% das mulheres inquiridas têm a situação profissional de empregadas e 24.3% são desempregadas.

No que diz respeito à zona de residência verifica-se que 47.2% habitam em aldeia; 16.6% na vila e 36.2% na cidade.

### **3. Instrumento de colheita de dados**

No instrumento a utilizar privilegiou-se o inquérito por questionário pelas vantagens que apresenta para o investigador. Foi aplicado um questionário a 235 mulheres que se apresenta dividido em cinco partes:

- I – Caracterização sociodemográfica;
- II – História da gravidez;
- III – História do aleitamento materno anterior;
- IV – História do aleitamento materno atual;
- V – Inventário do Afeto Materno.

A caracterização sociodemográfica faz-se em função da idade materna e paterna, estado civil, nacionalidade, escolaridade, situação profissional e residência.

A história da gravidez apresenta questões acerca do número de gravidezes anteriores; número de partos anteriores; se a gravidez foi planeada e desejada e características do parto.

A história do aleitamento anterior refere-se aos filhos amamentados; o tempo de amamentação; satisfação face à experiência da amamentação; motivos da insatisfação e se recorreu a ajuda.

A história do aleitamento atual dá-nos informações acerca do tipo de contacto que teve com o bebé após o nascimento; tempo que demorou a iniciar o aleitamento; tipo de horário da amamentação; introdução de chupeta; se consultou grupos de apoio

à amamentação; dificuldades que sentiu durante o internamento com a amamentação e a quem recorreu para as resolver e tipo de motivação para a amamentação.

O Inventário do Afeto Materno, composto por 26 itens, está associado a uma relação emocional única, específica e duradoura, que se estabelece de um modo gradual, desde os primeiros contactos entre a mãe e o bebé, traduzindo-se num processo de adaptação mútuo, no qual, mãe e bebé, participam ativamente.

### **3.1. Validade do Inventário do Afeto Materno (Mary & Muller, 1994, versão adaptada de Garcia Galvão, 2000)**

O Inventário do Afeto Materno é uma escala psicométrica que fornece uma medida prática do envolvimento materno como componente da relação mãe/bebé (Galvão, 2006). Esta escala foi validada para a população portuguesa, pela referida autora, e é constituída por 26 itens numa escala do tipo Likert com quatro opções de resposta, que variam entre 1 (quase nunca) e 4 (quase sempre). Segundo os dados da autora está desenhada para ser autoadministrada, implicando a colocação, no início do questionário de instruções para o seu correto preenchimento.

A análise da validade e fiabilidade da escala original demonstrou consistência interna de entre o aceitável a muito boa dado que os coeficientes apresentam valores com o mínimo de .720 e o máximo .950 (Galvão, 2006).

Neste seguimento procedemos, também, ao cálculo das propriedades psicométricas do instrumentos utilizado, nomeadamente os estudos de fiabilidade e validade.

Os resultados obtidos na presente amostra vem ao encontro da análise efetuada pela autora na escala original (cf. Tabela 1) que identifica Alfas de Cronbach superiores a .900 revelando muito boa consistência interna (Alfa de Cronbach total = .997). Este indicador define-se como a proporção da variabilidade nas respostas que resulta de diferenças nos inquiridos. Isto é, as respostas diferem não porque o inquirido seja confuso ou leve a diferentes interpretações, mas porque os inquiridos têm diversas opiniões.

Foi, também efetuada a análise fatorial que pode determinar quantos fatores possibilitam uma boa interpretação dos resultados identificando a variância explicada por cada um deles contudo, a solução factorial final revelou ser unifactorial, à semelhança da autora.

Tabela 1. Alfa de Cronbach para os 26 itens do inventário do Afeto Materno

Inventário do Afeto Materno	Alfa de Cronbach
Sinto amor pelo meu bebé	.997
Sinto-me bem e feliz com o meu bebé	.997
Quero passar momentos especiais com o meu bebé	.997
Mal posso esperar para estar como meu bebé	.997
O simples facto de ver o meu bebé faz-me sentir bem	.997
Sei que o meu bebé precisa de mim	.997
O meu bebé é giro	.997
Estou contente por este bebé ser meu	.997
Sinto-me especial quando o meu bebé sorri	.997
Gosto de olhar nos olhos do meu bebé	.997
Gosto de pegar no meu bebé ao colo	.997
Observo o meu bebé quando dorme	.997
Quero o meu bebé junto de mim	.997
Falo aos outros acerca do meu bebé	.997
É divertido estar com o meu bebé	.997
Gosto quando o meu bebé troca carinhos comigo	.997
Tenho orgulho do meu bebé	.997
Gosto de ver o meu bebé fazer coisas novas	.997
Os meus pensamentos estão cheios com o meu bebé	.997
Conheço a personalidade do meu bebé	.998
Quero que o meu bebé confie em mim	.997
Sei que sou importante para o meu bebé	.997
Compreendo os sinais do meu bebé	.998
Dou especial atenção ao meu bebé	.997
Conforto o meu bebé quando ele/ela chora	.997
Amar o meu bebé é fácil	.997
<b>Total</b>	<b>.997</b>

#### 4. Procedimentos

No que respeita aos procedimentos inerentes a este estudo salienta-se que se enquadra numa investigação alargada da Escola Superior de Saúde de Viseu – IPV, sobre a motivação para o aleitamento materno e especificamente na identificação de factores que possam influenciar essa motivação.

Neste seguimento, tentou salvaguardar-se os direitos e deveres de todas as mulheres que participaram na investigação, respeitando os princípios da beneficência, da justiça e respeito pela dignidade humana.

Durante a realização deste trabalho de investigação, foram respeitadas as considerações éticas, nomeadamente:

- 
- Salva-guarda da confidencialidade da informação obtida e o anonimato dos questionários;
  - Todas as mulheres que participaram no estudo foram voluntárias;
  - Foi esclarecido a todas que preencheram o questionário acerca do estudo e dos métodos utilizados, bem como a sua importância no estudo;
  - Foi garantida e salva-guardada a confidencialidade de toda a informação presentes nos questionários preenchidos.

Durante todo o processo de investigação, primamos por garantir uma conduta ética e rigorosa, tendo sido solicitadas autorizações formais a diversas entidades para a realização do presente estudo, assegurando o anonimato e a confidencialidade de todos os dados recolhidos.

De forma a garantir a correta recolha de dados e para a utilização das escalas presentes no questionário elaborado, foi enviado, por email, uma autorização formal aos respetivos autores de cada uma das escalas utilizadas, que se encontrarão em anexo.

Após o seu consentimento, formalizou-se o pedido ao Sr. Presidente da Escola Superior de Saúde de Viseu e à Sra. Presidente da Comissão de Ética, para realizar o nosso estudo intitulado “Motivação para o Aleitamento Materno”. assim como para a implementação dos questionários.

Durante a implementação dos questionários tivemos o cuidado de fornecer as informações a todos os intervenientes sobre a identidade dos investigadores, a finalidade do estudo, sobre os objetivos pretendidos e em que consiste a participação dos mesmos, assegurando a confidencialidade e anonimato.

## **5. Análise de Dados**

Os dados obtidos foram analisados e interpretados de acordo com as técnicas e estratégias metodológicas adequadas, tendo sido feito efetuado o tratamento estatístico através do programa SPSS 21.0 (*Statistic Package for Social Sciences*) para Windows.

### **5.1. Estatística Descritiva**

A análise descritiva foi efetuada de acordo com os procedimentos expressos em Maroco e Bispo (2003) e Pestana e Gageiro (2005).

Os resultados, no que diz respeito à caracterização das variáveis, são apresentados em gráficos ou tabelas de distribuição de frequências onde se distribuem os valores da variável estatística em frequências absolutas ( $n$ ) e relativas (%) e indicam o número de vezes que cada elemento da variável se repete e a proporção com o total; medidas de tendência central (desvio padrão – DP), medidas de tendência central (média –  $\bar{x}$ ), medidas de simetria (Sk) e de achatamento (K).

## 5.2. Estatística Inferencial

A análise inferencial foi efetuada de acordo com os procedimentos expressos em Maroco e Bispo (2003) e Pestana e Gageiro (2005).

Esta análise compreende um processo que tem como fim estimar os parâmetros e a verificação de hipóteses. Através destes procedimentos podem analisar-se as possíveis relações entre as variáveis e, como tal, recorre-se a vários testes para confirmar as hipóteses formuladas.

As hipóteses são testadas com uma probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5% ( $\alpha=.05$ ). Este nível de significância permite afirmar com uma certeza de 95%, caso se verifique a validade da hipótese em estudo, a existência de uma relação causal entre as variáveis.

Os critérios de decisão para os testes de hipóteses, baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a hipótese se a probabilidade for inferior a .05 e rejeitando-se se superior a esse valor.

As inferências são feitas através da aplicação de testes paramétricos ou não paramétricos aos resultados da nossa amostra.

Para definirmos a utilização de testes paramétricos ou não paramétricos vai proceder-se à análise do teste de Kolmogorov-Smirnov (KS), com a correção de Lilliefors, para averiguar se a distribuição das variáveis é ou não normal.

**Teste t (t; p) / Mann-Whitney (Z; p)** permite testar hipótese sobre as médias posicionais da variável em dois grupos.

**ANOVA (F; p) / Kruskal-Wallis ( $X^2$ ; p)** permite testar hipótese sobre as médias posicionais da variável em mais de dois grupos.

O **teste Qui-quadrado ( $X^2$ )** compara frequências observadas de uma variável nominal que tem duas ou mais categorias. Quanto à relação entre variáveis, os resíduos ajustados estandardizados situam-se fora do intervalo -1.96 e 1.96, para  $p=.05$ .

---

O **Coefficiente de Correlação de Pearson (R; p) / Coeficiente de Correlação Ró de Spearman (R; p)** é um procedimento que permite medir a associação linear entre as variáveis e varia de  $-1$  a  $+1$ . O valor da correlação quanto mais próximo estiver dos extremos tanto maior é a associação entre as variáveis. Para analisar os resultados obtidos, considerámos os propostos por Pestana e Gageiro (2005) que são os seguintes:

- $R < .20$  – associação linear muito baixa;
- $.20 < R < .39$  – associação linear baixa;
- $.40 < R < .69$  – associação linear moderada;
- $.70 < R < .89$  – associação linear alta;
- $.90 < R < 1$  – associação linear muito alta.



## Capítulo IV. Apresentação dos Resultados

A apresentação dos resultados, no que diz respeito à caracterização das variáveis, são apresentados em tabelas de distribuição de frequências onde se distribuem os valores da variável estatística em frequências absolutas (n) e relativas (%) e indicam o número de vezes que cada elemento da variável se repete e a proporção com o total; medidas de tendência central, desvio padrão (DP) e média (x), medidas de simetria (Sk) e de achatamento (K).

A análise inferencial foi efetuada de acordo com os procedimentos expressos em Maroco e Bispo (2003) e Pestana e Gageiro (2005). Para definirmos a utilização de testes paramétricos ou não paramétricos vai proceder-se à análise do teste de Kolmogorov-Smirnov (KS) para averiguar se a distribuição das variáveis é ou não normal.

Posteriormente utilizar-se-á o Teste t (t; p) / Mann-Whitney (Z; p); a ANOVA (F; p) / Kruskal-Wallis ( $X^2$ ; p); o teste Qui-quadrado ( $X^2$ ) e o Coeficiente de Correlação de Pearson (R; p) / Coeficiente de Correlação Ró de Spearman (R; p).

### 1. Caracterização sociodemográfica

A caracterização sociodemográfica das mulheres inquiridas foi efetuada tendo em conta a idade, o estado civil, a nacionalidade, a situação profissional e a área de residência.

No que diz respeito à idade (cf. Tabela 2) pode observar-se que as mães apresentam uma média de  $\bar{x}$ = 30.71 anos ( $\pm$ 5.38) e os pais têm uma média de idades de  $\bar{x}$ = 32.66 anos ( $\pm$ 5.82).

Tabela 2. Estatística descritiva da idade maternal e paternal.

Estatística descritiva	N	Min	Max	Média	DP	Assimetria, Curtose e Normalidade <sup>2</sup>					
						Sw	Est. erro	K	Est. erro	Ks	p
Idade da mãe	235	15	42	30.71	5.38	-.242	.159	-.267	.316	.061	<b>.036</b>
Idade do pai	235	15	47	32.66	5.82	.039	.159	.125	.316	.056	.070

<sup>2</sup> Os dados da assimetria e curtose, da idade das mães, revelam que a distribuição é simétrica e mesocúrtica (Sw=-1.509 e K=-.844) e é não normal (Ks=.061; p=.036). Os dados relativos à idade dos pais evidenciam uma distribuição simétrica e mesocúrtica (Sw=-.245 e K=-.395) e é normal (Ks=.056; p=.070).

Na Tabela 3 apresentam-se os cruzamentos entre a idade e o risco associado à maternidade, constatando-se através dos dados dos resíduos há uma prevalência de mulheres abaixo dos 30 anos (4.1) e nas mulheres entre os 31 e 34 anos (2.6) para terem uma maternidade sem risco contrariando a existência de risco nas mulheres acima dos 35 anos (6.6), com diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2=44.046$ ;  $p=.000$ ). Assim, pode inferir-se que as mulheres com idades superiores a 35 anos tendem a ter maior risco associado à maternidade.

Tabela 3. Distribuição classes de idade materna em função da maternidade de risco.

Classes de idade materna	Sem risco		Com risco		Total		Resíduos	
	N	%	N	%	N	%	Sem risco	Com risco
<= 30 anos	79	33.6	6	2.6	85	36.2	<b>4.1</b>	-4.1
31 - 34 anos	60	25.5	7	3.0	67	28.5	<b>2.6</b>	-2.6
>= 35 anos	45	19.1	38	16.2	83	35.3	-6.6	<b>6.6</b>
Total	184	78.3	51	21.7	235	100.0		

$$(\chi^2=44.046; p=.000)$$

Na Tabela 4 constata-se que há uma percentagem maior de mulheres com companheiro (86.8%) comparativamente aquelas que vivem sem companheiro (13.2%). A análise da proporção da distribuição revela resíduos inferiores a 2.0 sem um padrão significativo ( $\chi^2=1.627$ ;  $p=.202$ ). O risco associado à maternidade não é influenciado pelo estado civil das mulheres.

Tabela 4. Distribuição do estado civil em função da maternidade de risco.

Estado civil	Sem risco		Com risco		Total		Resíduos	
	N	%	N	%	N	%	Sem risco	Com risco
Sem companheiro	27	11.5	4	1.7	31	13.2	1.3	-1.3
Com companheiro	157	66.8	47	20.0	204	86.8	-1.3	1.3
Total	184	78.3	51	21.7	235	100.0		

$$(\chi^2=1.627; p=.202)$$

A Tabela 5 revela que a maioria das mulheres é de nacionalidade portuguesa (96.6%) sem diferenças estatisticamente significativas face ao risco associado à maternidade ( $\chi^2=.053$ ;  $p=.818$ ). A nacionalidade não compromete o risco associado à maternidade.

Tabela 5. Distribuição da nacionalidade em função da maternidade de risco.

Nacionalidade	Sem risco		Com risco		Total		Resíduos	
	N	%	N	%	N	%	Sem risco	Com risco
Nacionalidade portuguesa	178	75.7	49	20.9	227	96.6	.2	-.2
Outra nacionalidade	6	2.6	2	0.9	8	3.4	-.2	.2
Total	184	78.3	51	21.7	235	100.0		

$$(\chi^2=.053; p=.818)$$

Na análise dos resíduos da coabitação em função do risco na maternidade (cf. Tabela 6) observa-se que a maioria das mulheres que vive com o marido (4.8) não têm risco na maternidade e aquelas que vivem com o marido e com filhos (4.7) têm maior risco na maternidade. As diferenças são estatisticamente significativas ( $\chi^2=31.871$ ;  $p=.000$ ). A coabitação apenas com o marido está associada a menor risco na maternidade e quando há filhos o risco é maior.

Tabela 6. Distribuição da coabitação em função da maternidade de risco.

Coabitação	Sem risco		Com risco		Total		Resíduos	
	N	%	N	%	N	%	Sem risco	Com risco
Marido	95	40.4	7	3.0	102	43.4	<b>4.8</b>	-4.8
Marido e filhos	69	29.4	38	16.2	107	45.5	-4.7	<b>4.7</b>
Pais e marido e filhos	4	1.7	3	1.3	7	3.0	-1.4	1.4
Filhos	-	0.0	1	0.4	1	0.4	-1.9	1.9
Pais	16	6.8	2	0.9	18	7.7	1.1	-1.1
Total	184	78.3	51	21.7	235	100.0		

$$(\chi^2=31.871; p=.000)$$

Na Tabela 7 pode observar-se que a maioria das mulheres com o 3ºCEB (2.4) têm risco na maternidade e aquelas que têm o ensino secundário (2.3) têm menor risco na maternidade. As diferenças são estatisticamente significativas ( $\chi^2=7.895$ ;  $p=.019$ ). A escolaridade baixa está associada a maior risco na maternidade.

Tabela 7. Distribuição da escolaridade em função da maternidade de risco.

Escolaridade	Sem risco		Com risco		Total		Resíduos	
	N	%	N	%	N	%	Sem risco	Com risco
Até 3º CEB	44	18.7	21	8.9	65	27.7	-2.4	<b>2.4</b>
Ensino secundário	63	26.8	9	3.8	72	30.6	<b>2.3</b>	-2.3
Ensino superior	77	32.8	21	8.9	98	41.7	.1	-.1
Total	184	78.3	51	21.7	235	100.0		

$$(\chi^2=7.895; p=.019)$$

A Tabela 8 revela que a maioria das mulheres é empregada (75.7%) todavia as diferenças não são estatisticamente significativas face ao risco associado à maternidade ( $\chi^2=.019$ ;  $p=.891$ ). A situação profissional não compromete o risco associado à maternidade.

Tabela 8. Distribuição da situação profissional em função da maternidade de risco.

Situação profissional	Sem risco		Com risco		Total		Resíduos	
	N	%	N	%	N	%	Sem risco	Com risco
Empregada	139	59.1	39	16.6	178	75.7	-.1	.1
Desempregada	45	19.1	12	5.1	57	24.3	.1	-.1
Total	184	78.3	51	21.7	235	100.0		

$$(\chi^2=.019; p=.891)$$

A Tabela 9 revela que a maioria das mulheres vive na aldeia (47.2%) ou na cidade (36.2%) sem diferenças estatisticamente significativas face ao risco associado à maternidade ( $\chi^2=.388$ ;  $p=.823$ ). A residência não compromete o risco associado à maternidade.

Tabela 9. Distribuição da residência em função da maternidade de risco.

Residência	Sem risco		Com risco		Total		Resíduos	
	N	%	N	%	N	%	Sem risco	Com risco
Aldeia	86	36.6	25	10.6	111	47.2	-.3	.3
Vila	32	13.6	7	3.0	39	16.6	.6	-.6
Cidade	66	28.1	19	8.1	85	36.2		
Total	184	78.3	51	21.7	235	100.0		

$$(\chi^2=.388; p=.823)$$

## 2. História da gravidez

Neste ponto pretendemos caracterizar a história da gravidez, o número de gravidezes anteriores; número de partos anteriores; se a gravidez foi planeada e desejada e características do parto.

No que diz respeito ao número de gestações anteriores (cf. Tabela 10) pode observar-se que as mulheres apresentam uma média de gestações sem risco de  $\bar{x}=.70$  ( $\pm.88$ ) e de gestações com risco de  $\bar{x}=1.90$  ( $\pm 1.47$ ).

Tabela 10. Estatística descritiva do nº de gestações anteriores em função do risco associado à maternidade.

Estatística descritiva	N	Min	Max	Média	DP	Assimetria, Curtose e Normalidade <sup>3</sup>					
						Sw	Est. erro	K	Est. erro	Ks	p
Nº Gestação sem risco	184	0	4	.70	.88	1.251	.179	1.112	.356	.303	<b>.000</b>
Nº Gestação com risco	51	0	5	1.90	1.47	.683	.333	-.489	.656	.259	<b>.000</b>

Na análise dos resíduos relativamente ao número de gestações em função do risco na maternidade (cf. Tabela 11) observa-se que a maioria das mulheres com 0 gestas (4.8) não têm risco na maternidade e aquelas que têm 2 ou mais gestas (4.7) têm maior risco. As diferenças são estatisticamente significativas ( $\chi^2=31.74$ ;  $p=.000$ ). O elevado número de gestações está associado a maior risco na maternidade.

Tabela 11. Distribuição do nº de gestações em função da maternidade de risco.

Nº de gestações	Sem risco		Com risco		Total		Resíduos	
	N	%	N	%	N	%	Sem risco	Com risco
0 gestas	95	40.4	7	3.0	102	43.4	<b>4.8</b>	-4.8
1 gesta	60	25.5	20	8.5	80	34.0	-.9	.9
2 ou mais gestas	29	12.3	24	10.2	53	22.6	-4.7	<b>4.7</b>
Total	184	78.3	51	21.7	235	100.0		

$$(\chi^2=31.074; p=.000)$$

No que diz respeito ao parto em função do risco na maternidade (cf. Tabela 12) pode observar-se que o nº de partos varia entre 0 e 3 constatando-se uma média de partos sem risco de  $\bar{x}=0.54$  ( $\pm 0.67$ ) e de partos com risco de  $\bar{x}=1.41$  ( $\pm 0.98$ ).

Tabela 12. Estatística descritiva do parto em função do risco associado à maternidade.

Estatística descritiva	N	Min	Max	Média	DP	Assimetria, Curtose e Normalidade <sup>4</sup>					
						Sw	Est. erro	Kw	Est. erro	Ks	p
Parto sem risco	184	0	3	.54	.67	1.092	.179	.846	.356	.341	.000
Parto com risco	51	0	3	1.41	.98	.388	.333	-.846	.656	.290	.000

<sup>3</sup> Os dados da assimetria e curtose, da gestação sem risco, revelam que a distribuição é assimétrica e leptocúrtica (Sw=6.988 e K=17.654) e é não normal (Ks=.303;  $p=.000$ ). Os dados relativos à gestação com risco evidenciam uma distribuição assimétrica e mesocúrtica (Sw=77.232 e K=.699) e é não normal (Ks=.259;  $p=.000$ ).

<sup>4</sup> Os dados da assimetria e curtose, do parto sem risco, revelam que a distribuição é assimétrica e leptocúrtica (Sw=6.100 e K=2.404) e é não normal (Ks=.341;  $p=.000$ ). Os dados relativos ao parto com risco evidenciam uma distribuição simétrica e platocúrtica (Sw=1.165 e K=-1.289) e é não normal (Ks=.290;  $p=.000$ ).

Na análise dos resíduos do número de partos em função do risco na maternidade (cf. Tabela 13) observa-se que a maioria das mulheres com 0 partos anteriores (5.0) não têm risco na maternidade e aquelas que têm 2 ou mais partos (5.2) têm maior risco. As diferenças são estatisticamente significativas ( $\chi^2=38.023$ ;  $p=.000$ ). O elevado número de partos anteriores está associado a maior risco na maternidade.

Tabela 13. Distribuição do nº de partos em função da maternidade de risco.

Nº de partos	Sem risco		Com risco		Total		Resíduos	
	N	%	N	%	N	%	Sem risco	Com risco
0 partos anteriores	102	43.4	8	3.4	110	46.8	<b>5.0</b>	-5.0
1 parto anterior	67	28.5	24	10.2	91	38.7	-1.4	1.4
2 ou mais partos anteriores	15	6.4	19	8.1	34	14.5	-5.2	<b>5.2</b>
Total	184	78.3	51	21.7	235	100.0		

$$(\chi^2=38.023; p=.000)$$

No que diz respeito à vigilância da gravidez através das consultas (cf. Tabela 14) pode observar-se que as mulheres sem risco apresentam uma média de consultas de  $\bar{x}=8.28 (\pm 3.35)$  e as mulheres com risco de  $\bar{x}=8.71 (\pm 4.01)$ .

As diferenças entre o número de consultas e o risco associado à maternidade não são significativas pois, na aplicação do teste de Mann-Whitney pôde observar-se que  $Z=-1.391$  e  $p=.164$ . O risco associado à maternidade não é influenciado pelo número de consultas.

Tabela 14. Estatística descritiva do nº de consultas em função do risco associado à maternidade.

Estatística descritiva	N	Min	Max	Média	DP	Assimetria, Curtose e Normalidade <sup>5</sup>						Teste de Mann-Whitney	
						Sw	Est. erro	Kw	Est. erro	Ks	p	Z	p
Consultas sem risco	184	1	26	8.28	3.35	1.842	.179	4.800	.356	.187	.000	-1.391	.164
Consultas com risco	51	1	26	8.71	4.01	2.111	.333	7.449	.656	.236	.000		

Na análise do número de gravidezes vigiadas em função do risco na maternidade (cf. Tabela 15) observa-se que a maioria das mulheres é vigiada (92.8%) contudo, as diferenças não são estatisticamente significativas em função do risco da

<sup>5</sup> Os dados da assimetria e curtose, das mulheres com consultas sem risco, revelam que a distribuição é assimétrica e leptocúrtica ( $Sw=10.290$  e  $K=13.483$ ) e é não normal ( $Ks=.187$ ;  $p=.000$ ). Os dados relativos às consultas com risco evidenciam uma distribuição simétrica e leptocúrtica ( $Sw=6.339$  e  $K=11.355$ ) e é não normal ( $Ks=.236$ ;  $p=.000$ ).

maternidade ( $\chi^2=1.065$ ;  $p=.302$ ). A gravidez vigiada não está associada ao risco na maternidade.

Tabela 15. Distribuição da gravidez vigiada em função da maternidade de risco.

Gravidez vigiada	Sem risco		Com risco		Total		Resíduos	
	N	%	N	%	N	%	Sem risco	Com risco
Não vigiada	15	6.4	2	0.9	17	7.2	1.0	-1.0
Vigiada	169	71.9	49	20.9	218	92.8	-1.0	1.0
Total	184	78.3	51	21.7	235	100.0		

$$(\chi^2=1.065; p=.302)$$

Na análise dos resultados sobre a gravidez desejada em função do risco na maternidade (cf. Tabela 16) verifica-se que a maioria das mulheres tem uma gravidez desejada (96.2%) e as diferenças não são estatisticamente significativas em função do risco da maternidade ( $\chi^2=2.849$ ;  $p=.091$ ). A gravidez desejada não está associada ao risco na maternidade.

Tabela 16. Distribuição da gravidez desejada em função da maternidade de risco.

Gravidez desejada	Sem risco		Com risco		Total		Resíduos	
	N	%	N	%	N	%	Sem risco	Com risco
Desejada	179	76.2	47	20.0	226	96.2	1.7	-1.7
Não desejada	5	2.1	4	1.7	9	3.8	-1.7	1.7
Total	184	78.3	51	21.7	235	100.0		

$$(\chi^2=2.849; p=.091)$$

Na análise sobre o parto antes do termo em função do risco na maternidade (cf. Tabela 17) observa-se que a maioria das mulheres tem parto no termo e as diferenças não são estatisticamente significativas em função do risco da maternidade ( $\chi^2=.418$ ;  $p=.518$ ). O parto antes do termo não está associado ao risco na maternidade.

Tabela 17. Distribuição do parto antes do termo em função da maternidade de risco.

Parto antes do termo	Sem risco		Com risco		Total		Resíduos	
	N	%	N	%	N	%	Sem risco	Com risco
Antes do termo	44	18.7	10	4.3	54	23.0	.6	-.6
Termo	140	59.6	41	17.4	181	77.0	-.6	.6
Total	184	78.3	51	21.7	235	100.0		

$$(\chi^2=.418; p=.518)$$

Na análise dos valores residuais do tipo de parto em função do risco na maternidade (cf. Tabela 18) observa-se que a maioria das mulheres fez parto vaginal (73.2%). Neste seguimento constata-se que as mulheres que fizeram parto vaginal (2.3) apresentam menor risco na maternidade comparativamente às que fizeram cesariana (2.3) que têm maior risco. As diferenças são estatisticamente significativas ( $\chi^2=5.110$ ;  $p=.024$ ). O tipo de parto está associado ao risco na maternidade.

Tabela 18. Distribuição do tipo de parto em função da maternidade de risco.

Tipo de parto anteriores	Sem risco		Com risco		Total		Resíduos	
	N	%	N	%	N	%	Sem risco	Com risco
Vaginal	141	60.0	31	13.2	172	73.2	<b>2.3</b>	-2.3
Cesariana	43	18.3	20	8.5	63	26.8	-2.3	<b>2.3</b>
Total	184	78.3	51	21.7	235	100.0		

$$(\chi^2=5.110; p=.024)$$

### 3. História do aleitamento anterior

A história do aleitamento anterior refere-se aos filhos amamentados; o tempo de amamentação; satisfação face à experiência da amamentação; motivos da insatisfação e se recorreu a ajuda.

Na análise da experiência de amamentação em função do risco na maternidade (cf. Tabela 19) observa-se que a maioria das mulheres tem experiência (94.4%) e as diferenças não são estatisticamente significativas em função do risco da maternidade ( $\chi^2=.112$ ;  $p=.738$ ). A experiência de amamentação não está associada ao risco na maternidade.

Tabela 19. Distribuição da experiência de amamentação em função da maternidade de risco.

Experiência de amamentação	Sem risco		Com risco		Total		Resíduos	
	N	%	N	%	N	%	Sem risco	Com risco
Com experiência	77	61.6	41	32.8	118	94.4	-.3	.3
Sem experiência	5	4.0	2	1.6	7	5.6	.3	-.3
Total	184	78.3	51	21.7	235	100.0		

$$(\chi^2=.112; p=.738)$$



No que diz respeito ao tempo da amamentação (cf. Tabela 20) pode observar-se que as mulheres sem risco apresentam uma média de consultas de  $\bar{x}=10.25 (\pm 9.74)$  e as mulheres com risco de  $\bar{x}=10.37 (\pm 8.23)$ .

As diferenças entre o tempo da amamentação e o risco associado à maternidade não são significativas pois, na aplicação do teste de Mann-Whitney pôde observar-se que  $Z=.553$  e  $p=.580$ . Assim, o risco associado à maternidade não é influenciado pelo tempo de amamentação.

Tabela 20. Estatística descritiva do tempo da experiência de amamentação em função do risco associado à maternidade.

Estatística descritiva	N	Min	Max	Média	DP	Assimetria, Curtose e Normalidade <sup>6</sup>						Teste de Mann-Whitney	
						Sw	Est. erro	K	Est. erro	Ks	p	Z	p
Sem risco	184	1	45	10.25	9.74	1.499	.274	2.101	.541	.171	.000	-	.580
Com risco	51	1	36	10.37	8.23	1.053	.369	.864	.724	.152	.018		

Foi, ainda analisado o nível de satisfação com a experiência de amamentação em função do risco na maternidade (cf. Tabela 21) onde se pôde observar que a maioria das mulheres independentemente de estar ou não risco teve uma experiência agradável (89%) e as diferenças não são estatisticamente significativas pois, os resíduos são todos inferiores a 2.0.

Assim, pode inferir-se que a satisfação com a experiência de amamentação não está associada ao risco da maternidade.

Tabela 21. Distribuição da satisfação com a experiência de amamentação em função da maternidade de risco.

Satisfação com a experiência de amamentação	Sem risco		Com risco		Total		Resíduos	
	N	%	N	%	N	%	Sem risco	Com risco
Agradável	66	55.9	39	33.1	105	89.0	-1.6	1.6
Desagradável	11	9.3	2	1.7	13	11.0	1.6	-1.6
Total	77	65.3	41	34.7	118	100.0		

$$(\chi^2=2.415; p=.120)$$

<sup>6</sup> Os dados da assimetria e curtose, das mulheres sem risco, revelam que a distribuição é assimétrica e leptocúrtica (Sw=5.470 e K=3.883) e é não normal (Ks=.171; p=.000). Os dados relativos às mulheres com risco evidenciam uma distribuição simétrica e mesocúrtica (Sw=2.853 e K=1.193) e é não normal (Ks=.152; p=.018).

Na análise dos motivos relativos à insatisfação com a experiência de amamentação em função do risco na maternidade (cf. Tabela 22) observa-se que a maioria das mulheres indicam como motivos as dores/gretas nos mamilos (45.5%) e a dificuldade na pega (54.5%). Comparando os resultados, não se encontram diferenças estatisticamente significativas pois, os resíduos são todos inferiores a 2.0. Neste seguimento, pode inferir-se que os motivos relativos à insatisfação com a experiência de amamentação não estão associados ao risco da maternidade.

Tabela 22. Distribuição dos motivos relativos à insatisfação com a experiência de amamentação em função da maternidade de risco.

Motivos relativos à insatisfação com a experiência de amamentação	Sem risco		Com risco		Total		Resíduos	
	N	%	N	%	N	%	Sem risco	Com risco
Dores/gretas nos mamilos	5	45.5	0	0.0	5	45.5	1.4	-1.4
Dificuldade na pega	4	36.4	2	18.2	6	54.5	-1.4	1.4
Total	9	81.8	2	18.2	11	100.0		

$$(\chi^2=2.037; p=.154)$$

Na análise da motivação para a amamentação em função do risco na maternidade (cf. Tabela 23) observa-se que a maioria das mulheres independentemente de estar ou não risco está motivada para a amamentação (28.1%) ou muito motivada (66.4%). A única mulher que não se apresenta motivada está com risco na maternidade.

Apesar dos resultados, as diferenças não são estatisticamente significativas ( $\chi^2=6.503$ ;  $p=.090$ ) e os resíduos são todos inferiores a 2.0. Assim, conclui-se que a motivação para a amamentação não está associada ao risco da maternidade.

Tabela 23. Distribuição da motivação para a amamentação em função da maternidade de risco.

Motivação para a amamentação	Sem risco		Com risco		Total		Resíduos	
	N	%	N	%	N	%	Sem risco	Com risco
Nada motivada	-	0.0	1	0.4	1	0.4	-1.9	1.9
Razoavelmente motivada	11	4.7	1	0.4	12	5.1	1.2	-1.2
Motivada	55	23.4	11	4.7	66	28.1	1.2	-1.2
Muito motivada	118	50.2	38	16.2	156	66.4	-1.4	1.4
Total	184	78.3	51	21.7	235	100.0		

$$(\chi^2=6.503; p=.090)$$

Na análise da motivação para a amamentação em função dos partos anteriores (cf. Tabela 24) observa-se que a maioria das mulheres independentemente de ter ou não partos anteriores está motivada para a amamentação (28.1%) ou muito motivada (66.4%).

Apesar dos resultados, as diferenças não são estatisticamente significativas ( $\chi^2=1.002$ ;  $p=.801$ ) e os resíduos são todos inferiores a 2.0. Assim, conclui-se que a motivação para a amamentação não está associada aos partos anteriores.

Tabela 24. Distribuição da motivação para a amamentação em função dos partos anteriores.

Motivação para a amamentação	Sem partos		Com partos		Total		Resíduos	
	N	%	N	%	N	%	Sem Partos	Com Partos
Nada motivada	0	.0	1	.4	1	.4	-.7	.6
Razoavelmente motivada	6	2.6	6	2.6	12	5.1	.2	-.2
Motivada	30	12.8	36	15.3	66	28.1	-.2	.2
Muito motivada	74	31.5	82	34.9	156	66.4	.1	-.1
Total	110	46.8	125	53.2	235	100.0		

( $\chi^2=1.002$ ;  $p=.801$ )

#### 4. História do aleitamento atual

A história do aleitamento atual dá-nos informações acerca do tipo de contacto que teve com o bebé após o nascimento; tempo que demorou a iniciar o aleitamento; tipo de horário da amamentação; introdução de chupeta; se consultou grupos de apoio à amamentação; dificuldades que sentiu durante o internamento com a amamentação e a quem recorreu para as resolver e tipo de motivação para a amamentação.

Na análise dos resíduos do contacto com a pele do bebé na 1ª hora após o nascimento em função do risco na maternidade (cf. Tabela 25) observa-se que a maioria das mulheres teve contacto com a pele do bebé após o nascimento (84.7%). As que tiveram contacto com o bebé não têm risco na maternidade (2.7) e aquelas que não tiveram contacto tiveram maior risco (2.7). As diferenças são estatisticamente significativas ( $\chi^2=7.390$ ;  $p=.007$ ). O contacto com a pele do bebé na 1ª hora após o nascimento está associado a menor risco na maternidade.

Tabela 25. Distribuição do contacto com a pele do bebé na 1ª hora após o nascimento em função da maternidade de risco.

Contacto com a pele do bebé na 1ª hora após o nascimento	Sem risco		Com risco		Total		Resíduos	
	N	%	N	%	N	%	Sem risco	Com risco
Sim	162	68.9	37	15.7	199	84.7	2.7	-2.7
Não	22	9.4	14	6.0	36	15.3	-2.7	2.7
Total	184	78.3	51	21.7	235	100.0		

$$(\chi^2=7.390; p=.007)$$

Análisámos, também, os resíduos do contacto com a pele do bebé na 1ª hora após o nascimento em função dos partos anteriores (cf. Tabela 26) observa-se que a maioria das mulheres teve contacto com a pele do bebé após o nascimento (84.7%). As que tiveram contacto com o bebé já tiveram partos anteriores (2.8) e aquelas que não tiveram contacto não tiveram partos anteriores (2.8). As diferenças são estatisticamente significativas ( $\chi^2=8.121$ ;  $p=.004$ ). O contacto com a pele do bebé na 1ª hora após o nascimento está associado à existência de partos anteriores.

Tabela 26. Distribuição do contacto com a pele do bebé na 1ª hora após o nascimento em função dos partos anteriores.

Contacto com a pele do bebé na 1ª hora após o nascimento	Com parto		Sem parto		Total		Resíduos	
	N	%	N	%	N	%	Com parto	Sem partos
Sim	101	43.0	98	41.7	199	84.7	2.8	-2.8
Não	9	3.8	27	11.5	36	15.3	-2.8	2.8
Total	110	46.8	125	53.2	235	100.0		

$$(\chi^2=8.121; p=.004)$$

No que diz respeito ao tempo até iniciar o aleitamento do filho após o nascimento (cf. Tabela 27) pode observar-se que as mulheres sem risco apresentam uma média de  $\bar{x}=49.79$  minutos ( $\pm 46.03$ ) e as mulheres com risco de  $\bar{x}=70.25$  ( $\pm 80.41$ ).

As diferenças entre o tempo até iniciar o aleitamento do filho após o nascimento e o risco associado à maternidade não são significativas pois, na aplicação do teste de Mann-Whitney pôde observar-se que  $Z=-1.001$  e  $p=.317$ . O risco associado à maternidade não é influenciado pelo tempo até iniciar o aleitamento do filho após o nascimento.

Tabela 27. Estatística descritiva do tempo até iniciar o aleitamento do filho após o nascimento em função do risco associado à maternidade.

Tempo até iniciar o aleitamento do filho após o nascimento	N	Min	Max	Média	DP	Assimetria, Curtose e Normalidade <sup>7</sup>						Teste de Mann-Whitney	
						Sw	Est. erro	K	Est. erro	Ks	p	Z	p
Mulheres sem risco	184	1	260	49.79	46.03	1.627	.179	2.848	.356	.237	.000	-1.001	.317
Mulheres com risco	51	2	450	70.25	80.41	2.486	.333	8.940	.656	.235	.000		

Na análise do horário certo para dar de mamar ao bebê em função do risco na maternidade (cf. Tabela 28) observa-se que a maioria das mulheres independentemente de estar ou não em risco de maternidade não estipula horário certo para dar de mamar ao bebê (78.3%). As diferenças não são estatisticamente significativas ( $\chi^2=3.785$ ;  $p=.052$ ) e os resíduos são todos inferiores a 2.0. O horário certo para dar de mamar ao bebê não está associado ao risco da maternidade.

Tabela 28. Distribuição do horário certo para dar de mamar ao bebê em função da maternidade de risco.

Horário certo para dar de mamar ao bebê	Sem risco		Com risco		Total		Resíduos	
	N	%	N	%	N	%	Sem risco	Com risco
Sim	45	19.1	6	2.6	51	21.7	1.9	-1.9
Não	139	59.1	45	19.1	184	78.3	-1.9	1.9
Total	184	78.3	51	21.7	235	100.0		

$$(\chi^2=3.785; p=.052)$$

Relativamente à introdução de chupeta em função do risco na maternidade (cf. Tabela 29) observa-se que a maioria das mulheres independentemente de estar ou não em risco não fez introdução da chupeta (62.1%). As diferenças não são estatisticamente significativas ( $\chi^2=.184$ ;  $p=.668$ ) e os resíduos são todos inferiores a 2.0. A introdução da chupeta não está associada ao risco da maternidade.

<sup>7</sup> Os dados da assimetria e curtose, das mulheres sem risco, revelam que a distribuição é assimétrica e leptocúrtica (Sw=9.089 e K=8.000) e é não normal (Ks=.237;  $p=.000$ ). Os dados relativos às mulheres com risco evidenciam uma distribuição assimétrica e leptocúrtica (Sw=7.465 e K=13.628) e é não normal (Ks=.235;  $p=.000$ ).

Tabela 29. Distribuição da introdução da chupeta em função da maternidade de risco.

Introdução da chupeta	Sem risco		Com risco		Total		Resíduos	
	N	%	N	%	N	%	Sem risco	Com risco
Sim	71	30.2	18	7.7	89	37.9	.4	-.4
Não	113	48.1	33	14.0	146	62.1	-.4	.4
Total	184	78.3	51	21.7	235	100.0		

$$(\chi^2=.184; p=.668)$$

No que concerne aos grupos de apoio à amamentação em função do risco na maternidade (cf. Tabela 30) observa-se que a maioria das mulheres independentemente de estar ou não risco não consultou grupos de apoio à amamentação (89.8%). As diferenças não são estatisticamente significativas ( $\chi^2=2.811$ ;  $p=.094$ ) e os resíduos são todos inferiores a 2.0. O recurso aos grupos de apoio à amamentação não está associado ao risco da maternidade.

Tabela 30. Distribuição dos grupos de apoio à amamentação em função da maternidade de risco.

Grupos de apoio à amamentação	Sem risco		Com risco		Total		Resíduos	
	N	%	N	%	N	%	Sem risco	Com risco
Sim	22	9.4	2	0.9	24	10.2	1.7	-1.7
Não	162	68.9	49	20.9	211	89.8	-1.7	1.7
Total	184	78.3	51	21.7	235	100.0		

$$(\chi^2=2.811; p=.094)$$

Foi, também, efetuada uma análise acerca dos grupos de apoio à amamentação em função dos partos anteriores (cf. Tabela 31) onde se observa que a maioria das mulheres com partos anteriores consultou grupos de apoio à amamentação (10.2%) e as mulheres sem partos anteriores não consultou grupos de apoio à amamentação (50.6%). As diferenças são estatisticamente significativas ( $\chi^2=8.532$ ;  $p=.003$ ) e os resíduos são de 2.9. O recurso aos grupos de apoio à amamentação está associado à existência de partos anteriores.

Tabela 31. Distribuição dos grupos de apoio à amamentação em função dos partos anteriores.

Grupos de apoio à amamentação	Com parto		Sem parto		Total		Resíduos	
	N	%	N	%	N	%	Com parto	Sem parto
Sim	18	7.7	6	2.6	24	10.2	2.9	-2.9
Não	92	39.1	119	50.6	211	89.8	-2.9	2.9
Total	110	46.8	125	53.2	235	100.0		

$$(\chi^2=8,532; p=.003)$$

No estudo das dificuldades sentidas durante o internamento com a amamentação em função do risco na maternidade (cf. Tabela 32) verifica-se que a maioria das mulheres independentemente de estar ou não risco teve dificuldades na pega (70.6%). Contudo, as diferenças não são estatisticamente significativas ( $\chi^2=.058$ ;  $p=.810$ ). As principais dificuldades sentidas durante o internamento com a amamentação não estão associadas ao risco da maternidade.

Tabela 32. Distribuição das principais dificuldades sentidas durante o internamento com a amamentação em função da maternidade de risco.

Principais dificuldades sentidas durante o internamento com a amamentação	Sem risco		Com risco		Total		Resíduos	
	N	%	N	%	N	%	Sem risco	Com risco
Dores/gretas nos mamilos	34	25.0	6	4.4	40	29.4	.2	-.2
Dificuldades na pega	80	58.8	16	11.8	96	70.6	-.2	.2
Total	184	78.3	51	21.7	235	100.0		

( $\chi^2=.058$ ;  $p=.810$ )

Na interpretação da Tabela 33 pode evidenciar-se que a maioria das mulheres recorreu aos enfermeiros quando sentiu dificuldade na amamentação (90.4%). Contudo, as diferenças não são estatisticamente significativas ( $\chi^2=6.947$ ;  $p=.137$ ). Os indivíduos a quem recorreram para resolver as dificuldades com a amamentação não estão associados ao risco na maternidade.

Tabela 33. Distribuição a quem recorreu para resolver as dificuldades com a amamentação em função da maternidade de risco.

A quem recorreu	Sem risco		Com risco		Total		Resíduos	
	N	%	N	%	N	%	Sem risco	Com risco
Enfermeiros	105	77.2	18	13.2	123	90.4	1.5	-1.5
Médico de família	4	2.9	1	0.7	5	3.7	-.2	.2
Obstetra	0	0.0	1	0.7	1	0.7	-2.3	2.3
Família e amigos	1	0.7	0	0.0	1	0.7	.4	-.4
Ninguém	4	2.9	2	1.5	6	4.4	-1.2	1.2
Total	184	78.3	51	21.7	235	100.0		

( $\chi^2=6.947$ ;  $p=.137$ )

## 5. Afeto Materno

O conceito afecto materno está associado a uma relação emocional única, específica e duradoura, que se estabelece de um modo gradual, desde os primeiros

contactos entre a mãe e o bebé, traduzindo-se num processo de adaptação mútuo, no qual, mãe e bebé, participam ativamente.

Os resultados devem ter em conta que o valor total da escala pode variar entre 26 a 104 pontos, considerando que valores baixos estão associados a opiniões, sentimentos e situações que as mães experimentam positivas. Assim, no que concerne à análise do afeto materno nas mulheres com e sem partos anteriores pode constatar-se que (cf. Tabela 34) a média do afeto materno nas mulheres sem partos é de  $\bar{x}=62.79 (\pm 33.23)$  e nas mulheres com partos anteriores é de  $\bar{x}=67.98 (\pm 30.64)$ .

Apesar das mulheres sem parto anterior revelarem níveis de afeto superiores (62.79) as diferenças não são significativas pois, através da aplicação do teste de t pode observar-se que  $t=-1.239$  e  $p=.216$ . Assim, o afeto materno não é influenciado pelo facto das mulheres terem ou não partos anteriores.

Tabela 34. Estatística descritiva do Afeto Materno em função do parto.

Afeto Matero	N	Média	DP	Assimetria, Curtose e Normalidade <sup>8</sup>						Teste t	
				Sw	Est. erro	K	Est. erro	Ks	p	t	p
Mulheres sem partos	110	62.79	33.23	.125	.230	-1.806	.457	.231	.000	-1.239	.216
Mulheres com partos	125	67.98	30.64	.180	.217	-1.617	.430	.156	.000		
Total	235										

Relativamente aos resultados do cruzamento do afeto materno em função das mulheres com e sem risco associado à maternidade pode constatar-se que (cf. Tabela 35) a média do afeto materno nas mulheres sem risco é de  $\bar{x}=65.60 (\pm 32.21)$  e nas mulheres com risco é de  $\bar{x}=66.43 (\pm 31.12)$ . O afeto é maior nas mulheres sem risco, contudo, as diferenças não são significativas pois, na aplicação do teste de t pôde observar-se que  $t=-.222$  e  $p=.825$ . O afeto materno não é influenciado pelo facto das mulheres terem ou não risco associado à maternidade.

<sup>8</sup> Relativamente à análise da distribuição desta variável constata-se que nas mulheres sem partos, os afetos revelam que a distribuição simétrica e platicúrtica ( $Sw=.543$  e  $K=-3.950$ ) não normal ( $Ks=.231$ ;  $p=.000$ ). Nos dados relativos às mulheres com partos anteriores evidencia uma distribuição simétrica e platicúrtica ( $Sw=-.829$  e  $K=-3.760$ ) não normal ( $Ks=.156$ ;  $p=.000$ ).



Tabela 35. Estatística descritiva do Afeto Materno em função do risco associado à maternidade.

Afeto Matero	N	Média	DP	Assimetria, Curtose, e Normalidade <sup>9</sup>						Teste t	
				Sw	Est. erro	K	Est. erro	Ks	p	t	p
Mulheres sem risco	184	65.30	32.21	-	.179	-	.356	.194	.000	-	.825
Mulheres com risco	51	66.43	31.12	-	.333	-	.656	.174	.001		
Total	235										

No que diz respeito ao afeto materno em função do estado civil (cf. Tabela 36) constata-se que existe menor afeto nas mulheres sem companheiro (124.47) contudo, as diferenças não são estatisticamente significativas ( $Z=-.570$ ;  $p=.569$ ). O afeto materno não é influenciado pelo estado civil das mulheres.

Tabela 36. Estatística descritiva do Afeto Materno em função do estado civil.

Afeto Matero	N	Ordenações Médias	Soma	Teste Mann-Whitney	
				Z	p
Sem companheiro	31	124.47	3858.50	-.570	.569
Com companheiro	204	117.02	23871.50		
Total	235				

Sobre a análise do afeto materno em função da escolaridade (cf. Tabela 37) observa-se que existe menor afeto nas mulheres com o 3ºCEB (136.55) e mais afeto nas mulheres que têm o secundário (105.51) e as diferenças são estatisticamente significativas ( $X^2=7.510$ ;  $p=.023$ ). O afeto materno é influenciado pela escolaridade das mulheres.

Tabela 37. Estatística descritiva do Afeto Materno em função da escolaridade.

Afeto Matero	N	Ordenações Médias	Teste Kruskal-Wallis	
			$X^2$	p
Até 3º ciclo	65	136.55	<b>7.510</b>	<b>.023</b>
Secundário	72	105.51		
Superior	98	114.87		
Total	235			

Neste seguimento (cf. Tabela 38) aplicámos o teste de múltiplas comparações para averiguar em que níveis se observavam as referidas diferenças de afetos sendo

<sup>9</sup> Os dados da assimetria e curtose, das mulheres sem risco, revelam que a distribuição é simétrica e platicúrtica ( $Sw=-.044$  e  $K=-4.910$ ) e é não normal ( $Ks=.194$ ;  $p=.000$ ). Os dados relativos às mulheres com risco evidenciam uma distribuição simétrica e platicúrtica ( $Sw=-.486$  e  $K=-2.560$ ) e é não normal ( $Ks=.174$ ;  $p=.001$ ).

que foram detetadas diferenças entre as mães com o 3ºCEB e as que têm o ensino secundário ( $p=.020$ ). Com efeito, as mães com o 3º CEB revelam menos afeto materno.

Tabela 38. Teste de múltiplas comparações do Afeto Materno em função da escolaridade.

Rank do Afecto Materno	Escolaridade	Teste de Múltiplas Comparações de Tukey HSD
		p
até 3º ciclo	secundário	<b>.020</b>
	superior	.109
Secundário	até 3º ciclo	<b>.020</b>
	superior	.641
Superior	até 3º ciclo	.109
	secundário	.641

Quanto à análise do afeto materno em função da situação profissional (cf. Tabela 39) observa-se que existe maior afeto nas mulheres empregadas (117.80) contudo, as diferenças não são estatisticamente significativas ( $Z=-.080$ ;  $p=.937$ ). O afeto materno não é influenciado pela situação profissional das mulheres.

Tabela 39. Estatística descritiva do Afeto Materno em função da situação profissional.

Afeto Matero	N	Ordenações Médias	Soma	Teste Mann-Whitney	
				Z	p
Empregada	178	117.80	20968.50	-.080	.937
Desempregada	57	118.62	6761.50		
Total	235				

Através da análise do afeto materno em função da residência (cf. Tabela 40) identifica-se um nível maior afeto nas mulheres quem residem na cidade (114.15) contudo, as diferenças não são estatisticamente significativas ( $X^2=1.594$ ;  $p=.451$ ). O afeto materno não é influenciado pela residência das mulheres.

Tabela 40. Estatística descritiva do Afeto Materno em função da residência.

Afeto Matero	N	Ordenações Médias	Teste Kruskal-Wallis	
			$X^2$	p
Aldeia	111	116.64	1.594	.451
Vila	39	130.27		
Cidade	85	114.15		
Total	118			

No estudo do afeto materno em função do número de gestas (cf. Tabela 41) observa-se que existe maior afeto nas mulheres com 0 gesta (110.55) e as diferenças não são estatisticamente significativas ( $X^2=2.576$ ;  $p=.276$ ). O afeto materno não é influenciado pelo número de gestas das mulheres.

Tabela 41. Estatística descritiva do Afeto Materno em função das gestas.

Afeto Matero	N	Ordenações Médias	Teste Kruskal-Wallis	
			$X^2$	p
0 gestas	102	110.55	2.576	.276
1 gesta	80	126.76		
duas ou mais gestas	53	119.11		
Total	235			

Relativamente ao afeto materno em função da gravidez vigiada (cf. Tabela 42) verifica-se que existe maior afeto nas mulheres com gravidez não vigiada (103.94) e as diferenças não são estatisticamente significativas ( $Z=-.887$ ;  $p=.375$ ). O afeto materno não é influenciado pela gravidez vigiada.

Tabela 42. Estatística descritiva do Afeto Materno em função da gravidez vigiada.

Afeto Matero	N	Ordenações Médias	Soma	Teste Mann-Whitney	
				Z	p
Não vigiada	17	103.94	1767.00	-.887	.375
Vigiada	218	119.10	25963.00		
Total	235				

No que diz respeito ao afeto materno em função do tempo de amamentação (cf. Tabela 43) observa-se que existe maior afeto nas mulheres com 4 a 6 meses (56.05) contudo, as diferenças não são estatisticamente significativas ( $X^2=.981$ ;  $p=.806$ ). O afeto materno não é influenciado pelo tempo de amamentação.

Tabela 43. Estatística descritiva do Afeto Materno em função do tempo de amamentação.

Afeto Matero	N	Ordenações Médias	Teste Kruskal-Wallis	
			$X^2$	p
$\geq 3$ meses	31	56.06	.981	.806
4 - 6 meses	22	56.05		
$\geq 7 \leq 12$ meses	31	62.39		
$> 12$ meses	34	62.24		
Total	118			

Quanto ao estudo do afeto materno em função do tempo até iniciar a amamentação (cf. Tabela 44) observa-se que existe maior afeto nas mulheres com uma iniciação inferior a 30 minutos (116.52) contudo, as diferenças não são estatisticamente significativas ( $Z=-.380$ ;  $p=.704$ ). O afeto materno não é influenciado pelo tempo até iniciar a amamentação.

Tabela 44. Estatística descritiva do Afeto Materno em função do tempo até iniciar a amamentação.

Afeto Matero	N	Ordenações Médias	Soma	Teste Mann-Whitney	
				Z	p
<= 30 minutos	132	116.52	15380.00	-.380	.704
> 30 minutos	103	119.90	12350.00		
Total	235				

No que concerne ao estudo do afeto materno em função da gravidez planeada (cf. Tabela 45) observa-se que existe maior afeto nas mulheres com gravidez não planeada (109.05) contudo, as diferenças não são estatisticamente significativas ( $Z=-1.184$ ;  $p=.236$ ). O afeto materno não é influenciado pelo planeamento da gravidez.

Tabela 45. Estatística descritiva do Afeto Materno em função da gravidez planeada.

Afeto Matero	N	Ordenações Médias	Soma	Teste Mann-Whitney	
				Z	p
Sim	175	121.07	21187.00	-1.184	.236
Não	60	109.05	6543.00		
Total	235				

Relativamente ao estudo do afeto materno em função da gravidez desejada (cf. Tabela 46) observa-se que existe maior afeto nas mulheres com gravidez desejada (117.18) contudo, as diferenças não são estatisticamente significativas ( $Z=-.927$ ;  $p=.354$ ). O afeto materno não é influenciado pelo desejo da gravidez.

Tabela 46. Estatística descritiva do Afeto Materno em função da gravidez desejada.

Afeto Matero	N	Ordenações Médias	Soma	Teste Mann-Whitney	
				Z	p
Sim	226	117.18	26483.00	-.927	.354
Não	9	138.56	1247.00		
Total	235				

Sobre os resultados do afeto materno em função do tipo de parto (cf. Tabela 47) observa-se que existe maior afeto nas mulheres com parto por cesareana (116.36)

contudo, as diferenças não são estatisticamente significativas ( $Z=-.225$ ;  $p=.822$ ). O afeto materno não é influenciado pelo tipo de parto.

Tabela 47. Estatística descritiva do Afeto Materno em função do tipo de parto.

Afeto Matero	N	Ordenações Médias	Soma	Teste Mann-Whitney	
				Z	p
Vaginal	172	118.60	20399.50	-.225	.822
Cesareana	63	116.36	7330.50		
Total	235				

Sobre o afeto materno em função do termo do parto (cf. Tabela 48) constata-se que existe menor afeto nas mulheres com parto de termo (110.31) contudo, as diferenças não são estatisticamente significativas ( $Z=-3.183$ ;  $p=.001$ ). O afeto materno é influenciado pelo termo do parto.

Tabela 48. Estatística descritiva do Afeto Materno em função do parto antes do termo.

Afeto Matero	N	Ordenações Médias	Soma	Teste Mann-Whitney	
				Z	p
Antes do termo	54	143.79	7764.50	<b>-3.183</b>	<b>.001</b>
Termo	181	110.31	19965.50		
Total	235				

Quanto ao afeto materno em função da amamentação (cf. Tabela 49) constata-se que existe mais afeto nas mulheres que nunca amamentaram (58.29) contudo, as diferenças não são estatisticamente significativas ( $Z=-.355$ ;  $p=.722$ ). O afeto materno não é influenciado pela amamentação.

Tabela 49. Estatística descritiva do Afeto Materno em função da amamentação.

Afeto Matero	N	Ordenações Médias	Soma	Teste Mann-Whitney	
				Z	p
Já amamentou	118	63.28	7467.00	-.355	.722
Não amamentou	7	58.29	408.00		
Total	235				

No que diz respeito ao afeto materno em função da amamentação (cf. Tabela 50) constata-se que existe mais afeto nas mulheres que tiveram uma experiência desagradável (57.27) contudo, as diferenças não são estatisticamente significativas ( $Z=-.250$ ;  $p=.803$ ). O afeto materno não é influenciado pela experiência com a amamentação.

Tabela 50. Estatística descritiva do Afeto Materno em função da experiência com a amamentação.

Afeto Materno	N	Ordenações Médias	Soma	Teste Mann-Whitney	
				Z	p
Agradavel	105	59.78	6276.50	-.250	.803
Desagradavel	13	57.27	744.50		
Total	235				

Relativamente à análise do afeto materno em função do contacto com a pele do bebé após o nascimento (cf. Tabela 51) constata-se que existe mais afeto nas mulheres que não tiveram contacto na 1ª hora após o nascimento (114.97) contudo, as diferenças não são estatisticamente significativas ( $Z=-.250$ ;  $p=.803$ ). O afeto materno não é influenciado pelo contacto com a pele do bebé na 1ª hora após o nascimento.

Tabela 51. Estatística descritiva do Afeto Materno em função do contacto com a pele do bebé na 1ª hora após o nascimento.

Afeto Materno	N	Ordenações Médias	Soma	Teste Mann-Whitney	
				Z	p
Sim	199	118.55	23591.00	-.291	.771
Não	36	114.97	4139.00		
Total	235				

Na análise do afeto materno em função da introdução da chupeta (cf. Tabela 52) constata-se que existe mais afeto nas mulheres que não tiveram contacto na 1ª hora após o nascimento (114.97) contudo, as diferenças não são estatisticamente significativas ( $Z=-.033$ ;  $p=.974$ ). O afeto materno não é influenciado pela introdução da chupeta.

Tabela 52. Estatística descritiva do Afeto Materno em função da introdução da chupeta.

Afeto Materno	N	Ordenações Médias	Soma	Teste Mann-Whitney	
				Z	p
Sim	89	117.81	10485.50	-.033	.974
Não	146	118.11	17244.50		
Total	235				

Relativamente à análise do afeto materno em função da consulta com grupo de apoio à amamentação (cf. Tabela 53) constata-se que existe mais afeto nas mulheres que recorreram a este apoio (89.67) e as diferenças são estatisticamente significativas ( $Z=-2.159$ ;  $p=.031$ ). O afeto materno é influenciado pelas consultas com grupo de apoio à amamentação.

Tabela 53. Estatística descritiva do Afeto Materno em função da consulta com grupo de apoio à amamentação.

Afeto Materno	N	Ordenações Médias	Soma	Teste Mann-Whitney	
				Z	p
Sim	24	89.67	2152.00	<b>-2.159</b>	<b>.031</b>
Não	211	121.22	25578.00		
Total	235				

Quisemos, também, saber em que medida a motivação para a amamentação estava relacionada com o afeto materno (cf. Tabela 54) e verificou-se que não há correlação significativa ( $R=.019$ ;  $p=.774$ ). O facto de estar mais ou menos motivada para a amamentação nada tem a ver com os sentimentos e com as situações que as mães experienciam com a maternidade.

Contudo e apesar destes resultados devemos realçar que as mulheres, desta amostra, como já foi referido anteriormente estão motivadas para a amamentação e, também, revelam níveis de afeto materno positivos

Tabela 54. Coeficiente de correlação entre o Afeto materno e a motivação para a amamentação.

Coeficiente de correlação de Rho Spearman		Motivação para a amamentação
Afecto Materno	R	.019
	p	.774
	N	235





## Capítulo V. Discussão dos Resultados

Neste capítulo far-se-á a discussão dos resultados encontrados confrontando-os com os dados existentes na literatura, nomeadamente os resultados de outros estudos semelhantes.

Face aos resultados obtidos durante a investigação realçam-se aqui os dados mais evidentes dando resposta às questões da investigação.

No que se refere à caracterização sociodemográfica das mulheres inquiridas foi efetuada tendo em conta a idade, o estado civil, a nacionalidade, a situação profissional e a área de residência. Assim, pôde observar-se que as mães apresentam uma média de 30 anos e os pais um pouco mais velhos apresentam uma média de idade de 32 anos.

A discussão dos resultados centrou-se na análise dos diferentes fatores que podem influenciar a decisão de amamentar, a duração da amamentação e as principais razões do desmame. Para o efeito foram selecionados artigos de investigação que realçam fatores, como a maternidade precoce, o baixo nível educacional e socioeconómico maternos, a paridade, a atenção do profissional de saúde nas consultas de pré-natal e a necessidade de trabalhar fora do lar, como determinantes do desmame precoce. Contudo, outros fatores, como o apoio familiar, condições adequadas no local de trabalho e uma experiência prévia positiva, parecem ser parâmetros favoráveis à decisão materna pela amamentação. Apesar da relevância dos fatores mencionados acima, os aspectos culturais e a história de vida da mãe foram os mais importantes na decisão materna pelo aleitamento e pelo momento do desmame.

Relativamente aos resultados inerentes ao **cruzamento das variáveis sociodemográficas em função do risco de maternidade**, os resultados revelam uma prevalência de risco associada à idade das mulheres pois, existe um menor risco na maternidade nas mulheres abaixo dos 34 anos comparativamente aquelas que têm idades superiores a 35 anos ( $\chi^2=44.046$ ;  $p=.000$ ).

Também, a coabitação é um fator de risco da maternidade, constatando-se que as mulheres que vivem apenas com o marido têm menor risco ( $\chi^2=31.871$ ;  $p=.000$ ). Do mesmo modo, foi encontrada uma associação com a escolaridade, indiciando que as mulheres com baixa escolaridade têm maior risco na maternidade ( $\chi^2=7.895$ ;  $p=.019$ ).

Assim, encontraram-se evidências que há um maior risco materno nas mulheres com idades superiores a 35 anos e com escolaridade baixa.

Por outro lado, não se encontraram evidências que o risco associado à maternidade fosse influenciado pelo estado civil, residência, nacionalidade nem pela situação profissional das mulheres inquiridas.

Contudo, num estudo efetuado por Almeida, A., Jesus, A., Lima, T., Araújo, F., M. Araújo, T., M. (2012) realçam que os fatores de risco maternos implicados na prematuridade estão relacionados, sobretudo, com hábitos de vida, assistência pré-natal e condições socioeconómicas e clínicas. Há indicadores que o rendimento mensal, o stresse na gestação, a primiparidade, a assistência pré-natal ausente ou inadequada e as intercorrências clínicas na gestação são fatores de risco maternos.

Quanto aos resultados acerca da **história da gravidez em função do risco na maternidade** pôde observar-se que as mulheres com risco apresentam uma média superior de gestações anteriores (1.9) comparativamente às que não apresentam risco (.70). E o elevado número de gestações está associado a um maior risco na maternidade ( $\chi^2=31.74$ ;  $p=.000$ ).

No que diz respeito à paridade verificou-se que o número de partos varia entre 0 e 3 com uma média de partos sem risco de .54 e de partos com risco de 1.41. Observou-se, ainda, que o elevado número de partos anteriores está, também, associado a maior risco na maternidade ( $\chi^2=38.023$ ;  $p=.000$ ).

O facto da gravidez ser desejada não influencia o risco na maternidade nem o facto do parto ser antes do termo. Também o número de consultas não influencia o risco na maternidade. Contudo, num estudo de Ferreira, M., Nelas, P. e Duarte, J. (2011) as puérperas que tinham sido vigiadas com menos de seis consultas apresentavam maiores índices de motivação para a amamentação.

Na análise dos valores residuais observa-se que a maioria das mulheres fez parto vaginal (73.2%). Neste seguimento constatou-se que as mulheres que fizeram parto vaginal apresentam menor risco na maternidade comparativamente às que fizeram cesariana que têm maior risco ( $\chi^2=5.110$ ;  $p=.024$ ). Tal como preconiza a OMS, a maioria dos partos foram eutócicos contudo, ainda se encontrou uma taxa relativamente elevada de cesarianas, contrariando o que a OMS indica que não deve ultrapassar os 10%.

Como síntese da história da gravidez, realça-se que as mulheres do estudo apresentam poucas gestações anteriores. Constatou-se que o elevado número de gestações e de partos anteriores, nomeadamente por cesariana, está associado a maior risco na maternidade. Por outro lado, o número de consultas, a gravidez ser ou não desejada e vigiada e o parto ser ou não no termo não são fatores que influenciam o risco associado à maternidade.

Quanto à **história do aleitamento anterior em função do risco de maternidade** efetuou-se a análise da experiência de amamentação observando-se que a maioria das mulheres têm experiência (94.4%) e consideram-na agradável (89%).

Na análise dos motivos relativos à insatisfação com a experiência de amamentação observa-se que a maioria das mulheres indicam como motivos as dores/gretas nos mamilos (45.5%) e a dificuldade na pega (54.5%).

Baptista, Gonçalves e Ruiz (2009) referem que as dificuldades encontradas pela mãe para amamentar nos primeiros dias pós-parto tornam-se indicadores do desmame precoce.

Contudo, existem soluções para minimizar estas dificuldades. A mãe deve saber identificar o problema que está a ocorrer e agir de imediato logo nos primeiros sinais, pois se não houver a reversão da situação, o problema pode agravar-se, e então, a amamentação estará prejudicada, colocando em risco a continuidade do aleitamento materno.

Levy e Bértolo (2008) consideram que o início e duração da amamentação supõem uma decisão pessoal, uma mãe e um pai motivados e decididos a amamentar, aliados a um latente saudável e com boa capacidade de sucção, são premissas para o sucesso do aleitamento materno.

Estes autores defendem que *“para uma maior motivação materna, a mãe deverá ser elucidada sobre as vantagens do aleitamento materno para a mãe e para o bebé, o efeito de “dose-resposta” e o prazer que a amamentação pode constituir para uma mãe bem preparada para amamentar”* (p.13).

Continuando com o estudo da motivação para a amamentação não se encontrou influencia face ao número de partos anteriores. Todavia, num estudo de Nelas, Ferreira e Duarte (2008) referem que a motivação global para amamentação é maior nas mulheres com filhos e conseqüentemente com partos anteriores.

Segundo um estudo da OMS, a escolaridade influencia a valorização do aleitamento materno. As mulheres com rendimento e escolaridade maiores são as primeiras a valorizar o aleitamento materno e acaba por influenciar as mulheres com níveis socioeconómicos mais baixos.

Assim, no presente estudo, a maioria das mulheres tem experiência de amamentação mas não influencia o risco de maternidade. As mulheres sem risco apresentam uma menor média de consultas pré-natal.

A maioria das mulheres indicam como motivos de insatisfação com a amamentação as dores/gretas nos mamilos (45.5%) e a dificuldade na pega (54.5%).

A maioria das mulheres independentemente de estar ou não com risco está motivada para a amamentação (28.1%) ou muito motivada (66.4%). E a motivada para a amamentação não é influenciada pelo risco de maternidade.

O risco associado à maternidade não é influenciado pela motivação para a amamentação, pelo tempo de amamentação, nem por ser uma experiência mais ou menos agradável. Dessa forma, abordar as vantagens e desvantagens, esclarecer dúvidas e mitos sobre a amamentação, levando em consideração a experiência e o conhecimento pode proporcionar maior segurança na grávida para superar as possíveis adversidades e dificuldades da amamentação.

No que se refere à **história do aleitamento atual em função do risco de maternidade**, constatou-se, ainda, que a maioria das mulheres teve contacto com a pele do bebé após o nascimento (84.7%). As que tiveram contacto com o bebé não têm risco na maternidade e aquelas que não tiveram contacto tiveram maior risco e as diferenças são estatisticamente significativas ( $\chi^2=7.390$ ;  $p=.007$ ).

Analisámos, também, a influencia do contacto com a pele do bebé na 1ª hora após o nascimento em função dos partos anteriores e observa-se que o contacto com a pele do bebé na 1ª hora após o nascimento está associado à existência de partos anteriores. ( $\chi^2=8.121$ ;  $p=.004$ ).

No que diz respeito ao tempo até iniciar o aleitamento do filho após o nascimento pode observar-se que as mulheres sem risco apresentam uma média de 49 minutos e as mulheres com risco de 70 minutos contudo, as diferenças não são significativas. A este propósito os autores referem que logo após o nascimento do bebé (por vezes ainda durante a fase final da gravidez), surge o primeiro leite chamado colostro – um líquido branco transparente ou amarelo, que se mantém durante 2 a 3 dias e que é muito importante para proteger o bebé de infecções e para o ajudar a nível intestinal.

A este propósito, Baptista, Gonçalves, e Ruiz (2009) indicam que a amamentação da criança com leite exclusivamente materno na maternidade pode influenciar a motivação e a duração da amamentação.

No presente estudo, a maioria das mulheres independentemente de estar ou não em risco de maternidade não estipula horário certo para dar de mamar ao bebé (78.3%). Desta forma, as mães consideram que o horário não é o mais importante; o bebé deve ser alimentado quando tem fome – chama-se a isto o regime livre –, não se devendo impor ao bebé um regime rígido. Quando um bebé tem fome acorda para comer, e este alerta é importante para uma melhor ingestão de leite materno. No entanto não se deve deixar o bebé dormir mais de 3 horas durante o primeiro mês de vida.

Relativamente à introdução de chupeta observa-se que a maioria das mulheres independentemente de estar ou não em risco não fez introdução da chupeta (62.1%).

O uso de chupeta também tem sido desaconselhado pela possibilidade de interferir com o aleitamento materno. Crianças que usam chupetas em geral são amamentadas menos frequentemente o que pode prejudicar a produção de leite (Aarts, Hörnell, Kylberg, Hofvander, & Gebre-Medhin, 1999). Embora não haja dúvidas quanto à associação entre uso de chupeta e períodos mais curtos de amamentação, ainda não está bem estabelecida a relação causa-efeito. É possível que o uso da chupeta seja um sinalizador de uma menor disponibilidade da mãe para amamentar – os bicos reduzem a necessidade do bebé de ser amamentado – em vez de ser o causador da interrupção da amamentação, especialmente em mães com dificuldades no aleitamento materno e com baixa autoconfiança (Victora et al.,1997).

No que concerne aos grupos de apoio à amamentação constatou-se que a maioria das mulheres independentemente de estar ou não com risco não consultou grupos de apoio à amamentação (89.8%). Todavia, os primeiros quinze dias de vida do bebé são muito importantes e durante este período de tempo, a mãe deve ser ajudada, ou substituída, nas tarefas caseiras, a fim de poder dedicar-se inteiramente ao seu bebé.

Kummer et al (2000) mostrou que a orientação sobre aleitamento materno na maternidade, após o nascimento da criança, aumentou os conhecimentos maternos sobre o tema e, conseqüentemente, a prevalência da amamentação nos primeiros seis meses de vida.

Como se pode constatar é importante ter o apoio dos profissionais de saúde disponíveis para escutar e ajudar a solucionar as dúvidas e os problemas que surgirem. Os profissionais de saúde para além de esclarecerem as dúvidas do casal relativamente ao AM devem também dar-lhes informação não só das suas vantagens, quer para a mãe, quer para o bebé, mas também sobre possíveis dificuldades que possam surgir e que podem abalar a motivação inicial do casal (Levy & Bértolo, 2008).

Sendo assim, é muito importante que os profissionais de saúde se envolvam em todo este processo explicando igualmente a importância do AM, suas vantagens para a mãe, para o bebé, para a família e para a comunidade.

As indicações são então no sentido de que para uma amamentação bem-sucedida, a mãe necessita de constante incentivo e suporte não só dos profissionais de saúde, mas da sua família e da comunidade. A opinião e o incentivo das pessoas que cercam a mãe, sobretudo o maridos/companheiro, as avós da criança e outras pessoas significativas para a mãe são de extrema importância.

Neste estudo, conseguimos, também, identificar o recurso aos grupos de apoio à amamentação associado à existência de partos anteriores pois, as mulheres com partos anteriores tendem a consultar grupos de apoio à amamentação comparativamente às mulheres sem partos anteriores ( $\chi^2=8.532$ ;  $p=.003$ ).

A maioria das mulheres independentemente de estar ou não em risco na maternidade teve dificuldades na pega (70.6%). É normal que nas primeiras semanas de amamentação possam surgir algumas dificuldades, principalmente para as mães que estão a amamentar pela primeira vez.

A causa mais comum de dor nos mamilos é uma má adaptação do bebé à mama materna (pega incorrecta). Por vezes a pele do mamilo parece completamente normal, outras vezes nota-se uma fissura na extremidade ou na base do mamilo. A amamentação é dolorosa, podendo levar a mãe a amamentar durante menos tempo e/ou com menor frequência. A criança que suga só o mamilo não consegue retirar leite suficiente, ficando frustrada. O leite não é retirado com eficácia, o que poderá levar a diminuição da produção de leite.

Na interpretação pode evidenciar-se que a maioria das mulheres recorreu aos enfermeiros quando sentiu dificuldade na amamentação (90.4%). Contudo, as dificuldades com a amamentação não estão associados ao risco na maternidade.

Neste estudo, foi, ainda, analisada a promoção do **vínculo afetivo materno** e o impacto que pode trazer para o processo de aleitamento e amamentação.

O relacionamento mãe-filho no longo prazo é difícil de avaliar, uma vez que existem inúmeras variáveis envolvidas contudo, constatou-se que as mulheres o afeto materno nas mulheres sem partos é de 62.7 e nas mulheres com partos anteriores é de 67.9 e as diferenças não são significativas. Globalmente, as mulheres revelaram afeto materno positivo e evidenciou-se semelhante nas mães com e sem filhos.

Desta forma, pensa-se que o afecto materno está associado a uma relação emocional única, específica e duradoura, que se estabelece de um modo gradual, desde os primeiros contactos entre a mãe e o bebé, traduzindo-se num processo de adaptação mútuo, no qual, mãe e bebé, participam ativamente.

Pôde, ainda, verificar-se que existe menor afeto nas mulheres com o 3ºCEB (136.55) e mais afeto nas mulheres que têm o secundário (105.51) e as diferenças são estatisticamente significativas ( $\chi^2=7.510$ ;  $p=.023$ ). As mulheres com menor nível de escolaridade apresentam um afeto materno menor.

Autores como Faleiros et al (2006) indicam que o nível de escolaridade afeta a motivação para amamentar pela possibilidade de existir um maior acesso de informação quanto às vantagens da amamentação.

Por outro lado, o afeto materno não é influenciado pelo risco na maternidade, estado civil, situação profissional, residência, número de gestas, gravidez vigiada, tempo de amamentação, tempo até iniciar a amamentação, planeamento da gravidez, desejo da gravidez e pelo tipo de parto.

No que se refere à situação profissional, algumas mães tem uma jornada diária excessiva de trabalho, são muito ocupadas e quando chegam em casa tarde, estão muito cansadas e não tem tempo e nem disposição para cultivar um bom contacto com os filhos. Sendo assim, poderão prejudicar o processo de amamentação e do afeto materno podendo contribuir com a ocorrência de um desenvolvimento insatisfatório. Vieira et al (2004) refere que as mães que trabalham apenas em casa têm uma maior tendência para amamentar exclusivamente.

Outro aspeto influenciador do afeto materno foi o termo do parto pois, as mulheres com parto prematuro revelaram mais afeto materno. Também se identificou mais afeto materno nas mulheres que recorreram a consultas com grupos de apoio (89.67).

Já a experiência com a amamentação, o contacto com a pele do bebé na 1ª hora após o nascimento e a introdução da chupeta não influenciam o afeto materno.

Quisemos, também, saber em que medida a motivação para a amamentação estava relacionada com o afeto materno e verificou-se que não há correlação significativa ( $R=.019$ ;  $p=.774$ ). O facto de estar mais ou menos motivada para a amamentação nada tem a ver com os sentimentos e com as situações que as mães experienciam com a maternidade.

Contudo, e apesar destes resultados, devemos realçar que as mulheres desta amostra, como já foi referido anteriormente, estão motivadas para a amamentação e, também, revelam níveis de afeto materno positivos.

Lana (2001) refere que, quando aumenta a prevalência da amamentação, diminui a probabilidade de abandono, abuso e negligência na infância, e que a amamentação favorece o sucesso e a auto-estima materna e reforça os laços afectivos da família.

Por fim, falamos do desmame que não deve ser encarado como um evento, mas, sim, como um processo, sem data definida para iniciar e terminar, que depende de muitas variáveis, incluindo a maturidade da criança e desejo da mãe.

Cada vez mais tem-se defendido o desmame natural, por proporcionar transição mais tranquila, menos stressante para a mãe e a criança, preenchendo as necessidades fisiológicas, imunológicas e psicológicas da criança até ela estar madura para o desmame. O desmame abrupto deve ser desencorajado, pois, se a criança não está pronta, ela pode sentir-se-á rejeitada pela mãe, gerando insegurança e, muitas

vezes, rebeldia. Na mãe, o desmame abrupto pode precipitar ingurgitamento mamário, estase do leite e mastite, além de tristeza ou depressão, e luto pela perda da amamentação ou por mudanças hormonais.

No desmame natural, que ocorre, em média, entre dois a três anos de idade e a mãe deve participar ativamente no processo, sugerindo passos quando a criança estiver pronta para aceitá-los e impondo limites adequados à idade.



## Conclusões e Sugestões

Várias são as vantagens do aleitamento materno, existindo um consenso mundial de que a sua prática exclusiva é a melhor forma de alimentar as crianças até aos 4-6 meses de vida (Silva & Souza, 2005).

Do ponto de vista nutricional, o leite materno é um alimento vivo, completo e natural, que fornece todos os nutrientes necessários. Para além disso, contém outros constituintes que promovem o crescimento e a protecção contra infeções, não só pelas defesas que passam da mãe para o filho, mas também porque há menor risco de contaminação. Parece ainda conferir protecção contra alergias e facilitar a adaptação a outros alimentos.

Do ponto de vista afectivo, o aleitamento materno é também importante na interação da mãe com o bebé, na medida em que a cooperação, a proximidade e o contacto visual permitem uma adaptação mútua e o estabelecimento progressivo da vinculação, ou seja, de uma relação rica e complexa entre a mãe e o seu filho. Esta adaptação inicia-se logo nas maternidades, em que é importante que a primeira mamada ocorra na primeira hora de vida e que sejam evitados os “suplementos”.

Por fim, o aleitamento materno tem também importância no desenvolvimento psicomotor das crianças.

E neste seguimento, a motivação para a amamentação deve ser considerada uma variável importante, dado que a motivação é o agente propulsor de toda a nossa ação.

Neste sentido foi desenvolvida uma investigação de acordo com um conjunto de questões às quais pensamos ter dado resposta e definimos objetivos que, também, foram atingidos.

Com efeito, foi caracterizada a história da gravidez das mulheres inquiridas, a sua experiência de amamentação, a história do aleitamento e a motivação para amamentar e, ainda, se o risco de maternidade condiciona estas variáveis.

Tentámos, também analisar o afeto materno e se este condiciona a experiência de amamentação, a história do aleitamento e a motivação para o aleitamento materno.

Passamos, então, a expor as seguintes conclusões:

**Caracterização sociodemográfica:**

- A média da idade das mães é de 30 anos e dos pais 32 anos.
- As mulheres com idades superiores a 35 anos tendem a ter maior risco associado à maternidade.
- Há menor risco associado à maternidade nas mulheres que apenas coabitam com o marido.
- Há maior risco associado à maternidade nas mulheres com escolaridade baixa.
- O risco associado à maternidade não é influenciado pelo estado civil, nacionalidade, situação profissional e residência das mulheres.

**História da gravidez:**

- O número de gestações anteriores apresenta uma média de gestações sem risco de .70 e de gestações com risco de 1.90.
- O elevado número de gestações está associado a maior risco na maternidade.
- O elevado número de partos anteriores está associado a maior risco na maternidade.
- As mulheres que fizeram parto vaginal apresentam menor risco na maternidade comparativamente às que fizeram cesariana.
- O risco associado à maternidade não é influenciado pelo número de consultas nem pelo facto da gravidez ser desejada e vigiada nem pelo parto no termo.

**História do aleitamento anterior:**

- A maioria das mulheres tem experiência de amamentação (94.4%).
- A experiência de amamentação não influencia o risco de maternidade.
- As mulheres sem risco apresentam uma média de consultas de 10.2 e as mulheres com risco de 10.3.
- A maioria das mulheres indicam como motivos de insatisfação com a amamentação as dores/gretas nos mamilos (45.5%) e a dificuldade na pega (54.5%).
- A maioria das mulheres independentemente de estar ou não risco está motivada para a amamentação (28.1%) ou muito motivada (66.4%) e as diferenças não são estatisticamente significativas.
- A motivada para a amamentação não é influenciada pelo risco de maternidade.
- O risco associado à maternidade não é influenciado pela motivação para a amamentação, pelo tempo de amamentação, nem por ser uma experiência mais ou menos agradável.

**História do aleitamento atual:**

- A maioria das mulheres teve contacto com a pele do bebé na 1ª hora após o nascimento (84.7%).
- As mulheres que tiveram contacto com o bebé não revelaram risco na maternidade e aquelas que não tiveram contacto apresentaram risco.

- As mulheres que tiveram contacto com a pele do bebé na 1ª hora após o nascimento já tiveram partos anteriores.
- O risco na maternidade não é influenciado pelo tempo até iniciar o aleitamento do filho após o nascimento.
- O horário certo para dar de mamar ao bebé, a introdução da chupeta, as principais dificuldades sentidas durante o internamento com a amamentação e o recurso aos grupos de apoio à amamentação não está associado ao risco da maternidade.

#### **Afecto materno:**

- As mulheres revelam um afecto materno positivo.
- O número de partos anteriores não está associado ao afecto materno.
- O afecto materno é maior nas mulheres sem risco na maternidade.
- As mães com mais baixa escolaridade (<3º CEB) revelam um menor afecto materno.
- As mulheres com parto de termo têm mais afecto materno.
- O afecto materno não é influenciado pela introdução da chupeta.
- Existe maior afecto materno nas mulheres que recorreram às consultas com grupo de apoio à amamentação.
- O afecto materno não está correlacionado com a motivação para a amamentação.
- O afecto materno não é influenciado pelo estado civil, pela situação profissional, pela residência, pelo número de gestas, pela gravidez vigiada, pelo tempo de amamentação, pelo tempo até iniciar a amamentação, pelo gravidez planeada e desejada, pelo tipo de parto, experiência anterior de amamentação, satisfação com a experiência de amamentação nem pelo contacto com a pele do bebé na 1ª hora após o nascimento das mulheres.

Amamentação é, assim, um processo complexo, com muitos fatores envolvidos, de ordem biológica, social, cultural, étnica/racial, económica e emocional.

Devido à sua importância no curto, médio e longo prazos para as pessoas envolvidas, em especial para a criança, torna-se um desafio para o profissional de saúde conduzir adequadamente esse processo, auxiliando a mãe a ter uma amamentação bem sucedida, mas sempre atento às necessidades da criança, da mãe e da família.

É da nossa percepção que as conclusões aqui apresentadas podem contribuir para a evolução da ciência e da nossa prática profissional.

O aleitamento materno é, como vimos, muito importante quer para a mãe, quer para o seu filho e as pequenas dificuldades que por vezes surgem podem em muitos casos ser ultrapassadas com estratégias simples.

Esperamos que cada vez mais sejam criadas as condições para que um maior número de mães consigam o objectivo de alimentar o seu filho até aos 6 meses de vida com aleitamento materno exclusivo e prolonga-lo enquanto possível.



## **Limitações do Estudo**

Apesar deste estudo estar incluído numa investigação alargada da Escola Superior de Saúde de Viseu – IPV, e daí a sua importância, utilizamos este momento final para fazer referência a algumas limitações do trabalho bem como propor algumas sugestões que poderão contribuir para trabalhos futuros.

Uma das limitações do nosso estudo, é o facto de termos trabalhado com uma amostra de conveniência e os resultados, dependem da honestidade e sinceridade das inqueridas, isto é, as suas respostas são habitualmente dirigidas mais a condutas desejáveis e não tanto às que na realidade acontecem (Duarte, 2008).

A limitação temporal para a elaboração desta dissertação também dificulta um maior e melhor aprofundamento e abrangência do estudo e a limitação espaço-geográfica que pode ser condicionante ou impeditiva de uma generalização do estudo.

Referimos, ainda, a dimensão da amostra (N=235) e as suas especificidades, exigindo da nossa parte, o cuidado relativamente à interpretação dos resultados e nas conclusões a extrair.

Outra limitação deve-se ao facto de o nosso estudo ser transversal edescritivo/analítico, uma vez que carece por esse motivo de um controlo experimental das variáveis independentes.

Assim, pensamos que fora do alcance desta dissertação poderemos levar a cabo uma análise mais aprofundada desta temática e relacioná-la com outras variáveis.

Contudo, podemos afirmar convictamente que a reflexão, discussão e análise feitas contribuíram para o melhoramento do nosso conhecimento acerca da motivação para o aleitamento materno e para o afeto materno. Esperamos que os nossos resultados possam ser integrados num perfil de enfermeiros direccionado para a melhoria das atitudes face ao ensinamento dos benefícios do aleitamento materno para as mães e para os filhos.



## BIBLIOGRAFIA

- Almeida, A., Jesus, A.; Lima, T., Araújo, F., M. Araújo, T., M. (2012). Fatores de risco maternos para prematuridade numa maternidade pública de Imperatriz. *Revista Gaúcha Enfermagem.*, Porto Alegre (RS). jun;33(2):86-94.
- Aarts C, Hörnell A, Kylberg E, Hofvander Y, Gebre-Medhin M. (1999). Breastfeeding patterns in relation to thumb sucking and pacifier use. *Pediatrics*. Oct;104(4):e50.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Barbosa, F. A., Machado, L. d., Souza, L. V., & Scorsolini-Comin, F. (Dezembro de 2010). Significados do cuidado materno em mães de crianças pequenas. *Periodicos eletrônicos em psicologia - Barbaroi*, pp. 28-49.
- Baptista Henrique Gerson; Gonçalves de Andrade Adriano Herbert H. K; Giol. Ruiz Suely (2009). Factores associados à duração do aleitamento materno em crianças – *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(3):596-604, mar.
- Bee, H. (1996). *A Criança em Desenvolvimento*. (7ªed.) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Berras, J. (2002). *A Psicologia do Desenvolvimento Humano*. Epigénese e Desenvolvimento: Instituto Piaget.
- Bleichmar, N.M. & Bleichmar, C.L. (1992). *A Psicanálise depois e Freud – Teoria e Clínica*. São Paulo: Artmed Editora.
- Bowlby, J. (1976). *As Ligações Infantis*. Lisboa: Livraria Bertrand.
- Bowlby, J. (1990). *Formação e Rompimento dos Laços Afectivos*. (2ªed.). São Paulo: Martins Fontes.

- Bowlby, J.(1981). *Cuidados Maternos e Saúde Mental*. (1ªed.). São Paulo Martins Fontes.
- Bowlby, J.(1993). *Separação, Angústia e Raiva – Volume II da Trilogia*. (2ªed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Braconnier, A. (2000). *Psicologia Dinâmica e Psicanálise*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Brazelton, T. B. (1992). *Tornar-se Família: O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T.B. & Cramer. B. (1989). *A Relação Mais Precoce – Os pais os bebés e a interação precoce*. Lisboa: Terramar.
- Caldeira, T., Moreira., P., & Pinto, E.(2007). Aleitamento materno: estudo dos factores relacionados com o seu abandono. *Revista Portuguesa Clinica Geral*, pp.85-99.
- Canavarro, M. (1999). *Relações Afectivas e Saúde Mental*. (1ªed.). Coimbra: Quarteto.
- Cardoso, C.M. (2002). *Os Caminhos da Esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Carmo, H., e Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação. Guia para a Autoaprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Cavaco, M. d. (2009). *Aleitamento Materno de Recém-nascidos pré-termo*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Chabert, C. (2000). *A Psicopatologia à Prova no Rorschach*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Chabert, C. (2002). *A Psicopatologia à prova no Rorschach*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Chabert, C. (2003). *O Rorschach na Clínica do Adulto* (1ªed.). Lisboa: Climepsi Editores.



- Chalhub, A. A. (2004). *Padrões comportamentais maternos e desenvolvimento cognitivo de pré-escolares em contexto urbano pobre*. Mestrado em Psicologia, Universidade federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
- Cohen, S. & Golse.B. (2002). *No Início da Vida Psíquica: O desenvolvimento na primeira infância*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Conferência da União Europeia, Blueprint Portuguese (2004). Protecção, promoção e suporte ao aleitamento materno na Europa: um projecto em acção; Dublin.
- Cyrułnik, B. (1995). *Sob o Signo do Afecto*. Epigénese e Desenvolvimento. Lisboa Instituto Piaget.
- Dacar, J. & D'Amato, T. (2001). *A Esquizofrenia – Investigações actuais e perspectivas*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Donath SM, Amir LH,(2003) Alspac Study Team. Relationship between prenatal infant feeding intention and initiation and duration of breastfeeding: a cohort study. *Acta Paediatr.*; 92(3):352-6.
- Doron, R. & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Duarte, J. C. (2008). *Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psico-afectivo na adolescência*. Dissertação de Doutoramento em Saúde Mental, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Fabião, C. (2007). *Narcisismo, defesas primitivas e separação*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Faleiros, F. et Al (2006) Aleitamento materno: factores de influência na sua decisão e duração. *Revista. Nutrição.*, Campinas, 19(5):623-630, set./out., 2006.
- Faleiros, F. T., Trezza, E. M., & Carandina, L. (Outubro de 2006). Aleitamento materno: factores de influência na sua decisão e duração. *Revista de Nutrição*, pp. 623-630.

- Figueiredo, B. (2003). *Vinculação Materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé*. (3º volume, pp.525 – 529). *Psicologia Clínica y de la Salud*.
- Figueiredo, B. (2003). *Vinculação Materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé*. (3º volume, pp.525 – 529). *Psicologia Clínica y de la Salud*.
- Fortin, M., F. (2003). *O processo de investigação: Da conceção à realização* (3.ª Ed.). Loures: Lusociência.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Freud, S. (1997). *O Ego e o Id*. Rio de Janeiro: Imago Edições.
- Freed GL, Fraley JK, Schanler RJ. Attitudes of expectant fathers regarding breast-feeding. *Pediatrics*. 1992; 90(2 Pt1):224-27.
- Fugimori, E. e. (Abril/Junho de 2010). Aspectos relacionados ao estabelecimento e manutenção do aleitamento materno na perspectiva de mulheres atendidas numa unidade básica de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação.*, 14, pp. 315.
- Galvão, D. M. (2006). *Amamentação Bem Sucedida: alguns Factores determinantes*. Loures: Lusociência.
- Georgieff, N. (1995). *A Esquizofrenia*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Ghiglione, R. e Matalon, B. (1993). *O Inquérito. Teoria e Prática*. (2ª ed.). Oeiras: Celta.
- Gomes, B. (2012). Determinantes do afeto materno – *Dissertação de Mestrado em Enfermagem - Viseu: Escola Superior de Saude*.

- Gomes, B., Nelas, P., & Duarte, J. (2012). Prevalência do aleitamento materno na beira interior. In C. M. Albuquerque, *Comportamento de saúde infanto-juvenis – realidades e perspectivas* (pp. 159-172). Viseu: Escola Superior de Saúde .
- Graça, L. C. (2010). *Contributos da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno*. Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa. *gravidez e da maternidade* (pp. 74-104). Coimbra: Quarteto.
- Guedeney, N. & Guedeney, A. (2004). *A Vinculação – Conceitos e aplicações*. (1ªed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Hammer LD, Bryson S, Agras S.(1999) Development of feeding practices during the first 5 years of life. *Arch Pediatr Adolesc Med.* ; 153(2):189-94
- Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1997). *Compêndio de Psiquiatria – Ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. (7ªed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1998). *Manual de Psiquiatria Clínica*. (2ªed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kaplan, H. I. & Sadock, B.J. (1984). *Compêndio de Psiquiatria Dinâmica*. (3ªed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kilpp, D. S. (2008). *Aleitamento Materno: percepção das puerperas*. CENTRO UNIVERSITÁRIO FEEVALE, Instituto de Ciências da Saúde, Centro de Nutrição, Novo Hamburgo.
- Klein, M. (1969). *La Psychanalyse des Enfants*. Paris: PUF.
- Klein, M. (1996). *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945)* (1ªed.). Rio de Janeiro.
- Kraepelin., E. (2004). *A Demência Precoce*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Kummer S., C., et al. (2000). Padrão de aleitamento materno. *Revista Saúde Pública*; 34(2):143-8 [www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp).

- Lana, Adolfo (2001) *O Livro de estímulo à amamentação: uma visão biológica, fisiológica, psicológica e comportamental da amamentação*. Editora Atheneu, São Paulo.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1970). *Vocabulário da Psicanálise* (6ªed.). Lisboa: Moraes Editores.
- Leal, I. (2000). *Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio*. (2ªed.). Lisboa Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Lima, M. J. (2010). *Aleitamento materno prevalência e duração na área do centro de saúde de belmonte*. Dissertação para a obtenção do grau de mestre em medicina, Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências da Saúde, Covilhã.
- Littman H, Mebendorp SV, Goldfarb J.(1994) The decision to breastfeed: the importance of father's approval. *Clin Pediatr.* ; 33(4):214-9.
- Maia, M. J. (2007). *O Papel do enfermeiro num estudo de adesão ao aleitamento materno*.Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar , Porto.
- Maroco J. e Bispo, R. (2003). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Manuais Universitários. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Marques, M.E. (2001). *A Psicologia Clínica e o Rorschach* (2ªed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Martins, C. F. (2012). *Impacto da dade materna na relação que a mãe estabelece com o seu bebé*. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia - Secção de Psicologia Clínica e da Saúde – Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica, Lisboa.
- Matos, R. (2001). *Vinculação na Criança, Adolescente e Adulto: Uma abordagem desenvolvimental*.(pp.5-6). Cadernos Interdisciplinares: Instituto Piaget.
- Mcwilliams, N. (2005). *Diagnóstico Psicanalítico*. Lisboa: Climepsi Editores.

Mendes da Graça, L. (2005). *Medicina Materno-Fetal* (3ª ed.). Lisboa: Lidel, Edições

Mendes, I. M. (2002). *Ligação Materno-Fetal*. Coimbra : Quarteto.

Ménéchal, J. (2002). *Introdução à psicopatologia* (2ªed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Montagner, H. (1993). *A Vinculação – A aurora da ternura*. Epigénese e Desenvolvimento. Lisboa: Instituto Piaget.

Nelas et al. (2008). Motivação para a amamentação: construção de um instrumento de medida *Revista Referência* - II - n.º6.

Nelas, P. A., Ferreira, M., & Duarte, J. C. (Junho de 2008). Motivação para a Amamentação: construção de um instrumento de medida. *Revista Referência*, pp. 39-56.

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, *Stress e bem-estar* (pp. 59-85). Lisboa: Climepsi.

Pedincharia, J. L. (1999). *Introdução à Psicologia Clínica*. (1ªed.). Lisboa Climepsi Editores.

Pedro, J. (1985). *A Relação Mãe Filho: influência do contacto precoce no comportamento da díade*. Imprensa Nacional: Casa da Moeda.

Pereira, A. (2007). Amamentação na 1ª Hora de vida Salva 1 milhão de bebés: Semana Mundial Do Aleitamento Materno 2007.

Pestana, M., H. e Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*. 4ªed. Lisboa: Edições Sílabo. ISBN: 972-618-391-X

Sá, E. (2003). *Patologia Borderline e Psicose na Clínica Infantil*. (1ªed.). Lisboa: ISPA.

- Sampieri, H. R.; Fernández C., C. e Baptista L., P. (1997). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Sampieri, R. H. (2003). *Metodologia de la investigacion*. México: Interamerica.
- Santiago LB, Bettiol H, Barbieri MA, Gutierrez MRP, Del Ciampo LA (2003). Incentivo ao aleitamento materno: a importância do pediatra com treinamento específico. *J Pediatr.* ;79(6):504-12.
- Santos, A. (24 de Março de 2011). A importancia do contacto pele a pele precoce entre mãe e bebé. *Centro Hospitalar Barlavento Algarvio*.
- Saúde, M. d. (2002). *Ganhos de saúde em Portugal: ponto da situação*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Schaffer, R. (1979). *Saber Ser Mãe* (1ªed.). Lisboa: Moraes.
- Schmidt, E. B., & Argimon, I. I. (Maio - Agosto de 2009). Vinculação da gestante e apego materno fetal. *Paideia*, pp. 211-220.
- Silva, A. C. (2011). *Vivências da maternidade expectativas e satisfação das mães no parto*. Dissertação de mestrado na área científica de Psicologia do Desenvolvimento, Universidade de Coimbra, Faculdade de ciências e educação.
- Silva, D. (1998). *Do sistema integrativo de Rorschach (SIR) de Exner*. Coimbra: FPCE.
- Simões, S. C. (2011). *Influência dos estilos educativos parentais na qualidade de vinculação em crianças em idade escolar em diferentes tipos de família*. Tese de Doutoramento, Universidade do Porto , Instituto de Ciências Bioédicas Abel Salazar , Porto.
- Soares, I. (1996). *Representação da Vinculação na Idade Adulta e na Adolescência*. (1ªed.). Braga: Instituto de Educação e Psicologia.
- Soares, I. (2001). Vinculação e Cuidados Maternos. In M. C. Canavarro, *Psicologia da Saúde*.

- Spitz, R. (1991). *O Primeiro Ano de Vida*. (6ªed.). Brasil Martins Fontes.
- Stern, D. (1992). *Bebé – Mãe: Primeira relação humana*. (1ªed.). Lisboa Moraes.
- Takushi, S. A., Tanaka, A. C., Gallo, P. R., & Machado, M. A. ( set./out. de 2008).  
Motivação de gestantes para o aleitamento materno. *Revista Nutrição*, pp. 491-502.
- Thaís Alves Matos, M. S. (9 de Novembro de 2010). Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, pp. 998-1004.
- Torre, M. J. (2004). Los Diez Pasos de la OMS e UNICEF para favorecer la lactanciamaterna. Aplicación y evidencia científica de su eficacia. In C. d. Pediatría, *Lactancia Materna: guía para profesionales* (pp. 117-140). Madrid: Ergon.
- Vayer, P. & Roncin, C. (1994). *Psicologia Actual e Desenvolvimento da Criança*. Epigénese e Desenvolvimento. Lisboa: Instituto Piaget.
- Vieira et al. (2004). Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana. *Revista Brasileira de Saúde materna Infantil*. V.4, Nº2, Jun. 2004. Disponível em [www.scielo.br](http://www.scielo.br) em maio de 2014.
- Veríssimo, M. (1995). *Estilos de Comunicação da Criança*. (XVIII – pp. 145-146). Análise Psicológica.
- Vermeulen, R. (1992). *O Desenvolvimento Psicológico da Criança*. (1ªed.). Bruxelas: Edição Asa.
- Victora CG, Behague DP, Barros FC, Olinto MT, Weiderpass E. (1997). Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics*. Mar;99(3):445–453.
- Winnicott, D.W. (1983). *O Ambiente e os Processos de Maturação – Estudos sobre a Teoria do Desenvolvimento Emocional*. São Paulo: Artmed Editora.

Winnicott, D.W. (1993). *A Família e o Desenvolvimento Individual*. (1ªed.). São Paulo: Martins Fontes.

Zipursky, R. B. & Ósculo, S.C. (2003). *As Fases Iniciais da Esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi Editores.




---

## **ANEXOS / APÊNDICES**

Anexo 1. Autorização para aplicar os questionários.

✓ *Exmos. Director e Superintendente Chefe / Coordenadores do D. C. H. de Vila Verde para informarem.*  
*10/12/20*



Rua D. João Cristóvão Gomes da Almeida, nº107  
 3505-649 VISEU  
 Tel: 232 419 100  
 Telex: 981 011 935  
 Fax: 232 419 345  
 Escola Superior de Saúde de Viseu  
 06/01/2011  
 PROC. 70 NR. 12

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior  
 Instituto Politécnico de Viseu  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**

**Autorização**  
**INTERIORES**  
*15/01/20*

Exmo. Senhor  
 Presidente do Conselho de Administração  
 Hospital de São Tadiónio, EPE - Viseu  
 Av. Rei D. Duarte  
 3504-509 Viseu

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:	Ofício nº:	Data:
Processo:		1656	06/12/2010
		70	

**Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR A COLHEITA DE DADOS**

No âmbito da unidade curricular – Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e um estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica (DMESIMOG) – *Mariana Célia Laurina Dias Faria*, está interessado em desenvolver um estudo subordinado ao tema **"Motivação para Amamentar: Auto-Estima, Apoio, Recursos e Suporte Social"**. Trata-se de um estudo de investigação de enorme relevância para a melhoria das condições de ordenamento e para a promoção do aleitamento materno.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª se digna autorizar a realização da colheita de dados/informação no período de Janeiro a Fevereiro de 2011.

O estudo tem como objectivo:

- Determinar a importância de alguns factores na motivação para a amamentação.

A população alvo será constituída pelas puérperas do HSTV - Viseu, que amamentam.

Em anexo, enviamos um exemplar do instrumento de recolha de dados.

Os resultados obtidos com este estudo destinam-se apenas para a realização do estudo, pelo que se garante a sua total confidencialidade.

O resultado do estudo será colocado à disposição de V. Ex.ª, caso se enquadrem com os interesses da instituição.

Mas informamos que o Prof. Paula Nolas é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone 232419100 ou fax 232428343.

Por forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes agradecemos por parte de V. Ex.ª, uma resposta com a maior brevidade que fosse possível.

Obrigado pela atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração  
 Com os melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV,  
 João Carvalho Duarte  
 (Prof. Coordenador)

*o. J.*  
*para os assinados do trabalho de investigação para os próximos dias*  
*01/01/11*

2490  
 10.12.2010  
 05/01/2011  
 05/01/2011

Site: <http://www.essv.ipv.pt> | Email: [geral@essv.ipv.pt](mailto:geral@essv.ipv.pt) | Email: [secretaria\\_enfermagem@essv.ipv.pt](mailto:secretaria_enfermagem@essv.ipv.pt)

na resolução indiana e revista de 1988. Em 2005, após a publicação de um decreto...

## Anexo 2. Instrumento para recolha de dados.

Este questionário faz parte de um trabalho de investigação sobre **"Motivação para a amamentação"**. A sua concretização só será possível graças à sua colaboração, preenchendo o questionário. Neste sentido, pedimos-lhe que leia atentamente as perguntas que se seguem e responda a todas elas de uma forma espontânea e sincera, sempre de acordo com aquilo que faz, sente ou pensa. Não existem respostas correctas ou incorrectas, o que nos interessa é a sua opinião. O questionário é anónimo e confidencial e o seu uso restrito ao presente trabalho. Desde já agradecemos a sua colaboração e disponibilidade.

**MUITO OBRIGADA**

Este questionário faz parte de um trabalho de investigação no âmbito do aleitamento materno. A sua concretização só será possível graças à sua colaboração, preenchendo o questionário. Neste sentido, pedimos-lhe que leia atentamente as perguntas que se seguem e responda a todas elas de uma forma espontânea e sincera, sempre de acordo com aquilo que faz, sente ou pensa. Não existem respostas correctas ou incorrectas, o que nos interessa é a sua opinião. O questionário é anónimo e confidencial e o seu uso restrito ao presente trabalho. Desde já agradecemos a sua colaboração e disponibilidade.

**MUITO OBRIGADA**

**Margarida Ferreira**

#### **Dados relativos ao estudo**

**Área científica:** Enfermagem de saúde materna e obstetria

**Investigador principal:** Margarida Ferreira

**Investigador responsável:** Paula Nelas

**Ano:** 2010/2011

**Curso:** 1º curso de mestrado de saúde materna e obstetria

**Estudo:** "Motivação para amamentar: auto-estima, afecto, recursos, e suporte social"

### I PARTE

- 1- Idade materna \_\_\_\_\_ anos      Idade paterna \_\_\_\_\_ anos
- 2- Estado civil : solteira \_\_\_ casada/união de facto \_\_\_ divorciada \_\_\_ viúva \_\_\_
- 3- Nacionalidade portuguesa: sim \_\_\_ não \_\_\_ - Com quem vive \_\_\_\_\_
- 4- Escolaridade \_\_\_\_\_
- 5- Profissão \_\_\_\_\_
- 6- Situação profissional: Emp. Integral \_\_\_ Emp. Tempo parcial \_\_\_ Desempregada \_\_\_ Em Formação \_\_\_
- 7- Residência: aldeia \_\_\_ vila \_\_\_ cidade \_\_\_\_\_

### II PARTE – História da gravidez

1. Número de gestações anteriores \_\_\_\_\_ Número de partos anteriores \_\_\_\_\_
2. Gravidez planeada: sim \_\_\_ não \_\_\_ Vigilância da gravidez: sim \_\_\_ não \_\_\_ Nº de Consultas \_\_\_\_\_
3. Gravidez desejada: sim \_\_\_ não \_\_\_
4. Tipo de parto: Vaginal \_\_\_ cesareana \_\_\_
5. Parto antes do termo \_\_\_ de termo \_\_\_

(Responda à III PARTE, APENAS se já teve uma experiência anterior de amamentar)

### III PARTE – História do aleitamento anterior

1. Se já tem filhos, estes foram amamentados: Sim \_\_\_ Não \_\_\_
2. Se sim, durante quanto tempo \_\_\_\_\_ (meses)
3. A experiência anterior de amamentar foi: Agradável \_\_\_ Desagradável \_\_\_
4. Se foi desagradável, refira o motivo:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. A quem pediu ajuda? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### IV PARTE – História do aleitamento actual

1. Na primeira hora após o nascimento, teve contacto pele a pele com o seu bebé: sim \_\_\_ não \_\_\_
2. Quanto tempo levou até iniciar o aleitamento do seu filho após o nascimento \_\_\_ (minutos)
3. Estipula horário certo de dar de mamar ao seu bebé: sim \_\_\_ não \_\_\_
4. Introduziu chupeta: sim \_\_\_ não \_\_\_
5. Alguma vez consultou grupos de apoio à amamentação: sim \_\_\_ não \_\_\_
6. Quais as principais dificuldades que sentiu durante o internamento com a amamentação:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. A quem recorreu para as resolver:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sente-se motivada para amamentar?

1. Nada Motivada	2 - Pouco Motivada	3- razoavelmente motivada	4 Motivada	5. Muito/Muito Motivada

### V PARTE – ESCALA DE MOTIVAÇÃO PARA AMAMENTAÇÃO

(Nelas, Ferreira e Duarte 2008)

Abaixo encontram-se algumas afirmações relacionadas com a motivação para amamentação. Por favor, indique em que medida **não concorda** ou **concorda** com cada uma delas, marcando a quadrícula correspondente com uma cruz.

**Atenção:** Não tenha receio de expressar a sua verdadeira opinião. As respostas serão mantidas em absoluto anonimato.

Escala:

- 1-Não concordo
- 2-Concordo pouco
- 3-Concordo moderadamente
- 4-Concordo muito
- 5-Concordo muitíssimo

		1	2	3	4	5
1	Durante a gravidez pensei amamentar.					
2	O dar a mama ajuda o corpo a retomar as formas normais.					
3	Durante a gravidez conversei com o pai sobre a criança e o aleitamento materno.					
4	Irei amamentar o meu filho apesar de alguns sacrifícios.					
5	Durante a gravidez o pai acompanha-me nas consultas pré-natais.					
6	Sinto que vou proteger o meu filho por o amamentar.					
7	Enquanto o meu bebé mamar sentir-me-ei plenamente feliz.					
8	Sei o que é o colostro.					
9	Ao dar de mamar há estimulação da produção de leite.					
10	Ao dar de mamar diminui o risco de hemorragia pós-parto.					
11	Enquanto amamentar irei sentir-me mais próxima do meu filho.					
12	Sinto que viverei a maternidade em pleno, por amamentar.					
13	Tem-me sido dada informação suficiente pelos técnicos de saúde acerca do aleitamento materno.					
14	Sempre que tenho dúvidas sei que posso recorrer aos técnicos de saúde.					
15	Penso que o meu bebé será o mais bonito do mundo.					
16	O meu leite vai proporcionar ao bebé água em quantidade suficiente.					
17	Por amamentar, o meu bebé irá ter digestões mais fáceis.					
18	O meu leite vai fornecer mais nutrientes ao meu bebé, que os leites artificiais.					
19	O facto de amamentar, vai proteger a mim e ao bebé de algumas doenças.					
20	Os bebés amamentados vão apresentar um melhor desenvolvimento.					
21	Ao amamentar o bebé irei contribuir para o bem-estar da minha família.					
22	Se ocorrer alguma situação que me impeça de amamentar conheço outras alternativas.					

## INVENTÁRIO DE AUTO-ESTIMA MATERNA

(Shea e Ironick, 1992) (Versão adaptada de Garcia Galvão D., 2000)

Classifique cada afirmação de acordo com a legenda.

**Legenda:**

- 1 - Completamente falsa
- 2 - Parcialmente falsa
- 3 - Indecisa
- 4 - Parcialmente verdadeira
- 5 - Completamente verdadeira

	1	2	3	4	5
1 - O meu bebé é muito frágil, por isso preocupa-me que possa ser desajeitada com ele/ela.					
2 - Estou desapontada com o sexo do meu bebé.					
3 - Sinto-me segura por poder satisfazer as necessidades físicas do meu bebé.					
4 - Considero que o trabalho de parto e parto foram das experiências mais agradáveis que tive.					
5 - Penso que serei uma boa mãe.					
6 - Estou certa que terei uma relação próxima e calorosa com o bebé.					
7 - Não confio muito na minha capacidade para ajudar o meu bebé a aprender coisas novas.					
8 - Fiquei muito feliz quando vi pela primeira vez o meu bebé.					
9 - A experiência de ter um bebé deu-me mais prazer do que actualmente tê-lo.					
10 - Tenho fortes dúvidas de que o meu bebé se venha a desenvolver normalmente.					
11 - Acho o meu bebé muito bonito.					
12 - Senti-me extremamente contente quando soube que estava grávida.					
13 - Achei a experiência do trabalho de parto assustadora e muito desagradável.					
14 - Pensar em segurar e abraçar o meu bebé é para mim muito agradável.					
15 - Quando soube que estava grávida tive sentimentos confusos sobre o que era ter um bebé.					
16 - Preocupa-me, com frequência, o facto de poder esquecer de qualquer coisa e que, por isso, algo de mau possa vir a acontecer ao meu bebé.					
17 - Quando vi pela primeira vez o meu bebé fiquei desapontada.					
18 - Estou segura de que conseguirei resolver qualquer problema normal que possa ter com o meu bebé.					
19 - Preocupa-me vir a ter problemas em perceber aquilo que o meu bebé necessita.					
20 - Sinto que não tenho facilidade em lidar com bebés pequenos.					
21 - Enquanto estive grávida esperei ansiosamente o nascimento do meu bebé.					
22 - Preocupa-me se o meu bebé irá gostar de mim.					
23 - Sinto-me competente por ser capaz de alimentar o meu bebé.					
24 - Espero não me importar de ficar em casa a cuidar do meu bebé.					
25 - Considero a experiência do parto muito excitante.					
26 - Preciso de mais tempo para me adaptar ao meu bebé.					
27 - Preocupa-me se o meu bebé se irá desenvolver normalmente.					
28 - Durante a gravidez tive cuidado comigo.					
29 - Duvido que o meu bebé possa gostar de mim da maneira como sou.					
30 - Pensar em tudo o que tenho para fazer como mãe deixa-me deprimida.					
31 - Preocupa-me não saber o que fazer se o meu bebé adoecer.					
32 - É difícil para mim saber o que o meu bebé quer.					
33 - Achei as experiências do trabalho de parto e parto como as melhores da minha vida.					
34 - Penso que gostarei mais do meu bebé quando ele/ela for mais velho(a) e tiver personalidade própria.					
35 - Tenho medo de vir a ser desajeitada quando pegar no meu bebé.					
36 - Estou desejoso de amamentar o meu bebé.					

37 – Sinto que tenho muito amor para dar ao meu bebé.					
38 – Sinto-me segura porque acho que serei capaz de ensinar coisas novas ao meu bebé.					
39 – Estou segura de que o meu bebé vai ser forte e saudável.					
40 – Arrei o trabalho de parto assustador.					
41 – Estou preocupada se o meu bebé se desenvolve normalmente.					
42 – Tenho grandes expectativas sobre como será o meu bebé.					
43 – Senti-me emocionalmente preparada para o nascimento do meu bebé.					
44 – Sinto que farei um bom trabalho lidando com o meu bebé.					
45 – Sei o suficiente para poder ensinar ao meu bebé muitas coisas que ele/ela terá que aprender.					
46 – Preocupo-me se serei capaz de satisfazer as necessidades emocionais do meu bebé.					
47 – Estou certa de que o meu bebé irá gostar muito de mim.					

### INVENTÁRIO DO AFECTO MATERNO

(Mary E. Muller, 1994). [Versão portuguesa de Garcia Galvão D., 2000]

As frases que se seguem descrevem opiniões, sentimentos e situações que as mães experienciam. Assinale com uma cruz a afirmação que melhor se adequa a si.

**Legenda:**

- 1 - Quase sempre
- 2 - Muitas vezes
- 3 - Às vezes
- 4 - Quase nunca

Itens	1	2	3	4
1 – Sinto amor pelo meu bebé.				
2 – Sinto-me bem e feliz com o meu bebé.				
3 – Quero passar momentos especiais com o meu bebé.				
4 – Mal posso esperar para estar com o meu bebé.				
5 – O simples facto de ver o meu bebé faz-me sentir bem				
6 – Sei que o meu bebé precisa de mim.				
7 – O meu bebé é giro.				
8 – Estou contente por este bebé ser meu.				
9 – Sinto-me especial quando o meu bebé sorri.				
10 – Gosto de olhar nos olhos do meu bebé.				
11 – Gosto de pegar no meu bebé ao colo.				
12 – Observo o meu bebé quando dorme.				
13 – Quero o meu bebé junto de mim.				
14 – Falo aos outros acerca do meu bebé.				
15 – É divertido estar com o meu bebé.				
16 – Gosto quando o meu bebé troca carinhos comigo.				
17 – Tenho orgulho do meu bebé.				
18 – Gosto de ver o meu bebé fazer coisas novas.				
19 – Os meus pensamentos estão cheios com o meu bebé.				
20 – Conheço a personalidade do meu bebé.				
21 – Quero que o meu bebé confie em mim.				
22 – Sei que sou importante para o meu bebé.				
23 – Compreendo os sinais do meu bebé.				
24 – Dou especial atenção ao meu bebé.				
25 – Conforto o meu bebé quando ele/ela chora.				
26 – Amar o meu bebé é fácil				



## RECURSOS FAMILIARES

(D. H. Olson, A. S. Larsen, H. I. McCubbin, 1982)

(Versão Portuguesa de A. Vaz Serra, H. Firmino, C. Ramalheira, M. C. Sousa Canavarro, 1990)

Por favor, classifique as seguintes frases de acordo com o que se passa na sua família:

	Discordo muito	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo muito
1 – Podemos exprimir abertamente os nossos sentimentos					
2 – Temos tendência a sentirmo-nos preocupados com muitas coisas					
3 – Temos, na verdade, muita confiança uns nos outros					
4 – Os nossos problemas são sempre os mesmos					
5 – Há lealdade para com a família por parte de todos os membros					
6 – Parece-nos sempre difícil realizar aquilo que queremos fazer					
7 – Somos críticos uns para os outros					
8 – Como família compartilhamos os mesmos valores e crenças					
9 – As coisas correm bem para nós, como família					
10 – Os membros da família respeitam-se uns aos outros					
11 – Há muitos conflitos na nossa família					
12 – Temos orgulho na nossa família					

## ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL/FAMILIAR (Pais Ribeiro, 1999)

Assinale a afirmação que melhor qualifica a sua forma de pensar.

### Legenda:

- 1 - Concordo Totalmente
- 2 - Concordo na maior parte
- 3 - Não concordo nem discordo
- 4 - Discordo na maior parte
- 5 - Discordo Totalmente

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

