

IPV - ESSV | 2012

Determinantes do Afecto Materno

Bruno Gomes



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Bruno Sérgio Ezequiel Gomes

Determinantes do Afecto Materno

Novembro de 2012



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Bruno Sérgio Ezequiel Gomes

## DETERMINANTES DO AFECTO MATERNO

### **Tese de Mestrado**

Enfermagem Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia

Trabalho efectuado sob a orientação de  
Professora Doutora Paula Nelas e Professor Doutor João Duarte



Novembro de 2012



## **PENSAMENTO**

---

"A Natureza e a afectividade interagem entre si de forma imperceptível,  
num dueto que acompanha o desenvolvimento."

*(Greenspan e Brazelton)*



## **AGRADECIMENTO**

---

À Professora Doutora Paula Nelas e ao Professor Doutor João Duarte por toda a colaboração incansável, motivação e disponibilidade sempre demonstrada;

À Professora Doutora Manuela Ferreira por toda a colaboração e disponibilidade, como Coordenadora do Curso;

Às mães que se disponibilizaram para preencher o questionário;



## RESUMO

**Enquadramento:** O afecto materno é 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 activamente.

**Objectivos:** Determinar se as variáveis sociodemográficas têm impacto no afecto materno; Avaliar a influência das variáveis obstétricas no afecto materno; Verificar o impacto que o aleitamento materno tem no afecto materno; Verificar se o contacto pele a pele na 1ª hora de vida e a alojamento conjunto influenciam o afecto materno.

**Métodos:** Estudo de natureza quantitativa, transversal, de carácter descritivo-correlacional e explicativo, sendo a amostra não probabilística por conveniência (n=312). A recolha de dados efectuou-se através de um questionário, que se divide em duas partes. A primeira faz a caracterização sociodemográfica, obstétrica, do aleitamento materno e variáveis da díada. A segunda inclui o inventário de afecto materno e a escala de atitudes maternas face à amamentação. Este instrumento de colheita de dados foi aplicado às mães na consulta de saúde infantil dos 2 anos de idade.

**Resultados:** Verificou-se que a escolaridade materna ( $p=0,010$ ), a escolaridade paterna ( $p=0,006$ ) a experiência anterior de amamentação ( $p=0,025$ ) a introdução da chupeta ( $p=0,035$ ) e o comportamento (componente das atitudes face a amamentação  $p=0,006$ ) tem poder explicativo sobre o afecto materno sendo que só este último apresentou poder preditivo.

**Conclusão:** Os profissionais de saúde devem potenciar o processo pelo qual as mães se ligam ao bebé, respeitarem os caminhos que conduzem ao envolvimento emocional e aumentam os ganhos em saúde.

**Palavras-chave:** Afecto materno; Relação mãe-filho; determinantes



## ABSTRAT

**Introduction:** The maternal affection is an emotional one, specific and durable, which is established in a gradual manner, from the first contact between mother and baby, resulting in a process of mutual adaptation, in which the mother and baby, participate actively.

**Objectives:** Determine whether sociodemographic variables have an impact on maternal affection; evaluate the influence of obstetric variables in affection breast; verify the impact that breastfeeding has in affect breast; Check if the contact skin to skin in the 1st hour of birth and rooming influence maternal affection.

**Methods:** Study of quantitative, cross-sectional and correlational descriptive character-explanatory, being a non-probabilistic sample of convenience ( $n = 312$ ). Data collection was carried out through a questionnaire, which is divided into two parts. The first makes characterization socio-demographic, obstetric, and breastfeeding dyad variables. The second includes the inventory of maternal affection and scale of attitudes to breastfeeding mother's face. This data collection instrument was administered to the mother's health consultation in child 2 years of age.

**Results:** It was found that maternal education ( $p = 0.010$ ), paternal education ( $p = 0.006$ ) previous experience of breastfeeding ( $p = 0.025$ ) the introduction of a pacifier ( $p = 0.035$ ) and behavior (component of attitudes towards breastfeeding  $p = 0.006$ ) has explanatory power on maternal affection being that only the latter showed predictive power.

**Conclusion:** Health professionals should enhance the process by which mothers bind to the baby, respect the paths that lead to emotional involvement and increase health gains.

**Key words:** Maternal affection; mother-child relationship; determinants



# ÍNDICE

<b>ÍNDICE QUADROS</b> .....	<b>13</b>
<b>ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS</b> .....	<b>15</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>197</b>
<b>2 AFECTO MATERNO NO PROCESSO DE VINCULAÇÃO</b> .....	<b>275</b>
2.1 IMPACTO DAS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS.....	32
2.2 IMPACTO DAS VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS .....	34
2.3 IMPACTO DAS VARIÁVEIS DE ALEITAMENTO .....	36
2.4 IMPACTO DAS VARIÁVEIS RELATIVA A INTERAÇÃO DA DÍADE.....	38
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>453</b>
3.1 MÉTODOS .....	45
3.2 PARTICIPANTES .....	48
3.2.1 <i>Caracterização sociodemográfica da amostra</i> .....	49
3.3 INSTRUMENTOS .....	52
3.4 PROCEDIMENTOS .....	60
3.5 ANÁLISE DE DADOS .....	61
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>653</b>
4.1 ANÁLISE DESCRITIVA .....	65
4.2 ANÁLISE INFERENCIAL.....	79
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	<b>897</b>
5.1 DISCUSSÃO METODOLÓGICA .....	89
5.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	91
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	<b>1053</b>
<b>7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>1131</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>117</b>
<b>ANEXO I – QUESTIONÁRIO</b>	<b>121</b>



## ÍNDICE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição das participantes segundo variáveis sócio-demográficas .....	51
Quadro 2 - Consistência interna do IAM .....	55
Quadro 3 - Teste de Fiabilidade de Split alfa para o IAM .....	55
Quadro 4 - Consistência interna da primeira parte da escala de atitudes face à amamentação .....	58
Quadro 5 - Teste de Fiabilidade de Split alf da primeira parte da escala de atitudes face à amamentação .....	58
Quadro 6 - Consistência interna da segunda parte da escala de atitudes face à amamentação .....	59
Quadro 7 - Teste de Fiabilidade de Split alfa da segunda parte da escala de atitudes face à amamentação .....	59
Quadro 8 - Consistência interna da terceira, quarta e quinta parte da escala de atitudes face à amamentação .....	60
Quadro 9 - Distribuição paterna segundo as variáveis sócio-demográficas .....	66
Quadro 10 – Estatísticas relativas ao número partos anteriores por grupo etário .....	67
Quadro 11 - Distribuição das participantes segundo as variáveis obstétricas .....	68
Quadro 12 – Distribuição das participantes segundo variáveis do aleitamento materno anterior.....	69
Quadro 13 - Distribuição das participantes segundo aleitamento materno actual .....	71
Quadro 14 – Estatística descritiva relativa às atitudes maternas face à amamentação.....	72
Quadro 15 - Distribuição participantes segundo a sua atitude face à amamentação .....	72
Quadro 16 - Distribuição das participantes segundo a interação da díade.....	72
Quadro 17 – Estatística descritiva do afecto materno .....	73
Quadro 18 - Distribuição das participantes segundo o afecto materno .....	73

Quadro 19 - Distribuição das participantes segundo variáveis sócio-demográficas por grupos de afecto materno .....	74
Quadro 20 - Distribuição paterna segundo variáveis sócio-demográficas por grupos de afecto materno .....	75
Quadro 21 - Distribuição das participantes segundo as variáveis obstétricas por grupos de afecto materno .....	76
Quadro 22 – Matriz de correlações .....	76
Quadro 23 – Distribuição das participantes segundo variáveis do aleitamento materno anterior por grupos de afecto materno .....	77
Quadro 24 - Distribuição das participantes segundo variáveis do aleitamento materno actual por grupos de afecto materno .....	78
.Quadro 25 - Distribuição das participantes segundo variáveis de interação da díade por grupos de afecto materno .....	79
Quadro 26 - Teste de Mann-Whitney entre o afecto materno e variáveis sócio-demográficas .....	80
Quadro 27 – Teste de Kruskal-Wallis entre o afecto materno e variáveis sócio-demográficas .....	81
Quadro 28 - Teste de Kruskal-Wallis entre o afecto materno e número de partos anteriores .....	81
Quadro 29 - Teste de Mann-Whitney entre o afecto materno e variáveis obstétricas .....	82
Quadro 30 - Teste de Mann-Whitney entre o afecto materno e variáveis do aleitamento materno.....	82
Quadro 31 - Teste de Kruskal-Wallis entre o afecto materno e variáveis do aleitamento materno.....	83
Quadro 32 - Teste de Mann-Whitney entre o afecto materno e variáveis da díade .....	84
Quadro 33 - Correlação de Pearson para variáveis independentes.....	85
Quadro 34 - Regressão múltipla para variável afecto materno e variáveis independentes .	85

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IAM – Inventario de Afecto Materno

UE – União Europeia

Md – mediana

Max. - Máximo

Min. - Mínimo

m – minutos

Nº - Número

OM – Ordenações Médias

res. – resíduos



---

## INTRODUÇÃO



## 1 INTRODUÇÃO

As transformações sociais e tecnológicas que aconteceram nos últimos anos obrigaram a importantes modificações na interação dos progenitores para com os bebés, tendo estas repercussões sobre a qualidade da relação emocional e dos cuidados parentais. O afecto materno é 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 activamente.

Existe uma discussão, no seio das ciências sociais sobre o papel que os aspectos socioeconómicos, obstétricos e psicológicos têm na interação da díade, em particular nos aspectos do comportamento da mãe, procurando, desta forma, uma a melhor compreensão da temática. Baseando-se nesta discussão surge a necessidade de desenvolver estudos de caracterização de componentes maternos em contextos específicos. Assim, esta investigação pretende caracterizar o afecto materno e o impacto dos factores sociodemográficos, obstétricos, aleitamento materno e interação da díade (mãe-bebé).

Esta ideia é confirmada por Keller (1998) quando afirma que componentes de contingência e afetividade podem ser conceitualizados como aspectos universais dos comportamentos parentais, ocorrendo em diferentes contextos de diversas formas e, além disso, variam não somente entre culturas, mas também interindividualmente (Chalhub, 2004). Existe uma importante variabilidade no modo em como, e no momento em que, as mães se ligam ao bebé, estas não são linhas completamente exclusivas, são-no antes, experiências específicas de cada mulher e determinadas por várias dimensões da sua própria vida.

Partindo destes pressupostos, delineamos para o presente estudo, as seguintes questões de investigação:

- ***Qual a influência das variáveis sócio-demográficas (idade materna e paterna, estado civil, escolaridade materna e paterna, situação profissional e local de residência) no afecto materno?***

- **Que impacto têm as variáveis obstétricas (número partos anteriores, planeamento da gravidez, vigilância da gravidez, patologia na gravidez, tipo de parto, gravidez termo/prematuridade) no afecto materno?**
- **Que impacto terão as variáveis de aleitamento materno (tempo de amamentação do filho anterior, experiência anterior de amamentação, aleitamento materno actual, tempo de aleitamento materno actual e decisão de amamentar) no afecto materno?**
- **Qual a influência do contacto pele a pele na 1ª hora de vida e alojamento conjunto no afecto materno?**

O objectivo do estudo num projecto de investigação enuncia de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer para obter respostas às suas questões de investigação “O objectivo de um estudo é um enunciado declarativo que (...) especifica as variáveis chave, a população alvo e o contexto em estudo” (Fortin, 2009). Nesta medida, delineamos um conjunto de objectivos que procuram responder a algumas das inquietações que esta problemática nos suscita, ou seja:

- Determinar se as variáveis sociodemográficas têm impacto no afeto materno;
- Avaliar a influência das variáveis obstétricas no afecto materno.
- Verificar o impacto que o aleitamento materno tem no afecto materno.
- Verificar se o contacto pele a pele na 1ª hora de vida e a alojamento conjunto influenciam o afecto materno.

Para aprofundar conhecimentos sobre a temática abordada, optou-se por um estudo quantitativo (n=312) descritivo correlacional de corte transversal. Neste tipo de estudo “exploram-se as relações entre as variáveis com vista a circunscrever o fenómeno estudado” (Fortin, 2009) pretendendo avaliar a significância das mesmas. De acordo com Fortin (2009), o estudo transversal serve para medir a frequência de um acontecimento ou de um problema numa população num dado momento.

Este estudo encontra-se estruturado em duas partes. Na primeira parte, relativa à fundamentação teórica, procura-se delimitar o nosso problema através dos seguintes conteúdos: afecto materno no processo de vinculação. Sendo feita uma caracterização do afecto materno no processo de vinculação bem como a referência a estudos dos grupos de variáveis presentes no desenho de investigação. Na segunda parte, o estudo empírico, é abordada a metodologia utilizada que de acordo com (Fortin, 2009) “consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as actividades conducentes à realização da investigação”. Neste capítulo, conceptualiza-se o processo de

investigação empírica, as considerações metodológicas, é descrito o tipo de estudo, designadamente os procedimentos metodológicos adoptados, desde a selecção da amostra, até à sua caracterização, descrevendo o instrumentos e métodos de recolha de dados. Posteriormente é feita a apresentação e análise estatística, e a análise inferencial dos resultados.

Por fim, procedemos à discussão das opções metodológicas e dos resultados encontrados, onde se procura efectuar um confronto entre os dados obtidos com a fundamentação teórica realizada na primeira parte do trabalho.

Finalizamos com a apresentação das conclusões, nas quais é apontada a necessidade de desenvolver investigação longitudinal acompanhada com a implementação de programas de apoio estruturados e devidamente monitorizados neste domínio.

Salientamos ainda que a colheita de dados foi realizada nos centros de saúde da Covilhã, Castelo Branco Guarda e Viseu, na consulta de saúde infantil dos dois anos de idade, entre 1 de Outubro de 2010 e 30 de Maio de 2011. Como instrumento de colheita de dados utilizou-se um questionário, dividido em duas partes. A primeira, permite caracterizar a amostra e a segunda inclui as escalas Inventário do Afecto Materno (Galvão, 2000) e Atitudes Maternas face à Amamentação (Levy, 1996). Após colheita de dados, procedeu-se ao tratamento estatístico com recurso do programa SPSS v.20 e respectiva, análise e discussão dos resultados



## **PARTE I**

---

### **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



# **CAPÍTULO I**

---

## **AFECTO MATERNO NO PROCESSO DE VINCULAÇÃO**



## 2 AFECTO MATERNO NO PROCESSO DE VINCULAÇÃO

A gravidez, o nascimento e o desenvolvimento de um filho marcam o ciclo de vida desde os primórdios da humanidade. Apesar da sua centralidade, o significado e valorização destes acontecimentos tem evoluído através dos tempos, enquadrados pelo devir dos contextos socioculturais (Oliveira, Pedrosa, & Canavarro, 2005).

Realizando uma breve retrospectiva histórico-sociológica, Badinter (1985) citado por (Barbosa, Machado, Souza, & Scorsolini-Comin, 2010) refere que o amor materno como hoje o entendemos, teria surgido no fim do século XVIII, como uma espécie de “revolução das mentalidades”, por meio da qual a imagem da mãe, do seu papel e do seu comportamento mudaram radicalmente. O amor materno teria passado a assumir um novo conceito sendo um valor ao mesmo tempo natural e social, favorável à espécie e à sociedade, que promoveu uma modificação radical da imagem e do papel materno.

Os autores Oliveira, Pedrosa, & Canavarro (2005), referem que as questões marcantes da transição para a parentalidade só na segunda metade do século XX se tornaram objecto de estudo da Psicologia, Ciências da saúde e Sociologia.

De acordo com a revisão bibliográfica efectuada por Figueiredo (2003) e Silva (2011),

*Klaus e Kennell (1976) introduziram o termo “bonding” para nos falarem da relação única, específica e duradoura que se forma entre a mãe e o bebé. Segundo estes autores, esta relação estabelecer-se-ia desde que se verificam os primeiros contactos entre a mãe e o bebé, seria facilitada pela adequação do sistema hormonal da mãe e estimulada pela presença do bebé, assim como a sua formação estaria privilegiada num período sensível, localizado nos momentos imediatos ao parto.*

*Robson e Moss (1970), por sua vez, preferiram a designação “maternal attachment” para dar conta da extensão em que a mãe sente que o seu bebé ocupa uma posição essencial na sua vida. Estes autores salientam que, os primeiros momentos e os contactos iniciais entre a mãe e o bebé, são críticos para a qualidade futura dos cuidados maternos e determinantes para o desenvolvimento e bem-estar subsequentes do bebé.*

*Segundo George e Solomon (1999) o sistema de vinculação materna desenvolve-se numa interacção constante com o sistema de vinculação do bebé e tem a*

*mesma função adaptativa: proporcionar a protecção e sobrevivência do bebé (...). Assinalam a importância de estudar a vinculação materna e consideram a necessidade de examinar “as dimensões hormonais e fisiológicas envolvidas no sentido de contribuir para a compreensão das bases biológicas do comportamento materno”). Este estudo teórico (Montero e León, 2002) destina-se a dar conta das dimensões que interferem na ligação afectiva inicial da mãe ao bebé, embora se inicie com a caracterização do processo de vinculação materna, para melhor situar a questão tratada.*

Sintetizando, a ligação afectiva da mãe ao bebé tem sido descrita como um processo de adaptação mútua, que exige tanto da mãe como do bebé, e se estabelece gradualmente, a partir dos momentos iniciais, em que se dão os primeiros intercâmbios entre a mãe e o bebé, geralmente considerados muito determinantes para o relacionamento futuro na díade. No estabelecimento da vinculação interferem numerosas dimensões, de cariz biológico, psicológico e sociocultural, que dizem particularmente respeito à gravidez, ao parto e ao pós-parto imediato, e se referem à mãe, mas também ao pai e ao bebé (Figueiredo, 2003; Soares, 2001; Silva 2011).

Martins (2012) refere que o termo “vinculação” se associa a um estreita relação emocional entre duas pessoas, caracterizada pelo afecto mútuo a que Sroufe (1996) designa de “regulação diádica de emoções” e o desejo de manter a proximidade.

A maior parte dos autores refere ainda que a vinculação materna se fortalece ao longo do primeiro ano de vida, observando uma ligação muito mais forte ao bebé nos meses que se seguem ao parto, quando comparada com os valores da ligação no pós-parto imediato.

### **Transição para a Maternidade**

A maternidade é considerada por um vasto número de autores como um desempenho natural de mãe, apelando à componente biológica do comportamento humano, mas esta é também a uma construção social. A dicotomia entre o inato e o adquirido é parte integrante de ambas as visões. Para se entender o desenvolvimento e as relações sociais, os aspectos biológicos e culturais devem de ser considerados conjuntamente (Barbosa, Machado, Souza, & Scorsolini-Comin, 2010).

Stewart, Skol Healy e Chester (1986) citados por (Oliveira, Pedrosa, & Canavarro, 2005) referem que a gravidez e nascimento são consensualmente aceites como acontecimentos normativos, ou enquanto fases de desenvolvimento acompanhadas por mudanças relevantes ao nível pessoal, familiar social e mesmo profissional. A parentalidade marca não apenas o início de um novo período, mas de transformações que circunscrevem uma nova

família, sendo o nascimento de um filho também o de um pai e o de uma mãe (Barbosa, Machado, Souza, & Scorsolini-Comin, 2010).

Nesse sentido, os cuidados parentais têm sido colocados como factores importantes para se pensar tanto o 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 em um lar bem estruturado, no qual encontra conforto e proteção, consegue desenvolver um sentimento de segurança e confiança em si mesma e em relação àqueles que convivem com ela.

Bowlby, considera que o relacionamento afetivo do bebé com a mãe ou com o pai é fundamental para que todos encontrem prazer e satisfação. Sendo assim, pai-mãe-bebé precisam sentir-se profundamente identificados uns com os outros, sendo necessário que a mãe e o pai sintam que a sua personalidade se expande para o filho, interferindo na personalidade do bebé assim como na própria. Essa relação é fundamental para a saúde mental da tríade, e principalmente do bebé, nos primeiros dias de vida (Bowlby, 1989; Alexandre; Vieira, 2009 citado por Barbosa, Machado, Souza, & Scorsolini-Comin, 2010).

A individualidade é uma das características da transição para a maternidade, sendo influenciada pelo grau de mudança na vida diária e por experiências anteriores. A satisfação e a confiança parecem estar ligadas a sentimentos de partilha das preocupações com os cuidados e a solidariedade entre os parceiros, bem como apoio e orientação da rede social. No decurso do primeiro ano, a par da satisfação e confiança, coexiste a tensão e conflitos conjugais, sendo que o cansaço interfere com o sucesso na adaptação ao papel (Nystrom e Ohrling, 2004 citado por Graça, 2010).

A consecução do papel maternal pode ser influenciada por variáveis maternas (idade, estatuto socioeconómico, percepção da experiência do nascimento, separação precoce mãe-filho, auto-estima e autoconceito, flexibilidade no ajustamento de papéis, estado de saúde, ansiedade e experiências de stress, depressão ou estados depressivos, traços de personalidade, tensão do papel, satisfação com a interação e com o desempenho de tarefas, vinculação mãe-filho, atitudes educativas); relacionadas com a criança (temperamento, estado de saúde, características da criança); familiares<sup>1</sup> (considerando os

---

<sup>1</sup> Perspectivando a família como um sistema, em que o ambiente imediato no qual ocorre a consecução do papel maternal e o microsistema, interagindo com outros sub-sistemas. Pode determinar o papel maternal em desenvolvimento, nomeadamente através das interações que se estabelecem com a família alargada, o trabalho, a creche, ou as avós, bem como outras instituições com as quais a mãe interage e os contextos de trabalho. Num âmbito mais alargado, o macrosistema está relacionado com as influências sociais, políticas e culturais, do qual são exemplo as políticas de saúde. Todos os sub-sistemas, em interação dinâmica, se influenciam mutuamente e, conseqüentemente, o desenvolvimento da criança, mãe e família (Knauth, 2001; Meighan, 2004; Mercer, 2004 citado por Graça, 2010).

subsistemas conjugal, parental e filial, bem como o desempenho dos respectivos papéis); e relacionadas com o apoio social (qualidade, extensão e satisfação com a rede de apoio social, considerando o apoio emocional, informativo, físico e de apreciação) (Graça, 2010).

O autor supra citado defende que a consecução do papel maternal se desenvolve em quatro fases:

**Antecipatória** – Inicia-se com a gravidez e inclui os ajustamentos sociais e psicológicos decorrentes desta.

**Formal** – Inicia-se com o nascimento e inclui a aprendizagem e desempenho do papel de mãe. Os comportamentos são orientados por expectativas formais dos outros sistemas sociais com os quais a mulher interage (Meighan, 2004). Caracteriza-se pelo restabelecimento físico da mulher, conhecimento/vinculação com a criança, e aprender a cuida-la, copiando o comportamento de especialistas e seguindo as suas orientações. Durante esta fase, enquanto a mãe esta a integrar a criança no seu contexto familiar e a aprender a cuida-la, a sua vinculação e atitude em relação ao bebé, e a sua confiança ou a percepção de competência materna, ou ambos, encontram-se consistentemente relacionados.

**Informal** – Inicia-se quando a mulher desenvolve formas particulares de lidar com o novo papel, usando o juízo crítico sobre os melhores cuidados a criança. Observa-se a adequação do novo papel ao estilo de vida particular, com base nas experiências de vida e expectativas futuras. É uma fase de progressiva recuperação de uma nova normalidade (Meighan, 2004; Mercer, 2004).

**Identidade Pessoal ou Materna** – Ocorre a medida que a mulher vai interiorizando o novo papel, através do sentido de harmonia, confiança, satisfação, competência e vinculação, que vai adquirindo a medida que o desempenha (Meighan, 2004). Traduz-se no cumprimento de uma nova identidade através da redefinição do “self” para incorporar a maternidade. A mãe sente-se confiante e competente no seu papel de mãe, expressa amor pelo bebé e tem prazer na interação. Os comportamentos de competência materna atingem o seu pico aos 4 meses, diminuindo significativamente aos 8 e 12 meses (Mercer, 2004; Nystrom & Ohrling, 2004).

Movendo-se para uma nova etapa de normalidade, a mulher começa a estruturar-se como mãe cuidadora para se ajustar a si, a família, e a outros contextos de vida, conforme as suas experiências passadas e os objetivos futuros. Muita da reestruturação cognitiva ocorre quando apreende os estímulos/sinais do bebé, e se ajusta a nova realidade.

O bebê é tido como um ser imaturo e dependente do outro para subsistir, incluindo também o ingresso no meio sociocultural. É a mãe ou outro adulto que irá promover a inserção deste bebê no ambiente social, facilitando a sua comunicação e interlocução em um mundo ainda estranho e cheio de novidades. Para os etólogos, as competências trazidas e desenvolvidas pelos bebês só podem ser entendidas se consideradas com relação à sua eficácia no ambiente. A díade mãe-bebê teria evoluído como um sistema interativo, sendo a mãe capaz de ser mobilizada pelas reações do bebê, em especial, por meio do componente da afetividade (Barbosa, Machado, Souza, & Scorsolini-Comin, 2010).

A importância do afecto materno assume um papel importante na relação que dá início à construção subjetiva da criança, uma vez que a voz da mãe soa como música para a criança, o olhar da mãe antecipa-se às suas necessidades, o toque da mãe proporciona-lhe sustentação física e psíquica, sendo essa mãe capaz de compreender tais necessidades e apelos (Barbosa, Machado, Souza, & Scorsolini-Comin, 2010).

### **Teoria do Apego**

A teoria do apego tem base nos estudos etológicos com primatas e considera que há uma tendência da espécie para estabelecer ligações afetivas com um outro da mesma espécie. No caso dos humanos, aparece por volta dos seis meses e possui a função biológica primordial de sobrevivência da espécie, dado que funciona no sentido de promover e manter proximidade com uma ou mais pessoas de segurança, que pode ser o cuidador primário (a mãe) ou cuidadores secundários (Bowlby, 1998 citado por Chalhub, 2004).

Apego, segundo o autor acima referido pode ser definido como um laço afetivo que uma pessoa ou animal forma entre ele mesmo e um outro específico – um laço que os vincula no espaço e resiste ao longo do tempo; pode ser definido ainda como modelo representacional interno da figura de apego. O apego representa, então, a disposição de um indivíduo de buscar proximidade e contato com uma figura específica com intenção de se manter seguro.

Pode-se dizer de acordo com os autores que a qualidade do apego da criança para os seus cuidadores exerce uma poderosa influência sobre sua disposição para explorar o ambiente, afetando o desenvolvimento da competência social, emocional e cognitiva. O apego permite que a criança descubra o mundo e aprenda sobre ele através da segurança que a proximidade da figura de apego lhe oferece (Chalhub, 2004).

Na espécie humana, estes incluem proximidade activa e comportamentos de busca de contato tais como aproximar, seguir, agarrar e comportamentos sinalizantes como sorrir, chorar e chamar (Chalhub, 2004).

O processo de desenvolvimento do apego está diretamente implicado na natureza das interações entre adulto e criança. Bowlby (1998), ao falar das condições que contribuem para variação nos padrões de apego, afirmou que tanto aspectos do comportamento da criança quanto da mãe podem influenciar o modo como os parceiros da díade respondem um ao outro. Ressalta que a participação da mãe é mais complexa, já que depende da sua história pessoal com sua família de origem, dotação inata, valores e práticas adotados da sua própria cultura (Chalhub, 2004). Por outro lado, a contingência da mãe e responsividade apropriada produz na criança um senso de controle sobre o ambiente, facilitando um apego seguro dirigido à mãe (Chalhub, 2004).

## 2.1 IMPACTO DAS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

Nos últimos anos, temos assistido a mudanças notáveis do papel da mulher em todos os aspectos relativos à sua vida, especialmente, na família e no trabalho. Para muitas pessoas, e até mesmo para a sociedade, a família sofreu uma alteração relativa, deixando de se apresentar como uma necessidade, para passar a ser vista como uma escolha/opção (Martins, 2012).

Contemporaneamente, a gravidez e a maternidade são eventos singulares que circunscrevem períodos do desenvolvimento que marcam profundamente a história de vida não apenas das gestantes e futuras mães, como também da família e da rede social constituída pelas pessoas que as acompanham.

A maneira como a gestação se inscreve no meio social repercute emocionalmente no modo como a mãe se posiciona diante do mundo e como irá se relacionar com o bebê, o pai, a sua família de origem e a família constituída a partir do nascimento do novo ser (Soifer, 1992; Barbieri, 2002; Maldonado, 2002; Pergher; Cardoso, 2008 Levy; Jonathan, 2010) citados por (Barbosa, Machado, Souza, & Scorsolini-Comin, 2010).

Os dados encontrados por autores como Blum (1980) e Murphy, Brewin e Silka, (1997) mostram que as mulheres que têm o seu primeiro filho numa idade mais tardia apresentam maior resiliência, isto é, parecem ter mais vantagens psicológicas (Martins, 2012). Uma diferença psicológica crucial entre as mulheres que são mães entre os 20 e os 30 anos e as mulheres que adiam a gravidez para depois dos 35 é encontrada no grau e processo de separação de suas mães. Consequentemente, as mulheres com

mais de 35 anos têm, muitas vezes, escolhas mais claras, definidas e maduras face à gravidez e aos cuidados a prestar ao seu filho, do que seria possível, para ela, anteriormente (Martins, 2012).

Tanto o apoio social e económico, como o emocional e o educacional parecem ser muito importantes, sendo o companheiro a pessoa de maior peso nesses diferentes tipos de apoio (Faleiros, Trezza, & Carandina, 2006, Caldeira, Moreira, & Pinto, 2007)

A idade materna avançada está associada a problemas pré, intra e pós-parto, tais como, o aborto, a concepção medicamente assistida, o parto prematuro, a diabetes durante a gestação, ao parto eutócico e às anomalias cromossómicas (Mendes da Graça, 2005).

A probabilidade de mulheres mais velhas terem uma educação superior a 12 anos é maior do que nas mulheres mais jovens, embora a magnitude desta diferença seja maior entre as mulheres múltiparas. Além disso, a tendência das primíparas com 40 anos ou mais para terem mais de 12 anos de educação é maior do que a das múltiparas da mesma idade. Da mesma forma, é mais provável que as primíparas entre os 20 e os 35 anos tenham mais de 12 anos de educação do que as múltiparas da mesma idade (Martins, 2012).

A taxa de actividade feminina em Portugal ultrapassa a média europeia, com um dos valores mais elevados da Europa Comunitária, sendo o estado membro da União Europeia (UE) onde as mães com filhos até aos 10 anos trabalham mais horas (Maia M. J., 2007). De acordo com a mesma autora a modalidade de trabalho predominante na população feminina portuguesa em relação a outras realidades europeias, é o trabalho a tempo inteiro, que atinge valores da ordem dos 80%. Saliencia-se ainda a fraca taxa de emprego feminino a tempo parcial com um valor de apenas 8,2%, quando a média da UE é de 17,2%

A grande parte dos autores considera que as mães com um estatuto socioeconómico médio ou alto estabelecem, geralmente, um ligação afectiva mais positivo do que as mães com estatuto socioeconómico baixo (Martins, 2012). De acordo com Figueiredo (2001) referenciado pelo autor supracitado diz-nos que, muito embora não sejam encontradas diferenças significativas no estabelecimento emocional das mães com estatutos socioeconómicos diferentes, as mães com um estatuto médio ou elevado providenciam ao seu bebé muito mais oportunidades de estimulação do que as mães com um estatuto menos elevado. Resultados semelhantes são encontrados, por exemplo nos estudos de Cohen e Beckwith (1976) (cit. por Figueiredo, 2001), quanto ao nível de escolaridade das mães. No entanto, mais tarde, Figueiredo et al. (2005) acrescentam ainda

que o bonding negativo, associado ao estatuto socioeconómico e educacional menos elevado, é também determinado pela pouca colaboração e dor intensa durante o parto.

O estudo realizado por Mendes (2002), na região de Coimbra, com o objectivo de estudar a ligação materno fetal possuía uma amostra de 220 mulheres, verificou que no que coserne a componente sócio demográfica as mulheres não tinham idade fora dos extremos da vida reprodutiva e com uma media de idade de 27,26 anos, escolaridade secundaria 50% e superior 35,4%. A maioria (67,2%) residia em zona urbana.

Na caracterização sociodemográfica do estudo realizado na mesma região da beira interior (n=211) foi possível observar que o grupo etário predominante era o de mães com idade compreendida entre os 19 e os 35 anos inclusive (79,6%), sendo o estado civil predominante o de casado ou em união de facto (81,5%) e na sua maioria de nacionalidade portuguesa (96,7%). As habilitações literárias da população estudada na sua maioria de formação superior 40,8% e 33,2% com formação secundária. Apesar das qualificações pode-se observar que 52,1% trabalhavam como trabalhadoras não qualificadas e no compito global da amostra 81% era empregada a tempo inteiro, residindo 46% na cidade e 37% na vila (Gomes, Nelas, & Duarte, 2012).

## 2.2 IMPACTO DAS VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS

Cada vez mais, a maternidade, tem-se tornado numa questão de escolha, como resultado desta maior liberdade de escolha, pode emergir um estado de confusão relativo à decisão a tomar (Martins, 2012). Torna-se importante desde o inicio o envolvimento materno e a participação nas decisões relativas a gestação e parto, assim como nos cuidados a prestar ao bebé logo a seguir ao parto, para assim se obter uma maior satisfação e o seu envolvimento emocional com o bebé (DeVries *et al.*, 1993 citado por Figueiredo, 2003).

O parto é geralmente considerada uma experiência difícil, pela maior parte das mães, o que resulta fundamentalmente da dor que é sentida, e existem algumas evidências empíricas que a dor sentida durante o parto, interfere no estado emocional da mãe após o parto, assim como na sua disponibilidade para se ligar afectivamente ao bebé (Figueiredo, 2003).

O autor supracitado, faz referência ao estudo realizado por Robson e Kumar (1980), que divulgaram que cerca de 40% das mães primíparas e 25% das mães múltíparas da amostra estuda sentiu uma certa indiferença para com o bebê quando pegaram nele nos braços pela primeira vez. As mães referiram ainda que a sua afeição pelo filho demorou alguns dias a instaurar-se, sobretudo nos casos em que o parto foi muito difícil ou doloroso.

Aidan MacFarlane, citado por Figueiredo, (2003) assinalou que, apenas 41% das mães da amostra estudada sentiu já durante a gravidez uma afeição especial pelo bebê, sendo que 24% desenvolveram essa afeição logo após o nascimento do filho. No entanto, muitas mães referiram-se à semana seguinte ao parto (27%) e algumas (8%) disseram que uma semana após o parto não sentiam ainda nenhum afecto especial pelo bebê (MacFarlane, Smith, & Garrow, 1978). Newton (1962) foram uns dos primeiros investigadores a observarem que, a seguir ao parto, apenas 25% das mães se mostram extremamente contentes, enquanto que 11% se mostram indiferentes ou mesmo desgostosas com o bebê. Estes autores assinalaram ainda certas características que se associavam à falta de envolvimento emocional da mãe com o bebê: baixo nível educacional, pobreza, pouca cooperação durante o parto e dor durante o parto.

Num estudo com uma amostra de 100 mães primíparas, verificou-se que, 3 a 5 dias após o parto, é reduzido o número de mães que não tem sentimentos (7.6%), está zangada (9.3%), desiludida (5.6%) ou triste (13.1%) com o bebê, sendo que a maior parte sente muita afeição (72%) e está muito contente (72.9%) com o bebê (Figueiredo, 2003).

O nascimento de uma criança é, portanto, um acontecimento que levará a mãe a ressignificar a experiência da maternidade. A vinculação materna ao bebê parece depender ainda do tipo de parto. Com efeito, um importante número de investigadores mostrou que a ligação afectiva da mãe ao bebê está favorecida no parto normal, em relação ao que acontece na sequência de uma cesariana (Bradley, Ross, & Warnyca, 1983; Cranley, Hedhal, & Pegg, 1983; Cummins, Scrimshaw, & Engle, 1988; Garel, Lelong & Caminsky, 1987; Hwang, 1987; Marut e Mercer, 1979; Tulman, 1986 citado por Figueiredo, 2003).

O mesmo autor reporta-se aos estudos de DiMatteo *et al.* (1996), que realizou uma extensa revisão da literatura sobre este assunto e concluíram que o parto por cesariana implica um vasto conjunto de consequências adversas sobre a mãe e o bebê. Os resultados mais robustos sugerem que as mães que fizeram uma cesariana, sobretudo quando a cesariana não foi planeada, quando são comparadas com as mães que tiveram um parto normal, expressam uma reacção inicial menos positiva para com o bebê, a qual se mantém 6 semanas depois do parto.

A razão para estas evidências empíricas pode residir no facto de ser habitualmente maior o espaço de tempo que medeia o parto por cesariana e o primeiro contacto com o bebé, o que comprometeria a qualidade da interacção e o envolvimento emocional da mãe mas também pode decorrer do facto de a mãe expressar níveis menores de satisfação com o parto, quando foi alvo de cesariana (Figueiredo, 2003).

O autor supra citado faz refere que o tipo de parto se relaciona igualmente com os níveis hormonais da mãe, os quais podem ser responsáveis pelo seu estado de humor assim como pelo grau em que se envolve afectivamente com o bebé, podendo ainda ter implicações no comportamento neonatal do bebé.

O Ministério da Saúde (2002) referiu que a realização de esquemas de vigilância da gravidez considerados adequados é um dos indicadores na área da saúde materna que se tem revelado responsável pela redução da mortalidade materna e perinatal, juntamente com a melhoria do nível socioeconómico e dos cuidados de saúde disponíveis (Gomes, Nelas, & Duarte, 2012).

O impacto de um nascimento prematuro traduz-se por sentimentos iniciais de medo, choque, tristeza e ansiedade relacionados com a separação do filho (Cavaco, 2009) o que numa fase inicial pode dificultar a vinculação. A investigação empírica no domínio da maturidade tem mostrado que as relações que se estabelecem entre as mães e os bebés pré-termo (período gestacional inferior a 36 semanas) são mais difíceis do que as relações que se estabelecem entre as mães e os bebés de termo (Martins, 2012).

### 2.3 IMPACTO DAS VARIÁVEIS DE ALEITAMENTO

O aleitamento materno satisfaz as necessidades do bebé, promove a proximidade entre mãe e filho e fortalece o vínculo iniciado na gestação. Ao amamentar, o bebé beneficia dos aspectos nutricionais e imunológicos, mas também da estimulação dos seus órgãos de sentidos: vê a face da mãe, escuta a sua voz, sente a sua pele, cheira o seu odor, sente o gosto do seu leite. O acto de amamentar está cheio de significados quer para a mãe quer para o bebé (Nelas, Ferreira, & Duarte, 2008).

O aleitamento materno é uma etapa do processo reprodutivo feminino cuja prática resulta em benefícios para a saúde da mulher e da criança envolvidas no processo da amamentação, com repercussões positivas para a sociedade. Ao optar pela prática, a mãe

além de prover o alimento ao filho, mantém proximidade corporal repleta de sentidos para a relação mãe e filho, (Takushi, Tanaka, Gallo, & Machado, 2008).

Analisando as bases biológicas, mais concretamente o efeito do aumento dos níveis de ocitocina no processo ligação, Svejda, Campos e Emde (1980) introduziram um outro aspecto importante, o contacto precoce entre mãe e o bebé. Estes autores referem que, por exemplo, a amamentação, além de estimular a produção de ocitocina, é um comportamento que por si só, favorece o elo entre a mãe e o seu bebé (Martins, 2012). A produção de ocitocina tem um efeito tranquilizante sobre a mãe e tende a aumentar o elo que tem com o bebé, efeito pelo qual a ocitocina foi chamada de hormona do apego (Klaus *et al.*, 2000, p. 85).

As mães que amamentam tendem a ser mais sensíveis para com o bebé, o que foi explicado pelo aumento nos valores de prolactina verificados em consequência desta mesma circunstância (Eibl-Eibesfeldt, 1989 citado por Figueiredo, 2003). Ainda de acordo com o mesmo autor quando acontece que os lábios do bebé tocam os mamilos da mãe na primeira hora de vida, a mãe geralmente decide mantê-lo por mais tempo junto de si do que quando tal não se verifica (Windstrom, Wahlburg, Matthiesen, Eneroth, Uvnas-Morberg e Winburg, 1990).

A memória de emoções negativas, experimentadas durante a gestação ou na sequência de gravidezes anteriores, em especial, a existência de uma experiência pouco satisfatória com outros filhos, que poderá determinar, em grande parte, a presunção antecipada da incapacidade para alimentar o novo bebé. A experiência bem-sucedida em relação ao aleitamento materno do filho anterior predispõe a mulher a amamentar um novo bebé durante mais tempo e de forma exclusiva, (Takushi, Tanaka, Gallo, & Machado, 2008).

O estudo realizado na beira interior permitiu verificar que as mulheres ao referirem ter amamentado o filho anterior o fizeram por um período de três meses a cinco meses (25,3%). A média calculada do tempo de amamentação é de  $8,15 \pm 6,08$  meses sendo a moda e a mediana de seis meses, o máximo de tempo de amamentação foi de 2 anos (Gomes, Nelas, & Duarte, 2012).

No estudo supra citado verificou-se também que a introdução de chupeta, se verifica na maioria (72,0%) dos bebés. Das mulheres que introduziram a chupeta nos seus bebés, a maioria (61,2%) fê-lo na 1ª semana, sendo que 17,8% o fizeram logo no 1º dia. Em média, fizeram-no por volta do 10º dia ( $9,87 \pm 16,65$ ), sendo a moda do 2º dia.

Verificou-se que a grande maioria (95,7%) das mulheres referiram que o seu bebé fez aleitamento materno. Referente ao tempo que as mulheres amamentam o seu bebé, verificou-se que 23,2% o fizeram num período compreendido entre [3 - 6[ meses. O tempo

da actual amamentação, oscila entre um mínimo de 1 semana e um máximo de 2 anos, sendo a média 8,59 meses, com um desvio padrão de 6,36, sendo a mediana e a moda de seis meses (Gomes, Nelas, & Duarte, 2012).

## 2.4 IMPACTO DAS VARIÁVEIS RELATIVA A INTERAÇÃO DA DÍADE

O desenvolvimento da criança não se dá no vácuo, mas em estreita relação com as pessoas do seu ambiente, as quais, nos momentos iniciais da vida do indivíduo, são quase exclusivamente, primeiro a mãe e depois, a mãe e os restantes elementos da sua família nuclear.

O toque é a forma mais rudimentar de estabelecer uma relação humana, pois constitui um meio de transmissão de várias necessidades básicas, como segurança e afecto. Sendo assim, o contacto precoce pele-a-pele entre mãe e bebé, imediatamente após o parto, deve ser uma prioridade para os profissionais de saúde (Santos, 2011).

Ainda de acordo com o mesmo autor a OMS considera que se deve “realizar precocemente o contacto pele a pele, entre mãe e filho”, considerando-a uma conduta que deve ser encorajada por ser extremamente útil. Esta intervenção é, também, defendida por Lamaze (2003), que a considera uma das práticas de atenção e cuidados que promovem o parto natural.

Esta prática apresenta múltiplos benefícios físicos promissores, como a manutenção da temperatura corporal, aumento dos níveis de glicemia capilar, diminuição da dor, redução do choro, promoção de conforto e sono, bem como benefícios relacionais e psicológicos.

O momento do nascimento é um período que se repercute na capacidade de amar do ser humano, pelo que a vinculação deve ser estabelecida o mais precocemente possível. O contacto precoce pele-a-pele é uma forma prática e simples, que permite vivenciar um momento que jamais se repetirá traduzindo a essência do amor genuíno entre mãe e bebé, favorecendo o vínculo (Santos, 2011; Pereira, 2007).

A importância dos momentos imediatos ao parto no estabelecimento da ligação afectiva mãe-bebé deve-se, não só à elevada sensibilidade da mãe durante esse período, como ainda ao facto de o bebé estar, no decorrer das primeiras 24 horas de vida, particularmente atento e disponível para a interacção com o meio.

O recém-nascido está particularmente alerta e disponível para a formação do vínculo com a mãe durante as primeiras horas de vida, particularmente 20 a 30 minutos depois do parto. Este período de alerta activa pode estar envolvido na promoção do *bonding* inicial entre o bebé e a mãe. Logo depois do nascimento, na primeira hora de vida, os bebés normais passam por um período prolongado de alerta calmo que dura em média quarenta minutos, durante o qual olham directamente para o rosto e os olhos da mãe e do pai e podem responder às vozes que escutam (Figueiredo, 2003).

De acordo com Figueiredo (2003) que faz referência a estudos realizados anteriormente por Klaus e Kennell verificou-se, junto das mães que usufruíram contacto corporal com o bebé nos momentos que se seguiram parto uma maior proximidade com o bebé um mês depois do parto, estratégias mais eficazes de apaziguamento ao ano de idade e mais estimulação verbal aos 2 anos de idade da criança.

O período que se segue ao parto ofereça as condições óptimas para o estabelecimento da vinculação da mãe ao bebé, tal não parece observar-se para todas as mulheres, e, mesmo em outros mamíferos, a vinculação materna pode estabelecer-se de um modo apenas gradual (Brockington, 1996 citado por Figueiredo, 2003).

O mesmo autor refere que Klaus, Kennell e Klaus (2000), que anteriormente introduziram e defenderam a existência de um período crítico ou sensível para o estabelecimento da *vinculação*, vieram a flexibilizar a sua posição inicial.

De acordo com estudo realizado por Thaís Alves Matos (2010), de natureza descritivo, qualitativa, permitiu concluir que o significado do contato precoce mãe-filho atribuído pelas mães é positivo, e a contribuição da enfermagem no estabelecimento desse contato é significativa.

A separação torna o estabelecimento da relação mais difícil, sobretudo nas famílias em risco, como por exemplo, mães jovens sem apoio familiar. Os efeitos da separação precoce podem ser superados e o estabelecimento do vínculo pode ocorrer mais tarde, principalmente nos primeiros nove meses de vida do bebé (Pereira, 2007).

O alojamento conjunto ajuda as mães a conhecer mais rápido o seu filho, permitindo assim precocemente reconhecer com maior facilidade as suas necessidades (Torre, 2004)..

O mesmo autor refere também que este tipo de alojamento permite melhorar a qualidade de sono do bebé, bem como a existência de estudos prospectivos e retrospectivos que demonstram uma forte associação com o aumento do aleitamento materno e da prevalência do mesmo.

No que concerne ao deixar o bebé dormir habitualmente no seu quarto é prática habitual para a maioria (62,6%) das mulheres em estudo (Gomes, Nelas, & Duarte, 2012).

## PARTE II

---

ESTUDO EMPÍRICO



## **CAPÍTULO III**

---

### **METODOLOGIA**



### 3 METODOLOGIA

Depois de reunida toda a matéria para a compreensão do tema em estudo, tem agora lugar a apresentação metodológica, que consiste na operacionalização do método por processos e técnicas de que o investigador se vale para analisar na realidade. Esta é uma etapa que coloca em prática todo um conjunto de actividades, de maneira a permitir ao investigador a realização efectiva do seu projecto. A metodologia constitui assim, e segundo (Fortin, 2009), “a espinha dorsal sobre a qual virão a enxertar-se os resultados da investigação”.

Assim, tendo por base o Quadro teórico, elaborou-se este capítulo. Os métodos seguidos, vão sendo apresentados e explicados no decorrer das várias etapas do processo de pesquisa, integrando uma sequência de operações, que compreendem: conceptualização e objectivos do estudo; formulação de questões; definição de variáveis; instrumento de colheita de dados; determinação da amostra, procedimentos desenvolvidos e tratamento estatístico.

#### 3.1 MÉTODOS

No decurso da gravidez a mulher é sujeita a um processo de ajustamento social e psicológico, com expectativas e fantasias relativamente ao novo papel. Posteriormente observa-se um processo acelerado de aprendizagens com vista a dar respostas as necessidades do bebé e ao assumir o papel de mãe. É um tempo de integração no ambiente familiar, de conhecimento do bebé e de vinculação, de aprender a cuida-la, em que a identificação e a mimetização de comportamentos de outras mulheres e de especialistas se tornam presentes. A mulher inicia o processo de maternidade e tem necessidade de pensar cada uma das suas intervenções. Sobretudo durante esta fase (formal), os profissionais de saúde são mobilizados na perspectiva de facilitar este processo

de transição (Mercer, 2004 citada por Graça, 2010) quando a rede de apoio é limitada ou se encontra distante.

Progressivamente a mulher vai encontrando formas particulares de gerir as situações desenvolvendo a perícia de cuidar o bebé, utilizando o juízo crítico e estratégias de adaptação, assim como o afecto materno. Este, resulta de uma relação afectuosa que se desenvolve entre a mãe e a criança e que persiste através do tempo envolvida multiplicidade de factores (Galvão, 2006).

Assim, tendo por base o Quadro teórico, elaborou-se este capítulo. Os métodos seguidos, serão apresentados e explicados no decorrer das várias etapas do processo de pesquisa, integrando uma sequência de operações, que compreendem a conceptualização e objectivos do estudo, a formulação de questões a definição de variáveis, o instrumento de colheita de dados a determinação da amostra os procedimentos desenvolvidos e o tratamento estatístico.

A consulta bibliográfica efectuada revelou-nos que são escassas as pesquisas que se tem debruçado sobre o afecto materno. Neste estudo focalizámos o interesse naquilo que nos pareceu vir a ser mais pertinente, no sentido de dar possíveis respostas às seguintes questões:

- ***Qual a influência das variáveis sócio-demográficas (idade materna e paterna, estado civil, escolaridade materna e paterna, situação profissional e local de residência) no afecto materno?***
- ***Que impacto têm as variáveis obstétricas (número partos anteriores, planeamento da gravidez, vigilância da gravidez, patologia na gravidez, tipo de parto, gravidez termo/prematuridade) no afecto materno?***
- ***Que impacto terão as variáveis de aleitamento materno (tempo de amamentação do filho anterior, experiência anterior de amamentação, aleitamento materno actual, tempo de aleitamento materno actual, atitudes maternas face a amamentação e introdução da chupeta) no afecto materno?***
- ***Qual a influência d contacto pele a pele na 1ª hora de vida e alojamento conjunto afecto materno?***

O objectivo do estudo num projecto de investigação enuncia de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer para obter respostas às suas questões de investigação, nesta medida, delineamos um conjunto de objectivos que procuram responder a algumas das inquietações que esta problemática nos suscita, ou seja

- Determinar se as variáveis sociodemográficas têm impacto no afeto materno;

- Avaliar a influência das variáveis obstétricas no afecto materno.
- Verificar a preponderância do aleitamento materno face ao afecto materno.
- Verificar se o contacto pele a pele na 1ª hora de vida e a alojamento conjunto influenciam o afecto materno.

Deste modo para melhor dar cumprimento às questões de investigação e aos objectivos do nosso estudo, foi delineado o seguinte esquema de investigação, que se apresenta sob a forma pictórica:



Concebeu-se um estudo de natureza quantitativa, não experimental, em corte transversal e descritivo-correlacional.

Segue os métodos do estudo de **análise quantitativa**, pois pretende-se garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação, insere-se no tipo de **investigação não experimental** pois não procura manipular as variáveis em estudo, embora seja nossa intenção obter evidências para explicar por que ocorre um determinado fenómeno, ou seja, proporcionar um certo sentido de causalidade (Sampieri, 2003).

Trata-se de **estudo transversal**, pois “caracteriza-se pelo facto de a causa e o efeito estarem a ocorrer simultaneamente, embora a causa possa existir só no momento actual, ou existir desde algum tempo no passado, ou, por fim ser uma característica do indivíduo” (Campana et al., 2000). Possui as características de um **estudo descritivo e correlacional explicativo** pois se por um lado recolhe informação de maneira independente ou conjunta sobre conceitos ou variáveis que se analisam especificando as suas propriedades e características oferecendo ainda a possibilidade de fazer predições, por outro, tem como propósito avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos categorias ou variáveis (Sampieri et al., 2003); ou como refere Fortin (2009), assenta no estudo das relações entre pelo menos duas variáveis, sem que o investigador intervenha activamente para influenciar as variáveis.

### 3.2 PARTICIPANTES

Elegemos, de acordo com os objectivos do estudo, todas as mães que foram a consulta de saúde infantil dos dois anos com o seu filho, no período compreendido entre o mês de Outubro de 2010 a Dezembro de 2011 e que acederam voluntariamente a preencher o questionário.

Utilizamos um tipo de amostragem não probabilística por conveniência, uma vez que, os elementos da amostra foram seleccionados em razão da sua presença num local, num dado momento (Fortin, 2009).

A amostra é constituída por 312 mães residentes nos concelhos de Castelo Branco, Covilhã, Fundão, Guarda e Viseu obedecendo aos seguintes critérios: acederem participar no estudo e o último filho com idade de 2 anos.

A aplicação de cada instrumento de recolha de dados foi feita através de abordagem individual às mães na referida consulta.

### 3.2.1 Caracterização sociodemográfica da amostra

Neste ponto abordamos as características gerais da amostra como a idade materna, o estado civil, a nacionalidade, co-habitação, escolaridade, profissão, situação profissional, e local de residência.

#### *Idade Materna*

A amostra em estudo é de 312 mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 42 anos (Quadro 1), a média calculada é de 31,18 (com um desvio padrão  $\pm 4,81$  anos) e a mediana de 31. A maioria das mulheres tem idades entre os 19 e os 35 anos (80,1%). De referir que as mulheres com idades iguais ou superior a 36 anos são 19,9% da amostra. Esta variável foi operacionalizada tendo por base o conceito de extremos da vida reprodutiva de Graça (2005) a qual se situa antes dos 18 anos e após os 35 anos de idade. Foram criados grupos de corte, de acordo com esta definição que serviram de base para análise das restantes variáveis. Uma vez que o nosso estudo não inclui participantes com menos de 18 de idade tivemos em consideração o limite superior referido pelo autor, pelo que, operacionalizamos a variável em grupos de 19-35 anos e  $\geq 36$  anos

#### *Estado civil*

Esta variável foi avaliada através de uma questão fechada e operacionalizada como uma variável nominal de cinco níveis (solteira, casada/união de facto, divorciada e viúva), foi recodificada em solteira/divorciada e casada/união de facto.

O grupo étario dos 19-35 anos maioritariamente é composto por participantes casadas, ou em união de facto (80,4%) valor semelhante ao encontrado no grupo étario  $\geq 36$ anos (80,6%). No compito geral a amostra é constituída por uma percentagem de 80,4% de participantes casadas.

#### *Nacionalidade*

A grande maioria das mulheres em estudo (96,8%) possui nacionalidade Portuguesa, sendo que no grupo com idade  $\geq 36$  anos esse valor perfaz os 100% e no outro grupo os 96%.

#### *Co-habitação*

Esta variável foi operacionalizada em dois grupos “marido e filhos” e “outros familiares”. Em relação a situação de co-habitação, podemos verificar que, a maioria

(87,6%) das mulheres em estudo vive com o marido e filhos, seguindo-se 19,3% que vivem com outros familiares, distribuição semelhante assumem os dois grupos de corte.

#### *Escolaridade*

A operacionalização desta variável tem em consideração os graus de escolaridade: 1.º Ciclo (1.º - 4.º); 2.º Ciclo (5.º - 6.º); 3.º Ciclo (7.º - 9.º). Ensino secundário (10.º, 11.º, 12.º); bacharelato; licenciatura; mestrado e doutoramento. Porém, recodificámo-la em até 3º ciclo que engloba o 1º, 2º e 3º ciclo e secundário e superior com o bacharelato, licenciatura, mestrado e doutoramento).

No que concerne as habilitações literárias das participantes (Quadro 1), constatou-se que na globalidade a maior parte possui um curso superior (43,4%), seguindo-se 30,9% com o ensino secundário e 25,7% com escolaridade igual ou inferior ao 3º ciclo de escolaridade.

Contudo os valores de ajustamento residual indicam diferenças para os grupos de mulheres com ensino superior. As participantes com idades delimitadas entre os 19-35 anos (40,6 %) possui essas habilitações sendo que o outro grupo em estudo o valor é de (54,8%).

#### *Profissão*

O Instituto Nacional de Estatística - Portugal (1994), considera na classificação nacional de profissões 10 grandes grupos homogéneos de profissões que estão de algum modo, ligados entre si pela formação, pelo tipo de trabalho realizado e pelo nível de competências requeridas para a respectiva execução. Esta variável foi recodificada tendo por base classificação anteriormente mencionada nas seguintes categorias: trabalhadores não qualificados; profissões qualificadas e Quadros intermédios/superiores.

A profissão apresentou diferenças estatisticamente significativa ( $p=0,020$ ), diferença esta confirmada pela análise bivariada permitiu verificar diferenças nos grupos de mães de quadros superiores/intermédios (-2,7; 2,7) e no grupo das trabalhadoras não qualificadas (2,1; -2,1). No grupo etário  $\geq 36$ anos 56,5% das participantes desempenham funções a nível de quadros superiores/intermédios e 17,7% são trabalhadoras não qualificadas, no grupo 19-35 anos esses valores são de 37,7% e 31,2%, respectivamente.

Constata-se que a maior parte das 41,4% são quadros superiores/intermédios, seguindo-se 30,1% com profissões qualificadas (administrativas/serviços) e (28,5%) trabalhadoras não qualificadas.

#### *Situação Profissional*

Analisada através de uma questão fechada e tratada como uma variável nominal com quatro opções de escolha (empregada integral; empregada tempo parcial;

desempregada e em formação) foi recodificada como empregada a tempo inteiro; empregada a tempo parcial e desempregada.

Acerca da situação profissional actual, a grande maioria a grande maioria estava empregada (87,1%) sendo que 6,1% era a tempo parcial. De salientar que 12,9% estão desempregadas. Apresenta diferença estatisticamente significativa ( $p=0,046$ ), os valores de ajustamento residual indicam que as diferenças ocorrem nos grupos de mães empregadas a tempo inteiro (res. -2,1; 2,1) bem como nas empregadas a tempo parcial (res. 2,2; -2,2), onde os valores verificados no grupo etário 19-35 anos para as que referem emprego a tempo inteiro são 78,7%, face a 90,3% do outro grupo. No que diz respeito ao emprego a tempo parcial só o primeiro grupo o integra (7,6%).

### *Zona de Residência*

Avaliada por intermédio de uma questão fechada e tratada como uma variável nominal com três opções de escolha. Na faixa etária 19-35 anos 46,8% referem viver na cidade e 41,5% na vila. A maioria das participantes (54,8%) com  $\geq 36$  anos vive na cidade. Podemos constatar que a maior parte (48,1%) reside na cidade, seguindo-se 40% que vivem numa vila e 11,9% numa aldeia.

Quadro 1 - Distribuição das participantes segundo variáveis sócio-demográficas

Variáveis Sócio-demográficas maternas		Grupo Etário Materno				Resíduos Ajustados		Nº	%	$\chi^2$	p
		19 - 35Anos		$\geq 36$ Anos		19 - 35Anos	$\geq 36$ Anos				
		Nº	%	Nº	%						
<b>Estado Civil</b>	Solteira/Divorciada	49	19,6	12	19,4	0	0	61	19,6	0,002	0,965
	Casada/união de facto	201	80,4	50	80,6	0	0	251	80,4		
<b>Portuguesa</b>	Sim	240	96	62	100	-1,6	1,6	302	96,8	2,562	0,109
	Não	10	4	0	0	1,6	-1,6	10	3,2		
<b>Co-Habitação</b>	Marido e filhos	188	87,4	53	88,3	-0,2	0,2	214	87,6	0,034	0,853
	Outros familiares	27	12,6	7	11,7	0,2	-0,2	34	12,4		
<b>Escolaridade</b>	Até ao 3º Ciclo	65	26,9	13	21	1,0	-1,0	78	25,7	0,127	4,129
	Secundário	81	32,5	15	24,2	1,3	-1,3	96	30,9		
	Ensino Superior	101	40,6	34	54,8	-2	2	135	43,4		
<b>Profissão</b>	Quadros superiores/Intermédios	93	37,7	35	56,5	<b>-2,7</b>	<b>2,7</b>	128	41,4	7,843	<b>0,020</b>
	Trabalhadores qualificados	77	31,2	16	25,8	0,8	-0,8	93	30,1		
	Trabalhadores não qualificados	77	31,2	11	17,7	<b>2,1</b>	<b>-2,1</b>	88	28,5		
<b>Situação Profissional</b>	Empregada tempo inteiro	196	78,7	56	90,3	<b>-2,1</b>	<b>2,1</b>	252	81	6,167	<b>0,046</b>
	Empregada tempo parcial	19	7,6	0	0	<b>2,2</b>	<b>-2,2</b>	19	6,1		
	Desempregada/ em formação	34	13,7	6	9,7	0,8	-0,8	40	12,9		
<b>Residência</b>	Aldeia	30	12,1	7	11,3	0,2	-0,2	37	11,9	1,495	0,474
	Vila	103	41,5	21	33,9	1,1	-1,1	124	40,0		
	Cidade	115	46,8	34	54,8	-1,2	1,2	149	48,1		

### 3.3 INSTRUMENTOS

A composição final do questionário utilizado neste estudo reflete, preocupações de carácter temporal e de conteúdo, tentando simultaneamente obter um instrumento que possa ser operacionalizado num período de tempo razoável e abranger uma diversidade de instrumentos que permitam medir as variáveis pertinentes, para alcançar os objectivos definidos (Anexo I).

O questionário aplicado é constituído por duas secções distintas. A primeira secção e constituída por quatro partes e a segunda englobam duas escalas devidamente validadas para a população portuguesa.

#### **I Secção**

A primeira parte composta por um questionário com 11 questões com o objectivo de caracterizar sócio demograficamente a amostra: idade, estado civil nacionalidade, escolaridade, profissão situação profissional e local de residência.

A segunda parte, com o objectivo avaliar a história da gravidez é constituída pelas questões: número partos anteriores, gravidez planeada, vigilância gravidez, patologia na gravidez, tipo de gravidez, tipo de parto e prematuridade.

A terceira parte, encontra-se subdividida, a primeira metade destinada apenas às mães com uma experiência anterior de amamentar, e é constituído por quatro questões: duração da amamentação e gratificação na amamentação e outra para todas as participantes que por objectivo a caracterização do aleitamento materno actual (duração do aleitamento, tempo levou iniciar amamentação, estipulou horário para dar mamar, introdução da chupeta e ofereceu água/chá intervalo mamadas).

A quarta parte tem as variáveis da díade: contacto pele a pele com bebé 1ª hora após nascimento e alojamento conjunto.

#### **II Secção**

A segunda secção é constituída pelo Inventário de Afecto Materno (Galvão, 2000) e pela escala de atitudes face à amamentação (Levy, 1996).

##### **Inventário de afecto materno**

O afecto materno é uma ligação afectuosa, um elemento da adaptação do papel maternal, considerando-o como o maior contributo para o saudável desenvolvimento da bebé. Esta escala foi desenvolvida no sentido de fornecer uma medida prática do envolvimento materno como componente da relação mãe/bebé (Galvão, 2006)

Validado para a população portuguesa por Garcia Galvão (2000), constituída por 26 itens avaliados através de uma escala do tipo Likert com quatro opções de resposta, que variam entre 1 (quase nunca) e 4 (quase sempre). Esta escala está desenhada para ser auto-administrada, implicando a colocação, no início do questionário de instruções para o seu correcto preenchimento. Segundo a autora a escala demonstrou consistência interna dntre o aceitável e muito boa dado que os coeficientes apresentam valores com o mínimo de 0,72 e o máximo 0,95) (Galvão, 2006).

#### *Resultados psicométricos do inventário de afecto materno*

Com o objectivo de avaliar a consistência interna da escala procedemos ao cálculo das propriedades psicométricas dos instrumentos utilizados, nomeadamente os estudos de fiabilidade e validade.

Realizou-se a avaliação de algumas das suas propriedades psicométricas nomeadamente os estudos de fiabilidade e estudos de validade. Os estudos de fiabilidade dizem algo sobre o grau de confiança ou de exatidão que podemos ter na informação obtida. Avaliam a estabilidade temporal e a consistência interna ou homogeneidade dos itens.

Duarte (2008, p.223) refere que *“A estabilidade temporal, também conhecida por fiabilidade teste-reteste, não foi efectuada neste nosso estudo na medida em que constituindo este inventário um instrumento para medir um estado que poderá ser modificado, o teste-reteste não é relevante como medida de fiabilidade. A consistência interna refere-se ao grau de uniformidade e de coerência entre as respostas dos inquiridos a cada um dos itens que compõem a prova, isto é, avalia o grau em que a variância geral dos resultados se associa ao somatório da variância item a item.”*

Deste modo, o estudo da homogeneidade dos itens (consistência interna) foi conduzido realizando os seguintes passos conforme apresentou Duarte (2008):

- Determinação do coeficiente de correlação de Pearson das diversas questões com a nota global. Indica-nos “se cada parte se subordina ao todo”, ou seja, se cada item se define como um todo “operante” do “constructo geral” que pretende medir (Vaz Serra, 1994);
- Determinação do coeficiente alfa de Cronbach. - Mede a correlação entre cada escala com os restantes que, supostamente, pertencem a um mesmo

universo e o valor obtido corresponde ao limite inferior de consistência interna. Este indicador, permite avaliar a forma como os diversos itens se complementam na avaliação dos diferentes aspectos de um factor pertencentes a uma mesma sub-escala. Os parâmetros variam entre zero (0) e um (1). A partir de 0.8 a consistência interna é considerada de muito boa;

- Determinação do coeficiente de bipartição ou método da metade (split-half). Este coeficiente divide os itens de uma escala em dois grupos e examina a correlação dentro de cada grupo e entre os dois grupos isto é procura comprovar se uma das metades dos itens da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra metade. De algum modo este indicador tenta substituir o teste-reteste que não permite controlar os acontecimentos que ocorrem entre dois momentos de aplicação do instrumento a um mesmo grupo de pessoas, tornando difícil a comparação dos resultados.

Para a determinação dos estudos de validade utiliza-se a análise factorial dos itens e dos resultados, que é o método que tem revelado maior uso e reconhecimento entre os diversos autores. A análise factorial é, segundo Reis & Moreira (1993), “um conjunto de técnicas cujo objectivo é reduzir um número elevado de variáveis a um conjunto menos numeroso de factores que procurem tanto quanto possível reter a natureza das variáveis iniciais”. Para Polit & Hungler (1994), trata-se de um procedimento multivariado que, embora incluindo um elevado grau de subjectividade, não deixa de constituir uma ferramenta muito poderosa e com enorme aplicabilidade, como citou Duarte (2008, p.224).

Os procedimentos aqui adoptados são comuns ao estudo psicométrico da escala de atitudes face à amamentação.

Reportando-nos aos resultados da fiabilidade, o quadro 2 mostra-nos as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor global o que nos dá uma ideia da forma como o item se combina com o valor global.

Os valores médios e respectivos desvios padrões dos diversos itens, permitem-nos dizer que se encontram bem centrados. Os coeficientes item total corrigido revelam que o item 19 é o que se apresenta como mais problemático dado que o valor mínimo é de ( $r=0,575$ ) e a correlação máxima é obtida no item 1 ( $r=0,931$ ).

Como verificamos os valores de alfa de Cronbach são classificados de muito bons pois variam entre 0,980 e 0,982 enquanto que o valor de alfa total é de 0,981, o que é revelador de boa consistência interna. A consistência IAM revelou um Alfa de Cronbach ligeiramente superior ao do verificado pela autora (0,95).

Quadro 2 - Consistência interna do IAM

Itens	Descrição	$\bar{X}$	DP	Correlação item-total corrigida	$\alpha$ de Cronbach quando o item é excluído
1	Sinto amor pelo meu bebé	3,68	0,486	0,931	0,980
2	Sinto-me bem e feliz com o meu bebé	3,68	0,494	0,922	0,980
3	Quero passar momentos especiais com o meu bebé	3,68	0,489	0,895	0,980
4	Mal posso esperar para estar como meu bebé	3,66	0,502	0,844	0,981
5	O simples facto de ver o meu bebé faz-me sentir bem	3,65	0,496	0,906	0,980
6	Sei que o meu bebé precisa de mim	3,64	0,524	0,807	0,981
7	O meu bebé é giro	3,70	0,480	0,922	0,980
8	Estou contente por este bebé ser meu	3,70	0,481	0,925	0,980
9	Sinto-me especial quando o meu bebé sorri	3,69	0,492	0,923	0,980
10	Gosto de olhar nos olhos do meu bebé	3,68	0,495	0,904	0,980
11	Gosto de pegar no meu bebé ao colo	3,63	0,533	0,808	0,981
12	Observo o meu bebé quando dorme	3,46	0,609	0,583	0,982
13	Quero o meu bebé junto de mim	3,60	0,528	0,815	0,981
14	Falo aos outros acerca do meu bebé	3,47	0,620	0,590	0,982
15	É divertido estar com o meu bebé	3,65	0,496	0,830	0,981
16	Gosto quando o meu bebé troca carinhos comigo	3,69	0,491	0,888	0,980
17	Tenho orgulho do meu bebé	3,69	0,464	0,910	0,980
18	Gosto de ver o meu bebé fazer coisas novas	3,69	0,469	0,873	0,980
19	Os meus pensamentos estão cheios com o meu bebé	3,54	0,536	0,575	0,982
20	Conheço a personalidade do meu bebé	3,63	0,528	0,611	0,982
21	Quero que o meu bebé confie em mim	3,68	0,466	0,899	0,980
22	Sei que sou importante para o meu bebé	3,66	0,473	0,857	0,981
23	Compreendo os sinais do meu bebé	3,59	0,549	0,608	0,982
24	Dou especial atenção ao meu bebé	3,68	0,469	0,859	0,981
25	Conforto o meu bebé quando ele/ela chora	3,65	0,498	0,803	0,981
26	Amar o meu bebé é fácil	3,68	0,473	0,870	0,980
Escala Total		94,75	10,90		0,981

Calculando o índice de fiabilidade pelo método das metades os valores de alfa de Cronbach revelaram-se mais fracos, do que o alfa para a globalidade da escala (0,981) já que para a primeira metade se obteve um valor de 0,976 e para a segunda de 0,955.

Quadro 3 - Teste de Fiabilidade de Split alfa para o IAM

Valores	Nº itens	$\bar{X}$	Dp	$\alpha$
Primeira metade	13	47,45	5,83	0,976
Segunda metade	13	47,30	5,28	0,955

Assim, com o intuito de conhecermos as dimensões/factores subjacentes a esta escala realizamos com os 26 itens uma análise factorial de componentes principais, com rotação ortogonal de tipo Varimax. A solução factorial final revelou ser unifactorial, a semelhança da autora.

Como a autora do inventário de afecto materno não apresenta grupos de corte, estes foram criados tendo por base a fórmula preconizada por Pestana e Gageiro (2005) Mediana  $\pm$  0.25 intervalo interquartil.

### **Escala de Atitudes maternas face à amamentação**

Medir atitudes nem sempre se torna tarefa fácil. Nesta investigação as atitudes maternas face à amamentação foram medidas através de um instrumento da autoria de Levy (1996), baseado na Teoria da Acção Reflectida desenvolvida por Fishbein e Ajzen (1974), modificada por Manstead, Proffitt e Smart (1983), validado e aferido para a população Portuguesa por Pereira, (2004). Esta teoria indica que a mãe terá mais probabilidade de decidir amamentar e manter a amamentação quando tem mais opiniões positivas sobre a prática do aleitamento do que sobre a alimentação artificial e quanto mais sensível é às opiniões positivas de pessoas significativas (pai da criança, avó materna, amiga especial e médico assistente).

Esta teoria procura estabelecer uma relação entre a atitude e o comportamento e assenta em três constructos de base: crenças, intenção e acção. A teoria defende que o factor que melhor prevê o comportamento é a intenção da pessoa para o realizar. A sensibilização da mulher para a amamentação, vai influenciar a sua decisão e o comportamento face a esta prática.

A escala das atitudes maternas face à amamentação de Levy (1996) está dividida em cinco partes:

- **1ª Parte** - Constituída por 16 questões, com a finalidade de avaliar a opinião das mães quanto às vantagens do aleitamento materno, cotada numa escala de lickert de 7 (Muito certo), 6, 5, 4 (Nem certo, nem errado), 3, 2, 1 (Muito errado), onde tem as questões 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 15 e 16. Também serve para avaliar a opinião das mães quanto às vantagens do aleitamento artificial, cotada numa escala de lickert de 1 (muito errado), 2, 3, 4 (nem certo, nem errado), 5, 6, 7 (Muito certo) com as questões 2, 4, 6, 8, 10, 12;
- **2ª Parte** - Constituída por 16 questões e permite avaliar a importância atribuída pelas mães à prática do regime alimentar escolhido pelo bebé, cotada numa escala de lickert de +3 (muito importante), +2, +1, 0, -1, -2, -3 (nada importante);
- **3ª Parte** - Constituída por 4 questões que permitem avaliar a opinião da mãe acerca das opiniões de pessoas significativas relativas à amamentação do bebé. É cotada numa escala de Lickert de 7 (devo absolutamente), 6, 5, 4, 3, 2, 1 (Não devo);
- **4ª Parte** - Constituída por 4 questões que permitem avaliar a opinião da mãe acerca das opiniões de pessoas significativas relativas à alimentação do bebé com leite artificial. É cotada numa escala de Lickert de 7 (devo absolutamente), 6, 5, 4, 3, 2, 1 (Não devo);

- **5ª Parte** - Serve para avaliação da sensibilidade materna quanto às opiniões das pessoas significativas consideradas. Constituída por 4 questões cotadas numa escala de lickert de +3 (importo-me muito), +2, +1, 0, -1, -2, -3 (não me importa nada).

A escala foi por adaptada (recodificada), nomeadamente a 2ª e 5ª parte, onde as questões cotadas inicialmente numa escala de lickert de +3 +2, +1, 0, -1, -2, -3, passaram a cotar-se: 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1.

A escala é constituída por três dimensões: atitudes perante o comportamento (32 itens, 1ª e 2ª parte do questionário), norma subjectiva (12 itens correspondentes as 3ª, 4ª e 5ª partes do questionário) e decisão de amamentar (constituída pela totalidade dos itens).

O valor final de cada dimensão foi calculado da seguinte forma:

- **Dimensão atitudes** perante o comportamento foi encontrada multiplicando a avaliação de cada consequência comportamental pelo valor atribuído à opinião e somando os resultados, no final divide-se o total por 16;
- **Dimensão norma subjectiva** encontrou-se multiplicando as opiniões normativas pela motivação para agir de acordo com as pessoas significativas e somando os resultados, no final divide-se por 8.

Cada dimensão apresenta uma cotação que oscila entre 1 a 49. Do somatório das duas dimensões anteriores resulta a dimensão decisão de amamentar que apresenta um valor mínimo de 1 e máximo 98. Quanto mais elevados os índices em cada dimensão, melhor a atitude materna face à amamentação.

Considerando, que a semelhança do inventário de afecto materno, a autora da escala não apresenta grupos de corte, estes foram tidos em consideração para as atitudes maternas face à amamentação tendo por base a fórmula preconizada por Pestana e Gageiro (2005), Mediana  $\pm$  0,25 intervalo interquartilico).

Do resultado da aplicação da fórmula apresentada é adoptada a seguinte classificação para cada dimensão:

<p><b>Baixo</b> = <math>\leq</math> Md - <math>\frac{1}{4}</math> intervalo interquartilico</p> <p><b>Moderado</b> = <math>\geq</math> Md - <math>\frac{1}{4}</math> intervalo interquartilico <math>\geq</math> Md <math>\leq</math> Md + <math>\frac{1}{4}</math> intervalo interquartilico</p> <p><b>Alto</b> = <math>\geq</math> Md + <math>\frac{1}{4}</math> intervalo interquartilico</p>
--

Reportando-nos aos resultados da fiabilidade, o quadro 4, mostra as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o

valor global o que nos dá uma ideia da forma como o item se combina com o valor global.

Os valores médios e respectivos desvios padrões dos diversos itens, permitem-nos dizer que se encontram bem centrados. Os coeficientes item total corrigido revelam que o item 4 é o que se apresenta como mais problemático dado que o valor mínimo é de ( $r=0,060$ ) e a correlação máxima é obtida no item 1 e 16 ( $r=0,890$ ) com um valor global para toda a escala de 0,784. Como verificamos os valores de alfa de Cronbach são classificados de boas pois variam entre 0,855 e 0,907.

Quadro 4 - Consistência interna da primeira parte da escala de atitudes face à amamentação

Itens	Descrição	$\bar{X}$	DP	Correlação item-total corrigida	$\alpha$ de Cronbach quando o item é excluído
1	A amamentação estabelece um contacto íntimo entre a mãe e o bebé	4,78	2,763	0,890	0,854
2	O biberão é um método muito prático para alimentar um bebé	4,04	1,955	0,173	0,884
3	A amamentação é embaraçosa para a mãe	3,64	2,296	-0,445	0,907
4	O leite do biberão fornece um alimento incompleto para um bebé	4,08	1,951	0,060	0,887
5	A amamentação é boa para a saúde da mãe	4,71	2,533	0,858	0,857
6	O biberão torna possível para o pai o envolvimento na refeição do bebé	4,22	2,251	0,656	0,867
7	A amamentação dificulta as saídas da mãe de sua casa	3,82	2,236	-0,092	0,894
8	O biberão é um método caro de alimentar um bebé	4,41	3,253	0,478	0,876
9	A amamentação fornece o melhor alimento para o bebé	4,75	2,684	0,860	0,856
10	A alimentação por biberão é um método de alimentar o bebé que não dá preocupações	3,96	1,970	-0,150	0,894
11	A amamentação protege o bebé contra as infecções	4,65	2,666	0,886	0,855
12	A alimentação por biberão permite avaliar exactamente a quantidade de leite que o bebé tomou	4,47	2,407	0,767	0,862
13	A amamentação protege o bebé de alergias	4,66	2,558	0,868	0,856
14	A amamentação protege a mãe do cancro da mama	4,76	2,264	0,770	0,862
15	A amamentação é uma fonte de prazer para a mãe	4,59	2,407	0,809	0,860
16	A amamentação é uma fonte de prazer para o bebé	4,72	2,613	0,890	0,855
Escala Total		70,28	23,35		0,879

Calculando o índice de fiabilidade pelo método das metades os valores de alfa de Cronbach revelaram-se mais fracos na primeira metade da tabela (0,512) e elevados para a segunda (0,921), sendo superior ao verificado no global.

Quadro 5 - Teste de Fiabilidade de Split alf da primeira parte da escala de atitudes face à amamentação

Valores	Nº itens	$\bar{X}$	Dp	$\alpha$
Primeira metade	8	33,71	9,29	0,512
Segunda metade	8	35,56	15,76	0,921

No que concerne à segunda parte da escala salienta-se ainda que o item 29 é o que mais se correlacionado ( $r=0,671$ ) e o menor é o item 21 ( $r=0,005$ ). Os valores de alfa

classificados de muito bons uma vez que oscilam entre os 0,809 nos itens 18, 23, 29 e 31 e 0,858 no item 21 (quadro 6) com um valor global para o total da escala de 0,829.

Quadro 6 - Consistência interna da segunda parte da escala de atitudes face à amamentação

Itens	Descrição	$\bar{X}$	DP	Correlação item-total corrigida	$\alpha$ de Cronbach quando o item é excluído
17	Usar um método que permita sair de casa é:	5,50	1,443	0,386	0,823
18	Usar um método que seja bom para a minha saúde é:	6,14	1,013	0,657	0,809
19	Usar um método prático é:	5,61	1,276	0,485	0,816
20	Usar um método que estabeleça um contacto íntimo entre mim e o meu filho é:	6,26	1,015	0,633	0,810
21	Usar um método que não me faça sentir embaraçada é:	4,56	1,772	-0,005	0,858
22	Usar um método que permita ao pai do bebé envolver-se na refeição do filho é:	5,64	1,197	0,320	0,826
23	Usar um método que forneça uma alimentação completa para o meu bebé é:	6,33	0,994	0,653	0,809
24	Usar um método que não me cause preocupações é:	5,45	1,484	0,441	0,820
25	Usar um método barato é:	5,38	1,684	0,283	0,834
26	Usar um método que permita avaliar exactamente a quantidade de leite que o bebé toma é:	5,40	1,321	0,222	0,833
27	Usar um método que proteja o meu bebé de infecções é:	6,39	0,929	0,648	0,811
28	Usar um método que me dê prazer é:	5,85	1,151	0,482	0,817
29	Usar um método que proteja o meu bebé de alergias é:	6,33	0,971	0,671	0,809
30	Usar um método que me proteja do cancro da mama é:	6,21	1,056	0,599	0,811
31	Usar um método que dê prazer ao meu bebé é:	6,32	0,979	0,661	0,809
32	Usar o melhor método para alimentar o meu bebé é:	6,40	0,916	0,655	0,810
Total		93,79	10,41		0,829

Quanto ao índice de fiabilidade avaliado pelo método das metades os valores de alfa de cronbach desceram, na primeira metade (0,678) na segunda metade (0,780) e não deixam assim de se constituírem como bons indicadores da consistência interna.

Quadro 7 - Teste de Fiabilidade de Split alfa da segunda parte da escala de atitudes face à amamentação

Valores	Nº itens	$\bar{X}$	Dp	$\alpha$
Primeira metade	8	33,71	9,29	0,678
Segunda metade	8	36,56	15,76	0,780

Passando à terceira parte da escala em termos médios os resultados mais fracos verificam-se no item 35, sendo o item 36 o que apresenta maior variabilidade de resposta. Quanto à consistência obtiveram-se valores de alfa a oscilarem entre 0,0963 nos itens 33 e 34 e 0,967 no item 35 que podem classificar-se de muito bom (. Quadro 8). Também o alfa total para esta sub-escala pode considerar-se muito bom ao obter um valor de 0,973, e os valores de split-half, são muito bons para a primeira metade com 0,951 e na segunda metade (0,939).

Na quarta parte nota-se homogeneidade nas respostas, pois apresentam valores médios que variam entre os 3,82 e os 3,88. Já no que respeita ao desvio padrão regista o seu maior valor no item 40. Quanto à correlação item total os valores

oscilam entre um máximo de 0,928 e um mínimo de 0,898. Os coeficientes de alfa de Cronbach obtidos oscilaram entre 0,9601 no item 40 e 0,951 no item 37, indicam-nos uma muito boa consistência interna. O coeficiente de split-half é muito bom em ambas 0,939 e 0,926 respectivamente, bem como para o coeficiente alfa global (0,966).

Os valores médios e respectivos desvios padrões dos diversos itens, permitem-nos dizer que se encontram bem centrados. Os coeficientes item total corrigido revelam que o item 43 é o que se apresenta o valor mínimo é de ( $r=0,471$ ) e a correlação máxima é obtida no item 41 ( $r=0,672$ ). Como verificamos os valores de alfa de Cronbach são classificados de razoáveis pois variam entre 0,713 e 0,818, enquanto que o valor de alfa total é de 0,795, o que é revelador de boa consistência interna. Os valores de split-half, são razoáveis para a primeira metade com 0,723 e na segunda metade 0,519.

Quadro 8 - Consistência interna da terceira, quarta e quinta parte da escala de atitudes face à amamentação

Itens	Descrição	$\bar{X}$	DP	Correlação item-total corrigida	$\alpha$ de Cronbach quando o item é excluído
33	Pensamento do pai do bebé acerca da amamentação do seu bebé	4,52	2,557	0,936	0,963
34	Pensamento da sua mãe acerca da amamentação do seu bebé	4,61	2,521	0,936	0,963
35	Pensamento da sua melhor amiga acerca da amamentação do seu bebé	4,47	2,408	0,924	0,967
36	Pensamento do seu médico acerca da amamentação do seu bebé	4,55	2,647	0,932	0,964
Total		18,14	9,749		0,973
37	Pensamento do pai do bebé acerca da alimentação do seu bebé com leite artificial	3,85	2,176	0,928	0,951
38	Pensamento da sua mãe acerca da alimentação do seu bebé com leite artificial	3,82	2,178	0,913	0,956
39	Pensamento da sua melhor amiga acerca da alimentação do seu bebé com leite artificial	3,93	2,119	0,925	0,953
40	Pensamento do seu médico acerca da alimentação do seu bebé com leite artificial	3,88	2,321	0,898	0,961
Total		15,49	8,382		0,966
41	Qual a importância que habitualmente tem para si a opinião do pai do bebé	5,66	0,949	0,672	0,713
42	Qual a importância que habitualmente tem para si a opinião da sua mãe	5,60	0,948	0,658	0,718
43	Qual a importância que habitualmente tem para si a opinião da sua melhor amiga	5,44	1,110	0,471	0,818
44	Qual a importância que habitualmente tem para si a opinião do seu médico	5,68	0,972	0,646	0,724
Total		22,38	3,161		0,795

### 3.4 PROCEDIMENTOS

Na investigação científica a colheita de dados deve ser precedida de procedimentos ético-legais que salvaguardem os direitos das pessoas envolvidas. Para a utilização dos instrumentos foi feito um pedido de autorização aos autores das escalas utilizadas no instrumento de colheita de dados.

Para que seja possível aplicar o instrumento de colheita de dados, foi efectuado um pedido formal dirigido aos directores da Unidade Local de Saúde da Guarda, Castelo Branco e dos ACES onde decorreu o estudo, onde foi claramente apresentada a temática em estudo, os objectivos da investigação e as condições em que será feita a colheita de dados.

Na colheita de dados garantiu-se que a participação das mães fosse voluntária, sendo precedida de informação sobre o seu âmbito e finalidades, asseguradas as condições de preenchimento individual e garantido o respeito pelo anonimato. Foi ainda pedida sinceridade nas respostas, dando a opção de desistir a qualquer momento ou de não entregar o questionário no final, sem o dever de justificar e sem ser penalizado. Aos colaboradores foram esclarecidos sobre possíveis dúvidas aquando do preenchimento dos mesmos por parte das mães. Ambas as estratégias visaram diminuir o enviesamento de respostas.

### 3.5 ANÁLISE DE DADOS

O tratamento dos dados foi realizado através do programa estatístico SPSS versão 20.0. A decisão dos designs estatísticos (paramétricos ou não paramétricos) a utilizar para o tratamento e análise de dados, adequaram-se em função dos seguintes critérios: o valor de simetria, obtido através do quociente entre o valor estatístico da Skewness pelo erro padrão da medida. Se o valor obtido oscilar entre  $-2$  e  $2$ , a distribuição é simétrica, se for inferior a  $-2$ , a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita e se for superior a  $+2$ , a distribuição é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda (Pestana e Gajero, 2005). O valor de achatamento, obtido através do quociente entre o valor estatístico da Kurtosis pelo seu valor do erro padrão se o valor encontrado oscilar entre  $-2$  e  $2$  a distribuição é mesocúrtica, pelo contrário se for inferior a  $-2$ , a distribuição é platicúrtica, enquanto que para  $K/EP$  superior a  $+2$ , a distribuição é leptocúrtica. A avaliação da aderência à normalidade, através da utilização do teste estatístico de Kolmogorov-Smirnov (quando  $p > 0,05$  as variáveis em estudo possuem uma distribuição normal). A leitura dos coeficientes de simetria e achatamento (curtose), permitiu constatar que as distribuições são assimétricas e leptocúrticas. Esta análise e mediante os valores encontrados no teste de Kolmogorov-Smirnov com a correcção de Lilliefors ( $p < 0,05$ ), permitiu concluir que a amostra segue uma distribuição muito diferente da normal, assim elegemos para o nosso estudo a utilização de testes estatísticos não paramétricos.

Foram aplicadas como medidas descritivas: estatísticas de frequência (absolutas e relativas), medidas de localização (média, moda de mediana), medidas de dispersão (desvio padrão, coeficiente de variação, mínimo e máximo) e o coeficiente “alpha” de Cronbach. Foram aplicados os testes seguintes: Mann-Whitney (variável nominal dicotômica em três ou mais grupos de sujeitos /variável intervalar), Kruskal-Wallis (variável nominal com três ou mais grupos de sujeitos /variável ordinal).

Para a análise bivariada aplicámos o *teste da percentagem residual* que nos dará as diferenças percentuais de variável a variável, em detrimento do teste de qui quadrado, em virtude do tamanho dos grupos com determinadas variáveis não permitir a sua utilização.

O coeficiente de correlação de Pearson utilizado enquanto medida de associação linear que foi usada para o estudo de variáveis quantitativas. A correlação indica que os fenómenos não estão indissoluvelmente ligados, mas sim, que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso. Por isso os valores oscilam entre -1 e +1. Se a associação for negativa a variação entre as variáveis ocorre em sentido contrário, isto é, os aumentos duma variável estão associados em média à diminuição da outra; se for positiva a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido.

A Análise de variância a um factor (ANOVA) para comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa), isto é, analisa o efeito de um factor na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do factor são ou não iguais entre si. O teste One-Way Anova é uma extensão do teste t de Student que permite comparar mais de dois grupos em estudo. Todavia, quando se testa a igualdade de mais de duas médias e, dependendo da natureza nominal ou ordinal do factor, recorre-se habitualmente aos testes post- hoc, para saber quais as médias que se diferenciam entre si (Pestana e Gageiro, 2005);

A interpretação dos testes estatísticos foi realizada com base no nível de significância de  $\alpha = 0,05$  com um intervalo de confiança de 95%. Como critérios na testagem de hipóteses estatísticas definiram-se: para um  $\alpha$  significativo ( $p \leq 0,05$ ) observam-se diferenças/associações entre os grupos. Para um  $p > 0,05$  não se observam diferenças/associações significativas entre os grupos.

## CAPÍTULO IV

---

### RESULTADOS



## 4 RESULTADOS

Este capítulo refere-se à apresentação e análise dos resultados obtidos através do instrumento de colheita de dados. Propomos neste capítulo descrever e explicar o fenómeno em estudo através da descrição, análise e interpretação dos resultados obtidos dos dados recolhidos.

Os dados serão apresentados através de Quadros, de forma a organizar e sistematizar melhor a informação. Recorremos a estatística descritiva para sumariar os dados obtidos para permitir uma leitura clara e objectiva dos mesmos de forma a analisá-los. Uma vez que os dados apresentados nos Quadros são todos eles retirados da mesma amostra omite-se essa indicação. O processo de análise que agora se inicia está estruturado para dar resposta as diferentes questões de investigação.

### 4.1 ANÁLISE DESCRITIVA

Tendo em conta alguns aspectos mais específicos relacionados com o afecto materno do grupo amostral, incluímos um conjunto de questões que procuram fazer a sua descrição e caracterização. São os resultados das referidas questões que apresentamos de seguida. Serão descritas variáveis que apesar de não fazerem parte integrante do desenho de investigação foram analisadas uma vez que permitirão uma compressão e caracterização da amostra.

#### **Caracterização Paterna**

##### *Idade paterna*

No que respeita à idade dos companheiros/conjugues participantes do estudo (Quadro 9), observa-se que no grupo 19-35 anos a maior percentagem (39,2%) recai sobre os pais com idade entre os 31 e os 35 anos. No grupo de idade materna  $\geq 36$  anos o maior valor percentual é assumido pela faixa etária dos  $\geq 36$  anos com 75,8%. A amostra revela, no

seu total, que a maior parte (35,6%) tem idade compreendida entre 31 e 35 anos. A idade máxima foi de 48 anos e a mínima de 20 anos. A média de idade paterna, foi de  $33,36 \pm 5,04$  anos, sendo a mediana de 33 anos. Verifica-se a existência de diferença estatisticamente significativa ( $p=0,000$ ) os resíduos ajustados referentes aos vários grupos etários revelam as diferenças existentes entre os grupos.

#### *Escolaridade*

Na operacionalização desta variável foi tida em consideração os graus de escolaridade: 1.º Ciclo (1.º - 4.º); 2.º Ciclo (5.º - 6.º); 3.º Ciclo (7.º - 9.º); Ensino secundário (10.º, 11.º, 12.º); Bacharelato; Licenciatura; Mestrado e Doutorado. No entanto, tivemos necessidade de a recodificar em até 3º ciclo (1º, 2º e 3º ciclo), secundário e superior (bacharelato, licenciatura, mestrado e doutoramento). As participantes com  $\geq 36$  anos o ensino superior é a escolaridade predominante (37,4%), ao invés do outro grupo que é o ensino secundário (38,7%).

#### *Profissão paterna*

O grupo etário 31-35 anos verifica-se que a profissão paterna corresponde a trabalhadores qualificados (51,8%), ao invés do outro grupo que as profissões paternas se englobam nos quadros superiores/intermédios. A maioria (48,1%) dos companheiros/conjugues das mulheres, são trabalhadores de qualificados. Em segundo lugar surgem aqueles que são quadros superiores/intermédios (34,9%). De referir existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,015$ ) nos grupos de quadros superiores/intermédios e de trabalhadores qualificados (resíduos ajustados estandardizados situam-se fora do intervalo -1,96 e 1,96).

Quadro 9 - Distribuição paterna segundo as variáveis sócio-demográficas

Variáveis Sócio-demográficas paternas		Grupo Etário Materno				Resíduos Ajustados		Nº	%	$\chi^2$	p
		19-35 Anos		$\geq 36$ Anos		19 - 35 Anos	$\geq 36$ Anos				
		Nº	%	Nº	%						
<b>Grupo Etário</b>	$\leq 30$ Anos	96	38,4	2	3,2	<b>5,3</b>	<b>-5,3</b>	98	31,4	67,132	<b>0,000</b>
	31 - 35 Anos	98	39,2	13	21	<b>2,7</b>	<b>-2,7</b>	111	35,6		
	$\geq 36$ Anos	56	22,4	47	75,8	<b>-8</b>	<b>8</b>	103	33,0		
<b>Escolaridade</b>	Até ao 3º Ciclo	95	38,3	19	30,6	1,1	-1,1	114	36,8	0,075	5,172
	Secundário	96	38,7	20	32,3	0,9	-0,9	116	37,4		
	Ensino Superior	57	18,4	23	7,4	<b>2,3</b>	<b>-2,3</b>	80	26,3		
<b>Profissão</b>	Quadros superiores/Intermédios	76	31	31	50	<b>-2,8</b>	<b>2,8</b>	107	34,9	8,457	<b>0,015</b>
	Trabalhadores qualificados	127	51,8	21	33,9	<b>2,5</b>	<b>-2,5</b>	148	48,1		
	Trabalhadores não qualificados	42	17,1	10	16,1	0,2	-0,2	52	17,0		

### Variáveis Obstétricas

O Quadro 10, permite verificar que o número de partos anteriores, variou entre zero e quatro no grupo etário 19-35, sendo que por sua vez o valor máximo observado no outro grupo foi de sete. A média calculada do total da amostra é de  $0,74 \pm 0,86$ . A maioria das participantes (45,2%) eram primíparas, seguindo-se 39,4% que tiveram um parto anterior. Considerando os resíduos ajustados podemos inferir que existem diferenças no grupo de mulheres com mais de 3 partos, podemos concluir que existe diferença estatisticamente significativa ( $p=0,039$ ).

Quadro 10 – Estatísticas relativas ao número partos anteriores por grupo etário

Partos anteriores	$\bar{X}$	DP	Md	Ordenações médias	Mín.Obsv	MaxObsv.
19 - 35 anos	0,68	0,75	1	151,51	0	4
≥ 36 Anos	1,02	1,17	1	176,61	0	7

#### *Planeamento Gravidez*

As participantes de ambos os grupos referiram ter planeado a sua gravidez no primeiro grupo 82,4% e no segundo 88,7%. Podemos afirmar que no total da amostra 83,7% planearam a gravidez.

#### *Vigilância da gravidez*

O grupo etário 19-35anos, vigiou a gravidez em 246 casos contrapondo com as participantes de idade  $\geq 36$  anos em que todas afirmaram ter feito essa vigilância. A grande maioria (99,0%) vigiou a gravidez, sendo que 1,0% referiram não a ter feito.

#### *Patologia Gravidez*

A faixa etária de idade compreendida entre os 19 e os 35 anos afirmou ter tido uma gravidez sem patologia (84,8%). Por sua vez as participantes de idade igual ou superior a 36 anos referiram ausência de patologia em 50 casos (80,6%). As gestações na sua maioria decorreram sem patologia (84%), quando ocorreu atingiu um valor percentual superior no grupo com idade  $\geq 36$  anos (19,4% vs. 15,2% respectivamente).

#### *Tipo de Parto e Prematuridade*

As gestações das participantes 19-35 anos tiveram como resultado final um parto vaginal (73,2) e desse parto resultaram o nascimento maioritariamente RN de termo (76,8%). O outro grupo apresentou uma percentagem de partos vaginais de 59,7% e tendo resultado uma percentagem de 72,6% de recém-nascidos de termo. No que diz respeito ao tipo de parto podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas

( $p=0,037$ ) Recorrendo aos resíduos ajustados verificamos que existem diferenças entre os grupos, verifica-se também que as mulheres nos extremos da vida reprodutiva tiveram uma maior incidência de cesarianas.

Quadro 11 - Distribuição das participantes segundo as variáveis obstétricas

Variáveis Obstétricas		Grupo Etário Materno				Resíduos Ajustados		Nº	%	$\chi^2$	p
		19 - 35Anos		≥ 36 Anos		19 - 35 Anos	≥ 36 Anos				
		Nº	%	Nº	%						
Nº de partos anteriores	Zero	118	47,2	23	37,1	1,4	-1,4	141	45,2	8,366	<b>0,039</b>
	Uma	100	40	23	37,1	0,4	-0,4	123	39,4		
	Duas	28	11,2	12	19,4	-1,7	1,7	40	12,8		
	Três ou mais	4	1,6	4	6,5	<b>-2,2</b>	<b>2,2</b>	8	2,6		
Gravidez Planeada	Sim	206	82,4	55	88,7	-1,2	1,2	261	83,7	1,446	0,229
	Não	44	17,6	7	11,3	1,2	-1,2	51	16,3		
Vigilância da Gravidez	Sim	246	99,8	61	100	-0,9	0,9	309	99	0,742	0,389
	Não	3	1,2	0	0	0,9	-0,9	3	1		
Patologia Gravidez	Não	212	84,8	50	80,6	0,8	-0,8	262	84	0,637	0,425
	Sim	38	15,2	12	19,4	-0,8	0,8	50	16		
Tipo de Parto	Vaginal	183	73,2	37	59,7	<b>2,1</b>	<b>-2,1</b>	220	70,5	4,369	<b>0,037</b>
	Abdominal	67	26,8	25	40,3	<b>-2,1</b>	<b>2,1</b>	92	29,5		
Termo/Prematuro	Sim	58	23,2	17	27,4	-0,7	0,7	75	24	0,484	0,486
	Não	192	76,8	45	72,6	0,7	-0,7	237	76		

## Variáveis do Aleitamento Materno

### *Amamentação de outros filhos*

O valor percentual mais elevado de amamentação do filho anterior foi no grupo etário de idade mais avançada (82,1%) sendo superior à percentagem global da amostra 76% bem como ao valor obtido pelas mães mais jovens (74,2%).

### *Duração amamentação*

A análise da duração da amamentação (Quadro 12), permite constatar que as participantes com idade compreendidas entre os 19-35 anos o fizeram por um período compreendido entre os três e os cinco meses (26,8%). A média calculada do tempo de amamentação é de  $3,98 \pm 3,74$  meses sendo a mediana de 4 meses.

No grupo  $\geq 36$  anos podemos observar que a duração média do tempo de amamentação médio é de  $4,48 \pm 3,23$  meses sendo a mediana de 4 meses e como se pode observar 32,2% amamentaram por um período  $\geq 12$  meses. A média do total da amostra é de  $4,11 \pm 3,6$  sendo a mediana de 4 meses.

### *Experiência de amamentação*

A experiência anterior foi considerada agradável para o grupo de idades compreendidas entre os 19–35 anos (93,7%), sendo classificada da mesma forma pelo outro grupo (91%), no compito geral, foi uma experiência agradável para 93,1%.

Quadro 12 – Distribuição das participantes segundo variáveis do aleitamento materno anterior

Aleitamento materno anterior		Grupo Etário Materno				Resíduos Ajustados		Nº	%	$\chi^2$	p
		19 – 35 Anos		≥ 36 Anos		19 – 35 Anos	≥ 36 Anos				
		Nº	%	Nº	%						
<b>Amamentação de outros filhos</b>	Sim	98	74,2	32	82,1	-1	1	130	76	1,007	0,316
	Não	34	25,8	7	17,9	1	-1	41	24		
<b>Duração da amamentação</b>	< 1 Mês	13	13,4	3	9,7	0,5	-0,5	16	12,5	2,079	0,838
	[2-3]Meses	6	6,2	3	9,7	0,7	-0,7	9	7		
	[3 - 6]Meses	26	26,8	6	19,4	0,8	-0,8	32	25		
	[6-9]Meses	8	20,6	6	19,4	0,2	-0,2	26	20,3		
	[9-12]Meses	10	10,3	3	9,7	0,1	-0,1	13	10,2		
	≥ 12 Meses	22	22,7	10	32,3	-1,1	1,1	32	25		
<b>Experiência de amamentação</b>	Agradável	59	93,7	22	91,7	0,3	-0,3	81	93,1	0,107	0,744
	Desagradável	4	6,3	2	8,3	-0,3	0,3	6	6		

### *Aleitamento materno*

Pela leitura e análise da Quadro 13, podemos verificar que a grande maioria 92,8% das participantes do grupo etário 19-35 anos fez aleitamento materno, aos seus filhos e a totalidade das participantes com idade ≥36 anos procederam de igual forma. Constata-se a existência de diferença estatisticamente significativa ( $p=0,030$ ), confirmada pelo valor dos resíduos ajustados que revela diferenças entre os grupos.

### *Duração da amamentação*

A análise da Quadro 13, referente a duração da amamentação, permite verificar que, a maior parte 51,7%, no total da amostra e no grupo de idade ≥36 anos. O grupo 19-35 anos um valor percentual de 53,9% e tendo amamentado por um período compreendido entre [3 - 6 [meses. Observa-se que o grupo ≥36 anos amamentou por um tempo médio superior  $4,21 \pm 2,9$  meses face aos  $3,90 \pm 3,3$  das mães mais jovens.

A duração da amamentação actual, oscila entre um mínimo de 1 semana e um máximo de 2 anos, sendo a média 3,96 meses, com um desvio padrão de 3,23, sendo a mediana e a moda de quatro meses. Esta variável apresenta diferença estatisticamente significativa sendo que o ajustamento residual verifica diferenças entre os grupos compreendidos entre os 6 e os 11 meses.

### *Tempo em minutos para iniciar o aleitamento após o nascimento*

O aleitamento materno após o nascimento no grupo de faixa etária mais baixa iniciou-se num período  $\leq 30$ m em 53,7 % dos casos sendo que no outro grupo ocorreu em 50% (Quadro 13). Os elementos deste grupo amamentaram mais precocemente o seu bebé (média 109,24), tendo as mães mais velhas tardado mais 12 minutos aproximadamente (média 121,94).

No total da amostra podemos verificar que os valores oscilaram entre um mínimo de 5 minutos e um máximo de 48 horas, sendo a média de sensivelmente uma hora e meia (111,96 minutos  $\pm$  257,81 minutos) e a mediana de 30 minutos. A maioria (52,9%) das participantes amamentou o seu bebé nos 30 minutos a seguir ao parto, seguindo-se 19,4% que o fizeram entre os 30 minutos e uma hora. De referir, que 12,8% das mulheres só amamentaram o seu bebé num período superior a duas horas depois do nascimento.

### *Estabelecimento de horário de amamentação*

Quando questionadas se estipularam horário certo de dar de mamar ao seu bebé as participantes com 36 anos ou mais referiram que não (67,3%) em contraponto com o outro grupo (59,3%) no compito geral a maioria respondeu que não (60,9%).

### *Introdução da Chupeta*

Relativamente a introdução de chupeta (Quadro 13), verifica-se que a maioria (76,0%) das participantes o fez, 81,6 % da faixa etária mais jovem e 70,5 % das participantes com idade  $\geq 36$  anos. Das mulheres que introduziram a chupeta, a maioria (48,3%) fê-lo na 1ª semana, sendo que 17,5% o fizeram logo no 1º dia. Em média, fizeram-no por volta do 11º dia (10,89  $\pm$  22,47), sendo a mediana do 3º dia.

As participantes com idade  $\geq 36$  anos introduziram a chupeta mais precocemente (6,51  $\pm$  14,01 vs. 11,74  $\pm$  23,88). De salientar que houve elementos dos grupo 19-35 anos que demoram 7 meses a fazê-lo. Tendo por base o ajustamento residual verifica-se que a introdução da chupeta no 16º ou posteriormente revela diferenças entre os grupos.

### *Oferta de água/chá no intervalo das mamadas*

A franja etária com idade compreendida entre 19-35 anos referiu não introduzir chá no intervalo das mamadas (63,6%) valor semelhante ao das participantes com idade  $\geq 36$  anos (62,3%). A análise do Quadro 13, permite constatar que a maioria das mulheres não ofereceu água ou chá, ao seu bebé, no intervalo das mamadas (63,6%).

Quadro 13 - Distribuição das participantes segundo aleitamento materno actual

Aleitamento materno actual		Grupo Etário Materno				Resíduos Ajustados		Nº	%	$\chi^2$	p
		19 – 35 Anos		≥ 36 Anos		19 – 35 Anos	≥ 36 Anos				
		Nº	%	Nº	%						
Aleitamento materno	Sim	232	92,8	62	100	-2,2	2,2	294	94,2	4,737	0,030
	Não	18	7,2	0	0	2,2	-2,2	18	5,2		
	Total	250		62				312	100		
Duração da amamentação	< 1 Mês	47	20,3	12	19,4	0,2	-0,2	59	20,1	14,582	0,012
	[2-3[ Meses	33	14,2	9	14,5	-0,1	0,1	42	14,3		
	[3 - 6[ Meses	125	53,9	27	51,7	1,4	-1,4	152	51,7		
	[6-9[ Meses	9	3,9	8	5,8	-2,7	2,7	17	5,8		
	[9-12[ Meses	5	2,2	5	8,1	-2,3	2,3	10	3,4		
	≥ 12 Meses	13	5,6	1	1,6	1,3	-1,3	14	4,8		
Total	232		62				294	100			
Tempo ate iniciar o aleitamento após o nascimento	≤ 30 m	122	53,7	31	50	0,5	-0,5	153	52,9	2,526	0,471
	31 – 60 m	46	20,3	10	16,1	0,7	-0,7	56	19,4		
	61 – 120 m	29	12,8	8	12,9	0	0	7	12,8		
	≥ 121 m	30	13,2	13	21	-1,5	1,5	43	14,9		
	Total	227		62				289	100		
Estabelecimento de horário para amamentar	Sim	100	40,7	20	32,8	1,1	-1,1	120	39,1	1,269	0,260
	Não	146	59,3	41	67,2	-1,1	1,1	187	60,9		
	Total	246		61				307	100		
Introdução de chupeta	Sim	191	81,6	43	70,5	1,1	-1,1	234	76	1,252	0,263
	Não	56	22,7	18	29,5	-1,1	1,1	74	24		
	Total	250		62				312	100		
Idade em que introduziu chupeta	1 dia	32	16,8	9	20,9	-0,7	0,7	41	17,5	4,226	0,238
	2º – 7º dia	90	47,1	23	53,5	-0,8	0,8	113	48,3		
	8º – 15º dia	37	19,4	9	20,9	-0,2	0,2	46	19,7		
	≥ 16º dia	32	16,8	2	4,7	2	-2	34	14,5		
	Total	191		43				234	100		
Oferta de chá no intervalo das mamadas	Sim	90	36,4	23	37,7	-0,2	0,2	113	36,7	0,034	0,854
	Não	157	63,6	38	62,3	0,2	-0,2	195	63,3		
	Total	247		61				308	100		

### *Atitudes Maternas face à Amamentação*

No que diz respeito à análise descritiva do das atitudes maternas face à amamentação, no considerou-se que, quanto mais elevada fosse a pontuação obtida mais positivas seriam as atitudes. Assim, pela análise do Quadro 14, os valores médios verificados foram moderados para a dimensão “atitudes perante o comportamento” ( $\bar{X}$  =25,54±8,58), por outro lado, em relação as dimensões “norma subjectiva” ( $\bar{X}$  =23,59±7,67) e “decisão de amamentar” ( $\bar{X}$  =49,14±13,76) o valor médio verificado é baixo.

Quadro 14 – Estatística descritiva relativa às atitudes maternas face à amamentação

Atitudes maternas face à amamentação	$\bar{X}$	DP	Md	Mín.Obsv	MaxObsv.	Mín.Posv.	Max.Posv.
<b>Atitudes perante o comportamento</b>	25,54	8,58	26,91	6,25	44	1	49
<b>Norma Subjectiva</b>	23,59	7,67	23	5	49	1	49
<b>Decisão Amamentar</b>	49,14	13,76	51,78	17,44	91,56	1	98

A partir dos valores médios e de dispersão da escala atitudes maternas face à amamentação, e da aplicação da fórmula  $Md \pm \frac{1}{4}$  Intervalo interquartil permitiu criar as categorias: baixa, moderada e alta para cada dimensão.

Analisando o quadro 15 verifica-se que o grupo etário 19-35 anos apresenta valor alto de atitudes maternas face a amamentação a semelhança do grupo  $\geq 36$  anos, valores esse retratados na percentagem global da amostra 46,8%.

Quadro 15 - Distribuição participantes segundo a sua atitude face à amamentação

Atitudes Face à Amamentação	Grupo Etário Materno		Nº	%
	19 - 35Anos	$\geq 36$ Anos		
<b>Baixo</b>	100	20	120	38,5
<b>Moderado</b>	32	14	46	14,7
<b>Alto</b>	118	28	146	46,8
<b>Total</b>	250	62	312	100,0

### Variáveis da díade

#### *Contacto pele a pele na primeira hora após o nascimento*

O contacto pele a pele na primeira hora de vida foi prática em 196 casos (78,7%) que pertencem à faixa etária dos 19-35 anos, por sua vez este ocorreu em 45 casos (72,6%) referentes ao outro grupo em estudo. A maioria das mulheres (77,5%) referiu ter tido contacto “pele a pele” com o seu bebé na primeira hora após o parto.

#### *Coabitação Conjunta*

No que concerne ao deixar o bebé dormir habitualmente no seu quarto verifica-se que a faixa etária  $\geq 36$  anos o fez em 70% dos casos, sendo este valor de 67,3 no grupo 19-35 anos (Quadro 16). Na globalidade verifica-se que é prática habitual para a maioria (67,9%) das mulheres em estudo.

Quadro 16 - Distribuição das participantes segundo a interação da díade

Interação da Díade		Grupo Etário Materno				Resíduos ajustados		Nº	%	p	
		19 - 35Anos		$\geq 36$ Anos		19 - 35Anos	$\geq 36$ Anos				
		Nº	%	Nº	%						
<b>Pele/pele 1ª h. vida</b>	Sim	196	78,7	45	72,6	1	-1	241	77,2	1,071	0,301
	Não	53	21,3	17	27,4	-1	1	71	22,8		
<b>Bebé dorme no quarto dos pais</b>	Sim	167	67,3	42	70	-0,4	0,4	209	67,9	0,157	0,692
	Não	81	32,7	18	30	0,4	-0,4	99	32,1		

### *Afecto Materno*

O Quadro 17 permite-nos avaliar o afecto materno na componente da relação mãe/filho das participantes em estudo (avaliado pelo IAM). Sendo o valor médio observado de 94,75 (para um máximo possível de 104) com um desvio padrão de 10,89, sendo a mediana de 101, podemos concluir que as mulheres em estudo apresentam uma forte ligação materna. De referir que os valores oscilaram entre um mínimo de 65 e um máximo de 104.

Quadro 17 – Estatística descritiva do afecto materno

	$\bar{X}$	DP	Md	Mín.Obsv	Max.Obsv.	Mín.Posv.	Max.Posv.
<b>Afecto Materno</b>	94,75	10,89	101	65	104	26	104

O Quadro 18 referente ao afecto materno agrupado em categorias ( $Md \pm \frac{1}{4}$  Intervalo interquartil), permite constatar que a maioria (65,4%) das mulheres apresentam, valores moderado afecto materno, contudo 34,6% apresentam um fraco afecto materno. Torna-se relevante referir que nenhuma participante da amostra apresentou valores elevados de afecto materno.

Quadro 18 - Distribuição das participantes segundo o afecto materno

Afecto Materno	Grupo Etário Materno				Nº	%
	19 - 35Anos		≥ 36 Anos			
	n	%	n	%		
<b>Fraco</b>	89	35,6	19	30,6	108	34,6
<b>Moderado</b>	161	64,4	43	69,4	204	65,4
<b>Alto</b>	0	0	0	00	0	0
<b>Total</b>	250	100	62	100	312	100,0

Com a finalidade de analisar o afecto materno com base nos grupos anteriormente criados bem como com as variáveis dependentes foram realizados os seguintes quadros.

### **Caracterização Materna**

A observação do Quadro 19 permite verificar que as variáveis idade, estado civil, co-habitação, situação profissional e estado local de residência, não estabelecem com o afecto materno diferenças estatisticamente significativas, informação essa corroborada pelos valores dos resíduos ajustados.

A escolaridade materna apresenta diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,005$ ) e os valores de ajustamento residual indicam que as diferenças são ao nível do grupo participantes com escolaridade até ao 3º ciclo e com escolaridade superior.

O grupo de fraco afecto materno tem como escolaridade o 3º ciclo ou inferior (35,2%), face aos 20,7% do grupo moderado afecto materno. Por sua vez, este último grupo tem 49,3% de formação superior nas suas participantes.

No Quadro 19 podemos observar a existência de diferença estatisticamente significativa ( $p=0,002$ ), da variável profissão ao nível do grupo de participantes com profissões enquadradas a nível de quadros superiores/intermédios (res. -3,6; 3,6) e trabalhadoras não qualificadas (res. 2,2; -2,2). O grupo de fraco afecto materno apresenta 27,8% e 36,1% respectivamente, face ao grupo de moderado afecto materno que apresenta 48,8% nos quadros superiores/intermédios e 24,4% nos trabalhadores não qualificados.

Quadro 19 - Distribuição das participantes segundo variáveis sócio-demográficas por grupos de afecto materno

Variáveis Sócio-demográficas maternas		Afecto materno				Resíduos Ajustados		Nº	%	$\chi^2$	P
		Fraco		Moderado		Fraco	Moderado				
		Nº	%	Nº	%						
Idade	19-35 Anos	89	82,4	161	78,9	0,7	-0,7	250	80,1	0,539	0,463
	>=36 Anos	19	17,6	43	21,1	-0,7	0,7	62	19,9		
Estado Civil	Solteira/Divorciada	17	15,7	44	21,6	-1,2	1,2	61	19,5	1,525	0,217
	Casada/união de facto	91	84,3	160	78,4	1,2	-1,2	251	80,4		
Co-Habitação	Marido e filhos	81	91	160	86	1,2	-1,2	241	87,6	1,383	0,240
	Outros familiares	8	9	26	24	-1,2	1,2	34	12,4		
Escolaridade	Até ao 3º Ciclo	38	35,2	42	20,7	<b>2,8</b>	<b>-2,8</b>	80	25,7	10,498	<b>0,005</b>
	Secundário	35	32,4	61	30	0,4	-0,4	96	30,9		
	Ensino Superior	35	32,4	100	49,3	<b>-2,9</b>	<b>2,9</b>	135	43,4		
Profissão	Quadros superiores/Intermédios	30	27,8	98	48,8	<b>-3,6</b>	<b>3,6</b>	128	41,4	12,855	<b>0,002</b>
	Trabalhadores qualificados	39	36,1	54	26,9	1,7	-1,7	93	30,1		
	Trabalhadores não qualificados	39	36,1	48	24,4	<b>2,2</b>	<b>-2,2</b>	88	28,5		
Situação Profissional	Empregada tempo inteiro	90	83,3	162	79,8	0,8	-0,8	252	81,0	0,586	0,746
	Empregada tempo parcial	6	5,6	13	6,4	-0,3	0,3	19	6,1		
	Desempregada/ em formação	12	11,1	28	13,8	-0,7	0,7	40	12,9		
Residência	Aldeia	17	15,7	20	9,9	1,5	-1,5	37	11,9	3,158	0,206
	Vila	45	41,7	79	39,1	0,4	-0,4	124	40,0		
	Cidade	46	42,6	103	33,2	-1,4	1,4	149	48,1		

### Sociodemografia paterna por grupos de afecto materno

No que concerne a idade paterna verifica-se a ausência de diferenças estatisticamente significativas para a variável grupo etário.

A análise do Quadro 20 permite inferir que no grupo de fraco afecto materno, os pais têm maioritariamente como escolaridade até ao 3º ciclo (49,1%). Em contraponto o grupo afecto materno moderado a escolaridade com maior valor percentual é o ensino secundário (39,1%) sendo que no global o existem 116 casos (37,4%) com ensino secundário. Encontramos diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,002$ ), ao nível da escolaridade paterna, com os valores de ajustamento residual no grupo de pais com escolaridade até ao 3º ciclo e com formação superior (res. 3,3;-3,3 e -2,7; 2,7 respectivamente).

No que a actividade profissional diz respeito existem diferenças estaticamente significativas ( $p=0,004$ ). Os valores de ajustamento residual da tabela indicam que as diferenças são ao nível dos grupos de quadros superiores/intermédios e de trabalhadores não qualificadas. O grupo de fraco afecto materno verifica-se que maioritariamente os pais desempenham funções de trabalhadores qualificados (52,8%) semelhantes ao grupo de moderado afecto materno (45,8%) e no global de 48,2%.

Quadro 20 - Distribuição paterna segundo variáveis sócio-demográficas por grupos de afecto materno

Variáveis Sócio-demográficas paternas		Afecto materno				Resíduos Ajustados		Nº	%	$\chi^2$	p
		Fraco		Moderado		Fraco	Moderado				
		Nº	%	Nº	%						
Grupo Etário	≤ 30 Anos	36	33,3	62	30,4	0,5	-0,5	98	31,4	0,293	0,864
	31 - 35 Anos	37	34,3	74	36,3	-0,4	0,4	111	35,6		
	≥ 36 Anos	35	32,4	68	33,3	-2	2	103	33,0		
	Total	108		204				312	100		
Escolaridade	Até ao 3º Ciclo	53	49,1	61	30,2	<b>3,3</b>	<b>-3,3</b>	114	36,8	12,626	<b>0,002</b>
	Secundário	37	34,3	79	39,1	-0,8	0,8	116	37,4		
	Ensino Superior	18	16,7	62	30,7	<b>-2,7</b>	<b>2,7</b>	80	25,8		
	Total	108		202				312	100		
Profissão	Quadros superiores/Intermédios	25	23,6	82	40,8	<b>-3</b>	<b>3</b>	107	34,9	10,839	<b>0,004</b>
	Trabalhadores qualificados	56	52,8	92	45,8	1,2	-1,2	148	48,2		
	Trabalhadores não qualificados	25	23,6	27	13,4	<b>2,3</b>	<b>-2,3</b>	52	16,9		
	Total	106		201				307	100		

### Variáveis obstétricas

O estudo conjunto relativamente às variáveis obstétricas não apresenta diferenças estatisticamente significativas, podemos verificar (Quadro 21) que os grupos criados se comportam de forma idêntica entre eles uma vez que os resíduos ajustados se mantêm no intervalo de -1,96 a 1,96.

Quadro 21 - Distribuição das participantes segundo as variáveis obstétricas por grupos de afecto materno

Variáveis Obstétricas		Afecto materno				Resíduos Ajustados		Nº	%	$\chi^2$	p
		Fraco		Moderado		Fraco	Moderado				
		Nº	%	Nº	%						
Nº de partos anteriores	Zero	45	41,7	96	47,1	-0,9	0,9	141	45,2	3,727	0,292
	Uma	42	38,9	81	39,7	-0,1	0,1	123	39,4		
	Duas	19	17,6	21	10,3	1,8	-1,8	40	12,8		
	≥3	2	1,9	6	2,9	-0,6	0,6	8	2,6		
Planeamento da gravidez	Sim	91	84,3	170	83,3	0,2	-0,2	261	83,7	0,044	0,833
	Não	17	15,7	34	16,7	-0,2	0,2	51	16,3		
Vigilância da Gravidez	Sim	105	98,1	202	99,5	-1,2	1,2	307	99	1,385	0,239
	Não	2	1,9	1	0,5	1,2	-1,2	3	1		
Patologia Gravidez	Sim	17	15,7	33	16,2	-0,1	0,1	50	16	0,010	0,920
	Não	91	84,3	171	83,8	0,1	-0,1	262	84		
Tipo de Parto	Vaginal	78	72,2	142	69,6	0,5	-0,5	220	70,5	0,232	0,630
	Abdominal	30	27,8	62	30,4	-0,5	0,5	92	29,5		
Termo/Prematuro	Prematuro	28	25,9	47	23	0,6	-0,6	75	24	0,322	0,570
	Termo	80	74,1	157	77	-0,6	0,6	237	76		

A estrutura relacional das variáveis afecto materno e atitudes maternas face a amamentação, nas suas diversas componentes foi analisada através de uma matriz de correlações de Pearson. Os valores apresentados revelam que as correlações são todas positivas, o que nos permite afirmar que quanto maior o afecto materno melhor a atitude face à amamentação. Todavia, nota-se que entre o comportamento e o afecto materno a correlação é fraca ( $r=0,156$ ) sendo que a maior correlação se verifica entre a norma subjectiva e os comportamentos ( $r=0,432$ ). Salienta-se ainda que as correlações são menores quando se relacionam com os factores aos quais não dizem respeito.

Quadro 22 – Matriz de correlações

	Afecto materno	Comportamento	Norma Subjectiva
Afecto Materno			
Comportamento	0,156**	—	
Norma Subjectiva	0,062 <sup>n.s</sup>	0,432***	
Atitudes face amamentação	0,132	0,864***	0,827***

p < 0.05 \* - Diferença estatística significativa

p < 0 .01\*\* - Diferença estatística bastante significativa

p < 0.001 \*\*\* - Diferença estatística altamente significativa

p ≥ 0.05 n.s. – Diferença estatística não significativa

## Variáveis aleitamento materno

### *Aleitamento materno anterior*

O estudo conjunto relativamente ao aleitamento materno anterior não apresenta diferenças estatisticamente significativas, recorrendo aos valores de ajustamento residual para os vários grupos de variáveis essa informação foi corroborada.

Quadro 23 – Distribuição das participantes segundo variáveis do aleitamento materno anterior por grupos de afecto materno

Aleitamento materno anterior		Afecto materno				Resíduos Ajustados		Nº	%	$\chi^2$	p
		Fraco		Moderado		Fraco	Moderado				
		Nº	%	Nº	%						
Aleitamento materno	Sim	47	74,6	83	76,9	-0,3	0,3	130	76,0	0,110	0,740
	Não	16	25,4	25	23,1	0,3	-0,3	41	24,0		
Duração do aleitamento	< 1 Mês	3	6,4	13	16	-1,6	1,6	16	12,5	6,476	0,263
	[2-3[ Meses	1	2,1	8	9,9	-1,7	1,7	9	7,0		
	[3 - 6[ Meses	13	27,7	19	23,5	0,5	-0,5	32	25,0		
	[6-9[ Meses	12	25,5	14	17,3	1,1	-1,1	26	20,3		
	[9-12[ Meses	6	12,8	7	8,6	0,7	-0,7	13	10,2		
≥ 12 Meses	12	25,5	20	24,7	0,1	-0,1	32	25,0			
Experiência de amamentação	Agradável	24	85,7	57	96,6	-1,9	1,9	81	93,1	3,511	0,061
	Desagradável	4	14,3	2	3,4	1,9	-1,9	6	6,9		

### *Aleitamento materno anterior*

No que ao aleitamento materno actual diz respeito e pela análise da Quadro 24, podemos verificar que existe diferença estatisticamente significativa na duração do aleitamento materno ( $p=0,030$ ). Pela análise dos resíduos ajustados verificamos que as diferenças ocorrem nos intervalos [3 - 6[ Meses; [6-9[ Meses e  $\geq 12$  Meses.

A análise da Quadro 24, permite verificar que, a maior parte (51,7%) o fizeram num período compreendido entre [3 - 6[ meses. As participantes com moderado afecto materno amamentaram por um período  $\geq 12$  meses 4,4% sendo que para igual período de tempo as participantes que possuíam fraco afecto materno o fez em 1%.

No entanto e tendo por base o valor dos resíduos ajustados calculados para as variáveis verifica-se que a idade a que a chupeta foi introduzida ao bebé apresenta diferença para o grupo 2º e o 7º dia de vida, sendo que o grupo com mais afecto materno o fez 64 vezes (43,2%) e o de fraco em 49 vezes (57%).

Relativamente as outras variáveis em análise: aleitamento materno filho actual, tempo de iniciar amamentação após o nascimento, estabelecimento de horário para dar de mamar, introdução da chupeta, idade de introdução da chupeta, oferecer chá no intervalo das mamadas e Atitudes face ao aleitamento materno não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas relativamente ao afecto materno.

Quadro 24 - Distribuição das participantes segundo variáveis do aleitamento materno actual por grupos de afecto materno

Aleitamento materno actual		Afecto materno				Resíduos Ajustados		Nº	%	$\chi^2$	p
		Fraco		Moderado		Fraco	Moderado				
		Nº	%	Nº	%						
<b>Aleitamento materno</b>	Sim	102	94,4	192	94,1	0,1	-0,1	294	94,2	0,014	0,906
	Não	6	5,6	12	5,9	-0,1	0,1	18	5,8		
<b>Duração do aleitamento</b>	< 1 Mês	21	20,6	28	19,8	0,2	-2	59	20,1	12,369	<b>0,030</b>
	[2-3[ Meses	12	11,8	30	15,6	-0,9	0,9	42	14,3		
	[3 - 6[ Meses	61	59,8	91	47,4	<b>2</b>	<b>-2</b>	152	51,7		
	[6-9[ Meses	2	2	15	7,8	<b>-2</b>	<b>2</b>	17	5,8		
	[9-12[ Meses	5	4,9	5	2,6	1	-1	10	3,4		
	≥ 12 Meses	1	1	13	4,4	<b>-2,2</b>	<b>2,2</b>	14	4,8		
<b>Tempo ate iniciar o aleitamento após o nascimento</b>	≤ 30 m	54	53,5	99	52,7	0,1	-0,1	153	52,9	4,812	0,186
	31 – 60 m	15	14,9	41	21,8	-1,4	1,4	56	19,4		
	61 – 120 m	18	17,8	19	10,1	1,9	-1,9	37	12,8		
	≥ 121 m	14	13,9	29	15,4	0,4	-0,4	43	14,9		
<b>Estabelecimento de horário para amamentar</b>	Sim	41	39	79	39,1	0	0	120	39,1	0,000	0,992
	Não	64	61	123	60,9	0	0	187	60,9		
<b>Introdução da chupeta</b>	Sim	86	81,9	148	72,9	1,8	-1,8	234	76	3,070	0,080
	Não	19	18,1	55	27,1	-1,8	1,8	74	24		
<b>Idade em que introduziu chupeta</b>	1 dia	12	14	29	19,6	-1,1	1,1	41	17,5	5,671	0,129
	2º – 7º dia	49	57	64	43,2	<b>2,0</b>	<b>-2,0</b>	113	48,3		
	8º – 15º dia	17	19,8	29	19,6	0	0	46	19,7		
	≥ 16º dia	8	9,3	26	17,6	-1,7	1,7	34	14,5		
<b>Oferta de chá no intervalo das mamadas</b>	Sim	38	36,5	75	36,8	0	0	113	36,7	0,002	0,969
	Não	66	63,5	129	41,9	0	0	195	63,3		
<b>Atitudes face ao aleitamento materno</b>	Baixo	51	47,2	69	33,8	<b>2,3</b>	<b>-2,3</b>	120	38,5	5,411	0,067
	Moderado	13	12	33	16,2	-1	1	46	14,7		
	Alto	44	40,7	102	50	-1,6	1,6	146	46,8		

### Variáveis da interação da díade

Nas variáveis da interação da díade não encontramos diferenças estatisticamente significativas relativamente ao afecto materno.

.Quadro 25 - Distribuição das participantes segundo variáveis de interação da díade por grupos de afecto materno

Interação da Díade		Afecto materno				Resíduos ajustados		Nº	%	$\chi^2$	p
		Fraco		Moderado		Fraco	Moderado				
		Nº	%	Nº	%						
<b>Pele/pele 1ª h. vida</b>	Sim	84	78,5	157	77	0,3	-0,3	241	77,5	0,096	0,757
	Não	23	21,5	47	23	-0,3	0,3	70	22,5		
<b>Coabitação conjunta</b>	Sim	69	66,3	140	68,6	-0,4	0,4	209	67,9	0,164	0,685
	Não	35	33,7	64	32,1	0,4	-0,4	99	32,1		

## 4.2 ANÁLISE INFERENCIAL

Após a análise descritiva dos dados obtidos, passamos de seguida à abordagem inferencial dos mesmos, através da estatística analítica. Procedemos assim à verificação da validade das questões de investigação, associando as variáveis em estudo, à nossa variável endógena.

**Relação entre o afecto materno e variáveis sócio-demográficas: idade materna e paterna, estado civil, escolaridade materna e paterna, situação profissional e local de residência.**

Com a finalidade de verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade e estado civil das participantes face ao afecto materno, aplicámos o teste de Mann-Whitney (Quadro 26). Assim encontrando um valor de “p” superior ao nível significância fixado ( $\alpha=0,05$ ), considerámos desta forma, que não existe diferença significativa entre os grupos, sendo legítimo concluir que estes não influenciam o afecto materno.

Contudo, podemos verificar que, as mulheres mais velhas, as solteiras e/ ou divorciadas são as que obtiveram ordenações médias mais elevadas, bem como as de nacionalidade portuguesa, logo com maiores índices afecto materno.

Quadro 26 - Teste de Mann-Whitney entre o afecto materno e variáveis sócio-demográficas

Afecto Materno		Nº	OM	UMW	p
Idade Materna	19 – 35 Anos	250	154,21	7178,5	0,362
	≥ 36 Anos	62	165,71		
Estado Civil	Solteira/divorciada	61	171,99	6710,5	0,129
	Casada/União de facto	251	152,74		

A fim de verificar se existe ou não diferença significativa entre: idade paterna, a escolaridade dos pais, o local de residência e a situação profissional das mulheres e o afecto materno, utilizámos teste de Kruskal-Wallis.

Pela análise do Quadro 27, no que concerne a escolaridade materna, observa-se uma tendência para um afecto materno aumentado consoante mais elevado é a escolaridade das mulheres existindo diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,010$ ).

Com a finalidade de estudar a relação entre a o afecto materno e a escolaridade materna e paterna uma vez que o teste de Kruskal-Wallis revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Realizou-se o teste de post hoc de Tukey efectuado com ordenações médias, para a variável escolaridade materna que confirmaram a diferença entre os grupos entre com habilitações literárias até ao 3º ciclo ( $p=0,007$ ) e com formação superior ( $p=0,007$ ).

A escolaridade paterna comporta-se de igual modo, obtendo-se diferenças altamente significativas, logo responsáveis por um maior índice de afecto materno. Para a variável escolaridade paterna foram realizados os mesmos procedimentos tendo sido obtida diferenças estatisticamente significativa para os grupos  $\leq 3^\circ$  Ciclo e ensino superior ( $p=0,04$ ).

A situação profissional apesar de não demonstrar uma diferença estatisticamente significativa permite inferir com base nas ordenações médias mais elevadas que as mães que tem um emprego a tempo parcial e as que estão desempregadas possuem maior índice de afecto materno.

Quanto ao local de residência das mulheres, podemos constatar que as mulheres residentes numa vila foram as que obtiveram ordenações médias mais elevadas (158,59), sendo que as ordenações médias mais baixas verificaram-se nas que residem numa aldeia (meio rural). Contudo, não existe diferença estatisticamente significativa em nenhuma delas ( $p > 0,05$ ).

Quadro 27 – Teste de Kruskal-Wallis entre o afecto materno e variáveis sócio-demográficas

Afecto materno		Nº	OM	$\chi^2$	p
Idade Paterna	≤ 30 Anos	98	94,34	45,714	0,826
	31 – 35 Anos	111	95,24		
	≥ 36 Anos	103	94,61		
Escolaridade materna	≤ 3º Ciclo	80	131,74	9,174	0,010
	Secundário	96	157,09		
	Superior	135	169,60		
Escolaridade Paterna	≤ 3º Ciclo	114	136,76	10,369	0,006
	Secundário	116	158,50		
	Superior	80	177,86		
Situação Profissional	Empregada Tempo Inteiro	252	152,63	1,941	0,379
	Empregada tempo parcial	19	168,05		
	Desempregada	40	171,53		
Residência	Aldeia	37	147,07	0,493	0,782
	Vila	125	158,59		
	Cidade	149	155,02		

**Relação do afecto materno e variáveis obstétricas: número de partos, gravidez planeada, vigilância da gravidez, patologia da gravidez, tipo de parto e prematuridade.**

O teste Kruskal-Wallis permitiu identificar a não existência de diferença significativa entre os grupos quanto ao número de partos anteriores ( $p=0,197$ ).

Quadro 28 - Teste de Kruskal-Wallis entre o afecto materno e número de partos anteriores

Afecto materno		Nº	OM	$\chi^2$	p
Número de partos anteriores.	Zero	141	161,2	4,683	0,197
	Um parto	123	155,51		
	Dois partos	40	134,48		
	≥ Três partos	8	198,94		

Os resultados da análise Quadro 29, e dos valores do teste de Mann-Whitney, demonstram-nos a não existência de diferença estatisticamente significativa entre as variáveis.

Contudo a análise detalhada do quadro permite constatar que os factores mais preditores dum maior de um maior afecto materno são: a gravidez não ter sido planeada e vigiada, o parto ter sido vaginal, o bebé ser prematuro e não ter tido problemas ao longo da gestação; uma vez que as ordenações médias verificadas são mais elevadas.

Quadro 29 - Teste de Mann-Whitney entre o afecto materno e variáveis obstétricas

Afecto materno		Nº	OM	UMW	p
Gravidez Planeada	Sim	261	154,48	61270	0,363
	Não	51	166,86		
Vigilância da Gravidez	Sim	307	156,13	267	0,204
	Não	3	91		
Patologia Gravidez	Não	262	157,73	6259,5	0,639
	Sim	50	151,09		
Tipo Parto	Vaginal	220	157,03	10004	0,871
	Abdominal	92	155,24		
Prematuridade	Prematuro	75	158,93	8705,5	0,786
	Termo	237	155,73		

**Relação entre o afecto materno e as variáveis do aleitamento materno: tempo de amamentação do filho anterior, experiência anterior de amamentação, aleitamento materno actual, tempo do aleitamento materno actual, decisão de amamentar e atitudes face a amamentação e introdução**

Os resultados da análise Quadro 30 e dos valores do teste de Mann-Whitney, demonstram-nos a não existência de diferença estatisticamente significativa entre a maior parte das variáveis, com excepção da experiência anterior de amamentação agradável e a introdução de chupeta.

O teste Mann-Whitney permitiu identificar a existência de diferença significativa entre os grupos quanto a experiência anterior de amamentação ter sido agradável ( $p=0,025$ ) e a introdução de chupeta ( $p=0,035$ ). Logo, podemos afirmar que a experiência anterior de amamentação ter sido agradável e a introdução da chupeta tem poder explicativo sobre a duração do aleitamento materno.

Quadro 30 - Teste de Mann-Whitney entre o afecto materno e variáveis do aleitamento materno

Afecto Materno		Nº	OM	UMW	p
Se filhos, estes foram amamentados	Sim	130	87,37	2486,5	0,514
	Não	41	81,65		
Experiência anterior	Agradável	81	45,62	112	<b>0,025</b>
	Desagradável	6	22,17		
Filho actual amamentou	Sim	294	155,97	2490	0,670
	Não	18	165,17		
Introdução da Chupeta	Sim	234	148,58	7273,5	<b>0,035</b>
	Não	74	173,21		

A fim de verificarmos a relação entre o tempo que as mulheres amamentam o filho anterior, o actual e o tempo que decorreu entre o nascimento do bebé e o início da amamentação com o afecto materno (Quadro 31), e se essas diferenças são estatisticamente significativas, utilizámos o teste Kruskal-Wallis, que não identificou existência de diferença significativas entre os grupos de mães que amamentaram.

No que diz respeito ao tempo de iniciar a amamentação após o nascimento do bebé verificou-se a ausência de diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 31 - Teste de Kruskal-Wallis entre o afecto materno e variáveis do aleitamento materno

Afecto materno		Nº	OM	$\chi^2$	P
<b>Tempo Amamentação filho anterior</b>	< 1 Mês	16	71,50	5,214	0,390
	[1-3[ Meses	9	70,44		
	[3 - 6[ Meses	32	53,00		
	[6-9[ Meses	26	55,42		
	[9-12[ Meses	13	52,88		
	≥ 12 Meses	19	56,18		
<b>Tempo Amamentação filho actua</b>	< 1 Mês	59	143,29	10,682	0,058
	[1-3[ Meses	42	159,50		
	[3 - 6[ Meses	152	138,54		
	[6-9[ Meses	17	192,71		
	[9-12[ Meses	10	130,75		
	≥ 12 Meses	14	183,57		
<b>Tempo iniciar amamentação após nascimento</b>	< = 30 minutos	153	144,52	2,414	0,491
	31-60 minutos	56	154,45		
	61-120 minutos	37	128,03		
	≥ 120 minutos	43	149,01		

**Relação entre as variáveis relativas a interação da díade: contacto pele a pele na 1ª hora de vida e alojamento conjunto.**

A verificação dos Resultados após aplicação do teste de Mann-Whitney permite inferir que estas variáveis não apresentam diferenças estatisticamente significativas. Contudo verifica-se que os bebés que não realizaram contacto pele a pele na 1ª hora de vida bem como os que dormem no quarto com a mãe apresentam maior afecto materno devido aos valores mais elevados das ordenações médias.

Quadro 32 - Teste de Mann-Whitney entre o afecto materno e variáveis da díade

Inventário Afecto Materno		Nº	OM	UMW	p
Pele/pele 1ª h. vida	Sim	241	153,67	7874	0,390
	Não	70	164,01		
Alojamento conjunto	Sim	209	159,66	9267,50	0,134
	Não	99	143,61		

***Relação entre o inventário de afecto materno e as variáveis independentes (idade, número de partos anteriores, introdução da chupeta, afecto materno e as atitudes maternas face à amamentação).***

Para o estudo do inventário do afecto materno com as variáveis idade, nº partos anteriores, afecto materno e atitudes maternas face à amamentação (comportamento, norma subjectiva e decisão de amamentar), procedemos à realização de uma regressão múltipla, cujos resultados se apresentam nos Quadros 33 e 34.

Neste modelo de regressão a variável que apresenta maior correlação com inventário de afecto materno é o comportamento (componente da atitude materna face a amamentação) ( $r=0,156$ ) e a de menor é a idade paterna correlação ( $r=-0,016$ ). As variáveis estabelecem com o inventário de afecto materno uma relação directa, contudo á apenas estatisticamente significativa em relação o “comportamento” das atitudes maternas face a amamentação.

A correlação que o conjunto destas variáveis estabelece com o inventário do afecto materno é fraca ( $r=0,156$ ) explicando 2,4%.

Por outro lado os testes F e os valores de t ao apresentarem-se estatisticamente significativos, no comportamento (componente da atitude materna face a amamentação), permitindo afirmar que esta variável tem valor explicativo do inventário do afecto materno.

Por sua vez os coeficientes padronizados beta indicam que o comportamento (componente da atitude materna face a amamentação) é a variável com peso preditivo.

Quadro 33 - Correlação de Pearson para variáveis independentes

Variáveis	R	R <sup>2</sup>	p
Comportamento	0,156	0,024	0,003
Norma subjectiva	0,062	0,004	0,138
Decisão de amamentar	0,132	0,017	0,010
Idade Materna	0,054	0,003	0,169
Idade Paterna	0,016	0,000	0,390

Quadro 34 - Regressão múltipla para variável afecto materno e variáveis independentes

	R	R <sup>2</sup>	F	p	Coeficientes				VIF
					B	Beta	t	p	
<b>Constante</b>					86,929,	1,920			
<b>Comportamento</b>	0,156	0,024	7,72	0,000	0,198	0,156	2,779	0,006	1,000

**Equação de regressão:**

$$\text{Inventário de afecto materno} = 89,692 + 0,198 \text{ Comportamento}$$

Procedeu-se a elaboração de uma árvore de decisão utilizando o método CHAID, o inventário de afecto materno (grtotiama) foi a variável dependente, as variáveis independentes foram: nacionalidade, residência, planeamento gravidez, vigilância da gravidez, patologia gravidez, prematuridade, bebé fez aleitamento materno, introdução chupeta, bebé dorme no seu quarto da mãe, idade do pai (gridapai), estado civil (grestadocivil), escolaridade materna (grescmae), escolaridade paterna (grescpai), situação profissional (grsitprof), gestações anteriores (grngestaanterior), tipo de parto (grtipoparto), e a decisão de amamentar componente das atitudes materna face amamentação (grtotamamenta1).

O seu nível máximo de profundidade é de 3, e o número mínimo de casos estabelecidos para os nós Parent 100 e Child 50.

Os resultados mostraram que as variáveis estatisticamente significativas na explicação do inventário de afecto materno são o grupo de escolaridade paterna bem como a decisão de amamentar componente das atitudes materna face amamentação distribuídas por 5 nos 3 dos quais são terminais.

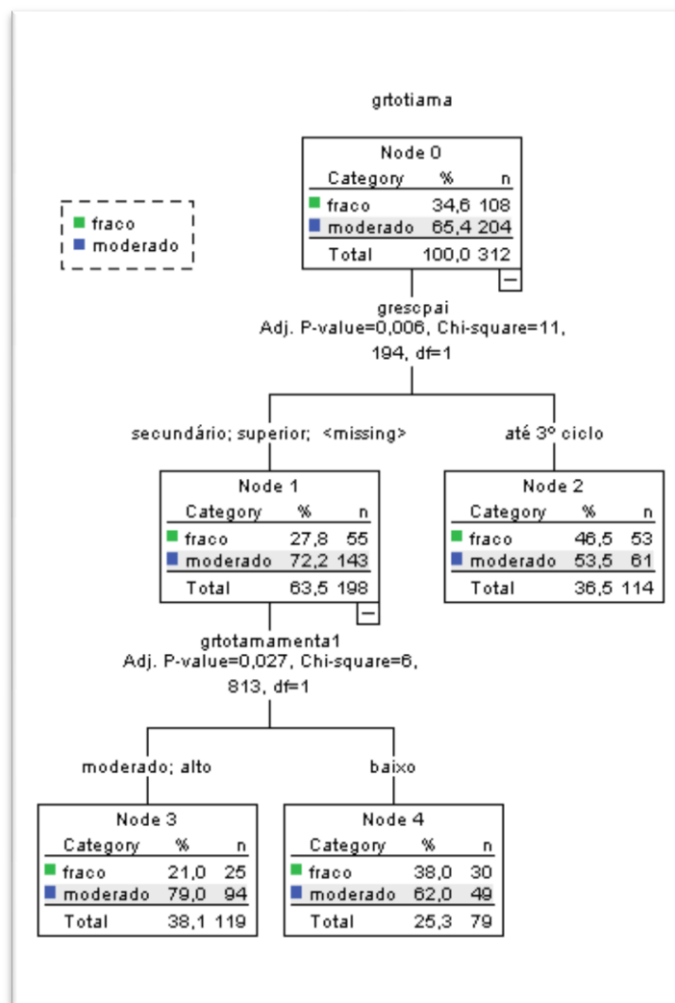
Os nós repartem-se por caixas que contem informação sobre a intensidade do afecto materno, como se pode observar pelo diagrama em árvore. A sombreado aparece a categoria prevista correspondendo aos valores modais.

Podemos verificar através da leitura da primeira caixa que existe uma maior probabilidade de uma moderada intensidade de afecto materno (65,4%). O primeiro nível de

profundidade obtém-se através da escolaridade paterna, sendo esta a variável que explica a moderada intensidade de afecto materno, que segundo o método utilizado é de 53,5% de probabilidade. Podemos também verificar que 29,9 % (61/204 x100) da totalidade do afecto materno se deve aos pais com escolaridade ate ao 3º ciclo.

O segundo nível de profundidade mostra que a decisão de amamentar (componente das escala das atitudes maternas face a amamentação) é a variável que melhor prevê uma intensidade moderada de afecto materno, sendo que os nós 3 e 4 mostram a probabilidade de 79% e 62% respectivamente, de incluir mães com intensidade moderada de afecto.

O erro padrão de 0,027 permite a construção de intervalos de confiança a 95% dado por  $0,346 \pm 1,96 \times 0,027$  mostra que o risco das classificações incorrectas se situa entre 6% e 4%. Existem 204 mães correctamente classificadas com moderado afecto materno provenientes dos nos terminais e que correspondem a 65,4%. Podemos inferir que não existe erro uma vez que a diferença entre o inventário de afecto materno e o valor predictivo é nula.



## CAPÍTULO V

---

### DISCUSSÃO



## 5 DISCUSSÃO

Após a apresentação dos resultados torna-se pertinente responder às questões de investigação e aos objectivos do nosso estudo. Deste modo, a discussão dos dados, permite-nos referir, o que empiricamente mais se evidenciou e que importa salientar.

A discussão dos resultados é uma fase crucial de um estudo científico, pois permite-nos compreender os dados recolhidos e confrontá-los com as conceptualizações teóricas que serviram de pilar à nossa investigação. O núcleo central da investigação, de onde resultam os trabalhos mais significativos, é constituído pela discussão dos resultados, refere que o investigador é levado a comparar, a constatar os resultados e a servir-se da teoria, dos trabalhos de investigação que tratam do mesmo fenómeno e da prática profissional para fazer inferências, de forma a tirar uma conclusão dos resultados e das implicações que decorrem destes Fortin (2009). Desta forma, procuramos ao longo deste capítulo fazer uma reflexão sobre o trabalho desenvolvido, assentando no pensamento e análise crítica, recorrendo sempre a opinião de autores consultados.

O presente capítulo trata da discussão dos resultados, uma vez terminada a análise e interpretação dos dados, tendo em consideração todos os aspectos da investigação: as questões, o enquadramento teórico e os objectivos da investigação.

### 5.1 DISCUSSÃO METODOLÓGICA

A estratégia metodológica desenhada para este estudo teve em conta o tipo de estudo realizado e os objectivos traçados. Tais objectivos levaram-nos a definir uma amostra suficiente que conseguisse traduzir resultados fiáveis e a eleger como instrumentos de medição um questionário de auto-resposta, que na opinião de Sampieri (2003) são os instrumentos mais adequados para se estudar no mais curto espaço de tempo um grande número de sujeitos.

Solicitámos a autorização aos respectivos Conselhos de Administração dos serviços de saúde, para a aplicação do questionário, através de um ofício juntamente com um exemplar dos questionários que pretendíamos aplicar, garantindo todos os precedentes éticos.

Obtivemos assim uma amostra de 312 participantes que foram à consulta de saúde infantil dos dois anos com o seu filho, no período compreendido entre o mês de Outubro de 2010 e Dezembro de 2011 e que acederam voluntariamente a preencher o questionário.

Os questionários foram entregues pessoalmente por uma equipa de profissionais dos serviços, liderados pelo investigador responsável do projecto de investigação, nos diferentes serviços, com indicação para, após o preenchimento, serem devolvidos sem qualquer identificação, e posteriormente procedeu-se à sua recolha. Recolhidos os dados, efectuámos o tratamento estatístico que nos pareceu mais adequado ao estudo em questão.

Uma das limitações do nosso estudo como refere Duarte (2008) é o facto de trabalharmos com uma amostra não aleatória de participantes uma vez que não é representativa de uma população. Os resultados dependem da honestidade e sinceridade da inquerida, isto é, as suas respostas são habitualmente dirigidas mais a condutas desejáveis e não tanto às que na realidade acontecem.

O facto de o nosso estudo ser transversal e descritivo/analítico pode ser uma limitação do mesmo, uma vez que carece por esse motivo de um controlo experimental das variáveis independentes. Salientamos também o facto de no momento da colheita de dados as participantes terem de se reportar a fenómenos com um distanciamento temporal significativo, de cerca de 2 anos. A transformação do nosso estudo em longitudinal com monitorização da evolução das variáveis envolvidas poderia conduzir à obtenção de melhores resultados.

O estudo empírico descritivo correlacional e explicativo apesar de ser um estudo não experimental pretende descrever os comportamentos dos participantes tal qual se manifestam nos seus ambientes naturais de vida e de identificar a inter-relação entre as variáveis dependentes e independentes, sendo também intenção obter evidências para explicar por que ocorre um determinado fenómeno (Duarte, 2008). Foi com base neste pressuposto que se tornou possível avaliar a eficácia preditiva de algumas variáveis em estudo, nomeadamente a escolaridade materna ( $p=0,010$ ), a escolaridade paterna ( $p=0,006$ ) a experiência anterior de amamentação ( $p=0,025$ ) a introdução da chupeta ( $p=0,035$ ) e o comportamento (componente das atitudes face a amamentação  $p=0,006$ ).

Sampieri, (2003, p. 251), diz que a validade externa se refere “à possibilidade de generalizar os resultados de um experimento ou situações não experimentais bem como a sujeitos ou outras populações” e esta só seria possível se tivéssemos recorrido a uma amostra que fosse representativa. Contudo e segundo o autor supra citado, parafraseando SHAUGHNESSY et al (2007), esta não poderá estar comprometida não tanto pelo n da amostra, mas porque o teste último para essa validação é a reaplicação. Face a estes factos limitativos, a pesquisa está condicionada às nossas opções metodológicas, impede a generalização dos resultados e carece de confirmação em outros estudos do mesmo âmbito com amostras mais alargadas.

Recolhidos os dados efectuámos o tratamento estatístico que nos pareceu mais adequado ao estudo em questão. Apesar das eventuais limitações, consideramos que os resultados obtidos nos permitem adquirir um conhecimento mais real sobre a problemática do afecto materno, identificando dificuldades das mães em ligar-se emocionalmente ao recém-nascido, oferecer ajuda.

Enquanto enfermeiros especialistas em saúde materno obstetrícia e ginecologia devemos de melhores condições para que todas as mães tenham a oportunidade de estabelecer bases sólidas para o afecto materno e cuidados adequados do filho, que se irão traduzir em ganhos em saúde.

## 5.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Sendo o afecto materno dependente variável em estudo optámos, por previamente proceder ao seu enquadramento, a fim de melhor compreender e discutir a sua variação relativamente às variáveis independentes.

O afecto materno é uma relação emocional única, específica e duradoura, que se estabelece de um modo gradual, desde os primeiros contactos entre a mãe e o bebé, traduz-se num processo de adaptação mútua no qual mãe e bebé activamente participam sendo mediado por uma multiplicidade de factores.

Findas estas considerações, julgadas pertinentes, passamos de seguida, a discutir os resultados obtidos nas análises estatísticas efectuadas em corte transversal com os dados da investigação obtida por outros investigadores.

### **Afecto materno e variáveis sócio-demográficas**

A idade em que as mulheres têm o primeiro filho tem vindo a aumentar nos últimos anos. Em 2002, era de 29 anos e em 2009 era de 30,3 anos (INE, 2008 e 2009 citado por Martins, 2012). No que respeita à idade, a média de **idade materna** foi de 31,18 anos e a paterna de 33,36 anos, sendo que o grupo mais representativo é o das participantes com idades compreendidas entre 19 e 35 anos, com uma percentagem de 80,1%. Relativamente à idade paterna não existe uma diferença significativa entre os grupos de idades. Todavia, observou-se que a maior parte dos pais (35,6%) têm idade compreendida entre os 31 e os 35 anos.

Importa referir que no grupo de participantes com idade igual ou superior a 36 anos obtivemos 19,9% da amostra, o que nos indica a existência de mães que tiveram os seus filhos no extremo superior da vida fértil, que segundo Graça, (2005), se situa após os 35 anos de idade.

No estudo realizado não existe diferença estatística significativa entre os dois grupos ( $p=0,826$ ), sendo legítimo concluir que a idade das participantes não influencia o afecto materno. Contudo, podemos verificar que as participantes com idade  $\geq 36$  anos obtiveram ordenações médias mais elevadas (165,71) do que as mais novas (154,21), logo manifestam mais afecto materno. Estes resultados são corroborados por Martins (2012) ao referir no seu estudo que as mães com idades compreendidas entre os 26 e os 35 anos parecem apresentar mais dificuldades em estabelecer uma relação emocional saudável.

Através dos coeficientes padronizados beta, obtidos pela regressão múltipla verificou-se que a variável idade ( $r=0,054$ ,  $p=0,169$ ), estabelece com o afecto materno uma relação directa, assim sendo quanto maior for o seu valor maior será afecto materno.

Quanto ao **estado civil** verificámos que a maioria das mães (80,4%) está casada ou vive em união de facto valores semelhantes aos estudos realizado por Gomes, Nelas, & Duarte, (2012), Martins (2012) e Lima (2010).

Ao relacionarmos o estado civil das mães com o afecto materno, podemos constatar que as mulheres que são solteira/divorciadas são aquelas que apresentam maior afecto materno (ordenações médias mais elevadas). No entanto, um estudo quantitativo, transversal, correlacional, realizado com 136 gestantes verificou que segundo o nível de apego materno fetal, as participantes casadas apresentavam níveis mais elevados face as participantes solteiras e/ou separadas (Schumidt & Argimon, 2009).

Também, Figueiredo (2001) verificou que as mães que afirmam possuir uma vasta rede de apoio social, que possuem relações mais positivas e íntimas e que beneficiam de maior apoio por parte dos companheiros, mostram-se mais sensíveis às necessidades do bebé, mais positivas para com a criança e, conseqüentemente, uma ligação afectiva mais positivo do que mães que referem a ausência desse apoio. Martins (2012), refere ainda que esses efeitos benéficos foram observados sobretudo, na presença de circunstâncias adversas, como seja condições negativas associadas à prematuridade do bebé e às suas dificuldades.

Hernandes e Hutz (2008) referem que, para as mulheres, o ajustamento conjugal e emocional é importante, principalmente, no período da gravidez do primeiro filho. Sendo assim, uma das fontes de apoio social para o desenvolvimento da ligação está na capacidade de adaptação do casal à nova experiência (Martins, 2012).

Desde 1993, a escolaridade mínima obrigatória no nosso país é de 12 anos. No entanto, Portugal detém ainda um dos mais baixos níveis de escolaridade e qualificação da Europa com 8 anos de média. No presente estudo, 43.4% das participantes possuía **formação académica** superior e 30,9% da amostra tinha o ensino secundário, resultados semelhantes ao estudo previamente realizado (Gomes, Nelas, & Duarte, 2012). No estudo realizado por Martins (2012) as participantes com formação superior era de 27,1% tendo a maior fatia da amostra escolaridade inferior ou igual ao 3º ciclo (53,5%).

Verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,010$ ) e com base nas ordenações médias podemos afirmar que a formação académica é directamente proporcional ao aumento do afecto materno resultado semelhante ao encontrado por Schumidt & Argimon (2009). Observamos também que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de participantes com formação superior e as que possuem formação até ao 3º ciclo ( $p=0,007$ ).

A formação académica do conjugue assume igual comportamento, ou seja apresenta diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,006$ ) confirmada pelo teste de Kruskal-Walis, existindo diferenças significativas entre os grupos de pais com formação até ao 3º ciclo e os pais com formação superior ( $p=0,04$ ) como se pode verificar através da realização do teste post hoc de Tukey.

A taxa de actividade feminina em Portugal ultrapassa a média europeia, com um dos valores mais elevados da Europa Comunitária, sendo o estado membro da União Europeia (UE) onde as mães com filhos até aos 10 anos trabalham mais horas (Maia M. J., 2007). De acordo com a mesma autora a modalidade de trabalho predominante na população feminina portuguesa em relação a outras realidades europeias, é o trabalho a tempo inteiro, que

atinge valores da ordem dos 80%. Salienta-se ainda a fraca taxa de emprego feminino a tempo parcial com um valor de apenas 8,2%, quando a média da UE é de 17,2%.

No presente estudo a maioria (87,1%) das participantes exercia uma **atividade profissional**. A maior percentagem (81%) trabalha a tempo integral, 6,1 % referiram trabalhar a tempo parcial, valores semelhantes ao do estudo realizado por Martins (2012). Podemos verificar que tendo por base os grupos etários existem diferenças para o grupo das participantes empregadas a tempo inteiro (resíduos ajustados -2,1 e 2,1) sendo as participantes de idade  $\geq 36$  que possuem maior valor percentual 90,3% vs. 78,7%.

Verifica-se também que apesar de não existir diferença estatisticamente significativa as participantes que trabalham menos tempo têm maiores índices de afecto materno, ordenações médias mais elevadas. Resultados semelhantes aos encontrados por Martins (2012), na sua investigação. Este facto poderá estar associado a uma maior disponibilidade para estar com o bebé e um maior número de horas de convivência.

Se, alguns autores não encontraram quaisquer efeitos adversos e outros tenham mesmo verificado consequências positivas, há autores que observaram efeitos adversos sobre o afecto materno, pelo facto de a mãe trabalhar fora de casa e colocar precocemente o bebé no infantário (Martins, 2012)

No entanto, Hoffman (1984), assim como Zaslow, Pedersen, Suwalsky, Cain e Fivel (1985) não encontraram quaisquer diferenças na relação estabelecida entre as mães que se ausentem de casa para irem trabalhar e as mães que permanecem em casa. Observaram, antes, que estas diferenças estavam nos tempos escolhidos por estas mães para se relacionarem com os seus filhos, sendo que as mães que trabalham fora de casa compensam o tempo em que não estão com o bebé mantendo-se de um modo mais presente com ele fora das horas do trabalho (Martins, 2012).

A distribuição das participantes no estudo demonstrou que 48,1 % reside na cidade e 11,9% que reside na aldeia, valores semelhantes ao estudo realizado por Gomes, Nelas, & Duarte (2012), onde se verificou que 46% residiam na cidade e 16,1 % na aldeia. Podemos constatar que as participantes residentes nas vilas foram as que obtiveram ordenações médias mais elevadas (158,59) no afeto materno, sendo que as ordenações médias mais baixas se verificaram nas que residem nas aldeias (meio rural), pelo teste de Kruskal-Wallis e seus resultados constamos que as diferenças entre os dois grupos não são significativas ( $p > 0,05$ ). Pelo referido anteriormente podemos inferir que as participantes que vivem em vilas têm maior de afecto materno.

O estudo da co-habitação permitiu verificar a grande maioria das participantes viviam com o marido e filhos (87,6) a semelhança do estudo de Schmidt & Argimon, (2009).

### **Afecto materno e variáveis obstétricas**

No estudo não se observaram correlações significativas entre **o número de partos** e o afecto materno, apesar deste facto podemos afirmar. As primíparas eram 45,2% da amostra, este número baixa ligeiramente aquando o estudo por grupos etários para as participantes com idade  $\geq 36$  anos (37,1%). Resultados estes semelhantes aos obtidos no estudo de Schmidt & Argimon (2009) 48,5% de Gomes, Nelas, & Duarte (2012) com 49,8% e de Martins (2012) 38,7 % são primíparas.

Segundo Martins (2012), o número de gestações anteriores fazem aumentar significativamente a percentagem da variância explicada pelo “bonding” do tipo “Rejeitante”, ou seja inicialmente o afecto materno será menor.

No presente estudo, a quase totalidade da amostra em estudo (99%) efectuou vigilância da gravidez, e a maioria (83,7%) refere que a **gravidez foi planeada** o que parece revelar uma sensibilidade para a importância da vigilância da gravidez dados estes que corroboram a investigação realizada anteriormente Gomes, Nelas, & Duarte (2012) e Martins (2012). Em contraponto, no estudo de Mendes (2002) verificou-se que 70,9% não planeou a gravidez.

A realização de esquemas de **vigilância da gravidez** considerados adequados é um dos indicadores na área da saúde materna que se tem revelado responsável pela redução da mortalidade materna e perinatal, juntamente com a melhoria do nível socioeconómico e dos cuidados de saúde disponíveis (Saúde, 2002).

Quanto ao **tipo de parto**, parece haver maior facilidade no estabelecimento da afeição mais precoce e efectiva no parto vaginal. Observou-se que a maioria das mulheres do estudo (70,5%) teve um parto por via vaginal, valores superiores comparados com o estudo de Martins (2012) em que 59.7% teve um parto eutócico, 35.1% das participantes foram sujeitas a cesariana e em 5.2% dos partos foi necessário recorrer a ventosas ou fórceps.

Os resíduos ajustados demonstraram diferenças entre os grupos etários criados, sendo que o aumento da idade materna levou também ao aumento, de forma significativa, das cesarianas (26,8% para participantes entre os 19-35 anos e 40,3% para idades superiores) resultado este que vai de encontro ao descrito por Graça (2005). Apesar de não existir diferença estatisticamente significativa as ordenações médias indicam uma maior

intensidade de afecto materno nos partos vaginais, resultados estes que vão de encontro aos estudos descritos anteriormente na fundamentação teórica Figueiredo, (2003) e por Martins, (2012).

Por exemplo, Cranley et al. (1983) mostraram que as mulheres sujeitas a uma cesariana não planeada perceberam de forma mais negativa a experiência de parto e, por conseguinte, exibiram uma ligação menos positivo do que as que tiveram um parto normal ou uma cesariana planeada (Martins, 2012).

O mesmo autor refere ainda que as evidências encontradas em outros estudos sugerem que a vivência de uma experiência mais positiva no parto vaginal e, por conseguinte, o afeto materno é favorecido. Martins (2012) refere que as mulheres que foram sujeitas a uma cesariana tendem a considerar o seu parto como não normal e expressam uma reacção inicial menos positiva para com o bebé: demoram mais tempo a interagir pela primeira vez, passam menos tempo, cuidam menos, pegam menos ao colo e têm menos brincadeiras íntimas com o bebé. O autor anteriormente referido faz referência a duas explicações possíveis para estas dificuldades: Klaus e Kennell (1976) apontam o facto de, frequentemente, o espaço de tempo que decorre entre o parto e o primeiro contacto com o bebé ser maior e See, David, Anderson-Weller, Fong e Menahem (2003) referem a vivência anterior de uma cesariana ou parto traumático. Os efeitos adversos que decorrem do tipo de parto podem vir a esbater-se com o tempo, à medida que outros aspectos vão interferindo no processo (Figueiredo, 2003)

Salientamos também a diferença da percentagem, no estudo, do parto por cesariana com as recomendações da OMS, que recomenda que esta pratica se deve localizar entre 15% e 20%. Os partos distócicos e nomeadamente as cesarianas podem dificultar o contacto precoce e a prática precoce, pelo que os números do estudo devem merecer uma reflexão (Maia M. J., 2007).

De acordo com a mesma autora, dados disponíveis de 2005 mostram que a realidade portuguesa se encontra acima da média preconizada pela OMS, com uma taxa de cesarianas de 34,7%, havendo grandes diferenças entre unidades do sector público e privado, com estes últimos a ter valores superiores ao dobro das instituições de saúde públicas. Em 2010 a taxa é de 36,9% segundo dados do Instituto Nacional de Estatística.

Observámos que a maioria das participantes (76%) tiveram uma **gestação de termo** e 24% uma **gestação pré-termo**, tendo-se verificado que as que tiveram uma gestação de pré-termo apresentaram ordenações médias mais elevadas logo tiveram maior intensidade de afecto materno. Contudo, após aplicação do teste de Mann-Whitney não se verificaram

diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de mulheres ( $p=0,786$ ). Apesar de numa fase inicial a prematuridade pode dificultar a vinculação esse facto não se confirma com os dados recolhidos.

### **Afecto materno e variáveis do aleitamento materno**

A relação afetuosa entre a mãe e o bebé considera-se como o maior contributo para o crescimento e o desenvolvimento saudáveis e que é fortificada com a amamentação (Galvão, 2006).

Após uma **experiência prévia** positiva, provavelmente, terão mais facilidade para estabelecer o aleitamento materno com os demais filhos (Faleiros, Trezza, & Carandina, 2006).

No caso das participantes que amamentaram os filhos anteriores (76%) classificaram a experiência como agradável (93,1%) podemos também inferir que com base na significância estatística ( $p=0,025$ ) que o afecto materno é influenciado pela experiência anterior agradável, resultado concordante com a revisão bibliográfica efectuada. As ordenações médias corroboram essa informação.

A análise do tempo que as mulheres referiram ter amamentado o filho anterior, permite constatar que a maior parte (25%) o fez por um período de três meses a cinco meses. A maior intensidade de afecto materno ocorreu no conjunto de participantes que amamentaram entre os 6 e os 8 meses, uma vez que apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas foi o que obteve ordenações médias mais elevadas.

No que concerne ao aleitamento materno actual foi possível verificar que 94,2% amamentaram o filho actual, sendo que esse valor atinge o 100% no grupo etário de participantes mais velhas. Verificou-se a existência de uma diferença estatisticamente significativa ( $p=0,014$ ) quando a análise é feita tendo por base a intensidade do afecto materno, facto esse que não foi corroborado pelo estudo inferencial ( $p=0,067$ )

Após a análise inferencial desta variável verificou-se que não existe diferença estatisticamente significativa. Ao mesmo tempo que as ordenações médias mais elevadas estão presentes nas mães que não realizaram aleitamento materno, e por consequência têm mais afecto materno. Esta constatação vai no sentido contrário dos autores citados aquando da revisão bibliográfica.

Kuzela, Stifter e Worobey (1990) verificaram que, nas díades em que a mãe amamentou, o afecto materno estabelecido é geralmente mais positivo do que nas díades em que a mãe optou por outro tipo de alimentação (Martins, 2012).

Embora possa ser uma influência positiva do meio onde se está inserida do facto de ter visto outras mulheres amamentarem, ou ter amamentado outro filho com sucesso, há que se considerar que os actos humanos não se constituem em mera repetição. A amamentação é um processo diferente a cada experiência, e por isso precisa ser “aprendido” e “reaprendido” (Fugimori, 2010). O **duração da amamentação do filho actual** não apresenta diferenças estatisticamente significativas, mas entre os dois grupos etários estudados verificaram-se diferenças, tendo por base a análise dos resíduos ajustados. As diferenças ocorreram entre os grupos de mães que amamentaram por períodos compreendidos entre 6 meses e 11 meses, destacando-se a franja mais velha da amostra.

Quando a variável é estudada por grupos de intensidade de afecto materno as diferenças dados pelos resíduos ajustados encontra-se nas participantes que amamentaram dos 3 aos 5 meses, dos 6 aos 9 meses e as que amamentaram por mais de 12 meses.

**O tempo de colocação do RN à mama após o nascimento** foi para a maioria (52,9%) das mães que amamentou o seu bebé 30 minutos, seguindo-se 19,4% que o fizeram entre os 30 minutos e uma hora. De referir, que 12,8% das mães só amamentaram o seu bebé após mais de duas horas depois do nascimento, tempo excessivamente longo. Estes resultados são superiores aos resultados do estudo de Albuquerque et al (1996) citado por Gomes, Nelas, & Duarte, (2012), em que apenas 14,5% dos recém-nascidos foram colocados à mama nas primeiras 2 horas de vida. Pelos resultados encontrados agora e comparando com o ano deste estudo, parece que os profissionais estão mais sensíveis, para o caminho a percorrer.

Ao colocar um recém-nascido em contacto pele-a-pele sobre o peito da mãe, geralmente, ele localiza-o e inicia a primeira mamada. Esta habilidade, como Kennel e McGrath (2005) apontam, espanta a maioria das mães e é uma lição, particularmente valiosa, para as que estão hesitantes em assumir os cuidados de seu bebé (Martins, 2012).

A fim de verificarmos a relação entre o tempo que decorreu entre o nascimento do bebé e o início da amamentação com o afecto materno e se essas diferenças são estatisticamente significativas, utilizámos o teste Kruskal-Wallis, não identificou existência de diferença significativas ( $p = 0,491$ ) o que nos permite rejeitar a relação entre o tempo que a mãe iniciou a amamentação após o parto e a intensidade de afecto materno.

Pensamos que o atraso da colocação do RN a mama após o nascimento poderá estar relacionado questões assistenciais que dependem exclusivamente dos próprios profissionais de saúde e as práticas hospitalares, opinião está corroborada por (Galvão, 2006).

A maioria das participantes do nosso estudo (60,9%) não estipulou um **horário certo para amamentar o bebé**. O que vai de encontro com a opinião dos autores consultados e com as recomendações da OMS uma vez que a livre demanda deve ser encorajada, pois a prática de amamentar sem restrições de horário associa-se a ganho de peso adequado, melhor estabelecimento e maior duração do aleitamento materno.

O resultado também demonstra que esta será uma área a ser trabalhada dado o elevado valor. Este resultado é similar ao do estudo anteriormente realizado (Gomes, Nelas, & Duarte, 2012). Quando analisada por grupos de intensidade de afecto materno verificámos diferenças estatisticamente significativa ( $p=0,000$ ), esta variável só foi estudada a nível descritivo uma vez que não integra o desenho de investigação.

Um dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno, segundo a Declaração de Innocenti, Itália, 1990, é o não-uso de **chupetas** e bicos artificiais por crianças amamentadas a mama. Grande parte de profissionais de saúde, assim como leigos e mães, acreditam que as chupetas são inofensivas e até mesmo necessárias e benéficas para o desenvolvimento da criança, tendo atitude indiferente ou permissiva (Lamounier, 2003; Victoria et al, 1997 citados por Gomes, Nelas, & Duarte, 2012).

Dados coincidentes com Galvão, (2006); em que 79,3% e Gomes, Nelas, & Duarte, (2012) 72% dos bebés usavam chupeta. Relativamente a introdução de chupeta, verifica-se que a maioria (76,0%) das mulheres o fez. Das mulheres que introduziram a chupeta nos seus bebés, a maioria (48,3%) fê-lo na 1ª semana, sendo que 17,5% o fizeram logo no 1º dia. Em média, fizeram-no por volta do 11º dia ( $10,89\pm 20,47$ ), sendo a moda do 3º dia. Aspecto este que pode ser justificado com o que pode estar associado ao facto de grande parte de profissionais de saúde, assim como leigos e mães, acreditam que as chupetas são inofensivas e até mesmo necessárias e benéficas para o desenvolvimento da criança, tendo atitude indiferente ou permissiva (Lamounier, 2003; Victoria et al, 1997 citados por Gomes, Nelas, & Duarte, 2012).

As participantes quando distribuídas por grupos etários os valores de resíduos ajustados apresentam diferenças entre os grupos das mães que introduziram a chupeta acima dos 16 dias de vida do bebé. Quando esse agrupamento é feito por intensidade de afecto materno essa diferença é obtida no grupo de participantes que introduziram a chupeta entre o 2º e o 7º dia.

A introdução da chupeta tem poder explicativo face ao afecto materno uma vez que após a aplicação do teste de Mann-Whitney obteve-se um  $p=0,035$ .

Como já foram referidos as **atitudes maternas face à amamentação** forma medidas através dum instrumento da autoria de Levy (1996), baseado na Teoria da Acção Reflectida

desenvolvida por Fishbein (1980). A análise desta teoria mostra que a mãe terá mais probabilidade de decidir amamentar e manter a amamentação quando tem opiniões positivas sobre a prática do aleitamento do que sobre a alimentação artificial e quanto mais sensível é às opiniões positivas de pessoas significativas.

A teoria defende que o factor que melhor prevê o comportamento é a intenção da pessoa para o realizar, a sensibilização da mulher para a amamentação, vai influenciar a sua decisão e o comportamento face a esta prática, no total da amostra estudada esse valor era alto.

Relacionando as atitudes maternas face à amamentação com o afecto materno através da regressão múltipla verificamos que se relacionam positivamente sendo a que estabelece maior peso a componente comportamento ( $r=0,156$   $p=0,003$ ) sendo a única do modelo com peso preditivo.

### **Afecto materno e variáveis da díade**

O contacto pele a pele na primeira hora de vida esta vivamente recomendado pela literatura consultada, verificamos que ele ocorreu em 77,2% dos casos, não havendo diferença entre os grupos etários. Aquando da análise inferencial verificou-se a ausência de diferenças estatisticamente significativas e também que as ordenações médias mais elevadas se encontram nas participantes em que este contacto foi posterior a primeira hora de vida. Uma vez que estes dados vão contra o consenso que existe sobre esta matéria seria pertinente a realização de um estudo mais exaustivo sobre a temática.

Face a estas observações torna-se importante referir que, Robson e Moss (1970) consideraram que os momentos imediatamente a seguir ao parto, período que designaram de “crítico” ou “sensível”, são cruciais para o estabelecimento da ligação da díade e, conseqüentemente, para a qualidade futura dos cuidados maternos, determinantes para o desenvolvimento e bem-estar subsequentes do bebé (Martins, 2012).

Apesar de o contacto precoce ser considerado um aspecto facilitador no estabelecimento do afecto materno, Svejda, Campos e Emde, (1980) este não é biologicamente essencial e pode não ser crucial para todas as mães (Martins, 2012).

No que concerne **ao alojamento conjunto** é prática habitual para a maioria (67,9%) das mulheres em estudo. Não foi identificada no estudo diferença estatística significativa ( $p=0,134$ ). As ordenações médias mais elevadas estavam, presentes nas participantes que competiam o quarto com o bebé logo terão maiores índices de afecto materno. Na pesquisa

bibliográfica realizada não foi possível encontrar dados sobre esta temática, mas de acordo com as recomendações da OMS que preconiza o alojamento conjunto desde o nascimento pensamos esta prática ser vantajosa para o processo de vinculação.



## CAPÍTULO VI

---

**CONCLUSÃO**



## 6 CONCLUSÃO

O processo de investigação, sobretudo o que decorre no contexto das Ciências Humanas, é caracterizado por uma infindável constelação de questões e desafios, das quais só se consegue responder a uma parte. No entanto, é a partir das mesmas que se contribui para a evolução desta ciência e da nossa prática profissional, e é desta forma que se percebe a investigação como um processo moroso, trabalhoso, mas muito aliciante. Em particular nesta investigação que permitiu quantificar dados referentes ao afecto materno

A experiência humana torna-se útil sempre que sejamos capazes de a reverter a favor do Homem, deste modo, os resultados desta investigação terão um contributo directo mas podendo ser um potencial no desenvolvimento de futuras práticas pelo reconhecimento das lacunas encontradas, e evidências produzidas que não poderão ficar limitadas a esta tese.

Durante a realização deste estudo recorreu-se a uma revisão da literatura que procurou ser o mais actual possível, de forma a aprofundar e consolidar conhecimentos relacionados com o tema estudado.

Utilizando este momento final para extrair as principais conclusões e fazer referência às 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 aleatória de mães, já que os resultados, dependem da honestidade e sinceridade da inquerida, isto é, as suas respostas são habitualmente dirigidas mais a condutas desejáveis e não tanto às que na realidade acontecem (Duarte, 2008).

Outra limitação deve-se ao facto de o nosso estudo ser transversal e descritivo/analítico, uma vez que carece por esse motivo de um controlo experimental das variáveis independentes. Salientamos ainda o facto de no momento da colheita de dados as mães terem de se reportarem a fenómenos com um distanciamento temporal significativo, de cerca de 2 anos. A transformação do nosso estudo em longitudinal com monitorização da evolução das variáveis envolvidas poderia conduzir à obtenção de melhores resultados.

No final deste percurso, após um longo trabalho de pesquisa, análise e interpretação chegou o momento de efectuar as conclusões tidas como pertinentes. Chegado agora, a fase de reflexão final, altura em que gostaria de tecer alguns comentários sobre a forma como vi os objectivos realizados.

Atingimos os objectivos a que nos propusemos, conhecendo os factores sócio-demográficos que possam contribuir para o afecto materno, avaliando influência das variáveis obstétricas no afecto materno, verificando o impacto que o aleitamento materno tem no afecto materno, bem como se o contacto pele a pele na 1ª hora de vida e a habitação conjunta influenciam o afecto materno.

Pretendo, assim, apresentar uma síntese das principais conclusões que se foram configurando no decurso desta investigação. Uma vez que foram criados grupos para estudar a temática sintetizei os resultados obtidos tendo por base os grupos, assim seguidamente será realizada uma breve descrição do perfil dos mesmos.

#### **Grupo de participantes com idades entre os 19 e os 35 anos**

O estudo do afecto materno no grupo de participantes com idades compreendidas entre os 19 e os 35 anos permite caracterizar este grupo constituídos por participantes casadas (80,4%), de nacionalidade portuguesa (96%), vivem com o marido e filhos (87,4%), com formação superior (40,6%) desempenhando funções a nível de quadros superiores/intermédios (37,7%) empregada a tempo inteiro (78,7%) residindo na cidade (46,8). As participantes referem que o pai tem idade compreendida entre os 31 e os 35 anos (39,2%), com formação secundária (38,7%) exercendo funções de trabalhador qualificado (51,8%).

A história obstétrica revela que 47,2% são primíparas, com uma gravidez planeada (82,4%), vigiada (99,8%) e sem patologia (84,8%), a qual culminou num parto vaginal (73,2%) de um bebé de termo (76,8%).

Na história do aleitamento materno anterior referem que os filhos anteriores foram amamentados (74,2%), maioritariamente por um período compreendido entre os 3 e os 5 meses (26,8%) considerando a experiência agradável (93,7%). Na história do aleitamento materno actual verifica-se que 92,8% fizeram aleitamento materno, com duração entre 3 e 5 meses (53,9%) iniciando o aleitamento na primeira meia hora de vida (53,7%), em regime livre (59,7%), introduzindo a chupeta (81,6%) introduzida entre o 2º e o 7º dia (47,1%) e não ofereceram chá no intervalo das mamadas (63,6%).

Relativamente as variáveis de interação da díade 78,7% fez contacto pele a pele na primeira hora de vida e o bebé dorme no quarto dos pais em 67,3% das participantes.

### **Grupo de participantes com idade igual ou superior a 36 anos**

O grupo de participantes com idade igual ou superior a 36 anos é constituído por participantes casadas (80,64%), de nacionalidade portuguesa (100%), vivem com o marido e filhos (88,3%), com formação superior (54,8%) desempenhando funções a nível de quadros superiores/intermédios (56,5%) empregada a tempo inteiro (90,3%) residindo na cidade (54,8%). Na caracterização paterna obtida verifica-se que idade igual ou superior a 36 anos (75,8%), com formação superior (37,4%) exercendo funções de quadros superior/intermédio (51,8%).

A história obstétrica revela que 37,1% são primíparas, com uma gravidez planeada (88,7%), vigiada (100%) e sem patologia (80,8%), a qual resultou num parto vaginal (59,7%) de um bebé de termo (72,6%).

Na história do aleitamento materno anterior referem que os filhos anteriores foram amamentados (82,1%), maioritariamente por um período igual ou superior a 12 meses (32,3%) considerando a experiência agradável (91,7%). Na história do aleitamento materno actual verifica-se que a totalidade fez aleitamento materno, com uma duração entre 3 e 5 meses (51,7%) iniciando o aleitamento na primeira meia hora de vida (50%), em regime livre (67,2%), introduzindo a chupeta (70,5%) introduzida entre o 2º e o 7º dia (53,5%) e não ofereceram chá no intervalo das mamadas (62,3%).

Relativamente às variáveis de interação da díade 72,6% fez contacto pele a pele na primeira hora de vida e o bebé dorme no quarto dos pais em 70% das participantes.

No compitio geral dos dois grupos verificou-se que existem diferenças significativas para o estado civil ( $p=0,002$ ), co-habitação ( $p=0,034$ ) e oferecer chá no intervalo das mamadas ( $p=0,034$ ).

Existem também diferenças entre os grupos nas variáveis profissão e situação profissional maternas, variáveis sociodemográficas paternas, número de partos anteriores, tipo de parto, bebé actual fez aleitamento materno, tempo de amamentação do filho actual, idade em que o bebé usou chupeta (resíduos ajustados  $\leq -1,96$ , e  $\geq 1,96$ ).

### **Grupo de participantes com fraco afecto materno**

O grupo de participantes com fraco afecto materno tinham idade compreendida entre os 19 e os 35 anos (82,4%) sendo casadas ou em união de facto (84,3%), coabitam com marido e filhos (91%), com escolaridade até ao 3º ciclo (35,2%) desempenhando funções de trabalhadores qualificados ou não qualificados ambos com o mesmo valor percentual (36,1%), sendo que estão empregadas a tempo inteiro (83,3%) e residem na cidade (42,6%). As variáveis sociodemográficas paternas mostraram que a idade paterna se

localiza entre os 31 e os 35 anos (34,3%) possuem formação até ao 3º ciclo do ensino básico (34,3%) desempenhando funções como trabalhadores qualificados (52,8%).

Relativamente a uma experiência de aleitamento materno anterior 74,6 % responderam afirmativamente, e que esta teve duração entre 3 e 5 meses (27,7%), sendo considerada uma experiência agradável (85,7%). O filho actual foi amamentado (94,4%) por um período compreendido entre os 3 e os 5 meses (59,8), tendo este iniciado o aleitamento materno antes da primeira meia hora de vida (53,5%), foi amamentado em horário livre (61%) tendo introduzido a chupeta (81,9%) entre o 2º e o 7º dia de vida (57%), não introduzindo chá no intervalo das mamadas (63,5%). No que às atitudes maternas face a amamentação dizem respeito apresentaram um valor “fraco” 47,2%

O contacto pele a pele na 1ª hora de vida foi prática comum para 78,5% das participantes bem como o alojamento do bebé no quarto dos pais (66,3%).

#### **Grupo de participantes com moderado afecto materno**

O grupo de participantes com moderado afecto materno tinham idade compreendida entre os 19 e os 35 anos (78,9%) sendo casadas ou em união de facto (78,4%), coabitam com marido e filhos (86%), com escolaridade ensino superior (49,3%) desempenhando funções de trabalhadores de quadros intermédio ou superiores (48,8%), sendo que estão empregadas a tempo inteiro (79,8%) e residem na vila (39,1%). As variáveis sociodemográficas paternas mostraram que a idade paterna se localiza entre os 31 e os 35 anos (36,3%) possuem formação até secundário (39,1%) desempenhando funções como trabalhadores qualificados (45,8%).

A experiência de aleitamento materno anterior esta presente em 76,9 % das participantes, tendo esta tido uma duração entre igual ou superior a 12 meses (24,7%), sendo considerada uma experiência agradável (96,6%). O filho actual foi amamentado (94,1%) por um período compreendido entre os 3 e os 5 meses (47,7%), tendo este iniciado o aleitamento materno antes da primeira meia hora de vida (52,7%), foi amamentado em horário livre (60,9%) tendo introduzido a chupeta (72,9%) entre o 2º e o 7º dia de vida (43,2%), não introduzindo chá no intervalo das mamadas (63,2%). No que às atitudes maternas face a amamentação dizem respeito apresentaram um valor “alto” 50%

O contacto pele a pele na 1ª hora de vida foi prática comum para 77% das participantes bem como o alojamento do bebé no quarto dos pais (68,6%)

Analisando os dois grupos de afecto materno verificou-se que existem diferenças significativas nas variáveis: filho actual amamentado ( $p=0,014$ ), introdução da chupeta ( $p=0,000$ ) e oferecer chá no intervalo das mamadas ( $p=0,002$ )

Com base nos resíduos ajustados as diferenças entre grupos ocorre nas variáveis: escolaridade materna e paterna, profissão materna e paterna, tempo de amamentação do filho actual e idade da introdução da chupeta.

Após a realização do estudo verifica-se que a escolaridade materna ( $p=0,010$ ), a escolaridade paterna ( $p=0,006$ ) a experiência anterior de amamentação ( $p=0,025$ ) a introdução da chupeta ( $p=0,035$ ) e o comportamento (componente das atitudes face a amamentação  $p=0,006$ ) tem poder explicativo sobre o afecto materno sendo que só este último apresentou poder preditivo.

Espero que os resultados deste estudo tenham trazido à tona aspectos cruciais que influenciam o afecto materno, e que, o leque de informações obtidas com a realização deste estudo possa contribuir para o aprofundamento dos conhecimentos já existentes nesta área, espero também contribuir para uma tomada de consciência/reflexão relativamente às práticas profissionais, o que se traduzirá em benefício para a mulher/família/sociedade.

A variabilidade no processo pelo qual as mães se ligam ao bebé e a necessidade de se respeitarem os caminhos que conduzem ao envolvimento emocional com o filho são outro aspecto que gostaria de assinalar. Algumas mães podem apresentar dificuldades em ligar-se emocionalmente ao recém-nascido, sendo tarefa dos técnicos de saúde identificar tais situações, oferecer ajuda e garantir diferentes e melhores condições para que todas mães tenham a oportunidade de estabelecer bases sólidas para o afecto materno e cuidados adequados do filho, que se irão traduzir em ganhos em saúde.



---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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.
- Caldeira, T., Moreira, P., & Pinto, E. (2007). Aleitamento materno: estudo dos factores relacionados com o seu abandono. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, pp. 685-99.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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 compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé<sup>1</sup>. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, pp. 521-539.
- Fortin, M.-F. (1999). *O Processo de Investigação*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- 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. 315-27.

- Galvão, D. M. (2006). *Amamentação Bem Sucedida: alguns Factores determinantes*. Loures: Lusociência.
- 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.
- Kilpp, D. S. (2008). *Aleitamento Materno: percepção das puerperas*. CENTRO UNIVERSITÁRIO FEEVALE, Instituto de Ciências da Saúde, Centro de Nutrição, Novo Hamburgo.
- 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.
- 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.
- Maia, M. J. (2007). *O Papel do enfermeiro num estudo de adesão ao aleitamento materno. Dissertação de Mestrado em Enfermagem – no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto*. Porto.
- 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.
- Mendes da Graça, L. (2005). *Medicina Materno-Fetal* (3ª ed.). Lisboa: Lidel, Edições Técnicas Lda.
- Mendes, I. M. (2002). *Ligação Mateno-Fetal*. Coimbra : Quarteto.
- 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.
- Pereira, A. (2007). Amamentação na 1ª Hora de vida Salva 1 milhão de bebés: Semana Mundial Do Aleitamento Materno 2007.

- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais* (4ª ed.). Lisboa: Síllabo.
- Sampieri, R. H. (2003). *Metodologia de la investigacion*. México: Interamerica.
- 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.
- Schumidt, 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.
- 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. (2001). Vinculação e Cuidados Maternos. In M. C. Canavarro, *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 74-104). Coimbra: Quarteto.
- 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 lactancia materna. Aplicación y evidencia científica de su eficacia. In C. d. Pediatría, *Lactancia Materna: guía para profesionales* (pp. 117-140). Madrid: Ergon.



**ANEXOS**

---



## **ANEXO I**

---

## **QUESTIONÁRIO**



Este questionário faz parte de um trabalho de investigação sobre “**Afecto 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 OBRIGADO**

### **I PARTE – Caracterização sociodemográfica**

**Idade materna:** \_\_\_\_\_ anos

**Idade paterna:** \_\_\_\_\_ anos

**Estado civil:** solteira \_\_\_ casada/união de facto \_\_\_ divorciada \_\_\_ viúva \_\_\_ solteira \_\_\_

**Nacionalidade portuguesa:** sim \_\_\_ não \_\_\_ **Com quem vive** \_\_\_\_\_

**Escolaridade materna** \_\_\_\_\_ **Escolaridade paterna** \_\_\_\_\_

**Profissão materna** \_\_\_\_\_ **Profissão paterna** \_\_\_\_\_

**Situação profissional:** Emp. Integral \_\_\_ Emp. Tempo parcial \_\_\_ Desempregada \_\_\_ Em formação \_\_\_

**Residência:** aldeia \_\_\_ vila \_\_\_ cidade \_\_\_

### **II PARTE – História obstétrica**

**Número de partos anteriores** \_\_\_\_\_

**Gravidez planeada:** sim \_\_\_ não \_\_\_ **Vigilância da gravidez:** sim \_\_\_ não \_\_\_

**A gravidez decorreu:** sem problemas \_\_\_ com problemas \_\_\_

**Tipo de parto:** normal \_\_\_ fórceps \_\_\_ ventosa \_\_\_ cesariana \_\_\_

**O seu filho nasceu:** antes do final da gestação \_\_\_ de termo \_\_\_

### **III PARTE – História do aleitamento materno**

*Aleitamento materno anterior*

**Se já tem filhos, estes foram amamentados:** Sim \_\_\_ Não \_\_\_

**Se sim, durante quanto tempo** \_\_\_\_\_ (meses)

**A experiência anterior de amamentar foi:** Agradável \_\_\_ Desagradável \_\_\_

*Aleitamento materno actual*

**O seu bebé fez aleitamento materno:** sim \_\_\_ não \_\_\_

**Se sim, durante quanto tempo** \_\_\_\_\_ (meses)

**Quanto tempo levou até iniciar o aleitamento após o nascimento** \_\_\_\_\_ (minutos)

Estipulou horário certo de dar de mamar ao seu bebé: sim \_\_\_ não \_\_\_

Introduziu chupeta: sim \_\_\_ não \_\_\_ Se sim, que idade tinha o seu bebé \_\_\_\_\_ (dias)

Ofereceu água/chá no intervalo das mamadas: sim \_\_\_ não \_\_\_

O seu bebé habitualmente dorme no seu quarto: sim \_\_\_ não \_\_\_

#### IV PARTE – Díade

Na primeira hora após o nascimento, teve contacto pele a pele com o seu bebé:

sim \_\_\_ não \_\_\_

O seu bebé habitualmente dorme no seu quarto: sim \_\_\_ não \_\_\_

#### INVENTÁRIO DO AFECTO MATERNO (Versão Portuguesa de Garcia Galvão, D., 2000)

		Quase sempre	Muitas vezes	Às vezes	Quase Nunca
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				

## ATITUDES MATERNAS FACE À AMAMENTAÇÃO

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

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

7 – Muito certo

1 – Muito errado

		7	6	5	4	3	2	1
1	A amamentação estabelece um contacto íntimo entre a mãe e bebé							
2	O biberão é um método muito prático para alimentar um bebé							
3	A amamentação é embaraçosa para a mãe							
4	O leite do biberão fornece um alimento incompleto para um bebé							
5	A amamentação é boa para a saúde da mãe							
6	O biberão torna possível para o pai o envolvimento na refeição do bebé							
7	A amamentação dificulta as saídas da mãe de sua casa							
8	O biberão é um método caro de alimentar um bebé							
9	A amamentação fornece o melhor alimento para o bebé							
10	A alimentação por biberão é um método de alimentar o bebé que não dá preocupações							
11	A amamentação protege o bebé contra as infecções							
12	A alimentação por biberão permite avaliar exactamente a quantidade de leite que o bebé tomou							
13	A amamentação protege o bebé de alergias							
14	A amamentação protege a mãe do cancro da mama							
15	A amamentação é uma fonte de prazer para a mãe							
16	A amamentação é uma fonte de prazer para o bebé							

**B. Por favor examine cada um dos aspectos dos métodos de alimentar um bebé e indique a importância que eles têm para si**

**+3 – Muito importante****- 3 – Nada importante**

		+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
1	Usar um método que permita sair de casa, é							
2	Usar um método que seja bom para a minha saúde, é							
3	Usar um método prático, é							
4	Usar um método que estabeleça um contacto íntimo entre mim e o meu filho, é							
5	Usar um método que faça sentir embaraçada, é							
6	Usar um método que permita ao pai do bebé envolver-se na refeição, é							
7	Usar um método que forneça uma alimentação completa para o meu bebé, é							
8	Usar um método que não me cause preocupações, é							
9	Usar um método barato, é							
10	Usar um método que permita avaliar exactamente a quantidade de leite que o bebé toma, é							
11	Usar um método que proteja o meu filho de infecções, é							
12	Usar um método que me dê prazer, é							
13	Usar um método que proteja o meu filho de alergias, é							
14	Usar um método que me proteja do cancro da mama, é							
15	Usar um método que dê prazer ao meu bebé, é							
16	Usar o melhor método para alimentar o meu bebé, é							

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

7 – Devo

1 – Não devo

		7	6	5	4	3	2	1
1	O pai do bebé pensa que eu devo absolutamente							
2	A minha mãe pensa que eu devo absolutamente							
3	A minha melhor amiga pensa que eu devo absolutamente							
4	O meu médico pensa que eu devo absolutamente							

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

7 – Devo

1 – Não devo

		7	6	5	4	3	2	1
1	O pai do bebé pensa que eu devo absolutamente							
2	A minha mãe pensa que eu devo absolutamente							
3	A minha melhor amiga pensa que eu devo absolutamente							
4	O meu médico pensa que eu devo absolutamente							

**E. Qual a importância que habitualmente tem para si a opinião de:****+3 – Não se importa****- 3 – Importa-se muito**

		+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
1	O pai do bebé							
2	A sua mãe							
3	A sua melhor amiga							
4	O seu médico							

