

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



AGRADECIMENTOS:

Quero expressar o meu reconhecimento à Professora Doutora Paula Nelas e ao Professor Doutor João Duarte pela preciosa orientação, ensinamentos e motivação tão importantes na realização deste trabalho.

Um agradecimento muito especial à enfermeira Deolinda, que com a sua amizade sem limites, tornou possível a realização deste trabalho.

Agradeço aos meus filhos pelo carinho, compreensão e maturidade demonstradas.

Às colegas de trabalho que colaboraram na aplicação e recolha dos questionários, nomeadamente a enfermeira Emília, a enfermeira Tina, a enfermeira Zé e enfermeira Ana Maria, o meu sincero obrigada.

E por fim mas não menos importante, o meu agradecimento a cada uma das mulheres que se disponibilizou a participar no estudo, sem as quais não teria sido possível a realização deste trabalho.

RESUMO

Enquadramento: A taxa de prevalência da amamentação à saída da maternidade é elevada, no entanto esta decresce ao longo dos meses de vida das crianças, sendo inúmeros os fatores identificados. O marido, a mãe da lactante e os profissionais de saúde são importantes no processo de aleitamento materno e na motivação para esta prática. Assim, torna-se importante a identificação das causas do desmame precoce.

Material e métodos: Trata-se de um estudo transversal, descritivo, correlacional e analítico. O tipo de amostragem é não probabilístico por conveniência. Utilizámos como instrumento de colheita de dados o questionário, aplicado a 271 puérperas, no dia da alta hospitalar. O questionário permite numa primeira parte fazer a caracterização da amostra em termos sociodemográficos, profissionais, obstétricos e de vivências anteriores de amamentação. A segunda parte é constituída por três escalas: a escala de Motivação para Amamentação de Nelas, Ferreira & Duarte (2008), a escala de Recursos Familiares, cuja versão Portuguesa é de Serra, Firmino, Ramalheira & Canavarro (1990), e a escala de Satisfação com o Suporte Social de Pais-Ribeiro (1999).

Resultados: Os resultados revelam uma idade média de 31 anos, sendo que 67,9% tem idade ≥ 29 anos. A maioria das puérperas é casada ou vive em união de facto, pertence a uma família nuclear, é de nacionalidade portuguesa, tem uma situação profissional que indica um emprego integral, o ensino superior é encontrado em 33,2% e reside maioritariamente na aldeia. A maior parte das inquiridas é mãe pela primeira vez, planeou a gravidez, desejou e vigiou a gravidez, teve um parto vaginal e de termo. As participantes que tiveram filhos anteriormente referem ter amamentado e por mais de 3 meses, tendo sido esta uma experiência agradável. A maioria das mulheres teve contato pele a pele com o bebé quando este nasceu, iniciou o aleitamento materno nos primeiros 30 minutos, não estipula horários para amamentar, não introduziu chupeta e refere dificuldades na pega. A amostra estudada encontra-se motivada para amamentar na dimensão psicossocial e motivação geral. As puérperas licenciadas têm maior motivação fisiológica. A idade, o estado civil e a zona de residência não influenciam a motivação geral para a amamentação. As participantes que tiveram dois ou mais partos anteriores apresentam maior motivação na dimensão cognitiva, no

entanto não foi provada a relação entre as outras variáveis obstétricas e a motivação para a amamentação assim como a sua relação com as variáveis que compõem a história do aleitamento anterior e atual. A satisfação com as atividades sociais é preditora da motivação para a amamentação. Os recursos familiares também são preditores da motivação cognitiva, fisiológica, e nota global. A satisfação com as amigas é preditora da dimensão psicossocial da motivação, verificando-se que a maior satisfação com as amigas corresponde uma menor motivação psicossocial para amamentar.

Conclusões: Perante estes resultados, e sabendo da importância que as mulheres estudadas dão às atividades sociais, é de sugerir a criação de um espaço físico na obstetrícia onde as mães que apresentem dificuldades na amamentação possam ter o apoio necessário e durante o tempo necessário.

Palavras-chave: Amamentação, Motivação, Recursos familiares, Satisfação com o suporte social.

ABSTRACT

Framework: The prevalence of breastfeeding outside of motherhood is high; however this decreases over months of life for children, with many factors identified. Nursing's husband and mother as well as health professionals are important in the process of breastfeeding and motivation for this practice. Thus, it becomes important to identify the reasons for early weaning.

Methods: This was a cross-sectional, descriptive, correlational analysis. The sampling used was non-probabilistic by convenience. The instrument used for data collection was the questionnaire administered to 271 mothers on the day of discharge. The first part of the questionnaire allows a characterization of the sample in sociodemographic, professional and obstetric terms, adding previous breastfeeding experiences. The second part consists of three scales: the Motivation Scale for Breastfeeding by Nelas, Duarte & Ferreira (2008), the Family Resources scale, Portuguese version by Serra, Firmino, Ramalheira & Canavarro, (1990) and the Satisfaction scale, with the Social Support of Parents-Ribeiro (1999).

Results: The results show an average age of 31, of which 67.9% is ≥ 29 . Most of the women are married or living with an unmarried partner, belong to a nuclear family of Portuguese nationality, their professional status indicates full employment, higher education is found in 33.2% and they live mostly in the village. Most respondents are first-time mothers, planned pregnancy, oversaw their wanted pregnancy and had a vaginal delivery at term. Participants who reported having previously had children said they breastfed for more than 3 months, which was a pleasant experience for them. Most women had skin to skin contact with the baby right after birth, started breastfeeding within the first 30 minutes, does not stipulate timetables for breastfeeding, didn't start pacifiers and reported difficulties due to the baby latching on to the breast incorrectly. The sample studied is motivated to breastfeed in the psychosocial dimension and general motivation. Women graduates have greater physiological motivation. Age, marital status and area of residence do not influence the overall motivation for breastfeeding. The participants who had two or more previous deliveries had more motivation in the cognitive dimension, however it could not be proved a connection between

other obstetric variables and the motivation for breastfeeding, as well as a connection with the variables that make up the history of previous and current lactation . Satisfaction with social activities is a predictor of motivation for breastfeeding. The family resources are also predictors of cognitive, physiological motivation and overall score. Satisfaction with friendships is a predictor of psychosocial dimension of motivation, corresponding the greatest satisfaction with friendships to a lower psychosocial motivation to breastfeed.

Conclusions: In light of these results and knowing the importance that studied women give to social activities one could suggest the creation of a physical space in obstetrics where mothers who have breastfeeding difficulties may have the necessary support for as long as required.

Key words: Breastfeeding, Motivation, Family Resources, Satisfaction with social support.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Pág

1 – INTRODUÇÃO.....	17
----------------------------	-----------

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – AMAMENTAÇÃO.....	25
2 – MOTIVAÇÃO.....	31
3 – MOTIVAÇÃO PARA A AMAMENTAÇÃO.....	34
3.1 – MOTIVAÇÃO PARA A AMAMENTAÇÃO E RECURSOS FAMILIARES..	38
3.2 – MOTIVAÇÃO PARA A AMAMENTAÇÃO E SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL.....	40

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

1 – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO.....	45
1.1 – MÉTODOS.....	45
1.2 – PARTICIPANTES.....	48
1.2.1 – Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra.....	48
1.3 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	51
1.3.1 – Escala de motivação para a amamentação.....	52
1.3.2 – Escala de Recursos Familiares.....	58
1.3.3 – Escala de Suporte Social.....	61
1.4 – PROCEDIMENTOS NA RECOLHA DE DADOS.....	63
1.5 – ANÁLISE DE DADOS.....	63
2 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	67
2.1 – ANÁLISE DESCRITIVA.....	67
2.1.1 – Caracterização da amostra segundo as variáveis obstétricas.....	67
2.1.2 – Caracterização da amostra segundo as variáveis de contexto familiar.....	72
2.1.3 – Caracterização da amostra segundo a EMA.....	78
2.2 – ANÁLISE INFERENCIAL.....	81
3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	94
3.1 – DISCUSSÃO METODOLÓGICA.....	94
3.2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	95
4 – CONCLUSÕES / SUGESTÕES	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	109
ANEXOS	113

ANEXO 1 – Questionário sobre motivação para a amamentação, recursos familiares e satisfação com o suporte social.....115

ANEXO 2 – Autorização para a aplicação do questionário.....119

INDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade dos progenitores.....	47
Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica da amostra segundo o grupo etário.....	50
Tabela 3 – Consistência interna da EMA.....	53
Tabela 4 – Consistência interna por dimensões da EMA.....	55
Tabela 5 – Síntese da consistência interna da EMA.....	55
Tabela 6 – Correlação Pearson entre os itens e dimensões da EMA.....	56
Tabela 7 – Matriz de correlação de Pearson da EMA.....	57
Tabela 8 – Consistência interna para a escala de recursos familiares.....	58
Tabela 9 – Consistência interna por dimensões da escala de recursos familiares.....	59
Tabela 10 – Matriz de Correlação de Pearson dos recursos familiares.....	59
Tabela 11 – Consistência interna para a escala global dos recursos familiares.....	60
Tabela 12 – Consistência interna das dimensões da escala de satisfação com o suporte social.....	61
Tabela 13 – Matriz de Correlação de Pearson da satisfação com o suporte social.....	62
Tabela 14 – Caracterização da vigilância da gravidez em função do grupo etário.....	68
Tabela 15 – Caracterização da história do aleitamento anterior em função do grupo etário.....	69
Tabela 16 – Caracterização da história do aleitamento atual em função do grupo etário.....	70
Tabela 17 – Estatísticas relativas ao tempo que levou a iniciar o aleitamento materno após o nascimento do filho.....	70
Tabela 18 – Estatísticas relativas ao tempo decorrido para iniciar aleitamento após o nascimento do filho em função do grupo etário	70
Tabela 19 – Estatísticas relativas aos recursos familiares.....	71
Tabela 20 – Estudo da relação entre as dimensões dos recursos familiares e as Variáveis sociodemográficas.....	73
Tabela 21 – Estudo da relação entre as dimensões dos recursos familiares e história do aleitamento anterior.....	74
Tabela 22 – Estatísticas relativas ao estudo da satisfação com o suporte social.....	75

Tabela 23 – Satisfação com o suporte social e variáveis sociodemográficas e profissionais.....	76
Tabela 24 – Satisfação com o suporte social e história do aleitamento anterior.....	77
Tabela 25 – Estatísticas relativas ao estudo da EMA.....	78
Tabela 26 – Relação entre a motivação para a amamentação e variáveis sociodemográficas.....	79
Tabela 27 – Relação entre a motivação para a amamentação e as variáveis obstétricas..	80
Tabela 28 – Relação entre a motivação para a amamentação e a história do aleitamento anterior.....	80
Tabela 29 – Estudo da relação entre as dimensões da EMA e as variáveis sociodemográficas e profissionais.....	82
Tabela 30 – Estudo da relação entre as dimensões da EMA e as variáveis obstétricas.....	84
Tabela 31 – Estudo da relação entre as dimensões da EMA e a história do aleitamento anterior.....	85
Tabela 32 – Estudo da relação entre as dimensões da EMA e a história do aleitamento atual.....	87
Tabela 33 – Motivação cognitiva e variáveis de contexto familiar.....	88
Tabela 34 – Motivação cognitiva, recursos familiares (nota global) e satisfação com as atividades sociais.....	88
Tabela 35 – Motivação fisiológica e variáveis de contexto familiar.....	89
Tabela 36 – Motivação fisiológica e variáveis de contexto familiar.....	89
Tabela 37 – Motivação psicossocial e variáveis de contexto familiar.....	90
Tabela 38 – Motivação psicossocial, satisfação com as atividades sociais e satisfação com as amizades.....	90
Tabela 39 – Motivação para a amamentação (nota global) e variáveis de contexto familiar.....	91
Tabela 40 – Motivação para a amamentação (nota global), satisfação com o suporte social e recursos familiares (nota global).....	92

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis.....	46
Figura 2 - Síntese das relações entre motivação para a amamentação e variáveis de contexto familiar.....	92

INDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EMA – Escala de Motivação para a Amamentação

INE – Instituto Nacional de Estatística

K – Kurtosis

K/S – Kolmogorod-Smirnov

Km² – Quilómetro quadrado

OM – Ordenação Média

OMS – Organização Mundial de Saúde

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

CV – Coeficiente de variação

Dp – Desvio padrão

Et al – E outros

Vs – Versus

SK – Skewness

N – Frequência

n^o - Número

Min – Mínimo

Max – Máximo

SPSS 20 – Statistical Package Social Science 20

INDICE DE SÍMBOLOS

% - Percentagem

= - Igual

≥ - Maior ou igual

& - E

< - Menor que

± - Mais ou menos

χ^2 - Qui Quadrado

\bar{x} - Média

1 – INTRODUÇÃO

A amamentação é considerada uma estratégia importante de sobrevivência infantil pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e por órgãos de proteção à criança. A proteção conferida pelo leite humano contra infecções comuns em crianças resultou na redução da mortalidade infantil como vários estudos demonstram e como tal toda a ajuda é importante no sentido de se identificarem fatores que interfiram no desmame precoce.

Sendo a amamentação um ato natural, é a melhor forma de alimentar e proteger o bebê. Tal como os outros mamíferos, a mulher é dotada de características físicas que possibilitam amamentar os seus filhos. No entanto, com a evolução da nossa sociedade, a amamentação deixou de ser fundamentalmente fisiológica para ser cultural e social. “Amamentar (...) é uma habilidade, uma prática cultural, que precisa ser aprendida, protegida e recuperada” (Costa & Lamy, 2009, p.4).

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

Segundo a OMS (1991), uma criança é amamentada exclusivamente quando recebe apenas leite materno, diretamente ou extraído, não recebendo mais nenhum alimento líquido ou sólido até aos 6 meses de vida. No entanto, apenas metade das crianças que nascem anualmente são alimentadas exclusivamente com leite materno até ao quarto mês de vida e a interrupção do aleitamento antes da criança complementar dois anos observa-se em metade das crianças, Nelas, Ferreira & Duarte (2008).

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

Atualmente, a decisão de amamentar começa a ser tomada durante a gravidez e pode depender de alguns factores como o suporte social, os recursos sociais e familiares da mulher.

Amamentar é uma tarefa difícil para muitas mulheres como é do conhecimento de todos os que, direta ou indiretamente, contactam com mulheres que amamentam ou amamentaram e para além de todas as dificuldades físicas existe também a ansiedade gerada pelo tempo que consideram “perder” ao amamentar (Carvalhoes &, Corrêa, 2003) citado por Silva, Santiago & Lamonier (2011). Segundo ainda os mesmos autores citando Gonçalves (2008), nessa situação, na vida da mulher, o apoio é imprescindível e as puérperas entrevistadas revelaram a necessidade de outra pessoa para ajudar, esclarecer e acompanhar devendo os familiares e pessoas significativas agir como fontes de ajuda, e os profissionais de saúde, principalmente os de enfermagem e pediatras, como fontes de informação.

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

Quanto à ajuda familiar, destacam-se como entes mais próximos: a mãe da puérpera e o pai do recém-nascido.

De acordo com Maslow citado por Rocha, Isaac & Martins (2003), quem está motivado fica facilmente mobilizado para a ação, valoriza-se e dá maior relevância à ideia de sucesso do que aos obstáculos.

A motivação é uma das estratégias conferidas no processo de decisão da mulher em direção à prática do aleitamento materno. No percurso entre o desejo de amamentar e a concretização da prática, a motivação é o que permeia este processo de decisão materna, de modo favorável ou desfavorável. É condicionada pela história de vida da mulher e pela sua experiência passada, incluindo o conhecimento adquirido desde a infância, por observação de alguém da família amamentando, pelo que foi aprendido e facilitado no contexto das oportunidades socioculturais e, por último, pelo conhecimento adquirido durante a assistência pré-natal e pediátrica.

Pereira (2006), citado por Costa & Lamy (2009) diz que a amamentação é uma prática exclusiva da mulher mas, atualmente, as evidências científicas provam que para haver sucesso, a mulher necessita do apoio e da intervenção de todos.

Segundo Marques et al (2010,a) a rede social é mais que um simples agrupamento de pessoas, é uma teia de relações na qual os sujeitos estão interligados pelos laços ou vínculos sociais, assim sendo o universo materno deve ser visto como uma teia dinâmica de eventos inter-relacionados. Segundo os mesmos autores que citam Poli & Zagonel, (1999); Silva, (2001); Barreira & Machado, (2004) e dando ênfase à família na prática da lactação, percebe-se que esta exerce papel ativo, sendo responsável pelas maiores interferências sobre os cuidados com o bebê, com destaque para os mitos passados de geração em geração, as experiências observadas pela mãe dentro do seio da família, a pressão exercida sobre a mãe, a opinião e a orientação sobre a amamentação, de maneira a incentivar ou a desestimular o aleitamento materno.

Também Machado & Bosi (2008) defendem que durante o período da amamentação, a mulher sofre inúmeras influências do meio social envolvente, que interferem, muitas vezes, na decisão de continuar oferecendo o leite materno de forma exclusiva ao filho ou introduzir alimentos complementares. As avós e o marido ou companheiro revelam-se um fator determinante para a continuidade da amamentação ou desmame precoce, à medida que são emitidos julgamentos, provocando na mulher sentimentos de incapacidade, conflitos nas relações familiares, pelas constantes cobranças sobre sua atuação no espaço público.

O marido e a mãe da lactante são importantes influenciadores no processo de aleitamento materno, pois o primeiro apresenta-se como agente estimulador da prática e a mãe como modelo de referência. Já os profissionais de saúde surgem como incentivadores da prática, dando ênfase aos procedimentos técnicos, tais como cuidados com a mama, técnicas para amamentação, entre outros. Como parte desse jogo de relações que influencia o aleitamento materno, aparecem, ainda, colegas, vizinhas e os próprios meios de comunicação social.

Amamentar é uma prática complexa que vai para além das vantagens do leite humano, apesar de ser um ato natural, e a melhor forma de alimentar e proteger o bebê. A fisiologia da lactação, a posição correta da mãe e do bebê, a frequência das mamadas que dizem respeito ao aspeto biológico apenas são uma parte, dado que o contexto sociocultural no qual a lactante se encontra inserida e a sua vontade de amamentar são também fundamentais e é por esses motivos que se tornam importantes todos os estudos que ajudem a identificar fatores motivadores da amamentação e a identificar causas do seu abandono precoce.

Estando o Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE envolvido num processo de candidatura a Hospital Amigo dos Bebés e encontrando-nos a exercer a nossa atividade profissional de

enfermagem no internamento de puerpério, assume ainda maior importância que os estudos se enquadrem nesta temática.

Ao desenvolver a nossa atividade profissional, como Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica num serviço de puerpério, consciencializámo-nos da elevada taxa de adesão à amamentação aquando da alta hospitalar e posterior abandono precoce como referem os dados referentes ao estudo de Sandes et al (2007).

Assim e procurando algumas respostas formulámos as seguintes questões de investigação:

- i) De que modo as variáveis sociodemográficas como (idade, nacionalidade, estado civil, escolaridade, estatuto profissional,) têm influência na motivação das puérperas para a amamentação?
- ii) Que variáveis obstétricas como (número de gestações e partos anteriores, planeamento e vigilância da gravidez e tipo de parto) são determinantes na motivação para a amamentação?
- iii) Qual a relação entre as variáveis história do aleitamento anterior e atual com a motivação para a amamentação?
- iv) De que modo os recursos familiares, a satisfação com o suporte social e familiar são determinantes na motivação para a amamentação?

Para as questões acima formuladas foram equacionadas os seguintes objetivos:

- i) Identificar as variáveis sociodemográficas e profissionais que influenciam a motivação para a amamentação;
- ii) Analisar a influência das variáveis obstétricas na motivação para a amamentação;
- iii) Identificar a relação entre as variáveis história do aleitamento anterior e atual com a motivação para a amamentação;
- iv) Analisar em que medida os recursos familiares e a satisfação com o suporte social e familiar são preditores na motivação para a amamentação.

O presente trabalho está estruturado em duas partes fundamentais: a primeira corresponde à fundamentação teórica, cuja finalidade consistiu no aprofundamento de conhecimentos através da revisão da bibliográfica existente e consultada. Deste modo consideramos adequado refletir no primeiro capítulo sobre a amamentação, fazendo referência ao seu

conceito, à sua importância e evolução ao longo dos tempos. De seguida será feita, no segundo capítulo, uma revisão do conceito de motivação. No terceiro capítulo, refletimos sobre a motivação para a amamentação e estudamos a sua relação com o suporte social e os recursos familiares.

Na segunda parte encontra-se descrita toda a investigação empírica que se subdivide em quatro capítulos, sendo o primeiro referente às considerações metodológicas, onde são apresentados os objetivos, as questões de investigação e a conceptualização do estudo, bem como os participantes e caracterização da amostra, os instrumentos utilizados, os procedimentos realizados e a análise dos dados prevista. No seguinte capítulo é feita a apresentação e análise dos resultados e dentro desta, a análise descritiva e a análise inferencial. A discussão dos resultados é realizada no terceiro capítulo e no último terminamos com as conclusões e sugestões do estudo.

A finalizar, são citadas as referências bibliográficas consultadas, assim como os apêndices que incluem o instrumento de colheita de dados utilizado na investigação e a autorização da instituição hospitalar necessária à sua aplicação.

Com as respostas obtidas a estas questões esperamos compreender melhor a motivação das puérperas para a amamentação para mais facilmente as podermos ajudar.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – AMAMENTAÇÃO

A amamentação é considerada uma estratégia importante de sobrevivência infantil pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e por órgãos de proteção à criança. A proteção conferida pelo leite humano contra infecções comuns em crianças resultou na redução da mortalidade infantil. Cerca de 13% a 15% de todas as mortes de crianças abaixo de cinco anos em todo o mundo, sendo 50% por doenças respiratórias e 66% por diarreia, poderiam ser prevenidas com o aleitamento materno Caminha, Serva, Anjos, Brito, Lins, Filho (2011).

Segundo Pereira, (2006) citado por Costa & Lamy, (2009 p.2), “Amamentar é amar, é nutrir, é mimar, é ofertar o melhor dote que a mãe pode legar ao filho que está a criar. Difícil é encontrar palavras para explicar tão grande nobreza do ato de amamentar”.

Amamentar é como uma arte. Uma arte de amar, de alimentar física e psicologicamente, e tal como todas as artes deve ser bela, bonita agradável e prazerosa. A atitude da mulher é que pode complicar este processo tornando-o um problema, uma vez que não se trata de uma decisão livre da influência do seu meio social (Costa & Lamy, 2009). Estes citando Almeida & Novak (2004) referem a amamentação como um processo que apesar de ser biologicamente determinado é socioculturalmente condicionado.

Uma alimentação saudável e equilibrada na infância contribui decisivamente para um bom estado de saúde da criança, prevenindo diversas patologias na idade adulta. O regime alimentar do lactente deve ser adequado à sua idade, sem carências ou excessos. O período neonatal é um dos mais críticos da vida humana, no entanto a natureza facultava-lhe o alimento mais adequado: o leite materno, que para além das suas propriedades anti-infecciosas, imunológicas e nutricionais é fundamental na promoção de uma boa relação mãe-filho (Carvalho et al, 1992) citado por Galvão, (2006).

Segundo a OMS (1991), uma criança é amamentada exclusivamente quando recebe apenas leite materno, diretamente ou extraído, não recebendo mais nenhum alimento líquido ou sólido até aos 6 meses de vida. No entanto, apenas metade das crianças que nascem anualmente são alimentadas exclusivamente com leite materno até ao quarto mês de vida e a interrupção do aleitamento antes da criança complementar dois anos observa-se em metade das crianças. Os estudos efetuados no nosso país sugerem que a evolução da prática do

aleitamento materno se processou de maneira semelhante à de outros países europeus. Nelas, Ferreira & Duarte (2008).

Também Sandes, Nascimento, Figueira, Gouveia, Valente, Martins, Correia, Rocha & Silva (2007) referem como causas para o abandono do aleitamento materno exclusivo, aos três meses a hipo ou agalactia em 72,2% e a má pega e 10,6%. Aos seis meses os motivos de abandono do aleitamento materno exclusivo foram a hipo/agalactia em 65,6%, o regresso ao trabalho em 18,4% e a má pega/não adaptação do bebé em 15,9% e como razões para o desmame total as mães apontaram os mesmos motivos anteriormente referidos: 67,3% hipo/agalactia, 14,5% má pega/não adaptação e 12% regresso ao trabalho.

Desde 1991 que a OMS em associação com a UNICEF têm trabalhado em conjunto no sentido de proteger e promover o aleitamento materno a nível mundial. Nesse sentido, em 1992 colocaram em marcha a iniciativa “Hospital Amigo dos Bebés” que tem como objetivo favorecer o aleitamento materno exclusivo, através de uma política de informação e apoio dado às mulheres/família nas unidades de saúde que decidiram levar a cabo esta iniciativa.

Os dez passos dizem o seguinte:

- 1 – Ter uma política de promoção do aleitamento materno escrita, afixada, a transmitir regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde;*
- 2 – Dar formação à equipa de cuidados de saúde para que implemente esta medida;*
- 3 – Informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno;*
- 4 – Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento;*
- 5 – Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente;*
- 6 – Não dar ao recém-nascido nenhum alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica;*
- 7 – Praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e bebés permaneçam juntos 24 horas por dia;*
- 8 – Dar de mamar sempre que o bebé queira;*
- 9 – Não dar tetinas ou chupetas às crianças amamentadas ao peito até que esteja bem estabelecida a amamentação;*
- 10 – Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes após a alta do hospital ou da maternidade.*

A amamentação é um ato inerente à condição de mamífero mas influenciado por determinantes familiares, sociais, económicos, culturais e históricos. Amamentar é uma tarefa difícil para muitas mulheres como é do conhecimento de todos os que, direta ou indiretamente contactam com mulheres que amamentam ou amamentaram e para além de todas as dificuldades físicas existe também a ansiedade gerada pelo tempo que consideram “perder” ao amamentar (Carvalhoes &, Corrêa, 2003) citado por Silva, Santiago & Lamonier (2011). Segundo ainda os mesmos autores citando Gonçalves (2008), nessa situação, na vida da mulher, o apoio é imprescindível e as mulheres entrevistadas no período puerperal revelaram a necessidade de outra pessoa para ajudar, esclarecer e acompanhar devendo os familiares e pessoas significativas agir como fontes de ajuda, e os profissionais de saúde, principalmente os de enfermagem e pediatras, como fontes de informação.

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

Quanto à ajuda familiar, destacam-se como entes mais próximos: a mãe da puérpera e o pai do recém-nascido.

A prática da amamentação tem sofrido alterações ao longo da história da humanidade, acompanhando a evolução dos tempos até aos dias de hoje.

Segundo Graça (2010) citando Cunha (2008), Talayero, Aguiar (2009), na antiguidade Egípcia e Mesopotâmica era frequente o desmame aos 3 anos, na Europa feudal cerca dos 18 meses, em Inglaterra nos séculos XV e XVI ao ano de idade e na Rússia Imperial dos séculos XVIII e XIX durante as primeiras semanas. No século XX, nos países industrializados, a duração e a frequência da amamentação diminuiu de forma acentuada. Segundo os mesmos autores a partir de meados do século XIX com o desenvolvimento da química e da Indústria, observaram-se alterações significativas na produção de leite para consumo humano, com repercussões na diminuição da mortalidade infantil, decorrentes da pasteurização do leite de vaca e da higiene das manadas.

No início da década de 20 do século passado a pressão exercida pela indústria passou a influenciar as decisões da alimentação infantil, através da propaganda que era feita aos benefícios do leite artificial, tendo influenciado o discurso médico. Ainda que este discurso possa continuar a existir, a sensibilidade dos profissionais e dos cidadãos para as vantagens do

aleitamento materno foi-se alterando, tendo sido fundamental a evidência científica, que sustentou recomendações e políticas de promoção ao aleitamento materno.

Segundo Cavaco (2009), referindo dados da OMS, a falta de informação das mães, a falta de apoio dos profissionais de saúde e das comunidades são as principais causas do abandono precoce da amamentação. A hipogalactia é outra das queixas mais frequentes durante a amamentação e uma das grandes causas para o seu abandono precoce. Está relacionada com a insegurança materna quanto à sua capacidade de nutrir o filho, fazendo com que o choro do bebé e as mamadas frequentes sejam interpretados como sinais de fome.

Uma situação que surge com frequência é a hipersensibilidade dos mamilos, que poderá estar aumentada nos primeiros dias após o parto, sendo comum também o aparecimento de eritema e de edema. Esta reacção está relacionada com a adaptação do mamilo à sucção do recém-nascido, sendo por isso transitória (Rodrigues, 2002). Também Galvão (2006) refere que cerca de 26,2% das mães sentiram dificuldades destacando-se a colocação do bebé à mama com 48,9%, os mamilos dolorosos e fissurados com 19,36%, o ingurgitamento mamário com 15,3% e as gretas mamilares com 14,2%.

O período imediatamente a seguir ao parto é importante para a amamentação com sucesso, pois, segundo Lothrop (2000) citado por Galvão (2006), quando a primeira relação de amamentação corre bem, a mãe adquire autoconfiança na sua capacidade de amamentar e isso ajuda-a a ultrapassar dificuldades futuras.

A promoção do aleitamento materno constitui uma medida de saúde pública com enormes benefícios para mães e bebés, sendo assim importante capacitar médicos, enfermeiros e outros com os conhecimentos de lactação necessários, para poderem apoiar as mães no prolongamento da amamentação (Órfão & Gouveia, 2009). Os estudos apontam que o apoio às mães na resolução das dificuldades dos primeiros dias é fundamental para o prolongamento da amamentação (Órfão & Gouveia, 2009). Também Gomes & Pereira (2007) referem que o incentivo ao aleitamento materno é mais eficaz quando são trabalhadas variáveis de índole psicossocial do que quando apenas é realizado o incentivo com base nas vantagens nutricionais.

Diante das dificuldades maternas durante o início da amamentação, o profissional de saúde, além de conhecimento teórico e competências clínicas em aleitamento materno, necessita de habilidades de comunicação. Para adquirir essa habilidade, é importante diferenciar entre o simples ato de aconselhar e o aconselhamento. Se aconselhar é dizer o que se deve fazer, aconselhamento é uma forma de atuação em que o profissional escuta e

compreende e, deste modo, oferece ajuda para que a mãe planeie, tome decisões e se fortaleça para lidar com pressões, aumentando sua autoestima e autoconfiança (Caminha et al, 2011).

Quando o profissional de saúde, considera a cultura materna como uma influência importante na decisão de amamentar e no desempenho dessa prática, dispõe-se a partilhar o seu saber com a família e formar uma rede social que dê apoio e suporte à mãe para superar os obstáculos e vivenciar de forma plena o aleitamento materno. Destaca-se a importância da atenção à mãe pautada no acolhimento e na formação de vínculo entre profissionais de saúde e lactantes, de maneira a conhecer o contexto socioeconômico e cultural nos quais estas estão inseridas, ampliando, assim, a compreensão dos profissionais de saúde sobre a experiência da amamentação e seus determinantes, possibilitando uma intervenção mais eficaz que incentive, apoie e promova o aleitamento materno (Marques, Cotta, Botelho, Franceschini, Araújo & Lopes, 2010,a).

No âmbito das relações estabelecidas entre o profissional da saúde e a mãe, é possível verificar a existência de um certo grau de empatia e cumplicidade, de modo a estabelecer um vínculo de segurança e apoio (Silva, 2001; Rezende et al., 2002). A mulher que amamenta necessita de um profissional sensível, que escute suas dúvidas, desejos e inquietações, que compreenda a lactação sob o seu olhar de mulher-mãe-lactante.

O profissional de saúde precisa reconhecer a influência do contexto social e cultural na decisão materna de amamentar ou não seu filho, levando em consideração estas questões no dia-a-dia da prática dos cuidados de saúde. É necessário, portanto, que o profissional se aproxime do cotidiano da mulher-mãe, reconhecendo e valorizando a rede social da lactante, visando obter uma assistência de qualidade que incentive o aleitamento materno (Marques et al, 2010, a).

2 – MOTIVAÇÃO

De acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea (2001, p.2536) motivação significa “ação, processo ou resultado de estimular, de despertar o interesse, a vontade, o desejo...; ato ou efeito de motivar.” Implica um movimento do indivíduo para a ação, o que leva alguém a fazer alguma coisa. A pessoa fez algo porque tinha um motivo, uma necessidade, um desejo, um instinto... Qualquer que seja o termo escolhido quer dizer que houve uma força que impeliu a pessoa a mover-se numa dada direção. Nelas, Ferreira & Duarte (2008) consideram motivação como um conceito que usamos quando queremos descrever as forças que atuam sobre, ou dentro de um organismo, para iniciar e dirigir a sua conduta. A motivação permite-nos explicar e entender as diferenças na intensidade das atitudes, ou seja, as atitudes mais intensas podem ser consideradas como o resultado dos mais elevados níveis de motivação.

Segundo Rocha, Isaac & Martins (2003), as nossas ações são, na sua maioria, motivadas. Os motivos têm uma função dupla, porque primeiro dirigem o comportamento para um objetivo ou em direção oposta, e em segundo lugar, ativam o organismo que se torna mais alerta quanto maior for a intensidade do motivo. Os seres humanos agem segundo forças impulsionadoras que traduzem desejo e receio. Para além disto, todos os indivíduos têm metas e objetivos, para cujo alcance gastam energias.

Segundo os mesmos autores, a motivação é muito diferente de pessoa para pessoa, já que variam as necessidades humanas que motivam o comportamento. Os valores pessoais diferem de pessoa para pessoa assim como as suas capacidades para atingir os objetivos e os mesmos valores e capacidades variam no mesmo indivíduo conforme as circunstâncias, tornando esta temática ainda mais complexa.

Alguns investigadores têm tentado isolar as motivações que consideram básicas e das quais derivam todas as restantes. Defendem que as múltiplas motivações humanas deverão ser agrupadas em três categorias fundamentais: as motivações de sobrevivência, mediadas por impulsos como a fome, a sede, a genitalidade e a fuga à dor; as motivações competitivas, que dizem respeito à procura de compreensão, ao desejo exploratório de saber e ao controlo do local onde normalmente se atua; e por último as motivações sociais que são consumadas através de impulsos que orientam o comportamento face às outras pessoas (Ferreira, Nelas,

Duarte, 2011). Há necessidade não só de explicar porque se toma uma atitude, mas também porque se observam comportamentos diferentes quer nas diferentes manifestações de comportamento de uma mesma pessoa perante o mesmo estímulo, quer a que é referida nas diferentes manifestações apresentadas pelo mesmo indivíduo perante o mesmo estímulo em dois momentos diferentes (Nelas, Ferreira & Duarte, 2008).

A noção de motivação compreende vários fatores que a determinado momento condicionam os comportamentos de um indivíduo. Segundo o Dicionário de Psicologia motivação é a “tensão que põe em movimento o organismo até que este tenha reduzido e recuperado a sua integridade”, Michel e Gauquelin (1978), citando Lagache p.352. Ainda segundo os mesmos autores, as motivações compreendem móveis conscientes e inconscientes. Os segundos têm muitas vezes uma energia maior que os primeiros, no entanto como muitas vezes parecem mais ou menos disparatados ou inconfessáveis, o espírito renormaliza-os antes de aceitar o seu impulso. Assim, atribuímo-nos razões de agir que são muitas vezes um disfarce da motivação real subjacente.

Segundo Pinto (2001) a motivação confere três características a todo o comportamento humano: a força, a direção e a persistência. Todo o comportamento é orientado para um objetivo a que a pessoa atribui um certo valor. A força, a intensidade e a persistência do comportamento indicam o valor que a pessoa atribui ao objetivo.

Para Nuttin (1980) citado por Rocha, Isaac & Martins (2003) e Nelas, Ferreira & Duarte (2008) a motivação é assim uma força que inicia, guia e mantém a direção do comportamento ou seja, quer dizer que impele e guia um organismo para a ação.

De acordo com Maslow citado por Rocha, Isaac & Martins (2003,p6) motivação é “o conjunto de fatores que respondendo a certas necessidades de algum modo desenvolvem o interesse pra a ação”. Quem está motivado fica facilmente mobilizado para a ação, valoriza-se e dá maior relevância à ideia de sucesso do que aos obstáculos.

Maslow citado por Nelas, Ferreira & Duarte (2008, p.42) defende que “as pessoas estão motivadas por uma hierarquia de necessidades, começam pelas necessidades básicas e avançam até às necessidades de realização pessoal”.

Ainda para Pinto (2001), a motivação é a resposta aos porquês do nosso comportamento. Porque é que algumas mães amamentam apesar das dificuldades e outras não o fazem? É fácil indicar vários motivos prováveis, mas decidir qual o motivo principal é muitas vezes uma tarefa complexa. Nem os próprios indivíduos sabem o porquê de agirem de determinada maneira.

3 – MOTIVAÇÃO PARA A AMAMENTAÇÃO

Para existir uma amamentação eficaz é importante a satisfação da mulher nas necessidades primárias, de segurança, curiosidade, necessidade de amor, amizade e convívio, necessidade de nos sentirmos importantes, necessidade de reconhecimento e necessidade de realização, Nelas, Ferreira & Duarte (2008).

De acordo com a OMS/UNICEF, citada por Machado, Nakano, Almeida Mamede (2004), a amamentação não é totalmente instintiva no ser humano, muitas vezes tem que ser aprendida para ser prolongada com êxito, e a maioria das mães precisa de reforço e apoio constantes. Segundo Takushi, Tanaka, Gallo & Machado (2008) a decisão favorável, evidenciada pela maioria das grávidas estudadas em relação ao aleitamento materno, reforça a informação de outros autores, de que a decisão sobre o aleitamento materno pode ocorrer ainda durante a gestação. “ A decisão de amamentar acontece geralmente antes do parto, só um pequeno número de mães deixa essa decisão para depois. O meio cultural e social no qual a mulher está inserida também tem influência para amamentar.” (Nelas, Ferreira & Duarte, 2008, p.43).

A decisão de amamentar é pessoal, no entanto está sujeita a diversas influências que podem condicionar a motivação para tal. A força, a intensidade e a persistência com que as mulheres encaram a amamentação determinam a sua motivação e tem importância no processo educativo da mesma. A motivação é interior à pessoa, por isso não pode ser observada, dá a energia necessária para a aprendizagem e os indivíduos possuidores de altas necessidades de realização são comprovadamente mais persistentes (Nelas, Ferreira & Duarte, 2008).

A motivação deverá ser considerada com cuidado pelos profissionais de saúde, procurando mobilizar as capacidades e potencialidades das mulheres a este nível, o que coloca a questão da oportunidade da educação para a saúde em termos de aleitamento materno. Uma gravidez planeada ou desejada poderá contribuir de forma positiva para a prática da amamentação. Nesta linha de pensamento será lícito concluir que a frequência das consultas pré-natais possa influenciar a opção pelo aleitamento materno, pelo menos nas mães indecisas, facto que alguns estudos parecem ter comprovado, ao encontrar uma influência positiva entre a frequência de consultas pré-natais e a decisão de amamentar. De acordo com

Lima (2010), a assistência médica e a informação acerca do aleitamento materno durante a gravidez interferem significativamente na prevalência do mesmo.

Segundo Machado & Bosi (2008), nas mulheres que amamentaram exclusivamente os seus filhos até aos seis meses de vida, foi observada uma motivação interior que lhes permitiu superar opiniões e pressões contrárias, fazendo-as sentir mais seguras quando decidem amamentar os filhos.

Diz Rodrigues (2002) que a decisão de amamentar, apesar de poder ser partilhada, é uma escolha individual, e geralmente quando a mulher decidiu conscientemente não amamentar, não há argumentos que a demovam.

Ainda segundo o mesmo autor, o nível de educação das mães é um elemento a ter também em conta na adesão e na duração do aleitamento materno, uma vez que uma correta informação acerca do processo de amamentação pode contribuir de uma forma positiva para a sua duração facto suportado por estudos, incidindo em populações bem informadas. A percentagem de mães mais informadas sobre os benefícios da sua atitude que amamentava era superior à das mães menos informadas. Também (Barron, Lane, Hannan et al., 1988; Jacobson, Jacobson e Freye, 1991; Susin, Giugliani, Kummer, 1999), todos citados por Cardoso (2006), referem que quanto maior for o grau de escolaridade da mãe maior a sua capacidade de compreensão e apreensão da informação dada pelos profissionais de saúde. Daí que uma mãe bem informada sobre as vantagens do aleitamento materno esteja mais motivada para a amamentação. Também Lima (2010) refere que a informação recebida acerca do AM durante a gravidez como um fator significativamente relacionado com o aumento da duração da amamentação.

Para Nelas, Ferreira & Duarte (2008), a capacidade do bebé em esvaziar a mama varia muito entre as crianças e na mesma criança ao longo do dia, dependendo das circunstâncias. Um bebé com um bom poder de sucção, motiva a mãe para amamentar e o contrário deixa-a preocupada e insegura, podendo conduzir a um desmame precoce. É indispensável que a mãe transmita ao recém-nascido sentimentos de segurança e proteção para que possa existir uma boa relação mãe/filho, o que influencia positivamente a amamentação.

A mulher que deseja amamentar necessita também de muito apoio e estímulo do seu companheiro e dos parentes, amigos e pessoal de saúde durante vários momentos, nomeadamente quando a lactação se inicia e o bebé está a aprender a mamar. Pereira (2006), citado por Costa & Lamy (2009) diz que a amamentação é uma prática exclusiva da mulher

mas, atualmente, as evidências científicas provam que para haver sucesso, a mulher necessita do apoio e da intervenção de todos.

O companheiro ao manifestar carinho e interesse pela mulher, permite acalmar as suas inquietações e proporcionar o apoio necessário para manter o equilíbrio e serenidade fundamental para o desenvolvimento da amamentação, embora a maioria pareça não saber como apoiar as mães e frente a esta brusca mudança na sua vida, reaja frequentemente com inconformismo, raiva e até ciúme. Para colmatar este desconhecimento parece ser de interesse a inclusão dos pais nas consultas pré-natais e nas classes de preparação para o parto, devendo o profissional de saúde dar atenção ao futuro pai e estimulá-lo a participar neste período vital para a família.

Brazelton (1992) citado por Galvão (2006) defende que a amamentação deve ser agradável para a mãe e filho, mas as experiências de vida da mulher e o apoio familiar que tem, podem fazer com que a mãe não queira ou não se sinta preparada para a amamentação. A maioria das mulheres que têm apoio emocional e físico verdadeiro conseguem amamentar os seus filhos e o prazer que sentem incrementa os seus sentimentos de êxito como mães.

Rodrigues (2002) e Galvão (2006) afirmam que as experiências e educação da mulher desde tenra idade parecem influenciar a atitude e desempenho em relação ao aleitamento. Ver regularmente outras mulheres da mesma família ou grupo social amamentando é um dos numerosos modos importantes através dos quais meninas, adolescentes e mulheres jovens desenvolvem atitudes positivas em relação à amamentação. Também Costa & Lamy (2009) refere que onde se crê que amamentar é normal, a maioria das mulheres tem sucesso. Mulheres que foram amamentadas, e que têm amigas que amamentam, tendem a amamentar mais e durante mais tempo (Galvão, 2006).

Com a evolução da família de tipo rural, alargada e tradicionalista, para a família urbana, nuclear e isolada deu-se o desaparecimento do apoio das gerações mais velhas e da comunidade tradicional, que preparava as jovens para a maternidade de forma lenta e continuada.

Para Sanches (2004) citado por Takushi, Tanaka, Gallo & Machado (2008), a experiência bem-sucedida em relação ao aleitamento materno do filho anterior motiva a mulher a amamentar um novo bebé durante mais tempo e de acordo com Takushi (2006) citado pelos mesmos autores, de forma exclusiva. Neste estudo, a experiência prévia aparece como um dos motivos favoráveis para amamentar o próximo filho. Também Graça (2010), citando (Protheroe et al., 2003; Vieira et al., 2004; Carrascoza, Costa Jr & Moraes, 2005;

Clifford et al., 2006; Dyson et al., 2006; Galvao, 2006; Araujo de Franca et al., 2007; Bakoula et al., 2007) refere que a multiparidade ou a experiência previa positiva de amamentação funcionam como protetores da amamentação.

3.1 – MOTIVAÇÃO PARA A AMAMENTAÇÃO E SUPORTE SOCIAL

O conceito de suporte social tem sido alvo de diversas definições. Segundo Gomes & Pereira (2007) citando Ornelas (1994) pode ser definido como “a existência ou quantidade de relações sociais em geral ou em particular” ainda citando House e colaboradores (1982) “O suporte social é o conjunto positivo das interações que constituem fator de stress ou promotor da saúde”.

Wills (1985) referido por Gomes & Pereira (2007) diz que o suporte social pode ser dividido em quatro tipos: de autoestima, informativo, acompanhamento social e instrumental. Como exemplos, no caso concreto da maternidade, o apoio à autoestima será o conjunto de ações levadas a cabo por um membro da família no sentido de aumentar a autoestima da puérpera; o apoio informativo pode ser o conteúdo programático de uma sessão de preparação para o parto; no acompanhamento social podemos considerar o serviço de baby-sitting a prestar à mãe no período pós parto e como apoio instrumental o auxílio na realização das tarefas domésticas. Tavares (1990), Trotter, Wolman, Hofmeyer & Nikodem (1992) afirmam haver evidências científicas de que as complicações de parto são menores em mulheres que possuem altos níveis de apoio social.

Segundo Marques et al (2010,a) a rede social é mais que um simples agrupamento de pessoas, é uma teia de relações na qual os sujeitos estão interligados pelos laços ou vínculos sociais, assim sendo o universo materno deve ser visto como uma teia dinâmica de eventos inter-relacionados. Segundo os mesmos autores que citam Poli & Zagonel, (1999); Silva, (2001); Barreira & Machado, (2004) e dando ênfase à família na prática da lactação, percebe-se que esta exerce papel ativo, sendo responsável pelas maiores interferências sobre os cuidados com o bebê, com destaque para os mitos passados de geração em geração, as experiências observadas pela mãe dentro do seio da família, a pressão exercida sobre a mãe, a opinião e a orientação sobre a amamentação, de maneira a incentivar ou a desestimular o aleitamento materno.

Também Machado & Bosi (2008) defendem que durante o período da amamentação, a mulher sofre inúmeras influências do meio social envolvente, que interferem, muitas vezes, na

decisão de continuar oferecendo o leite materno de forma exclusiva ao filho ou introduzir alimentos complementares. Neste estudo analisa-se a influência das avós e do marido ou companheiro que se revelam um fator determinante para a continuidade da amamentação ou desmame precoce, à medida que são emitidos julgamentos, provocando na mulher sentimentos de incapacidade, conflitos nas relações familiares, pelas constantes cobranças sobre sua atuação no espaço público. Segundo Catarino (2007) constata-se que 56% das puérperas concorda totalmente que, quando se inicia a amamentação, é importante ter o apoio da equipa de enfermagem.

Para Soares, citando Marques, Cotta, Magalhães, Sant'Ana, Gomes, Siqueira-Batista (2010,b), rede social é o “conjunto de relações que determinam as características da pessoa, tais como hábitos, costumes, crenças e valores”. Esta rede, somada à maior vulnerabilidade da mulher às influências múltiplas, devido à maternidade e ao processo de lactação, exerce forte interferência na decisão da mãe de amamentar ou não.

Amamentar é uma prática complexa que vai para além das vantagens do leite humano, a fisiologia da lactação, a posição correta da mãe e do bebé, a frequência das mamadas que dizem respeito ao aspeto biológico apenas são uma parte, dado que o contexto sociocultural no qual a lactante se encontra inserida e seu anseio de amamentar são também fundamentais. Sabe-se que a decisão da mãe de amamentar ou não, é influenciada pela experiência de lactação vivenciada por ela própria ou adquirida através da convivência com outras mulheres que já foram mães, bem como pelo grau de incentivo e apoio de que a mulher que amamenta dispõe, de acordo com Marques et al (2010,a), citando Poli & Zagonel (1999); Silva, (2001) e Rezende et al., (2002).

Na vivência quotidiana da amamentação pelas mulheres, o reducionismo biológico está presente, deixando de lado outras dimensões dessa prática, como as de base psicológica, social e cultural. A amamentação surpreende as mulheres, que, esperando um processo fácil, natural e instintivo, na realidade vivenciam um processo complicado que necessita de aprendizagem, sentindo-se inapropriadas para a função de mães, Rodrigues (2002), Nakano, Reis, Pereira, Gomes, (2007) citando Nakano e Mamede (1999).

A mulher deixou de ter o apoio que era tanto emocional e educativo como físico, nos cuidados a outros filhos e nas atividades domésticas. A economia familiar passou a contar com o salário da mulher e a sua atividade fora do lar condicionou fortemente a diminuição da amamentação, Rodrigues (2002).

Ainda segundo o mesmo autor, a aparente incompatibilidade entre a função da mãe e de mulher nos dias de hoje pode ser um fator de peso no sucesso ou no fracasso da amamentação. Com efeito, paralelamente à organização da sociedade, que obriga a mulher a trabalhar fora de casa por razões económicas, criaram-se uma série de solicitações exteriores, ao qual não falta a desvalorização do papel da mulher que trabalha em casa. A mulher aspira assim, a uma independência e a uma liberdade de movimentos, difíceis de conciliar com o horário das mamadas. Assim, as mulheres deixam para mais tarde o início da maternidade e segundo dados do INE revelados por Pordata, a idade média das mães ao nascimento do primeiro filho tem aumentado nos últimos 30 anos. Em 1980 a idade média era de 23,6 anos e em 2011 já vai nos 29,2, e a manter-se esta tendência, como parece ir acontecer também fruto da instabilidade laboral e social devido à crise económica que atravessa o nosso país, este valor vai aumentar.

São vários os estudos que evidenciam a importância do suporte social na maternidade, Barron, Lane, Hannan, Struempfer & Williams (1988) sugerem que as mulheres que tiveram suporte social no pós parto amamentaram durante mais tempo. Klaus e Kennell (1997) concluíram que o suporte social durante o parto se traduz numa maior propensão para a prática do aleitamento materno em primíparas (Gomes & Pereira, 2007).

3.2 – MOTIVAÇÃO PARA A AMAMENTAÇÃO E RECURSOS FAMILIARES

“Nascer é encontrar-se membro de um grupo que não se escolheu” Aebischer & Oberlé (1990) citado por Neto (2000,p.559). A família é a primeira unidade social na qual a pessoa se integra e a primeira instituição que contribui para o seu desenvolvimento e socialização. O grupo familiar terá uma influência positiva no nosso desenvolvimento psicossocial.

A família é considerada o espaço natural onde se faz a transmissão dos valores éticos, culturais, sociais e cívicos e permanece como principal suporte afetivo pedagógico e social dos indivíduos (Leandro, Machado & Gomes, 2007).

A família, na conceção tradicional, é composta de pais e filhos. Num sentido mais abrangente, ela inclui também parentes e outros indivíduos que residem próximos (tios, cunhados, amigos, etc.) (Marques et al (2010,b).

Reiterando esta noção ampliada de família, de acordo com Bourdieu (2005) citado pelos mesmos autores, a família congrega vários indivíduos ligados pelo “sangue”, por laços

afetivos (casamento, filiação, adoção) e que residem no mesmo domicílio, sendo esta dotada de vontade, capacidade de pensar, de sentir, de agir, apoiada num conjunto de pressupostos referentes à forma correta de viver em família e em sociedade.

Aprofundando a discussão, Barreira e Machado citados por Marques et al (2010,b) definem família como a primeira e mais importante unidade grupal na qual o indivíduo está inserido sendo a partir dela que serão delineadas as características gerais do seu comportamento.

A família enquanto grupo elabora no seu seio um certo número de fenómenos psicológicos em domínios representativos, imaginários e afetivos como seja o orgulho familiar. Na longa duração do universo familiar, estes fenómenos são interiorizados mais profundamente ficando menos acessíveis quer à expressão quer à consciência, ainda que melhor realizados e mais duradouros (Neto, 2000).

Para Marques et al (2010,b) a família é constituída por comensais, aqueles que comem juntos, os quais constroem os referenciais relativos à alimentação desde muito cedo, no contato com os membros da família e da sociedade, sendo considerada uma prática social. Ela varia de acordo com a idade, estado de saúde e situação social. Deste modo, em relação à alimentação da criança, a família atua transmitindo conhecimentos sobre a melhor forma de alimentar o bebé, de acordo com sua história e experiência de vida. Um dos significativos modos pelos quais a família interfere na alimentação do bebé é apoiando ou não a mãe na decisão de amamentar. A forma como a família define quais são as suas prioridades, bem como a sua forma de olhar e valorizar a mulher e a criança, pode exercer influência positiva (ajuda) ou negativa (impedimento) neste processo.

Marques et al (2010,b) referem também que algumas dificuldades maternas durante a amamentação podem estar relacionadas, direta ou indiretamente, com o pai da criança, principalmente quando ele apresenta um sentimento de repulsa frente ao ato de amamentar. O pai exerce grande influência, positiva ou negativa, tanto na maternidade, quanto na amamentação. As relações e tensões da paternidade e amamentação podem ser origem de novos conflitos entre marido e mulher, facilitando o aparecimento de problemas antigos mal resolvidos, devido ao sentimento de carência de afeto por parte da companheira sentida pelo homem, bem como o sentimento de ciúme, competição, rivalidade dele para com o filho, podendo ser fator de aproximação do casal.

Durante o período da amamentação, a mulher sofre inúmeras influências do meio onde se insere, que interferem, muitas vezes, na decisão de continuar oferecendo o leite materno de forma exclusiva ao filho ou introduzir alimentos complementares.

Na maioria das vezes, parece ser a influência daqueles que rodeiam a mãe, o que mais contribui, direta ou indiretamente, para a decisão de amamentar. Segundo Cardoso (2006), o Royal College of Midwives (1994) refere um estudo que identificou o bebê e o pai do bebê, como as maiores fontes de estímulo positivo na intenção materna de amamentar, e a mãe da mulher, como a maior fonte de desânimo, se por acaso ela mesma não amamentou o que foi muito frequente nos anos 60 do século XX.

No estudo de Giugliani et al (1994) referido por Marques et al (2010,b) o fator mais importante encontrado foi a opinião favorável do pai em relação à amamentação. As mães tiveram 32,8 vezes mais hipóteses de iniciar o aleitamento materno quando o pai era favorável à prática.

Durante o parto, o obstetra assiste a quatro nascimentos: nasce uma criança, um pai, uma mãe e uma família. Às vezes, também nasce uma avó que pode ser muito útil ou nociva para esta mãe. Quando a sua experiência é tomada na família como padrão de amamentação, na transmissão de valores à mãe, a avó poderá transmitir, tabus, crenças e proibições inerentes a um dado contexto histórico-social, atuando de forma indireta como elemento inibidor ou estimulador da amamentação.

O sucesso ou insucesso da amamentação depende ainda da atitude de outras pessoas da comunidade, tais como pais, avós parentes e amigos. Onde se acredita que amamentar é normal, a maioria fá-lo com sucesso (Costa & Lamy, 2009).

No passado as dificuldades sentidas ao ser mãe pela primeira vez resolviam-se muito naturalmente entre mulheres, não só com apoio educativo e emocional, mas também com ajuda nos trabalhos domésticos. Hoje a amamentação passou a ser um processo muito solitário, em que após dois ou três dias de pós parto vividos com o apoio de profissionais, a mãe tem que resolver sozinha as dificuldades que vão surgindo. Consideramos que a motivação é um dos fatores preponderantes na adesão ou não ao aleitamento materno.

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

1 – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

Procuramos, neste capítulo, definir as estratégias utilizadas para estudo da *Motivação para amamentação, satisfação com o suporte social e recursos familiares*, descrever e explicar o tipo de investigação, as variáveis em estudo, a amostragem realizada, os instrumentos de colheita de dados utilizados e os procedimentos estatísticos que se irão realizar.

1.1 - MÉTODOS

A amamentação é um processo natural. No entanto, é comum encontrarmos mães em dificuldades durante esse processo, o que pode levar ao desmame precoce. No estudo de King (1998), referido por Costa & Lamy (2009), quando questionadas, as mães referem como causa do desmame precoce ou introdução de suplementos alimentares a pouca quantidade de leite, ou a recusa do bebé em mamar. No entanto acontece que essas não são as verdadeiras causas. São essencialmente a falta de apoio de outras mulheres devido à transição de famílias numerosas para famílias nucleares, a falta de apoio dos serviços de saúde, devido ainda à falta de formação, pressões da vida moderna como propaganda de leites artificiais, emprego remunerado e atitudes sociais que retraem a mulher de amamentar em público.

A motivação é um fator que deve ser equacionado no contexto da amamentação, tendo grande importância no processo educativo da mesma. No capítulo das motivações, o estudo dos estímulos e das respostas pretende determinar o tipo e as causas do estímulo suscetível de desencadear uma resposta adequada às diversas situações de aprendizagem. Devemos considerar no estudo da motivação, variáveis motivacionais que exercem o seu controlo durante toda a vida e variáveis transitórias. As primeiras, inatas ou adquiridas, podem ser consideradas como pertencentes à estrutura da personalidade, as segundas modulam os estados transitórios, que duram alguns segundos ou algumas horas (Nelas, Ferreira & Duarte, 2008).

Os fatores motivacionais afetam a retenção, pelo fato de alterarem os limiares da disponibilidade e influenciarem o processo de reprodução ou reconstrução por meio do qual o material retido é expresso. A motivação é interior à pessoa, não podendo por isso ser

observada. Tem um efeito energizador sobre a aprendizagem, e o facto é que indivíduos possuidores de altas necessidades de realização são mais persistentes. Podemos dizer que a motivação é a força que nos move a realizar atividades. Estamos motivados quando temos vontade de fazer alguma coisa e somos capazes de manter o esforço necessário durante o tempo necessário para atingir os objetivos a que nos propusemos. A motivação deverá ser considerada pelos profissionais de saúde de forma cuidadosa, procurando mobilizar as capacidades e potencialidades das mulheres a este nível (Nelas, Ferreira & Duarte 2008).

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

Perante esta problemática questionamo-nos

- v) De que modo as variáveis sociodemográficas como (idade, nacionalidade, estado civil, escolaridade, situação profissional,) têm influência na motivação das puérperas para a amamentação?
- vi) Que variáveis obstétricas como (número de gestações e partos anteriores, planeamento e vigilância da gravidez e tipo de parto) são determinantes na motivação para a amamentação?
- vii) Qual a relação entre as variáveis história do aleitamento anterior e atual com a motivação para a amamentação?
- viii) De que modo os recursos familiares, a satisfação com o suporte social são determinantes na motivação para a amamentação?

Para as questões acima formuladas equacionaram-se os seguintes objetivos:

- v) Identificar as variáveis sociodemográficas e profissionais que influenciam a motivação para a amamentação;
- vi) Analisar a influência das variáveis obstétricas na motivação para a amamentação;
- vii) Identificar a relação entre as variáveis história do aleitamento anterior e atual com a motivação para a amamentação;
- viii) Analisar em que medida os recursos familiares e a satisfação com o suporte social e familiar são preditores na motivação para a amamentação.

Estando o Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE envolvido num processo de candidatura a Hospital Amigo dos Bebés e encontrando-nos a exercer a nossa atividade profissional de

enfermagem no internamento de puerpério, assume ainda maior relevância este estudo, dado que é nossa intenção fomentar o aleitamento materno exclusivo dos recém-nascidos até aos seis meses de idade

O estudo que pretendemos realizar para esta pesquisa é de cariz transversal uma vez que as **medições foram feitas num único momento**, não existindo, portanto, período de seguimento dos indivíduos, **descritivo** na medida em que procuramos descrever as características dos indivíduos estudados, **correlacional** já que pretende avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos, categorias ou variáveis, sem que se intervenha ativamente para as influenciar. Insere-se ainda no tipo de investigação não experimental, pois não pretende manipular as variáveis em estudo e **analítico** já que permite relacionar as variáveis com o tema em estudo (Coutinho, 2011).

Para melhor se perspectivar o propósito do estudo que se pretende realizar e qual o tipo de relação entre as variáveis, foi elaborado o seguinte desenho de investigação, que se apresenta sob a forma pictórica (Figura 1):

Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis



1.2 – PARTICIPANTES

O serviço de puerpério do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE é constituído por dois sectores de internamento com 26 camas cada e insere-se no departamento de Obstetrícia/ginecologia do mesmo hospital. Serve uma população de mais ou menos 500.000 habitantes da qual resultam cerca de 2.500 partos por ano.

A técnica de amostragem utilizada no presente estudo, integra-se na amostragem não probabilística ou não aleatória, (Maroco, 2007). Neste tipo de amostragem, a probabilidade de um determinado elemento pertencer à amostra não é igual à dos restantes elementos. O problema com este tipo de amostras é que estas não são representativas da população em estudo. Apesar de a amostragem probabilística ser preferida à não probabilística, em muitas investigações não é possível, prático ou mesmo desejável obter este tipo de amostras, pelo que o investigador tem que optar por métodos não aleatórios de amostragem (Maroco, 2007).

1.2.1 – Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra

As estatísticas relativas à idade materna revelam uma variação entre os 15 e os 42 anos, com uma média de 30,60 anos e desvio padrão de 5,23 anos. A idade do Pai oscila entre os 15 e os 48 anos com uma idade média de 32,62 anos e desvio padrão de 5,79 anos. Os coeficientes de variação apresentam dispersões moderadas em ambas as situações e os valores de assimetria e curtose, apresentam curvas gaussianas e não enviesadas, enquanto o teste de aderência à normalidade de Kolmogorov Smirnov revela a existência de significância estatística. (cf. Tabela 1).

Procedeu-se ao seu agrupamento em duas classes homogéneas com base nos dados do INE (2011) relativos à idade média das progenitoras aquando do nascimento do primeiro filho que é de 29,2 anos: <29 anos e \geq 29 anos.

Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade dos progenitores

	N	Min	Max	\bar{x}	Dp	Sk/erro	K/erro	KS (p)	CV (%)
Mãe	271	15	42	30,60	5,239	-1,500	-0,868	0.011	17,12
Pai	271	15	48	32,62	5,798	0,189	-0,247	0.012	17,77

A análise das características sociodemográficas e profissionais das puérperas evidencia os seguintes resultados:

Estado civil

Esta variável foi recodificada por acharmos que levaria a alguma dispersão de resultados e para efeitos de tratamento estatístico. Assim agrupámos as inquiridas solteiras e divorciadas por isso significar à partida que não coabitam com pai do bebé, e agrupámos as inquiridas casadas e em união de fato por significar que coabitam com o pai do bebé.

Constatamos que a maioria das puérperas são casadas ou vivem em união de fato (86,3%) e 13,7% são solteiras ou divorciadas. Verificamos que nas puérperas com idades inferiores a 29 anos existe um maior número de mulheres solteiras (24,1% vs 8,7%), por sua vez no grupo das puérperas com idades igual ou superior a 29 anos existe um maior predomínio de mulheres casadas (91,3% vs 75,9%). Os valores percentuais revelam diferenças entre os grupos etários ($\text{res}=3,4$) (cf. Tabela 2).

Coabitação

A recodificação desta variável teve por base a bibliografia analisada que refere como classificação das famílias, as famílias nucleares que são constituídas pelos pais e filhos e as famílias alargadas que são constituídas para além dos pais e filhos, por outros elementos da família como sejam os avós, tios e outros.

Questionadas as puérperas sobre com quem habitam, a maioria vive numa família nuclear (89,3%), e 11,7% restantes numa família alargada. Observamos que as puérperas com idades superiores a 29 anos estão mais representadas em famílias nucleares, observando-se através dos valores residuais que as diferenças são significativas ($\text{res}=3,2$), (cf. Tabela 2).

Situação Profissional

Esta variável também foi recodificada em função do tempo gasto em ocupação profissional e constituíram-se as seguintes variáveis: empregada a tempo integral, empregada a tempo parcial e desempregada.

A maioria com 68,6% tem um emprego em tempo integral, 22,5% das puérperas estão desempregadas e 8,9% trabalha em tempo parcial. Nas puérperas com menos de 29 anos existe um maior número de mulheres desempregadas (36,8% vs 15,8%) por sua vez em relação às puérperas com mais de 29 anos verificamos que 77,75 % tem um emprego em tempo integral e 6,5% um emprego em tempo parcial. Inferimos que as diferenças entre as

três situações profissionais são significativas, com valores residuais ajustados superiores a 1.96, concluindo-se que as mulheres mais velhas têm um emprego mais estável, (cf. Tabela 2).

Habilitações literárias

Quanto à formação académica, as puérperas possuem maioritariamente (33,2%) habilitações literárias situadas ao nível do ensino superior (licenciatura), 31,4% o ensino secundário e 21% possuem o 3º Ciclo do ensino básico. Nas puérperas com menos de 29 anos de idades o grupo mais representado é o do ensino secundário (47,1%), seguido do 3º ciclo do ensino básico (25,3%) e 20,7% detém o ensino superior (licenciatura). Já nas puérperas com idades iguais ou superiores a 29 anos, 39,1% possuem um grau académico superior (licenciatura), 23,9% ensino secundário e 9,8% detém o grau de mestre. As diferenças encontradas entre o grupo etário e as habilitações literárias são estaticamente significativas no ensino secundário (res=3,8), no ensino superior (licenciatura) (res=3,0) e no grau de mestre (res=2,2). Concluindo-se que as mulheres com mais idade apresentam melhores habilitações literárias, (cf. Tabela 2).

Nacionalidade

Fazemos também na Tabela 2 referência à nacionalidade das puérperas, constatando que a maioria é de nacionalidade portuguesa (95,9%), revelando os valores residuais que as diferenças entre os grupos não são significativas (res <1,96).

Zona de Residência

A maioria vive na aldeia (48,0%), seguindo-se as residentes em cidades (36,2%) e por último as que habitam em vilas (15,9%). Entre os grupos etários os valores percentuais são semelhantes aos obtidos para a totalidade da amostra. (cf. Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra segundo o grupo etário

Variáveis	Grupo idade < 29 anos		Grupo idade ≥ 29 anos		Total		Residuais	
	Nº (87)	% (32,1)	Nº (184)	% (67,9)	Nº (271)	% (100,0)	< 29 anos	≥ 29 anos
Estado Civil								
Solteira\divorciada	21	24,1	16	8,7	37	13,7	3,4	-3,4
Casada \união de fato	66	75,9	167	91,3	233	86,3	-3,4	3,4
Coabitação								
Família nuclear	70	80,5	172	93,5	242	89,3	-3,2	3,2
Família alargada	17	19,5	12	6,5	29	11,7	3,2	-3,2
Situação Profissional								
Emprego integral	43	49,4	143	77,7	186	68,6	-4,7	4,7
Emprego Parcial	12	13,8	12	6,5	24	8,9	2,0	-2,0
Desempregada	32	36,8	29	15,8	61	22,5	3,9	-3,9
Habilitações literárias								
Até ao 3ºCiclo	4	4,6	15	8,2	19	7,0	-1,1	1,1
3ºCiclo do ensino básico	22	25,3	35	19,0	57	21,0	1,2	-1,2
Ensino secundário	41	47,1	44	23,9	85	31,4	3,8	-3,8
Ensino Superior (licenciatura)	18	20,7	72	39,1	90	33,2	-3,0	3,0
Mestrado	2	2,3	18	9,8	20	7,4	-2,2	2,2
Nacionalidade								
Portuguesa	83	95,4	177	96,2	260	95,9	-0,3	0,3
Estrangeira	4	4,6	7	3,8	11	4,1	0,3	-0,3
Zona de Residência								
Aldeia	41	47,1	89	48,4	130	48,0	-0,2	0,2
Vila	19	21,8	24	13,0	43	15,9	1,9	-1,9
Cidade	27	31,1	71	38,6	98	36,2	-1,2	1,2

Em síntese:

- A amostra em estudo é constituída por 271 puérperas, que apresentam uma idade média de 31 anos, sendo que 67,9% tem idade \geq 29 anos.
- A maioria das puérperas é casada ou vive em união de fato (86,3%), pertence a uma família nuclear (89,3%), é de nacionalidade portuguesa (95,9%) e reside preferencialmente em aldeia (48,0%). O Ensino Superior é encontrado em 33,2% e 68,6% tem uma situação profissional que indica um emprego integral.

1.3 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Devido ao tipo de estudo e aos objetivos traçados, foi necessário elaborarmos um instrumento de recolha de dados que melhor se adequasse ao tipo de amostra que pretendíamos estudar. Para a presente investigação selecionou-se, de acordo com os objetivos, como método de colheita de dados um questionário.

O questionário é constituído por cinco partes, numa primeira parte a amostra é caracterizada a nível sociodemográfico e profissional, na segunda parte é analisada a história atual da gravidez, a terceira parte refere-se à história do aleitamento anterior no caso de as puérperas já terem tido alguma experiencia, na quarta parte é caracterizada a história atual do aleitamento, sendo por fim, a quinta parte constituída por três escalas: a Escala de Motivação

para Amamentação (EMA) de Nelas, Ferreira & Duarte (2008), a escala de Recursos Familiares cuja versão Portuguesa de Serra, Firmino, Ramalheira & Canavarro, (1990) e a escala de Satisfação com o Suporte Social de Pais-Ribeiro (1999), (Apêndice I). Os dados biográficos são referentes à caracterização da puérpera, nomeadamente a idade, estado civil, nacionalidade, coabitação, habilitações literárias, situação profissional e zona de residência.

A história da gravidez, respeita a um conjunto de questões que visam caracterizar algumas variáveis clínicas referentes à gravidez, mais concretamente ao número de gestações e partos anteriores, se a gravidez foi planeada, se foi feita vigilância durante a gravidez, o número de consultas, se a gravidez foi desejada e o tipo de parto, (Apêndice I).

A variável vigilância da gravidez foi recodificada em gravidez não vigiada quando foram efetuadas até 3 consultas, gravidez mal vigiada quando ocorreram entre 4 e 5 consultas e vigiada quando as puérperas tiveram 6 ou mais consultas.

Uma outra parte do questionário pretende analisar a experiência anterior que as puérperas tiveram relativamente ao aleitamento. É constituída por questões que procuram saber se os filhos anteriores foram ou não amamentados e em caso afirmativo durante quanto tempo bem como se a experiência da amamentação foi agradável ou desagradável, e neste caso concreto o motivo pela qual a amamentação foi desagradável.

O estudo da experiência atual da amamentação inclui questões como o contacto pele a pele com o filho aquando do seu nascimento, quanto tempo levou a iniciar o aleitamento materno, estipulação de horário certo para dar de mamar, utilização de chupeta, consulta de grupos de apoio, e as principais dificuldades sentidas e a quem recorreu.

1.3.1 – Escala de Motivação para a Amamentação (EMA)

A EMA (Nelas, Ferreira & Duarte 2008) é um instrumento de auto resposta, constituído por 22 itens que, tal como o nome indica, se destinam a avaliar a motivação que as puérperas mostram para amamentar. As respostas situam-se numa escala Lickert de 1 a 5 e cotadas para que quanto maior for a pontuação obtida, maior é a motivação para a amamentação, a nota global pode ir de um mínimo de 22 a um máximo de 110. Na validação da Escala os autores obtiveram um índice *alfa de Cronbach* de 0,847. No estudo fatorial realizado pelos referidos autores foram encontradas três dimensões temáticas ou subescalas: dimensão cognitiva, dimensão fisiológica, dimensão psicossocial.

A dimensão **cognitiva** tem em vista avaliar o envolvimento da mãe em relação à amamentação e é constituída pelos itens 4,6,9,11,12,15,18,19,20,21,22.

A dimensão **fisiológica** procura entender os conhecimentos que as mães têm sobre a amamentação e de que forma podem ajudar a explicar a sua motivação e é constituída pelos itens 1,2,8,10,16,17.

Por último a dimensão **psicossocial** avalia a percepção das mães sobre o apoio que têm, tanto da família como dos profissionais de saúde e de que forma podem influenciar a sua motivação para a amamentação e consta dos itens 3,5,7,13,14.

Consideraram ainda os autores a **motivação global** que resulta do somatório das diferentes subescalas.

Considerando que os autores da escala não apresentam grupos de corte, estes foram tidos em consideração para o presente estudo tendo por base as fórmulas preconizadas por Pestana e Gageiro (2005), Média \pm 0,25dp ou Mediana \pm 0,25IIQ, quando a amostra apresenta enviesamentos o que acontece neste caso em que a amostra se apresenta enviesada à direita. De acordo com os resultados obtidos serão considerados três grupos de corte, fraca, moderada e Alta. Consideramos como fraca aqueles em que a motivação para a amamentação é mais baixa, moderada quando os valores são intermédios e alta quando os valores de motivação são mais elevados.

Estudo psicométrico da EMA para o presente estudo

Para o presente estudo efectuamos a avaliação de algumas das suas propriedades psicométricas nomeadamente **os estudos de fiabilidade** e estudos de validade pois como refere Coutinho (2011) todos os instrumentos de medida devem ser validados para a população que se pretende estudar. Neste nosso estudo apenas efectuamos os estudos de fiabilidade dado que apenas pretendemos medir o grau de confiança ou de exactidão que podemos ter na informação obtida e recorremos para esse efeito à consistência interna ou homogeneidade dos itens.

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.

Reportando-nos aos resultados da fiabilidade, a tabela 3 mostra-nos as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor global o que nos permite ajuizar o modo como cada item se combina com o valor global.

Os valores de alfa de Cronbach podem ser classificados de bons já que oscilam entre 0,865 no item 21 “Ao amamentar o bebé irei contribuir para o bem-estar da minha família” e

0,887 no item “Durante a gravidez o pai acompanha-me nas consultas pré-natais”. Os coeficientes de correlação item total corrigido indicam que o item 5 apesar de ser o que apresenta melhor alfa de cronbach é também o que se apresenta como mais problemático dado que o valor correlacional é de ($r=0,129$) não se revelando por isso homogêneo face a outros itens. Também o desvio padrão é o que apresenta maior variabilidade face aos restantes itens permitindo-nos afirmar que não se encontra bem centrado.

Calculado 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 (0,877) já que para a primeira metade se obteve um valor de 0,743 e para a segunda de 0,847 (cf. Tabela 3).

Tabela 3 – Consistência interna da EMA

Nº Item	Itens	Média	Dp	R sem item	R ²	α sem item
1	Durante a gravidez pensei amamentar.	4,75	0,561	0,393	0,301	0,874
2	O dar a mama ajuda o corpo a retomar as formas normais.	4,32	0,934	0,455	0,373	0,873
3	Durante a gravidez conversei com o pai sobre a criança e o aleitamento materno.	4,18	1,068	0,450	0,295	0,874
4	Irei amamentar o meu filho apesar de alguns sacrifícios.	4,43	1,037	0,403	0,269	0,875
5	Durante a gravidez o pai acompanha-me nas consultas pré-natais.	4,19	1,109	0,129	0,143	0,887
6	Sinto que vou proteger o meu filho por o amamentar.	4,72	0,573	0,582	0,506	0,870
7	Enquanto o meu bebé mamar sentir-me-ei plenamente feliz.	4,62	0,705	0,599	0,566	0,868
8	Sei o que é o colostro.	4,54	0,846	0,392	0,331	0,875
9	Ao dar de mamar há estimulação da produção de leite.	4,77	0,492	0,464	0,354	0,873
10	Ao dar de mamar diminui o risco de hemorragia pós-parto.	4,22	0,975	0,503	0,405	0,871
11	Enquanto amamentar irei sentir-me mais próxima do meu filho.	4,76	0,535	0,544	0,500	0,871
12	Sinto que viverei a maternidade em pleno, por amamentar.	4,46	0,820	0,527	0,509	0,870
13	Tem-me sido dada informação suficiente pelos técnicos de saúde acerca do aleitamento materno.	4,35	0,797	0,531	0,546	0,870
14	Sempre que tenho dúvidas sei que posso recorrer aos técnicos de saúde.	4,48	0,734	0,502	0,513	0,871
15	Penso que o meu bebé será o mais bonito do mundo.	4,62	0,754	0,324	0,221	0,876
16	O meu leite vai proporcionar ao bebé água em quantidade suficiente.	4,51	0,724	0,612	0,547	0,868
17	Por amamentar, o meu bebé irá ter digestões mais fáceis.	4,48	0,698	0,673	0,613	0,866
18	O meu leite vai fornecer mais nutrientes ao meu bebé, que os leites artificiais.	4,79	0,451	0,512	0,399	0,873
19	O fato de amamentar, vai proteger a mim e ao bebé de algumas doenças.	4,70	0,575	0,537	0,465	0,871
20	Os bebés amamentados vão apresentar um melhor desenvolvimento.	4,49	0,745	0,612	0,601	0,868
21	Ao amamentar o bebé irei contribuir para o bem-estar da minha família.	4,32	0,876	0,665	0,599	0,865
22	Se ocorrer alguma situação que me impeça de amamentar conheço outras alternativas.	4,38	0,807	0,352	0,250	0,876

A tabela 4 mostra os parâmetros de validade e de precisão das subescalas da motivação para a amamentação.

Em relação à **motivação cognitiva** os valores de alfa de cronbach podem classificar-se entre o razoável e o bom uma vez que oscilam entre os 0,765 no item 21, e 0,812 no item 4 (cf. Tabela 4). O item 21 é o que está mais correlacionado com a motivação cognitiva ($r=0,658$) explicando 53,1% da sua variabilidade, Contudo o que exprime maior variabilidade em relação aos restantes itens é o item 20 com 57,0% sendo que o valor correlacional se situa no valor de ($r=0,653$).

Quanto à **motivação fisiológica** em termos médios os piores resultados verificam-se no item 16, mas é o que apresenta melhor correlação ($r=0,595$) e de maior variabilidade de resposta 50,8%. O item que estabelece pior correlação é o 1 ($r=0,407$) com uma variabilidade de 20,4%.

Em relação à consistência interna da subescala obtiveram-se valores de alfa a oscilarem entre 0,680 no item 16 e 0,730 no item 11 que podem classificar-se de bastante razoáveis

Analisados os valores médios da subescala **motivação psicossocial** nota-se homogeneidade nas respostas dado que todos os itens têm uma pontuação de 4,18, mas o item com maior dispersão é o 5 cujo desvio apresenta 1,109 sendo este que apresenta maior variabilidade de resposta.

Os coeficientes de alfa de Cronbach obtidos nos cinco itens da subescala que oscilaram entre 0,495 nos itens 13 e 14 e 0,650 no item 5, indicam-nos uma fraca consistência interna, mas admissível para as ciências sociais conforme refere Maroco (2007). O item que mais se correlaciona com os restantes é o item 14 ($r=0,445$) com 40,1% da variabilidade deste item a ser traduzido pelos restantes (cf. Tabela 4).

Tabela 4 – Consistência interna por dimensões da EMA

Nº Item	Variáveis	Média	Dp	R sem item	R2	α sem item
Motivação cognitiva						
4	Irei amamentar o meu filho apesar de alguns sacrifícios.	4,43	1,037	0,345	0,179	0,812
6	Sinto que vou proteger o meu filho por o amamentar.	4,72	0,573	0,586	0,439	0,780
9	Ao dar de mamar há estimulação da produção de leite.	4,77	0,492	0,411	0,250	0,795
11	Enquanto amamentar irei sentir-me mais próxima do meu filho.	4,76	0,535	0,553	0,416	0,783
12	Sinto que viverei a maternidade em pleno, por amamentar.	4,46	0,820	0,514	0,430	0,783
15	Penso que o meu bebé será o mais bonito do mundo.	4,62	0,754	0,332	0,174	0,802
18	O meu leite vai fornecer mais nutrientes ao meu bebé, que os leites artificiais.	4,79	0,451	0,503	0,359	0,790
19	O fato de amamentar, vai proteger a mim e ao bebé de algumas doenças.	4,70	0,575	0,535	0,424	0,784
20	Os bebés amamentados vão apresentar um melhor desenvolvimento.	4,49	0,745	0,653	0,570	0,768
21	Ao amamentar o bebé irei contribuir para o bem-estar da minha família.	4,32	0,876	0,658	0,531	0,765
22	Se ocorrer alguma situação que me impeça de amamentar conheço outras alternativas.	4,38	0,807	0,209	0,138	0,808
Motivação fisiológica						
1	Durante a gravidez pensei amamentar.	4,75	0,561	0,407	0,204	0,730
2	O dar a mama ajuda o corpo a retomar as formas normais.	4,32	0,934	0,470	0,286	0,715
8	Sei o que é o colostro.	4,54	0,846	0,415	0,206	0,728
10	Ao dar de mamar diminui o risco de hemorragia pós-parto.	4,22	0,975	0,519	0,322	0,700
16	O meu leite vai proporcionar ao bebé água em quantidade suficiente.	4,51	0,724	0,595	0,508	0,680
17	Por amamentar, o meu bebé irá ter digestões mais fáceis.	4,48	0,698	0,550	0,482	0,693
Motivação psicossocial						
3	Durante a gravidez conversei com o pai sobre a criança e o aleitamento materno.	4,18	1,068	0,401	0,168	0,504
5	Durante a gravidez o pai acompanha-me nas consultas pré-natais.	4,19	1,109	0,180	0,066	0,650
7	Enquanto o meu bebé mamar sentir-me-ei plenamente feliz.	4,62	0,705	0,379	0,166	0,527
13	Tem-me sido dada informação suficiente pelos técnicos de saúde acerca do aleitamento materno.	4,35	0,797	0,431	0,414	0,495
14	Sempre que tenho dúvidas sei que posso recorrer aos técnicos de saúde.	4,48	0,734	0,445	0,401	0,495

Na tabela 5 apresentamos os coeficientes de bipartição (split half) e comparamos os valores de alfa de cada subescala e da escala global com os obtidos pelos autores da escala. Como notamos obtivemos valores de alfa mais elevados com excepção da motivação fisiológica onde os autores obtiveram um valor de 0,764 e no nosso estudo obtivemos 0,744.

Tabela 5 – Síntese da consistência interna da EMA

	Nº de itens	Alfa Cronbach			
		Split half		Total	Resultados dos autores
		1ª Metade	2ª Metade		
Motivação Cognitiva	11	0.634	0.708	0.804	0,786
Motivação Fisiológica	6	0.525	0.709	0.744	0,764
Motivação Psicossocial	5	0.441	0.764	0.590	0,811
Motivação global	22	0.743	0.847	0.877	0,847

Na tabela 6 são apresentadas as correlações entre as respostas dadas pelos participantes no estudo a cada um dos itens da EMA e cada uma das sub-escalas. Todos os itens apresentam correlações positivas e significativas em todas as sub-escalas observando-se ainda que a correlação é sempre maior com o resultado da subescala do qual o item faz parte.

Tabela 6 – Correlação de Pearson entre os itens e dimensões da EMA

Nº item	Itens	Cognitiva	Psicossocial	Fisiológica
1	Durante a gravidez pensei amamentar.	0,350	0,548	0,295
2	O dar a mama ajuda o corpo a retomar as formas normais.	0,386	0,682	0,323
3	Durante a gravidez conversei com o pai sobre a criança e o aleitamento materno.	0,418	0,355	0,699
4	Irei amamentar o meu filho apesar de alguns sacrifícios.	0,564	0,340	0,356
5	Durante a gravidez o pai acompanha-me nas consultas pré-natais.	0,119	0,061	0,554
6	Sinto que vou proteger o meu filho por o amamentar.	0,687	0,424	0,465
7	Enquanto o meu bebé mamar sentir-me-ei plenamente feliz.	0,629	0,457	0,587
8	Sei o que é o colostro.	0,346	0,622	0,281
9	Ao dar de mamar há estimulação da produção de leite.	0,502	0,463	0,310
10	Ao dar de mamar diminui o risco de hemorragia pós-parto.	0,460	0,724	0,305
11	Enquanto amamentar irei sentir-me mais próxima do meu filho.	0,650	0,415	0,403
12	Sinto que viverei a maternidade em pleno, por amamentar.	0,638	0,381	0,448
13	Tem-me sido dada informação suficiente pelos técnicos de saúde acerca do aleitamento materno.	0,495	0,422	0,651
14	Sempre que tenho dúvidas sei que posso recorrer aos técnicos de saúde.	0,452	0,400	0,645
15	Penso que o meu bebé será o mais bonito do mundo.	0,332	0,277	0,204
16	O meu leite vai proporcionar ao bebé água em quantidade suficiente.	0,550	0,732	0,408
17	Por amamentar, o meu bebé irá ter digestões mais fáceis.	0,662	0,693	0,452
18	O meu leite vai fornecer mais nutrientes ao meu bebé, que os leites artificiais.	0,576	0,450	0,337
19	O fato de amamentar, vai proteger a mim e ao bebé de algumas doenças.	0,616	0,443	0,377
20	Os bebés amamentados vão apresentar um melhor desenvolvimento.	0,739	0,472	0,411
21	Ao amamentar o bebé irei contribuir para o bem-estar da minha família.	0,758	0,537	0,486
22	Se ocorrer alguma situação que me impeça de amamentar conheço outras alternativas.	0,451	0,325	0,297

Ainda para o estudo de validade da escala efectuamos uma matriz de correlação entre os diversos fatores e o valor global da escala. Os resultados obtidos, indicam que as correlações entre as três sub-escalas e o seu valor global são positivas e significativamente correlacionadas oscilam entre ($r=0,506$) (motivação psicossocial vs. Motivação fisiológica) e ($r=0,676$) (motivação fisiológica vs. Motivação cognitiva). (cf. Tabela 7).

A mesma Tabela indica-nos que as correlações existentes entre as diferentes sub-escalas e o valor global são mais elevadas oscilando entre ($r=0,799$) com a motivação

psicossocial e ($r=0,924$) com a motivação cognitiva. Os resultados obtidos permitem-nos afirmar que o aumento ou diminuição dos índices de motivação numa das sub-escalas se associa a aumentos ou diminuições nas escalas com as quais se correlaciona.

Tabela 7 – Matriz de correlação de Pearson da EMA

	Cognitiva	Fisiológica	Psicossocial
Fisiológica	0.676***	--	
Psicossocial	0.632***	0.506***	--
Motivação global	0.924***	0.844***	0.799***

1.3.2 – Escala de Recursos Familiares

A Escala de Recursos Familiares (Vaz Serra, Firmino, Ramalheira & Canavarro, 1990) permite, avaliar os recursos internos do sistema familiar e permite perceber a capacidade que a família tem para prevenir situações indutoras de stress que possam descompensar o seu sistema (Tribuna & Relvas, 2002). É constituída por 12 itens, que serão avaliados numa escala de tipo *Lickert* de um (“discordo muito”) a cinco (“concordo muito”) e os itens 2, 4, 6, 7 e 11 foram invertidos por a questão estar formulada na negativa. Quanto maior a pontuação obtida, melhores serão os recursos familiares, na óptica do indivíduo.

A escala permite avaliar duas dimensões distintas: **orgulho familiar** que engloba atributos como abertura, diálogo, confiança, lealdade, crenças e valores, respeito e orgulho familiar e é constituída pelos itens 1,2,3,4,5,6,7. O **entendimento familiar** avalia o sentido de competência relativo à capacidade para se relacionarem, cumprirem tarefas e lidarem com dificuldades e dela fazem parte os itens 8,9,10,11,12.

Os valores da consistência interna apresentados pelos autores são de 0,83 no alfa de Cronbach relativo à escala total e, no que concerne às subescalas, de 0,88 para a de **orgulho familiar** e de 0,72 para a de **entendimento familiar**.

Estudo psicométrico da escala de Recursos Familiares

Reportando-nos aos resultados da fiabilidade, a tabela 8 mostra-nos as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor global o que nos permite ajuizar o modo como cada item se combina com o valor global.

Os valores de alfa de Cronbach podem ser classificados de fracos já que oscilam entre 0,496 no item 3 e 0,675 no item 11. Os coeficientes de correlação item total corrigido indicam que o item 11 apesar de ser o que apresenta melhor alfa de cronbach é também o que se apresenta como mais problemático dado que o valor correlacional é de ($r= - 0,141$) não se

revelando por isso homogêneo face a outros itens. Também o desvio padrão é o que apresenta maior variabilidade face aos restantes itens permitindo-nos afirmar que não se encontra bem centrado.

Calculado 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 (0,573) já que para a primeira metade se obteve um valor de 0,450 e para a segunda de 0,378 (cf. Tabela 8).

Tabela 8 – Consistência interna para a escala de recursos familiares

Nº item	Itens	Média	Dp	R sem item	R²	α sem item
1	Podemos exprimir abertamente os nossos sentimentos	4,54	0,801	0,372	0,138	0,531
2	Temos tendência a sentirmo-nos preocupados com muitas coisas	2,96	1,428	-0,007	-0,014	0,623
3	Temos, na verdade, muita confiança uns nos outros	4,37	0,983	0,499	0,249	0,496
4	Os nossos problemas são sempre os mesmos	3,00	1,147	0,135	0,018	0,575
5	Há lealdade para com a família por parte de todos os membros	4,37	0,908	0,517	0,267	0,498
6	Parece-nos sempre difícil realizar aquilo que queremos fazer	2,87	1,176	0,230	0,052	0,553
7	Somos críticos uns para os outros	3,01	1,222	0,211	0,044	0,559
8	Como família compartilhamos os mesmos valores e crenças	4,15	0,922	0,392	0,153	0,522
9	As coisas correm bem para nós, como família	4,45	0,748	0,420	0,176	0,526
10	Os membros da família respeitam-se uns aos outros	4,52	0,816	0,489	0,239	0,510
11	Há muitos conflitos na nossa família	2,93	1,620	-0,141	-0,282	0,675
12	Temos orgulho na nossa família	4,69	0,700	0,464	0,215	0,522
	Coefficiente Split-half			Primeira metade = 0.450		
				Segunda metade = 0.378		
	Coefficiente alfa Cronbach global			0.573		

No estudo da consistência interna da escala utilizada nesta investigação, determinamos um índice de alfa de cronbach, que nos indica uma consistência interna inadmissível ($\alpha=0,573$) para o total da escala, com um valor inadmissível nas subescalas **orgulho familiar** ($\alpha=0,528$) e **entendimento familiar** ($\alpha=0,491$), sabendo que a consistência interna é considerada como fraca se o alfa de Cronbach se situa entre 0,6 e 0,7 e muito boa de o Alfa de Cronbach for superior a 0,90 (Pestana & Gageiro, 2005), (cf. Tabela 9).

Tabela 9 – Consistência interna por dimensões da escala de recursos familiares

Nº item	Itens	Média	Dp	R sem item	R ²	α sem item
Orgulho familiar						
1	Podemos exprimir abertamente os nossos sentimentos	4,54	0,801	0,372	0,138	0,531
2	Temos tendência a sentirmo-nos preocupados com muitas coisas	2,96	1,428	-0,007	-0,014	0,623
3	Temos, na verdade, muita confiança uns nos outros	4,37	0,983	0,499	0,249	0,496
4	Os nossos problemas são sempre os mesmos	3,00	1,147	0,135	0,018	0,575
5	Há lealdade para com a família por parte de todos os membros	4,37	0,908	0,517	0,267	0,498
6	Parece-nos sempre difícil realizar aquilo que queremos fazer	2,87	1,176	0,230	0,052	0,553
7	Somos críticos uns para os outros	3,01	1,222	0,211	0,044	0,559
Entendimento familiar						
8	Como família compartilhamos os mesmos valores e crenças	4,15	0,922	0,392	0,153	0,522
9	As coisas correm bem para nós, como família	4,45	0,748	0,420	0,176	0,526
10	Os membros da família respeitam-se uns aos outros	4,52	0,816	0,489	0,239	0,510
11	Há muitos conflitos na nossa família	2,93	1,620	-0,141	-0,282	0,675
12	Temos orgulho na nossa família	4,69	0,700	0,464	0,215	0,522

Ainda para o estudo de validade da escala efectuamos uma matriz de correlação entre os diversos fatores e o valor global da escala. Os resultados obtidos, indicam que as correlações entre as duas subescalas e o seu valor global são positivas e significativamente correlacionadas e oscilam entre ($r=0,202$) (entendimento familiar vs. orgulho familiar) e ($r=0,848$) (recursos familiares vs. orgulho familiar) (cf. Tabela 10).

A mesma tabela indica-nos que as correlações existentes entre as duas subescalas e o valor global são mais elevadas oscilando entre ($r=0,848$) com o orgulho familiar e ($r=0,690$) com o entendimento familiar. Os resultados obtidos permitem-nos afirmar que o aumento ou diminuição dos valores das subescalas se associa a aumentos ou diminuições nas escalas com as quais se correlaciona.

Tabela 10 – Matriz de Correlação de Pearson dos recursos familiares

	Orgulho familiar	Entendimento familiar
Entendimento familiar	0,202***	--
Recursos familiares	0,848***	0,690***

1.3.3 – Escala de Suporte Social

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (Pais-Ribeiro, 1999) é uma escala do tipo Likert com 15 itens, com classificação em cada item que pode ir de um mínimo de um a um máximo de cinco, uma vez que são constituídas por cinco possíveis respostas.

Tal como as escalas anteriores, esta está concebida, de forma que as pontuações vão subindo da esquerda para a direita obtendo-se, no final, a soma total dos itens.

O *score* resultante varia entre quinze e setenta e cinco pontos, em que quanto menor for a pontuação que o indivíduo obtém, melhor é a sua satisfação com o suporte social. O autor (Pais-Ribeiro, 1999) obteve uma consistência interna (alfa de Cronbach) de 0,85.

No estudo da consistência interna da escala utilizada nesta investigação determinamos um índice de Alfa de Cronbach, que nos indica uma consistência fraca ($\alpha=0,671$), sendo que varia entre 0,608 e 0,710 no total dos itens (cf. Tabela 11).

Tabela 11 – Consistência interna para a escala global dos recursos familiares

Nº item	Itens	Média	Dp	R sem item	R ²	α sem item
1	Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	4,12	1,219	0,102	0,010	0,679
2	Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	3,48	1,291	0,039	0,001	0,689
3	Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	3,69	1,209	0,068	0,004	0,683
4	Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	2,01	1,253	0,173	0,029	0,671
5	Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	1,80	1,151	0,243	0,059	0,660
6	Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	3,81	1,413	0,025	0,000	0,695
7	Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam	3,62	1,267	-0,002	-0,000-	0,694
8	Gostava de participar mais em atividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	3,70	1,277	-0,122	-0,244	0,710
9	Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	1,67	1,115	0,633	0,400	0,609
10	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	2,00	1,205	0,423	0,178	0,636
11	Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	1,72	1,045	0,647	0,418	0,611
12	Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	1,77	1,114	0,664	0,440	0,605
13	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	2,02	1,107	0,546	0,298	0,621
14	Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	1,99	1,099	0,566	0,320	0,619
15	Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	1,74	1,109	0,644	0,414	0,608
Coefficiente Split-half		Primeira metade = 0.443				
		Segunda metade = 0.934				
Coefficiente alfa Cronbach global		0.671				

Do instrumento fazem parte quatro fatores que são: **satisfação com amigos/amigos, intimidade, satisfação com a família e atividades sociais.**

A dimensão **satisfação com amizades** mede a satisfação com as amizades/amigos e é constituída pelos itens 3,12,13,14. A subescala **intimidade** avalia a percepção da existência de suporte social íntimo, sendo constituída pelos itens 1,4,5,6. A terceira dimensão que é a **satisfação com a família** mede a satisfação com o suporte social e familiar existente e é constituída pelos itens 9,10,11. E por último a dimensão **atividades sociais** avalia a satisfação com as actividades sociais que o indivíduo realiza e é constituído pelos itens 2,7,8 (cf. Tabela 12).

Tabela 12 – Consistência interna das dimensões da escala de satisfação com o suporte social

Nº item	Itens	Média	Dp	R sem item	R ²	α sem item
Satisfação com amizades						
3	Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	3,69	1,209	0,068	0,004	0,683
12	Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	1,77	1,114	0,664	0,440	0,605
13	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	2,02	1,107	0,546	0,298	0,621
14	Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	1,99	1,099	0,566	0,320	0,619
15	Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	1,74	1,109	0,644	0,414	0,608
Intimidade						
1	Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	4,12	1,219	0,102	0,010	0,679
4	Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	2,01	1,253	0,173	0,029	0,671
5	Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	1,80	1,151	0,243	0,059	0,660
6	Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	3,81	1,413	0,025	0,000	0,695
Satisfação com Família						
9	Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	1,67	1,115	0,633	0,400	0,609
10	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	2,00	1,205	0,423	0,178	0,636
11	Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	1,72	1,045	0,647	0,418	0,611
Atividades Sociais						
2	Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	3,48	1,291	0,039	0,001	0,689
7	Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam	3,62	1,267	-0,002	-0,000-	0,694
8	Gostava de participar mais em atividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	3,70	1,277	-0,122	-0,244	0,710

No estudo de validade da escala efectuamos uma matriz de correlação entre os diversos fatores e o valor global da escala. Os resultados obtidos indicam que existem correlações positivas e negativas entre os fatores e a escala global (cf. Tabela 13).

A mesma tabela indica-nos que as correlações existentes entre as subescalas e o valor global são mais elevadas oscilando entre ($r=0,848$) com a satisfação com as amizades e ($r=0,186$) com as atividades sociais. Verificamos ainda que existem correlações negativas ($r=-0,276$) entre as atividades sociais e a satisfação com a família e ($r=-0,194$) entre as atividades sociais e a satisfação com as amizades (cf. Tabela 13).

Tabela 13 – Matriz de Correlação de Pearson da satisfação com o suporte social

	Satisfação com amigos	Intimidade	Satisfação com a família	Atividades sociais
Intimidade	0,293***	--		
Satisfação com Família	0,793***	0,222***	--	
Atividades Sociais	-0,194**	0,029	-0,276***	--
Satisfação com o suporte social	0,848***	0,582***	0,765***	0,186***

1.4 – PROCEDIMENTOS NA RECOLHA DE DADOS

Qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas. Em investigação é importante seguir orientações fundamentais para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações. Assim, tivemos como orientações os cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos: direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, e por fim o direito a um tratamento justo e equitativo.

Neste estudo foi considerado o anonimato das participantes bem como a proteção dos dados para este fim. Foi realizada uma nota introdutória no questionário, de modo a informar as participantes sobre os objetivos do estudo, aceitando essas condições, e concretizada a resposta ao questionário será considerada como consentimento livre e esclarecido, garantindo-se a participação voluntária.

Para a aplicação do questionário foi efetuado um pedido formal de autorização, ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE.

Os questionários foram aplicados às puérperas internadas nos sectores A e B do internamento de puerpério do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE no período compreendido entre Janeiro e Maio de 2011. As puérperas foram abordadas no dia em que sabiam ter alta hospitalar e foram excluídas as que não percebiam e/ou falavam Português, bem como as que não sabiam ler e escrever. Foram distribuídos 300 questionários e recolhidos 271. Vinte e nove questionários foram rejeitados por não estarem respondidos ou apenas parcialmente respondidos.

1.5 - ANÁLISE DE DADOS

Na presente investigação, recorreremos à estatística descritiva e estatística inferencial.

A estatística descritiva permite estruturar a informação numérica, de modo a obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra, para isso, determinaram-se as seguintes medidas estatísticas:

Frequências: (Absolutas (N) e Percentuais (%));

Medidas de tendência central: (Médias (\bar{x}));

Medidas de dispersão ou variabilidade: (Desvio padrão (Dp) e Coeficiente de variação (CV)).

Segundo Pestana & Gageiro, (2005), o coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis, devendo os resultados serem interpretados do seguinte modo:

$CV \leq 15\%$ - Dispersão Baixa

$CV > 15\% \leq 30\%$ - Dispersão Moderada

$CV > 30\%$ - Dispersão Elevada

Para avaliar a associação entre as variáveis, aplicámos a Correlação de Pearson, a qual, de acordo com Pestana & Gageiro (2005) nos indica que os fenómenos não estão indissolúvelmente ligados, mas sim, que a intensidade de um é acompanhada tendencialmente (em média, como em frequência), pela intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso cujos valores se apresentam entre -1 e 1, com a seguinte correspondência:

$r < 0.2$ – Associação muito baixa;

$0.2 \leq r < 0.39$ – Associação baixa;

$0.4 < r < 0.69$ – Associação moderada;

$0.7 < r < 0.89$ – Associação alta;

$0.9 < r \leq 1$ – Associação muito alta.

No que respeita à estatística inferencial, fizemos uso da estatística paramétrica, e, estatística não paramétrica. A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa possuam a distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogêneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras.

- ❖ Teste T de Student – Para comparação de médias de uma variável quantitativa entre dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais;
- ❖ Teste Anova (Analysis of Variance) One-way – é uma extensão de teste T de Student que permite comparar mais de dois grupos em estudo. No entanto, quando se testa a igualdade de mais de duas médias e, dependendo da natureza nominal ou ordinal do fator,

recorre-se habitualmente ao teste Post Hoc, para saber quais são as médias que se diferenciam entre si

- ❖ Regressão múltipla – Utiliza-se quando comparamos uma variável dependente e mais que uma variável independente. Na regressão a correlação que mede o grau de associação entre duas variáveis é usada para prever a variável dependente (Y). Quanto maior for a correlação entre X e Y melhor a previsão. Quanto menor for essa correlação maior a percentagem de erro na previsão.
- ❖ Teste de Qui Quadrado (χ^2) – Para estudo de relações entre variáveis nominais Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Se as diferenças entre os valores observados e esperados não se considerarem significativamente diferentes, o valor do teste pertence à região de aceitação e as variáveis são independentes, caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência ou seja os valores do teste pertencem à região crítica. Quando há relação entre as variáveis, os resíduos ajustados estandardizados situam-se fora do intervalo -1.96 e 1.96, para $p=0.05$ (Pestana & Gageiro, 2005, p.127, 128 e 131).
- ❖ Teste de Kruskal-Wallis – Teste não paramétrico aplicado a variáveis de nível pelo menos ordinal. Usa-se para testar a hipótese de igualdade no que se refere a um parâmetro de localização.
- ❖ Teste de U Mann Witheney – Para comparação de médias entre dois grupos independentes. Acresce referir que os testes não paramétricos só se utilizaram quando as condições para o uso de testes paramétricos não se verificaram: grupos homogêneos, variâncias iguais e distribuição normal.

No estudo das inferências estatísticas, utilizámos os seguintes níveis de significância:

$p \geq 0.05$ – Não significativo

$p < 0.05^*$ – Significativo;

$p < 0.01^{}$** – Bastante significativo;

$p < 0.001^{*}$** – Altamente significativo.

Para a caracterização, descrição e análise inferencial da amostra utilizámos o programa Statiscal Package Social Science 20 (SPSS 20) para o Windows, o Excel e Word Microsoft.

A apresentação dos resultados é feita através de tabelas e quadros dando relevo aos dados mais significativos do estudo.

Expostas as considerações metodológicas, procede-se à apresentação e análise dos resultados.

2 – RESULTADOS

Serve o presente capítulo para descrever e explicar a motivação para a amamentação através da descrição, análise e interpretação dos resultados obtidos dos dados recolhidos na aplicação do questionário referido anteriormente.

2.1 – ANÁLISE DESCRITIVA

Neste subcapítulo iremos realizar a análise descritiva da caracterização da amostra estudada tendo presente as variáveis obstétricas e as variáveis familiares uma vez que já foi feita anteriormente a caracterização sociodemográfica.

2.1.1 – Caracterização da amostra segundo as variáveis obstétricas

Face à história da gravidez atual, observamos que a maioria das puérperas esteve grávida só uma vez (45,0%), existindo 31,4% que já tinha tido uma gestação anterior e 12,9% teve duas ou mais. Constatamos que nas mulheres com menos de 29 anos o grupo mais representado é o das puérperas que estiveram grávidas só uma vez (65,5%), nas mulheres com mais de 29 anos, está mais representado o grupo das que tiverem uma gestação anterior (36,4%). Verificamos que, pelos valores residuais, as diferenças entre os grupos são significativas, ou seja as mulheres mais velhas têm maior número de gestações face às mais novas (cf. Tabela 14).

Número de partos anteriores

A maioria das inquiridas é puérpera pela primeira vez (48,7%), a seguir temos o grupo de puérperas pela segunda vez (41,8%) e 15,5% teve dois ou mais partos anteriores. Nas puérperas com menos de 29 anos 71,3% ainda não passou pela experiência do parto, quando as mulheres têm mais de 29 anos aumenta o número de puérperas que já pariu pelo menos uma vez (41,8%) e duas ou mais vezes (20,2%), comparativamente com as puérperas mais novas. Inferimos que as diferenças entre os três itens de resposta apresentam valores residuais

ajustados superiores a 1,96, verificando-se que as mulheres mais velhas têm maior número de partos anteriores, (cf. Tabela 14).

Gravidez planeada

Mais de dois terços das puérperas referem que a gravidez foi planeada (76,0%). Os valores percentuais em ambos os grupos são idênticos ao da amostra, não se diferenciando (res=1,6), (cf. Tabela 14).

Vigilância na Gravidez

Questionadas as puérperas sobre a vigilância efetuada durante a gravidez, através do número de consultas, verificamos que a maioria vigiou a gravidez (91,9%), 5,9% vigiou mal a gravidez e em 2,2% não efetuou vigilância. Quando as puérperas pertencem ao grupo com mais de 29 anos observamos que existe uma maior percentagem de puérperas que vigiaram a gravidez (95,1% vs 85,1%), por sua vez nas puérperas com menos de 29 anos há maior percentagem de mulheres que vigiaram mal a gravidez (11,5% vs 3,3%). Observando-se através dos valores residuais que as diferenças são significativas na gravidez não vigiada (res=2,7), e na gravidez vigiada (res=2,9), (cf. Tabela 14).

Tipo de parto

A maioria das puérperas teve um parto vaginal (70,5%) e 29,5% um parto abdominal. Quando as puérperas são mais novas, (menos de 29 anos), há uma maior percentagem de mulheres com parto vaginal face às mulheres mais velhas (80,5% vs 65,8%), por sua vez em puérperas com mais de 29 anos ocorre um aumento de mulheres submetidas a cesariana em relação às puérperas com menos de 29 anos (34,2% vs 19,5%). Revelando o valor residual diferenças significativas entre o tipo de parto e o grupo etário das puérperas (res=2,5), (cf. Tabela 14).

Gravidez de termo ou antes do termo

Na maioria dos casos o parto foi de termo (75,9%), sendo os valores semelhantes entre os grupos etários das puérperas (res=0,2), (cf. Tabela 14).

O elevado número de partos antes do termo não diz respeito só a partos prematuros uma vez que para muitas utentes um parto às 37/38/39 semanas de gestação é antes do termo (considerando como termo as 40 semanas de gestação), mas não é prematuro (Lowdermilk,

Perry, Alden, Cashion & Corbertt, (2008). Pela experiência profissional adquirida podemos dizer que o número de partos prematuros da nossa maternidade é mais baixo que a média nacional, uma vez que as grávidas com Ameaça de Parto Pré-Termo (APPT) até às 32 semanas de gestação, são transferidas para uma unidade de referência no tratamento de recém-nascidos prematuros como é o caso da Maternidade Dr. Daniel de Matos em Coimbra. Por este motivo estes dados não serão tidos em conta nas análises posteriores.

Tabela 14 – Caracterização da vigilância da gravidez em função do grupo etário

Variáveis	Grupo idade	< 29 anos		≥ 29 anos		Total		Residuais	
		Nº (87)	% (32,1)	Nº (184)	% (67,9)	Nº (271)	% (100,0)	< 29 anos	≥ 29 anos
Gestações anteriores									
Nenhuma		57	65,5	65	35,3	122	45,0	4,7	-4,7
Uma		18	20,7	67	36,4	85	31,4	-2,6	2,6
Duas ou mais		12	13,8	52	28,3	64	23,6	-2,6	2,6
Número de partos anteriores									
Nenhum		62	71,3	70	38,0	132	48,7	5,1	-5,1
Um		20	23,0	77	41,8	97	35,8	-3,0	3,0
Dois ou mais		5	5,7	37	20,2	42	15,5	-3,1	3,1
Gravidez planeada									
Sim		61	70,1	145	78,8	206	76,0	-1,6	1,6
Não		26	29,9	39	21,2	65	24,0	1,6	-1,6
Gravidez desejada									
Sim		82	30,3	178	65,7	260	95,9	-1	1
Não		5	1,8	6	2,2	11	4,1	1	-1
Vigilância da Gravidez									
Gravidez não vigiada		3	3,4	3	1,6	6	2,2	0,9	-0,9
Gravidez mal vigiada		10	11,5	6	3,3	10	5,9	2,7	-2,7
Gravidez vigiada		74	85,1	175	95,1	249	91,9	-2,9	2,9
Tipo de Parto									
Vaginal		70	80,5	121	65,8	191	70,5	2,5	-2,5
Abdominal		17	19,5	63	34,2	80	29,5	-2,5	2,5
Gravidez de termo ou antes do termo									
Antes do termo		21	25,0	43	23,6	64	24,1	0,2	-0,2
De termo		63	75,0	139	76,4	202	75,9	-0,2	0,2

Em síntese:

- A maioria das participantes é mãe pela primeira vez, planeou a gravidez, desejou a gravidez, vigiou a gravidez, teve um parto vaginal e o bebé nasceu de termo.
- Quando se estudaram estas variáveis tendo em atenção os grupos de idade verificamos que as mulheres mais velhas (≥ 29 anos) não eram mães pela primeira vez, planearam e desejaram mais a gravidez, vigiaram melhor a gravidez, tiveram um parto abdominal e de termo, quando comparadas com as mães de idade < 29 anos.

História do aleitamento anterior e atual

Das puérperas inquiridas 139 tiveram filhos e são estas que compõem a amostra em estudo para a história do aleitamento anterior. Verificamos que 124 puérperas (90,4%) refere que os seus filhos foram amamentados, e 15 (9,6%) não foram amamentados. A maioria considerou a experiência da amamentação agradável (87,9%) e as restantes 12,1%

desagradável. Os valores residuais nestas duas variáveis revelam que as diferenças não são significativas entre os grupos, (cf. Tabela 15).

Relativamente ao tempo de amamentação, constatamos que 26,6% amamentou entre 7 a 12 meses, 25,0% até aos 3 meses, 22,6% amamentou entre os 13 e os 24 meses e 20,2% entre os 4 e os 6 meses. Quando as puérperas têm menos de 29 anos, verificamos que mais de metade amamentou apenas até aos 3 meses (52,4%), sendo que 19,0% e 14,3% referem ter amamentado entre os 13 e os 24 meses e entre os 7 e os 12 meses, respectivamente. Por sua vez o estudo das puérperas com mais de 29 anos evidencia que 29,2% amamentou entre os 7 e os 12 meses, 23,3% entre os 13 e os 24 meses e 22,3% entre os 3 e os 6 meses. O valor residual evidencia diferenças significativas no grupo que amamentou até aos 3 meses, onde as mulheres com menos de 29 anos estão mais representadas neste grupo face as mulheres com mais de 29 anos (52,4% vs 19,4%), (cf. Tabela 15).

Tabela 15 – Caracterização da história do aleitamento anterior em função do grupo etário

Variáveis	Grupo idade		< 29 anos		≥ 29 anos		Total		Residuais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	< 29 anos	≥ 29 anos
	(25)	(18,0)	(114)	(82,0)	(139)	(100,0)				
Amamentação anterior										
Sim	21	84,0	103	90,4	124	90,4	-0,9	0,9		
Não	4	16,0	11	9,6	15	9,6	0,9	-0,9		
Duração da amamentação										
Até 3 meses	11	52,4	20	19,4	31	25,0	3,2	-3,2		
4-6 meses	2	9,5	23	22,3	25	20,2	-1,3	1,3		
7-12 meses	3	14,3	30	29,2	33	26,6	-1,4	1,4		
13-24 meses	4	19,0	24	23,3	28	22,6	-0,4	0,4		
Mais de 24 meses	1	4,8	6	5,8	7	5,6	-0,2	0,2		
Experiência de amamentação										
Agradável	17	81,0	92	89,3	109	87,9	-1,1	1,1		
Desagradável	4	19,0	11	10,7	15	12,1	1,1	-1,1		

Em relação à história do aleitamento atual, a maioria das puérperas teve contacto com a pele do filho após o seu nascimento (82,8%), 23,4% estipula horários certos para amamentar e 36,8% fez introdução da chupeta. Fazendo a análise tendo em atenção a idade verificamos que as puérperas com mais de 29 anos tiveram menos contacto com a pele do bebé após o nascimento (80,8% vs. 87,1%), não estipulam horários certos para a amamentar (78,3% vs. 72,9%), não introduziram chupeta (63,5% vs. 62,4%) e sentiram menos dificuldades na pega (65,0% vs. 77,0%) e mais dores/gretas nos mamilos (35,0% vs. 23,0%) (cf. Tabela 16).

Quando questionadas acerca das dificuldades sentidas durante o internamento com a amamentação, 69,6% refere a dificuldade na pega, e 30,4% as dores/gretas nos mamilos.

O teste de Qui Quadrado (χ^2) e os valores residuais nestas variáveis revelam que as diferenças entre os grupos não são significativas, (cf. Tabela 16).

Tabela 16 – Caracterização da história do aleitamento atual em função do grupo etário

Variáveis	Grupo idade		< 29 anos		≥ 29 anos		Total		Residuais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	< 29 anos	≥ 29 anos
Contacto com a pele do filho após o nascimento										
Sim	74	87,1	147	80,8	221	82,8			1,3	-1,3
Não	11	12,9	35	19,2	46	17,2			-1,3	1,3
Estipulação de horários de amamentação										
Sim	23	27,1	39	21,7	62	23,4			1,0	-1,0
Não	62	72,9	141	78,3	203	76,6			-1,0	1,0
Introdução de chupeta										
Sim	32	37,6	66	36,5	98	36,8			0,2	-0,2
Não	53	62,4	115	63,5	168	63,2			-0,2	0,2
Dificuldades sentidas durante internamento										
Dores/gretas nos mamilos	14	23,0	35	35,0	49	30,4			-1,6	1,6
Dificuldade na pega	47	77,0	65	65,0	112	69,6			1,6	-1,6

Quanto ao tempo que levou a iniciar o aleitamento materno após o nascimento do filho, observamos que os valores variam entre os zero minutos e os 2800 minutos, com um valor médio de 86.93 minutos (Dp=251,176), e uma dispersão alta em torno da média, (cf. Tabela 17).

Tabela 17 – Estatísticas relativas ao tempo que levou a iniciar o aleitamento materno após o nascimento do filho

	N	Min	Max	\bar{x}	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)
Tempo (em minutos)	259	0	2800	86,93	251,176	50,649	220,26	288,94

Foi ainda estudado a percentagem de puérperas que iniciou o aleitamento materno antes dos 30 minutos de vida do recém-nascido. Observamos que 56,4% das puérperas iniciou o aleitamento durante os primeiros 30 minutos de vida e 43,6% só depois. Verificamos ainda que as puérperas com menos de 29 anos, iniciam a amamentação mais cedo uma vez que existe uma percentagem superior de puérperas a amamentar antes dos 30 minutos face às puérperas com mais de 29 anos (64,6% vs 52,5%), contudo o valor residual evidencia que as diferenças encontradas não são significativas (res=1,8), (cf. Tabela 18).

Tabela 18 – Estatísticas relativas ao tempo decorrido para iniciar aleitamento após o nascimento do filho em função do grupo etário

Variáveis	Grupo idade		< 29 anos		≥ 29 anos		Total		Residuais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	< 29 anos	≥ 29 anos
Tempo decorrido para iniciar o aleitamento	(82)	(31,7)	(177)	(68,3)	(259)	(100,0)				
Menos de 30 minutos	53	64,6	93	52,5	146	56,4			1,8	-1,8
Mais de 30 minutos	29	35,4	84	47,5	113	43,6			-1,8	1,8

Em síntese:

- A maior parte das mulheres que tiveram filhos anteriores refere ter amamentado e por mais de 3 meses e refere ter tido uma experiência agradável.

- As mulheres com idade ≥ 29 anos amamentaram mais tempo e acharam a experiência mais agradável em relação às mulheres com idade < 29 anos.
- A maioria das mulheres teve contato pele a pele com o bebê quando este nasceu, iniciou o aleitamento materno nos primeiros 30 minutos, não estipula horários para amamentar, não introduziu chupeta e refere dificuldades na pega.
- As mulheres com < 29 anos teve mais contato pele a pele com o bebê e amamentou em maior número nos primeiros 30 minutos a seguir ao parto e teve mais dificuldades na pega.

2.1.2 – Caracterização da amostra segundo as variáveis de contexto familiar

Recursos familiares

Na dimensão orgulho familiar, os valores variam entre 7 e um máximo de 35, com um valor médio de 25,12 ($Dp=3,977$) e uma distribuição moderada em torno da média. Quanto à dimensão entendimento familiar obtivemos um valor médio de 20,76 ($Dp=2,907$), os valores oscilam entre 5 e os 25 e apresentam uma dispersão baixa em torno da média. O valor dos recursos familiares varia entre um mínimo de 12 e um máximo de 60, com um valor médio de 45,88 ($Dp=5,379$), sendo a dispersão em torno da média baixa, (cf. Tabela 19).

Tabela 19 – Estatísticas relativas aos recursos familiares

	Mín	Max	\bar{x}	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)
Orgulho Familiar	7	35	25,12	3,977	-3,743	3,681	15,82
Entendimento Familiar	5	25	20,76	2,907	-6,007	-9,789	14,00
RECURSOS FAMILIARES	12	60	45,88	5,379	-8,141	18,010	11,72

Para complementar o estudo verificámos o tipo de relação existente entre as variáveis familiares e as variáveis sociodemográficas e profissionais.

Pela análise da tabela 20 apuramos que as mulheres com mais de 29 anos têm melhor entendimento familiar (Ordenação Média (OM) =145,16 vs. OM=116,63; $p=0,005$) e melhores recursos familiares (OM=141,75 vs. OM=123,84), mas menor orgulho familiar (OM=135,94 vs. OM=136,12). As diferenças estatísticas só são significativas no entendimento familiar.

Em relação ao estado civil verificamos que as mulheres casadas ou em união de fato têm maior orgulho familiar (OM=138,55 vs. OM=116,32), maior entendimento familiar (OM=136,30 vs. 130,43) e também maiores recursos familiares (nota global) (OM=138,05 vs. OM=119,42), no entanto as variáveis revelam-se independentes.

As mulheres que vivem numa família nuclear possuem melhor orgulho familiar (OM=138,56 vs. OM=114,64), melhor entendimento familiar (OM=137,01 vs. OM=127,59) e melhores recursos familiares (nota global) (OM=138,23 vs. OM=117,38;) mas sem que existam diferenças significativas.

Analisando ainda a tabela 20, observamos que as mulheres que têm emprego em tempo integral apresentam melhor entendimento familiar (OM=139,58) e melhores recursos familiares (nota global) (OM=139,32). Quando estudado, o grupo das mulheres que têm emprego a tempo parcial demonstram melhor orgulho familiar (OM=140,08) e pior entendimento familiar (OM=125,56). As mulheres desempregadas denotam pior orgulho familiar (OM=128,48), piores recursos familiares (nota global) (OM=127,09) e um valor intermédio de entendimento familiar (OM=129,19). O teste de Kruskal-Wallis revelou que as diferenças não são significativas.

Em relação à zona de residência os dados revelam-nos que as mulheres que residem em vila apresentam melhor orgulho familiar (OM=150,14), melhor entendimento familiar (OM=140,88) e melhores recursos familiares (nota global) (OM=147,76). As mulheres residentes na aldeia apresentam menor orgulho familiar (OM=132,58), menor entendimento familiar (OM=132,77), e piores recursos familiares (OM=132,81). Quando residem na cidade apresentam valores intermédios de orgulho familiar (OM=134,33), de entendimento familiar (OM=138,15) e de recursos familiares (nota global) (OM=135,08). Também nestas variáveis as diferenças estatísticas não são significativas, (cf. Tabela 20).

Tabela 20 – Estudo da relação entre as dimensões dos recursos familiares e as variáveis sociodemográficas

	Orgulho familiar	Entendimento familiar	Recursos familiares (nota global)
	OM	OM	OM
IDADE			
< 29 anos	136,12	116,63	123,84
≥ 29 anos	135,94	145,16	141,75
Teste U de Mann Whitney	U=7993,500 Z=-0,017 p=0,986	U=6318,500 Z=-2,822 p=0,005***	U=6946,500 Z=-1,759 p=0,079
ESTADO CIVIL			
Solteira/divorciada	116,32	130,43	119,42
Casada\União de fato	138,55	136,30	138,05
Teste U de Mann Whitney	U=3601,000 Z=-1,614 p=0,107	U=4123,000 Z=-0,429 p=0,668	U=3715,500 Z=-1,351 p=0,177
COHABITAÇÃO			
Família nuclear	138,56	137,01	138,23
Família alargada	114,64	127,59	117,38
Teste U de Mann Whitney	U=2889,500 Z=-1,559 p=0,119	U= 3265,000 Z=-0,617 p=0,537	U= 2969,000 Z=-1,357 p=0,175
SITUAÇÃO PROFISSIONAL			
Emprego integral	137,94	139,58	139,32
Emprego Parcial	140,08	125,56	132,92
Desempregada	128,48	129,19	127,09
Teste de Kruskal-Wallis	$\chi^2=,747$ p=0,688	$\chi^2=1,297$ p=0,523	$\chi^2=1,164$ p=0,559
ZONA DE RESIDÊNCIA			
Aldeia	132,58	132,77	132,81
Vila	150,14	140,88	147,76
Cidade	134,33	138,15	135,08
Teste de Kruskal-Wallis	$\chi^2=1,703$ p=0,427	$\chi^2=,470$ p=0,791	$\chi^2=1,202$ p=0,548

Estudando a história do aleitamento anterior verificamos que as mulheres que não amamentaram anteriormente têm melhor orgulho familiar (OM=80,17 vs. OM=68,77), melhor entendimento familiar (OM=75,90 vs. OM=69,29) e melhores recursos familiares (nota global) (OM=80,27 vs. OM=68,76). No entanto o teste U de Mann Whitney não apresenta significância estatística. (cf. Tabela 21).

Em relação às mulheres que amamentaram anteriormente, observamos que quem amamentou entre 4 e 6 meses apresenta melhor orgulho familiar (OM=75,96), melhor entendimento familiar (OM=70,76) e melhores recursos familiares (nota global) (OM=76,34). Por outro lado, quem amamentou mais de 24 meses revela menor orgulho familiar (OM=44,00), menor entendimento familiar (OM=52,14) e piores recursos familiares (nota global) (OM=44,36). O teste de Kruskal-Wallis revelou que não existem diferenças estatísticas significativas, (cf. Tabela 21).

Tabela 21 – Estudo da relação entre as dimensões dos recursos familiares e história do aleitamento anterior

	Orgulho familiar	Entendimento familiar	Recursos familiares
	O M	O M	O M
Amamentou outro/s filho/s	68,77	69,29	68,76
Não Amamentou outro/s filho/s	80,17	75,90	80,27
Teste U de Mann Whitney	U=777,500 Z=-1,039 p=0,299	U=841,500 Z=-0,606 p=0,544	U= 776,000 Z=-1,048 p=0,295
Amamentou até 3 meses	66,14	54,14	59,77
Amamentou 4-6 meses	75,96	70,76	76,34
Amamentou 7-12 meses	59,00	64,53	61,89
Amamentou 13-24 meses	59,67	69,14	63,00
Amamentou mais de 24 meses	44,00	52,14	44,36
Teste de Kruskal-Wallis	$\chi^2=5,936$ p=0,204	$\chi^2=4,566$ p=0,335	$\chi^2=5,444$ p=0,245

Em síntese:

- Apesar de não existirem diferenças estatísticas significativas verificamos ordenações médias que nos indicam que as mulheres casadas/União de facto, a viver numa família nuclear, com emprego em tempo integral, a residirem em vilas, que não amamentaram os outros filhos ou o fizeram apenas até aos 6 meses, possuem melhores recursos familiares (nota global), melhor entendimento familiar e melhor orgulho familiar.
- As mulheres com idade ≥ 29 anos têm melhor entendimento familiar. (OM=145,16; p=0,005).

Satisfação com o suporte social

Ainda dentro das variáveis familiares, mas abordando agora os resultados do estudo da escala de satisfação com o suporte social, verificamos que os valores da satisfação com o suporte social (nota global) variam entre um mínimo de 22 e um máximo de 68, com um valor médio de (média =39,16 \pm 7,58), sendo a dispersão em torno da média moderada, (cf. Tabela 22).

Quanto às dimensões, verificamos que os índices médios são de (média =11,20 \pm 3,94) na satisfação com amizades, 11,74 (Dp=2,529) na intimidade, 5,37 (Dp=2,899) na satisfação com a família e nas actividades sociais o valor médio é de 10,83 (Dp=2,905), com dispersão moderada em torno da média nas dimensões satisfação com amizades, intimidade e atividades sociais e elevada na satisfação com a família.

Tabela 22 – Estatísticas relativas ao estudo da satisfação com o suporte social

	Min	Max	\bar{x}	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)
Satisfação com amigos	5	25	11,20	3,946	9,891	8,831	35,23
Intimidade	4	20	11,74	2,529	-0,243	4,196	21,54
Satisfação com Família	3	15	5,37	2,899	10,486	7,315	53,99
Actividades Sociais	3	15	10,83	2,905	-2,047	-0,979	26,82
SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL (NOTA GLOBAL)	22	68	39,16	7,587	6,978	7,716	19,37

Para compreendermos melhor o tipo de relação que existe entre a satisfação com o suporte social e as variáveis sociodemográficas e profissionais, realizámos testes não paramétricos, mais concretamente o Teste U de Mann Whitney e o Teste de Kruskal-Wallis.

Analisando a tabela 23, verificamos que as mulheres com 29 anos ou mais apresentam melhor satisfação com a intimidade (OM=140,54 vs. OM=126,39), melhor satisfação com as actividades sociais (OM=119,57 vs. OM=143,77; $p=0,019^{**}$) e melhor satisfação com o suporte social (nota global) (OM=140,93 vs. OM=125,57), mas as diferenças só são significativas na satisfação com as actividades sociais, o que comprova a relação de dependência entre estas variáveis. Por outro lado as mulheres com idade inferior a 29 anos possuem melhor intimidade (OM=140,54 vs. OM=126,39) e maior satisfação com a família (OM=136,87 vs. OM=135,59)

Quando as inquiridas são casadas/união de facto possuem melhor satisfação com as amigos (OM=136,00 vs. OM=132,38), com a intimidade (OM=137,55 vs. OM=122,59), com o suporte social (nota global) (OM=138,20 vs. OM=118,51), com as actividades sociais (OM=139,91 vs. OM=107,73; $p=0,019^{**}$), mas pior satisfação com a família (OM=135,59 vs. OM=136,87). Verificam-se diferenças significativas nas actividades sociais.

Continuando a análise da mesma tabela verificamos que as mulheres que vivem numa família nuclear possuem melhor satisfação com a intimidade (OM=137,88 vs. OM=120,29) e com o suporte social (nota global) (OM=136,01 vs. OM=135,91), não existindo diferenças estatísticas significativas.

Em relação à situação profissional, as mulheres que têm emprego parcial apresentam melhor satisfação com amigos (OM=145,21), com a intimidade (OM=153,38) e com a família (OM=145,50) sem no entanto existirem diferenças significativas. As mulheres com emprego integral apresentam melhor satisfação com o suporte social (nota global) (OM=140,29). Quando são desempregadas revelam menor satisfação com as amigos

(OM=125,02), com a intimidade (OM=127,06), com a família (OM=127,25) e com o suporte social (nota familiar) (OM=122,55), mas estas variáveis são independentes (cf. Tabela 23).

Ainda em relação à tabela 23, observamos que as mulheres que residem em vila apresentam melhor satisfação com as amigas (OM=142,05) e melhor intimidade (OM=140,60). As mulheres que vivem na aldeia revelam melhor satisfação com a família (OM=144,11) e as mulheres que habitam na cidade possuem melhor satisfação com as actividades sociais (OM=149,36) e com o suporte social (nota global) (OM=142,68). As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas.

Tabela 23 – Satisfação com o suporte social, variáveis sociodemográficas e profissionais

	Satisfação com amigas	Intimidade	Satisfação com Família	Actividades Sociais	Satisfação com o suporte social
	OM	OM	OM	OM	OM
IDADE					
< 29 anos	143,39	126,39	136,87	119,57	125,57
≥ 29 anos	132,51	140,54	135,59	143,77	140,93
Teste U de Mann Whitney	U= 4195,000 Z=-1,075 p=0,792	U=4195,000 Z=-1,416 p=0,270	U=4003,000 Z=-0,130 p=0,471	U=3283,000 Z=-2,387 p=0,019**	U=3682,000 Z=-1,510 p=0,153
ESTADO CIVIL					
Solteira/divorciada	132,38	122,59	143,81	107,73	118,51
Casada/União de facto	136,00	137,55	134,18	139,91	138,20
Teste U de Mann Whitney	U=4195,000 Z=-0,264 p=0,792	U=3833,000 Z=-1,104 p=0,270	U= 4003,000 Z=-0,720 p=0,471	U= 3283,000 Z=-2,343 p=0,019**	U= 3682,000 Z=-1,427 p=0,153
COABITAÇÃO					
Família nuclear	135,97	137,88	135,76	134,60	136,01
Família alargada	136,28	120,29	137,97	147,71	135,91
Teste U de Mann Whitney	U=3501,000 Z=-0,020 p=0,984	U=3053,500 Z=-1,165 p=0,244	U=3452,000 Z=-0,148 p=0,882	U=3169,500 Z=-0,857 p=0,392	U=3506,500 Z=-0,006 p=0,995
SITUAÇÃO PROFISSIONAL					
Emprego integral	138,41	136,69	137,65	138,70	140,29
Emprego Parcial	145,21	153,38	145,50	106,17	136,94
Desempregada	125,02	127,06	127,25	139,51	122,55
Teste de Kruskal-Wallis	$\chi^2=1,734$ p=0,420	$\chi^2=2,070$ p=0,355	$\chi^2=1,279$ p=0,528	$\chi^2=3,869$ p=0,145	$\chi^2=2,368$ p=0,306
ZONA DE RESIDÊNCIA					
Aldeia	139,52	132,82	144,11	128,63	132,90
Vila	142,05	140,60	114,52	127,84	130,15
Cidade	128,68	138,20	134,66	149,36	142,68
Teste de Kruskal-Wallis	$\chi^2=1,396$ p=0,498	$\chi^2=0,458$ p=0,795	$\chi^2=4,974$ p=0,083	$\chi^2=4,519$ p=0,104	$\chi^2= 1,159$ p=0,560

A Tabela 24 mostra-nos que as mulheres que não amamentaram anteriormente apresentam maior satisfação com as amigas (OM=85,03 vs.OM=68,18), maior satisfação com a intimidade (OM=76,80 vs.OM=69,18) e maior satisfação com o suporte social (nota global) (OM=79,83 vs.OM=68,81). As mulheres que amamentaram anteriormente apresentam maior satisfação com a família (OM=70,20 vs.OM=68,37) e maior satisfação com as

atividades sociais (OM=70,34 vs. OM=67,17). O teste U de Mann Whitney revela que não existem diferenças estatísticas significativas.

Em relação ao tempo que as mulheres dizem ter amamentado, verificamos que quem amamentou até 3 meses apresenta maior satisfação com as amigas (OM=71,92), maior satisfação com a intimidade (OM=73,66), maior satisfação com a família (OM=68,14) e maior satisfação com o suporte social (nota global) (OM=72,16). As mulheres que amamentaram entre 7 e 12 meses apresentam maior satisfação com as atividades sociais (OM=70,21), (cf. Tabela 24). O teste de Kruskal-Wallis revela diferenças estatísticas significativas na satisfação com a intimidade ($p=0,012^{**}$) (cf. Tabela 24).

Tabela 24 – Satisfação com o suporte social e história do aleitamento anterior

	Satisfação com amigas	Intimidade	Satisfação com Família	Atividades Sociais	Satisfação com o suporte social
	OM	OM	OM	OM	OM
Amamentou outro/s filho/s	68,18	69,18	70,20	70,34	68,81
Não Amamentou outro/s filho/s	85,03	76,80	68,37	67,17	79,83
Teste U de Mann Whitney	U=704,500 Z=-1,547 p=0,122	U=828,000 Z=-0,706 p=0,480	U=905,500 Z=-0,176 p=0,860	U=887,500 Z=-0,291 p=0,771	U=782,500 Z=-1,005 p=0,315
Amamentou até 3 meses	71,92	73,66	68,14	59,36	72,16
Amamentou 4-6 meses	69,28	67,82	66,24	58,44	71,58
Amamentou 7-12 meses	50,59	68,52	60,36	70,21	58,06
Amamentou 13-24 meses	63,31	43,26	58,86	65,88	54,52
Amamentou mais de 24 meses	66,00	61,86	66,50	59,00	57,93
Teste de Kruskal-Wallis	$\chi^2=6,620$ p=0,157	$\chi^2=12,890$ p=0,012**	$\chi^2=1,569$ p=0,814	$\chi^2=2,270$ p=0,686	$\chi^2=5,717$ p=0,221

Em síntese:

- Apesar de não existirem diferenças estatísticas significativas as mulheres com idade >=29 anos, casadas/união de facto que pertencem a uma família nuclear, têm emprego em tempo integral, residem na cidade, não amamentaram outros filhos, ou então fizeram-no por 3 meses e possuem maior satisfação com o suporte social (nota global).

2.1.3 – Caracterização da amostra segundo a EMA

O estudo da EMA (nota global) revela que o score varia entre um mínimo de 58 e um máximo de 105, com um valor médio de $\pm 94,57$ (Dp=8,850). Verificamos que na dimensão motivação cognitiva o valor médio é de $\pm 45,88$ (Dp=5,274), na motivação fisiológica de $\pm 26,86$ (Dp=3,161) e na motivação psicossocial o valor médio é de $\pm 21,82$ (Dp=2,774), Os coeficientes de variação apresentam dispersões baixas em torno da média e os valores de

assimetria e curtose, curvas leptocúrticas para a motivação cognitiva, psicossocial e motivação global e normocúrtica para motivação fisiológica, mas em todas as subescalas denota-se enviesamento à direita.

Tabela 25 – Estatísticas relativas ao estudo da EMA

Dimensões	Min	Max	Média	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)
Motivação Cognitiva	29	50	45,88	5,274	-8,953	5,939	11,49
Motivação Fisiológica	15	30	26,86	3,161	-6,539	1,642	11,77
Motivação Psicossocial	10	25	21,82	2,774	-6,268	3,337	12,71
MOTIVAÇÃO AMAMENTAÇÃO (NOTA GLOBAL)	58	105	94,57	8,850	-7,664	4,966	9,35

Tendo em linha de conta a motivação para a amamentação (nota global) foram efectuados grupos de corte para cada uma das variáveis sociodemográficas e profissionais, obstétricas e história de aleitamento anterior, utilizando a fórmula $M \pm 0,25IIQ$ sabendo que a amostra em estudo apresenta enviesamento à direita:

Fraca = \leq Mediana - 0,25IIQ

Moderada = \geq Mediana - 0,25IIQ \geq Mediana \leq Mediana + 0,25IIQ

Alta = \geq Mediana + 0,25IIQ

Analisando os dados da tabela 26 que relacionam a motivação para amamentar e as variáveis sociodemográficas, é possível constatar que em todas as relações estabelecidas não se observam diferenças estatísticas significativas. No entanto, percebemos que, em relação à idade identificamos o grupo das mulheres mais velhas como sendo o que maior expressão tem em relação à motivação alta (75,0%), e as mulheres com idade inferior a 29 anos a apresentarem maior expressão na motivação fraca (37,3%) ($X^2=3,661$; $p=0,160$).

Quando são casadas/união de facto, verificamos que estão moderadamente motivadas para amamentar (87,7%), e as mulheres solteiras/divorciadas têm maior expressão na motivação alta (14,7%) ($X^2=0,193$; $p=0,908$).

Em relação à coabitação, as mulheres que pertencem a uma família nuclear, manifestam maioritariamente motivação alta (91,7%) e as mulheres pertencentes a uma família alargada estão moderadamente motivadas (13,8%) ($X^2=1,241$; $p=0,538$).

Para sabermos se o tempo para amamentar pode ser um fator a ter em conta na motivação fizemos também o seu estudo e verificamos que as mulheres empregadas em tempo integral representam o grupo com maior percentagem de motivação alta (72,9%), e são as mulheres empregadas em tempo parcial, aquelas que apresentam a sua maior representação na motivação fraca (14,5%) ($X^2=9,122$; $p=0,058$).

Para terminar o estudo das variáveis sociodemográficas, verificamos que em relação à escolaridade, as mulheres que possuem menos habilitações literárias têm a sua maior representatividade na motivação fraca e são as mulheres licenciadas e com o mestrado que expressam motivação alta para amamentar ($X^2=7,775$; $p=0,456$).

Tabela 26 – Relação entre a motivação para a amamentação e variáveis sociodemográficas

Motivação global	Fraca		Moderada		Alta		Total		Residuais			X ²	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2	3		
Variáveis sociodemográficas	(110)	(100%)	(65)	(100%)	(96)	(100%)	(271)	(100%)					
IDADE													
<29anos	41	37,3%	22	33,8%	24	25,0%	87	32,1%	1,5	0,3	-1,9	3,661	0,160
≥29anos	69	62,7%	43	66,2%	72	75,0%	184	67,9%	-1,5	-0,3	1,9		
ESTADO CIVIL													
Solteira/divorciada	15	13,6%	8	12,3%	14	14,7%	37	13,4%	0,0	-0,4	0,4	0,193	0,908
Casada/União de facto	95	86,4%	57	87,7%	81	85,3%	233	86,6%	0,0	0,4	-0,4		
COABITAÇÃO													
Família nuclear	98	89,1%	56	86,2%	88	91,7%	242	89,3%	-0,1	-0,9	0,9	1,241	0,538
Família alargada	12	10,9%	9	13,8%	8	8,3%	29	10,7%	0,1	0,9	-0,9		
SITUAÇÃO PROFISSIONAL													
Empregada a tempo integral	73	66,4%	43	66,2%	70	72,9%	186	68,6%	-0,7	-0,5	1,1	9,122	0,058
Empregada a tempo parcial	16	14,5%	5	7,7%	3	3,1%	24	8,9%	2,7	-0,4	-2,5		
Desempregada	21	19,1%	17	26,2%	23	24%	61	22,5%	-1,1	0,8	0,4		
ESCOLARIDADE													
Até 3º ciclo	12	10,9%	3	4,6%	4	4,2%	19	7,0%	2,1	-0,9	-1,4	7,775	0,456
3º ciclo	26	23,6%	15	23,1%	16	16,7%	57	21,0%	0,9	0,5	-1,3		
12º ano	33	30,0%	22	33,8%	30	31,2%	85	31,4%	-0,4	0,5	0,0		
Licenciatura	32	29,1%	21	32,3%	37	38,5%	90	33,2%	-1,2	-0,2	1,4		
Mestrado	7	6,4%	4	6,2%	9	9,4%	20	7,4%	-0,5	-0,4	0,9		

Prosseguindo o estudo mas agora tendo em atenção as variáveis obstétricas e analisando os resultados apresentados na tabela 27, podemos constatar que segundo os valores dos residuais ajustados, as primíparas apresentam motivação moderada (52,3%), as mães, que o são pela segunda vez, manifestam motivação fraca (41,8%) e as múltiparas estão moderada e altamente motivadas com valores iguais (13,8%) ($X^2=4,267$; $p=0,371$).

As mulheres que vigiaram a gravidez, estão moderada e altamente motivadas com valores iguais (93,8%), enquanto as mulheres que vigiaram mal a gravidez estão pouco motivadas com maior expressão na motivação fraca (8,2%) ($X^2=3,028$; $p=0,553$).

As mulheres que desejaram a gravidez denotam motivação moderada (98,5%) e as que não desejaram a gravidez têm uma maior incidência na motivação fraca. Também nestas variáveis não se observaram diferenças estatísticas significativas.

Tabela 27 – Relação entre a motivação para a amamentação e as variáveis obstétricas

Motivação global	Fraca		Moderada		Alta		Total		Residuais			X ²	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3		
Variáveis obstétricas	(110)	100%	(65)	100%	(96)	100%	(271)	100%					
PARTOS ANTERIORES													
Nenhum	50	45,5%	34	52,3%	48	50,0%	132	47,8%	-0,9	0,7	0,3	4,267	0,371
Um	46	41,8%	22	33,8%	29	30,2%	97	35,8%	1,7	-0,4	-1,4		
Dois ou mais	14	12,7%	9	13,8%	19	13,8%	42	15,5%	-1,0	-0,4	1,4		
VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ													
Gravidez não vigiada	3	2,7%	2	3,1%	1	1,0%	6	2,2%	0,5	0,5	-1,0	3,028	0,553
Gravidez mal vigiada	9	8,2%	2	3,1%	5	5,2%	16	5,9%	1,3	-1,1	-0,4		
Gravidez vigiada	98	89,1%	61	93,8%	90	93,8%	249	91,9%	-1,4	0,7	0,8		
GRAVIDEZ DESEJADA													
Sim	103	93,6%	64	98,5%	93	96,9%	260	95,9%	-1,6	1,2	0,6	2,776	0,250
Não	7	6,4%	1	1,5%	3	3,1%	11	4,1%	1,6	-1,2	-0,6		

Analisando agora a tabela 29 que diz respeito à história do aleitamento anterior, verificamos que quem amamentou anteriormente está moderadamente motivada (90,3%) e quem não amamentou expressa motivação alta (12,5%) ($X^2=0,225$; $p=0,894$).

Em relação ao tempo de amamentação e analisando a mesma tabela, são as mulheres que amamentaram entre 7 e 12 meses aquelas que referem maior motivação para amamentar (32,6%), as que amamentaram até aos três meses são o grupo mais representado na motivação fraca, e as mulheres que amamentaram mais de 24 meses expressam motivação fraca ($X^2=6,435$; $p=0,599$), mas também aqui não se observam diferenças estatísticas significativas.

Tabela 28 – Relação entre a motivação para a amamentação e a história do aleitamento anterior

Motivação global	Fraca		Moderada		Alta		Total		Residuais			X ²	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3		
História do aleitamento anterior	(60)	100%	(31)	100%	(48)	100%	(139)	100%					
AMAMENTAÇÃO ANTERIOR													
Sim	54	90,0%	28	90,3%	42	87,5%	124	89,2%	0,3	0,2	-0,5	0,225	0,894
Não	6	4,3%	3	9,7%	6	12,5%	15	10,8%	-0,3	-0,2	0,5		
TEMPO DE AMAMENTAÇÃO													
Até 3 meses	14	25,9%	8	27,6%	10	23,3%	32	25,4%	0,1	0,3	-0,4	6,435	0,599
De 4 a 6 meses	12	22,2%	4	13,8%	9	20,9%	25	19,8%	0,6	-0,9	0,2		
De 7 a 12 meses	11	20,4%	8	27,6%	14	32,6%	33	26,2%	-1,3	0,2	1,2		
De 13 a 24 meses	12	22,2%	9	31,0%	8	18,6%	29	23,0%	-0,2	1,2	-0,8		
Mais de 24 meses	5	9,3%	0	0,0%	2	1,6%	7	5,6%	1,6	-1,5	-0,3		

2.2 – ANÁLISE INFERENCIAL

A primeira etapa deste estudo teve por finalidade a caracterização da amostra. Procuraremos nesta segunda parte, avaliar as relações existentes entre algumas das variáveis

independentes de caracterização sociodemográfica, obstétricas de aleitamento e variáveis familiares como os recursos familiares e a satisfação com o suporte social e familiar com a variável dependente que é a motivação para a amamentação de forma a responder às questões que nortearam a presente investigação e a atingir os objetivos delineados neste estudo.

***Será que existe relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais das puérperas face à motivação para a amamentação?**

A tabela 29 mostra que o estudo da relação entre as dimensões da motivação para a amamentação e a Idade foi efetuado através do teste U de Mann Whitney e dá-nos conta que as mulheres que têm 29 anos ou mais possuem maior motivação cognitiva (OM=138,68 vs. OM=130,34), maior motivação fisiológica (OM=141,80 vs. OM=123,73), maior motivação psicossocial (OM=138,02 vs. OM=131,74) e maior motivação global (OM=140,39 vs. OM=126,71), mas as diferenças não são estatisticamente significativas ou seja a idade não influencia a motivação para amamentar.

Em relação ao estado civil, o teste de U de Mann Whitney revela-nos que as mulheres casadas/união de facto apresentam maior motivação fisiológica (OM=134,63 vs. OM=116,52), maior motivação psicossocial (OM=132,71 vs. OM=130,92), maior motivação global (OM=132,85 vs. OM=129,84) e menor motivação cognitiva (OM=130,95 vs. OM=144,13) mas sem existirem diferenças estatísticas significativas (cf. Tabela 29).

As mulheres que pertencem a uma família nuclear apresentam maior motivação cognitiva (OM=129,22 vs. OM=111,18; $p=0,042^*$), maior motivação psicossocial (OM=131,95 vs. OM=108,26; $p=0,008^{**}$), maior motivação global (OM=127,27 vs. OM=113,26) e menor motivação fisiológica (OM=117,62 vs. OM=123,58). Podemos inferir deste modo que as mulheres pertencentes a uma família nuclear estão mais motivadas cognitivamente e psicossocialmente, e apresentam menor motivação fisiológica (cf. Tabela 29).

Em relação à situação profissional observamos que as mulheres desempregadas apresentam maior motivação global e em todas as dimensões. O teste de Kruskal-Wallis mostra-nos que existem diferenças significativas na motivação psicossocial ($P=0,038^*$) e motivação nota global ($p=0,037^*$) (cf. Tabela 29).

A mesma tabela mostra-nos que as mulheres com mestrado possuem maior motivação cognitiva (OM=146,48) e maior motivação nota global (OM=150,48). As mulheres que possuem habilitações literárias ao nível da licenciatura possuem maior motivação fisiológica (OM=155,25) e maior motivação psicossocial (OM=146,63). O teste de Kruskal-Wallis diz-

nos que as mulheres que possuem a licenciatura estão mais motivadas fisiologicamente ($p=0,002^{**}$).

Em relação à zona de residência e analisando a mesma tabela, observamos que as mulheres que vivem na cidade possuem maior motivação cognitiva (OM=145,02), maior motivação fisiológica (OM=146,97) e maior motivação nota global (OM=145,10). As mulheres que residem em vila possuem maior motivação psicossocial (OM=142,08). Também nesta análise utilizámos o teste de Kruskal-Wallis que revelou não existirem diferenças estatísticas significativas.

Tabela 29 – Estudo da relação entre as dimensões da EMA e as variáveis sociodemográficas e profissionais

	Cognitiva	Fisiológica	Psicossocial	Motivação Amamentação (nota global)
	Ordenações médias	Ordenações médias	Ordenações médias	Ordenações médias
IDADE				
<29 anos	130,34	123,73	131,74	126,71
≥29 anos	138,68	141,80	138,02	140,39
Teste U de Mann Whitney	U= 7511,500 Z= -0,826 p=0,409	U= 6936,500 Z= -1,799 p=0,072	U=7633,000 Z= -0,622 p=0,534	U=7196,000 Z= -1,343 p=0,179
ESTADO CIVIL				
Solteira\divorciada	144,13	116,52	130,92	129,84
Casada\União de fato	130,95	134,63	132,71	132,85
Teste U de Mann Whitney	U=3251,0 Z=-0,911 p=0,362	U=3116,0 Z=-1,259 p=0,208	U=3562,5 Z=-0,124 p=0,901	U=3529,0 Z=-0,207 p=0,836
COHABITAÇÃO				
Família nuclear	129,22	117,62	131,95	127,27
Família alargada	111,18	123,58	108,26	113,26
Teste U de Mann Whitney	U=6111,0 Z=-2,032 p=0,042*	U=6834,5 Z=-0,675 p=0,500	U=5772,0 Z=-2,669 p=0,008**	U=6352,5 Z=-1,564 p=0,118
SITUAÇÃO PROFISSIONAL				
Emprego integral	133,31	135,22	136,03	135,05
Emprego Parcial	101,29	96,21	90,68	91,13
Desempregada	144,10	139,11	139,11	141,98
Teste de Kruskal-Wallis	$\chi^2=4,582$ p=0,101	$\chi^2=5,130$ p=0,077	$\chi^2=6,541$ P=0,038*	$\chi^2=6,595$ p=0,037*
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS				
Até ao 3º ciclo	114,37	95,13	128,53	107,42
3º ciclo do ensino básico	124,64	113,96	121,40	116,96
Ensino Secundário	140,58	135,35	134,08	137,18
Ensino Superior (licenciatura)	141,11	155,25	146,63	149,76
Mestrado	146,48	153,78	145,00	150,48
Teste de Kruskal-Wallis	$\chi^2=3,750$ p=0,441	$\chi^2=16,636$ p=0,002**	$\chi^2=4,202$ p=0,379	$\chi^2=9,385$ p=0,052
ZONA DE RESIDÊNCIA				
Aldeia	128,84	126,49	131,65	127,55
Vila	137,09	139,74	142,08	140,81
Cidade	145,02	146,97	139,11	145,10
Teste de Kruskal-Wallis	$\chi^2=2,441$ p=0,295	$\chi^2=4,056$ p=0,132	$\chi^2=0,830$ p=0,660	$\chi^2=3,004$ p=0,223

Face a estes resultados pode inferir-se para a amostra em estudo que as mulheres desempregadas possuem maior motivação psicossocial e maior motivação para a amamentação (nota global). Também em relação às habilitações literárias se pode concluir que as puérperas que são licenciadas têm maior motivação fisiológica.

Infere-se deste modo que no presente estudo, a idade, o estado civil e a zona de residência das puérperas não influenciam tanto a motivação para a amamentação (nota global), como todas as suas dimensões.

*** Que variáveis obstétricas como (número de gestações e partos anteriores, planeamento e vigilância da gravidez e tipo de parto) são determinantes na motivação para a amamentação?**

Continuando o estudo da motivação para a amamentação, mas agora analisando a relação com as variáveis obstétricas, verificamos que as mulheres que não tinham tido nenhuma gestação anterior apresentam maior motivação cognitiva (OM=143,20), psicossocial (OM=139,20) e motivação nota global (OM=138,85). O teste de Kruskal-Wallis revela que não existem diferenças estatísticas significativas (cf. Tabela 30).

A mesma tabela mostra-nos que as mulheres que tiveram dois ou mais partos apresentam maior motivação cognitiva (OM=154,05), maior motivação fisiológica (OM=148,94) e maior motivação nota global (OM=151,18). As mulheres que não tiveram nenhum parto anterior revelam maior motivação psicossocial (OM=140,58). O teste de Kruskal-Wallis revela que só existem diferenças estatísticas significativas na motivação cognitiva ($p=0,025^*$) ou seja as múltiparas estão mais motivadas cognitivamente.

As mulheres que desejaram a gravidez apresentam maior motivação para a amamentação em todas as suas dimensões e também na nota global, mas o teste U de Mann Whitney não mostra diferenças estatísticas significativas (cf. Tabela 30).

Analisando a Tabela 30, observamos que as mulheres que vigiaram a gravidez denotam maior motivação fisiológica (OM=137,48), maior motivação psicossocial (OM=137,44) e maior motivação nota global (OM=137,09). O teste de Kruskal-Wallis mostra que não existem diferenças estatísticas significativas. As mães que não vigiaram a gravidez mostram maior motivação cognitiva (OM=152,92), mas também neste caso as diferenças estatísticas não são significativas.

O estudo do tipo de parto revela-nos que as mulheres que tiveram um parto por via vaginal apresentam maior motivação cognitiva (OM=140,19 vs. OM=126,00), maior

motivação psicossocial (1 OM=37,81 vs. OM=131,68), maior motivação nota global (OM=138,37 vs. OM=130,34) e menor motivação fisiológica (OM=135,02 vs. OM=138,35). As diferenças estatísticas não são significativas (cf. Tabela 30).

Por último, observamos que as mulheres que tiveram um bebê prematuro têm maior motivação cognitiva (OM=135,67 vs. OM=132,81), maior motivação fisiológica (OM=138,86 vs. OM=131,80) e maior motivação nota global (OM=135,02 vs. OM=133,02). Também nestas variáveis as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas (cf. Tabela 30).

Tabela 30 – Estudo da relação entre as dimensões da EMA e as variáveis obstétricas

	Cognitiva	Fisiológica	Psicossocial	Motivação Amamentação (nota global)
	Ordenações médias	Ordenações médias	Ordenações médias	Ordenações médias
NÚMERO DE GESTAÇÕES ANTERIORES				
Nenhuma	143,20	134,46	139,20	138,85
Uma	122,51	135,98	134,17	130,72
Duas ou mais	140,19	138,96	132,33	137,57
Teste de Kruskal-Wallis	$\chi^2=3,806$ p=0,149	$\chi^2=0,143$ p=0,931	$\chi^2=0,398$ p=0,820	$\chi^2=0,574$ p=0,751
NÚMERO DE PARTOS ANTERIORES				
Nenhum	142,24	133,87	140,58	139,01
Um	119,69	133,30	128,49	125,33
Dois ou mais	154,05	148,94	138,95	151,18
Teste de Kruskal-Wallis	$\chi^2=7,413$ p=0,025*	$\chi^2=1,400$ p=0,497	$\chi^2=1,426$ p=0,490	$\chi^2=3,577$ p=0,167
GRAVIDEZ DESEJADA				
Sim	138,83	138,66	140,00	139,45
Não	127,02	127,58	123,33	125,06
Teste U de Mann Whitney	U= 6111,000 Z=-1,071 p=0,284	U= 6148,000 Z=-1,008 p=0,313	U= 5871,500 Z=-1,509 p=0,131	U= 5984,000 Z=-1,292 p=0,196
VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ				
Não vigiada	152,92	96,58	121,17	119,33
Mal vigiada	132,72	127,78	119,16	125,28
Vigiada	135,80	137,48	137,44	137,09
Teste de Kruskal-Wallis	$\chi^2=0,315$ p=0,854	$\chi^2=1,837$ p=0,399	$\chi^2=1,058$ p=0,589	$\chi^2=0,620$ p=0,733
TIPO DE PARTO				
Vaginal	140,19	135,02	137,81	138,37
Abdominal	126,00	138,35	131,68	130,34
Teste U de Mann Whitney	U= 6840,000 Z=-1,373 p=0,170	U= 7452,000 Z=-0,324 p=0,746	U= 7294,500 Z=-0,593 p=0,553	U= 7187,500 Z=-0,770 p=0,441

Em relação à questão formulada temos como resposta que as mulheres que tiveram dois ou mais partos anteriores apresentam maior motivação cognitiva e não conseguimos provar a relação entre as outras variáveis e a motivação para a amamentação.

*** Qual a relação entre as variáveis história do aleitamento anterior e atual com a motivação para a amamentação?**

A tabela 31 revela-nos que as mulheres que amamentaram o/s outro/s filho/s estão mais motivadas para a amamentação no que diz respeito à motivação fisiológica (OM=70,75 vs. OM=63,80), psicossocial (OM=70,92 vs. OM=62,43) e motivação para a amamentação (nota global) (OM=70,27 vs. OM=67,73) e têm menos motivação cognitiva (OM=69,53 vs. OM=73,90), no entanto o Teste U de Mann Whitney mostra-nos que não existem diferenças estatísticas significativas.

Em relação às mulheres que amamentaram outro/s filho/s verificamos que quem o fez durante 7 a 12 meses apresenta maior motivação para a amamentação (nota global) (OM=70,12), maior motivação fisiológica (OM=71,56) e psicossocial (OM=71,77). As mulheres que amamentaram 13 a 24 meses denotam maior motivação cognitiva (OM=68,64). O Teste de Kruskal-Wallis mostra que para todos os resultados não foram encontradas diferenças estatísticas significativas.

Tabela 31 – Estudo da relação entre as dimensões da EMA e a história do aleitamento anterior

	Cognitiva	Fisiológica	Psicossocial	Motivação Amamentação (nota global)
	Ordenações médias	Ordenações médias	Ordenações médias	Ordenações médias
AMAMENTAÇÃO ANTERIOR				
Amamentou outro/s filho/s	69,53	70,75	70,92	70,27
Não Amamentou outro/s filho/s	73,90	63,80	62,43	67,73
Teste U de Mann Whitney	U=871,500 Z=-0,401 p=0,689	U=837,000 Z=-0,645 p=0,519	U=816,500 Z=-0,777 p=0,437	U= 896,000 Z=-0,231 p=0,817
TEMPO DE AMAMENTAÇÃO				
Amamentou até 3 meses	60,08	58,30	59,95	58,53
Amamentou 4-6 meses	61,74	61,36	65,34	62,92
Amamentou 7-12 meses	67,11	71,56	71,77	70,12
Amamentou 13-24 meses	68,64	65,19	60,05	65,90
Amamentou mais de 24 meses	47,14	49,93	48,43	47,14
Teste de Kruskal-Wallis	$\chi^2=2,694$ p=0,610	$\chi^2=3,528$ p=0,474	$\chi^2=3,578$ p=0,466	$\chi^2=3,222$ p=0,521

O estudo da motivação para a amamentação em função do contato da puérpera com a pele do filho após o nascimento reflete que as que tiveram contato apresentam valores médios mais elevados na motivação para a amamentação (nota global) (OM=134,70 vs OM=130,64.), na motivação cognitiva (OM=135,31 vs. OM=127,68), e na motivação fisiológica (OM=135,09 vs. OM=128,76) e valores médios mais baixos na motivação psicossocial (OM=133,12 vs. OM=138,24). Contudo o teste U de Mann Whitney revela não existirem diferenças estatisticamente significativas quer ao nível das dimensões, quer na nota global da motivação para a amamentação, (cf. Tabela 32).

Quanto à estipulação de horários fixos para amamentar, a análise da Tabela 29 mostra-nos que as mulheres que não estipulam horários certos para amamentar estão mais motivadas cognitivamente (OM=134,11 vs. OM=129,38), fisiologicamente (OM=135,46 vs. OM=129,94) e têm maior motivação para a amamentação (nota global) (OM=133,29 vs. OM=132,06). As mulheres que estipulam horários certos para amamentar denotam maior motivação psicossocial (OM=142,18 vs. OM=130,20), no entanto o teste U de Man Whitney revela que as diferenças não são significativas em todas as dimensões e nota global da escala.

Verificamos ainda que, as puérperas que não introduziram a chupeta têm maior motivação cognitiva (OM=138,23 vs. OM=125,39), motivação fisiológica (OM=137,79 vs. OM=126,15,) motivação psicossocial (OM=137,80 vs. OM=126,13) e motivação para a amamentação (nota global) (OM=138,64 vs. OM=124,69). As diferenças estatísticas obtidas pelo Teste U de Mann Whitheny não são significativas nas dimensões e na nota global da escala, (cf. Tabela 32).

O estudo entre o tempo que levou a iniciar aleitamento após o nascimento do filho e a motivação para a amamentação, indica que, as puérperas que iniciaram a amamentação nos primeiros 30 minutos são as que denotam maior motivação cognitiva (OM=134,89 vs. OM=127,69), maior motivação fisiológica (OM=136,36 vs. OM=126,78) e maior motivação para amamentar (nota global) (OM=132,79 vs. OM=128,68). Na dimensão psicossocial, são as mulheres que iniciaram o aleitamento mais tarde que apresentam maior motivação psicossocial (OM=131,66 vs. OM=126,48). Sendo que o teste U de Man Whitney indica que as diferenças não são significativas em todas as dimensões e na escala global, (cf. Tabela 32).

Em síntese infere-se que, para a amostra estudada, as variáveis que compõem a história do aleitamento anterior não interferem na motivação para a amamentação assim como a história de aleitamento atual.

Tabela 32 – Estudo da relação entre as dimensões da EMA e a história do aleitamento atual

	Cognitiva	Fisiológica	Psicossocial	Motivação Amamentação (nota global)
	Ordenações médias	Ordenações médias	Ordenações médias	Ordenações médias
CONTATO PELE APELE COM O BEBÉ APÓS O NASCIMENTO				
Sim	135,31	135,09	133,12	134,70
Não	127,68	128,76	138,24	130,64
Teste U de Mann Whitheny	U=47925 Z=-0,615 p=0,538	U=4842,0 Z=-0,513 p=0,608	U=4888,0 Z=-0,413 p=0,680	U=4888,0 Z=-0,413 p=0,680
ESTIPULAÇÃO DE HORÁRIOS CERTOS PARA AMAMENTAR				
Sim	129,38	129,94	142,18	132,06
Não	134,11	135,46	130,20	133,29
Teste U de Mann Whitheny	U=6068,5 Z=-0,429 p=0,668	U=5793,5 Z=-0,960 p=0,337	U=5724,0 Z=-1,087 p=0,277	U=6235,0 Z=-0,110 p=0,912
INTRODUÇÃO DE CHUPETA				
Sim	125,39	126,15	126,13	124,69
Não	138,23	137,79	137,80	138,64
Teste U de Mann Whitheny	U=7437,0 Z=-1,326 p=0,185	U=7511,5 Z=-1,208 p=0,227	U=7509,5 Z=-1,205 p=0,228	U=7369,0 Z=-1,428 p=0,153
TEMPO QUE LEVOU A INICIAR O ALEITAMENTO APÓS O NASCIMENTO				
Menos de 30 minutos	134,89	136,36	126,48	132,79
Mais de 30 minutos	127,69	126,78	131,66	128,68
Teste U de Mann Whitheny	U=6898,0 Z=-0,729 p=0,466	U=6737,5 Z=-1,022 p=0,307	U=7012,0 Z=-0,524 p=0,600	U=7072,5 Z=-0,412 p=0,680

*** De que modo os recursos familiares e a satisfação com o suporte social são determinantes na motivação para a amamentação?**

Para dar resposta à questão formulada, efectuamos uma regressão múltipla que é o procedimento estatístico mais utilizado quando se pretende comparar uma variável dependente com várias variáveis independentes em simultâneo. O método de estimação usada foi o de stepwise (passo a passo) que origina tantos modelos quantos os necessários até se conseguir determinar quais as variáveis predictoras da variável dependente.

Relação entre as variáveis de contexto familiar e a motivação cognitiva

A tabela 33 dá-nos as correlações obtidas entre a motivação cognitiva e as variáveis independentes. Assinalamos que a associação entre a motivação cognitiva e os recursos familiares são positivas mas revelam uma associação a oscilarem entre o muito baixa no orgulho familiar ($r=0,161$) e baixa no entendimento familiar ($r=0,230$) e nos recursos familiares (nota global) ($r=0,244$). No entanto as diferenças estatísticas são significativas nas subescalas ($p=0,004$ e $p=0,000$) e nota global ($p=0,000$). Assinalamos uma maior correlação

entre a motivação cognitiva e os recursos familiares ($r=0,244$), e a satisfação com as atividades sociais ($r=0,190$), (cf. Tabela 33).

Tabela 33 – Motivação cognitiva e variáveis de contexto familiar

Variáveis	r	r ²	p
Motivação cognitiva			
Orgulho familiar	0,161	0,025	0,004***
Entendimento familiar	0,230	0,052	0,000***
Recursos familiares (nota global)	0,244	0,059	0,000***
Satisfação com as amigas	-0,121	-0,014	0,023**
Satisfação com a intimidade	-0,033	-0,001	0,294
Satisfação com a família	-0,099	-0,009	0,052
Satisfação com as atividades sociais	0,190	0,036	0,001***
Satisfação com o suporte social (nota global)	-0,039	-0,001	0,262

Face aos resultados acima apresentados, a primeira variável a entrar no modelo de regressão foi recursos familiares com um valor de correlação de 0.244 e uma variância explicada de 5,9%. O entendimento familiar e a satisfação com as atividades sociais aparecem a seguir com um valor de correlação 0,244 e 0,291 respetivamente, explicando estas duas variáveis 5,2% e 3,6% da variância. Nos dois passos seguintes entraram para o modelo final as variáveis, recursos familiares e satisfação com as atividades sociais que passaram a explicar na sua globalidade 14,3% da variação da motivação cognitiva. Os valores de F e t ao apresentaram-se estatisticamente significativos levam-nos à conclusão que, para a amostra estudada, os recursos familiares e a satisfação com as atividades sociais são preditoras da motivação cognitiva (cf. Tabela 34).

Tabela 34 – Motivação cognitiva, recursos familiares (nota global) e satisfação com as atividades sociais

Variáveis	r	r ²	F	p	Coeficiente		t	p
					B	β		
Recursos familiares	0,244	0,059	16,962	0,000***	0,177	0,222	3,763	0,000***
Satisfação com as atividades sociais	0,291	0,084	12,362	0,000***	0,237	0,160	2,713	0,007***

Relação entre as variáveis de contexto familiar e a motivação fisiológica

Em relação à motivação fisiológica e de acordo com os resultados apresentados na tabela 35, verificamos correlações negativas na satisfação com as amigas ($r=-0,138$), com a família ($r=-0,106$) e com a satisfação com o suporte social (nota global) ($r=-0,017$). Assinalamos correlações positivas a variarem entre $r=0,239$ para a satisfação com as

atividades sociais com uma variância explicada de 5,7% e $r=0,008$ na satisfação com a intimidade com uma variância explicada sem expressão (0,0%).

De salientar a relação positiva e significativa com a satisfação com as atividades sociais, e os recursos familiares (nota global).

Tabela 35 – Motivação fisiológica e variáveis de contexto familiar

Variáveis	r	r ²	p
Motivação fisiológica			
Orgulho familiar	0,127	0,016	0,018**
Entendimento familiar	0,209	0,043	0,000***
Recursos familiares (nota global)	0,207	0,042	0,000***
Satisfação com as amigas	-0,138	-0,0190	0,011**
Satisfação com a intimidade	0,008	0,000	0,447
Satisfação com a família	-0,106	-0,011	0,041*
Satisfação com as atividades sociais	0,239	0,057	0,000***
Satisfação com o suporte social (nota global)	-0,017	-0,000	0,388

Tal com observamos após análise da tabela anterior, a satisfação com as atividades sociais e os recursos familiares (nota global) evidenciam uma associação significativa que interessa estudar mais aprofundadamente e após a realização do teste Anova verificamos que os recursos familiares explicam 5,7% da motivação fisiológica e a satisfação com as atividades sociais explicam 8,8%, e as diferenças entre os grupos são significativas. Os valores de F e t ao apresentarem-se estatisticamente significativos levam-nos à conclusão que, para a amostra estudada, os recursos familiares e a satisfação com as atividades sociais também são preditoras da motivação fisiológica (cf. Tabela 36).

Tabela 36 – Motivação fisiológica e variáveis de contexto familiar

Variáveis	r	r ²	F	p	Coeficiente		t	P
					B	β		
Recursos familiares	0,239	0,057	16,327	0,000***	0,237	0,215	3,656	0,000***
Satisfação com as atividades sociais	0,297	0,088	12,989	0,003***	0,106	0,178	3,026	0,000***

Relação entre as variáveis de contexto familiar e a motivação psicossocial

Também em relação à motivação psicossocial efetuámos o estudo de forma a verificarmos a relação que estabelece com as variáveis de contexto familiar. Pela análise da tabela 37 verificamos que também para esta variável são a satisfação com o suporte social e os recursos familiares (nota global) que estabelecem uma relação positiva e maior com

valores de $r=0,235$ e $r=0,138$ respectivamente. Verificamos associação negativa entre todas as dimensões da satisfação com o suporte social e nota global, com a exceção da satisfação com as atividades sociais. A satisfação com as amizades estabelece uma relação negativa ($r= -0,193$) e altamente significativa ($p=0,001***$)

Tabela 37 – Motivação psicossocial e variáveis de contexto familiar

Variáveis	r	r ²	p
Motivação psicossocial			
Orgulho familiar	0,089	0,007	0,072
Entendimento familiar	0,134	0,017	0,014**
Recursos familiares (nota global)	0,138	0,019	0,011**
Satisfação com as amizades	-0,193	-0,037	0,001***
Satisfação com a intimidade	-0,015	-0,000	0,401
Satisfação com a família	-0,184	-0,033	0,001***
Satisfação com as atividades sociais	0,235	0,055	0,000***
Satisfação com o suporte social (nota global)	-0,086	-0,007	0,080

Tal com observamos após análise da tabela anterior, a satisfação com as atividades sociais e a satisfação com as amizades evidenciam uma associação significativa que interessa estudar mais aprofundadamente e após a realização do teste Anova verificamos que a satisfação com as atividades sociais explicam 5,5% da motivação psicossocial e a satisfação com as amizades explicam 7,8%, e as diferenças entre os grupos são significativas. Os valores de F ao apresentarem-se estatisticamente significativos levam-nos à conclusão que, para a amostra estudada, a satisfação com as atividades sociais e a satisfação com as amizades são preditoras da motivação psicossocial. No entanto o valor de t é negativo e diz-nos que a associação entre a motivação psicossocial e a satisfação com as amizades é negativa o que quer dizer que quanto maior é a satisfação com as amizades menor é a motivação cognitiva para a amamentação ($t=-2,563$; $p=0,011**$) (cf. Tabela 38).

Tabela 38 – Motivação psicossocial, satisfação com as atividades sociais e satisfação com as amizades

Variáveis	r	r ²	F	p	Coeficiente		t	P
					B	β		
Satisfação com as atividades sociais	0,235	0,055	15,666	0,000***	0,196	0,205	3,425	0,001***
Satisfação com amizades	0,279	0,078	6,570	0,011**	-0,108	-0,153	-2,563	0,011**

Relação entre as variáveis de contexto familiar e a motivação para amamentação (nota global)

A tabela 39 dá-nos conta que a relação entre a motivação para a amamentação (nota global) varia entre um máximo de $r=0,251$ com a satisfação com as atividades sociais e um mínimo de $r=-0,018$ com a satisfação com a intimidade. O valor de p mostra-nos diferenças estatísticas significativas na satisfação com as atividades sociais ($p=0,000^{***}$) que explicam 6,3% da motivação para a amamentação logo seguida dos recursos familiares que apresentam uma variância explicada de 5,5%.

Tabela 39 – Motivação para a amamentação (nota global) e variáveis de contexto familiar

Variáveis	r	r ²	p
Motivação para a amamentação (nota global)			
Orgulho familiar	0,151	0,022	0,006***
Entendimento familiar	0,228	0,005	0,000***
Recursos familiares (nota global)	0,235	0,055	0,000***
Satisfação com as amigas	-0,169	-0,028	0,003***
Satisfação com a intimidade	-0,018	-0,000	0,385
Satisfação com a família	-0,143	-0,020	0,009***
Satisfação com as atividades sociais	0,251	0,063	0,000***
Satisfação com o suporte social (nota global)	-0,052	-0,002	0,198

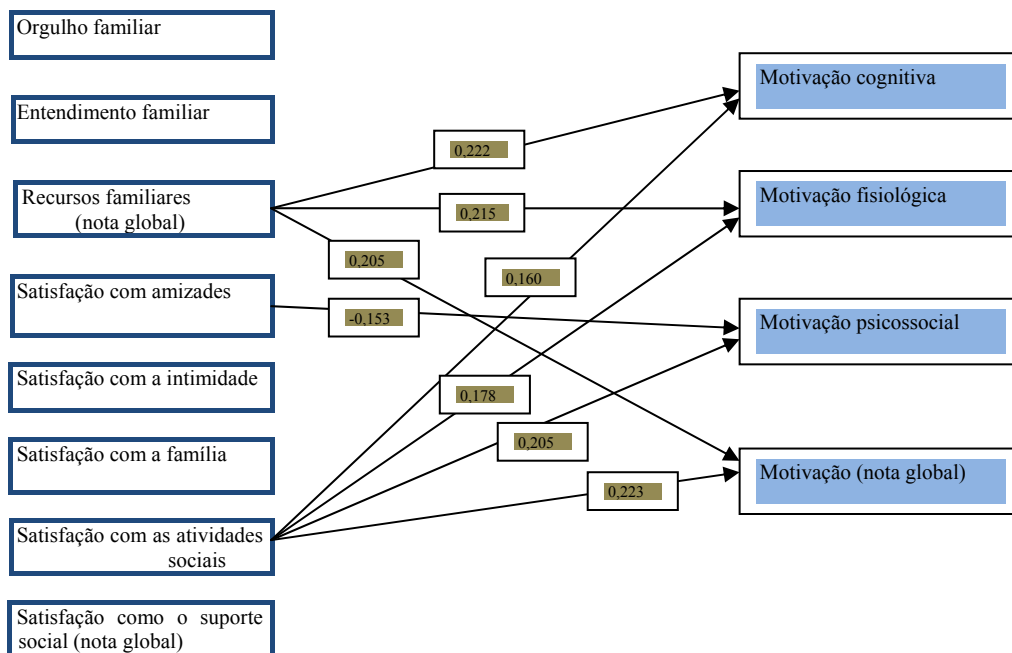
Tal com observamos após análise da tabela anterior, a satisfação com as atividades sociais e os recursos familiares (nota global) evidenciam uma associação significativa que interessa estudar mais aprofundadamente e após a realização do teste Anova verificamos que a satisfação com as atividades sociais explicam 6,3% da motivação para a amamentação (nota global) e os recursos familiares 10,4%, e as diferenças entre os grupos são significativas. Os valores de F e p ao apresentarem-se estatisticamente significativos levam-nos à conclusão que, para a amostra estudada, a satisfação com as atividades sociais e os recursos familiares (nota global) são preditores da motivação para a amamentação (nota global). Ou seja, podemos dizer que, quanto maiores são a satisfação com as atividades sociais e os recursos familiares, maior é a motivação para a amamentação (nota global) (cf. Tabela 40).

Tabela 40 – Motivação para a amamentação (nota global), satisfação com o suporte social e recursos familiares (nota global)

Variáveis	r	r ²	F	p	Coeficiente		t	P
					B	β		
Satisfação com as atividades sociais	0,251	0,063	18,106	0,000***	0,684	0,223	3,829	0,000***
Recursos familiares (nota global)	0,323	0,104	12,387	0,001***	0,339	0,205	3,519	0,001***

Em síntese pode-se inferir que, em relação à questão formulada, a satisfação com as atividades sociais é preditora da motivação para a amamentação (nota global e dimensões). A variável recursos familiares também é identificada como sendo preditora da motivação cognitiva, fisiológica, e nota global. Identifica-se também a satisfação com as amigas como sendo preditora da motivação psicossocial, mas de forma inversa, ou seja, a maior satisfação com as amigas corresponde uma menor motivação psicossocial para amamentar (cf. Figura 2).

Figura 2 - Síntese das relações entre motivação para a amamentação e variáveis de contexto familiar



3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados é um dos pontos mais importantes de todo o processo de investigação permitindo-nos refletir sobre a investigação realizada, demonstrar os dados mais relevantes e posteriormente confrontar e comparar os resultados obtidos com os resultados de outras investigações já desenvolvidas. Assim, neste capítulo, apresentamos uma discussão mais detalhada, dando especial atenção aos resultados mais significativos analisando-os com base no quadro conceptual que serviu de suporte ao estudo, com os objetivos e questões formuladas e com os resultados de outros estudos sobre a temática em discussão. Iniciaremos, contudo, pela discussão da vertente metodológica.

3.1 – DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Desde o início da conceptualização do estudo, que uma das nossas preocupações foi desenvolver um trabalho metodológico rigoroso e científico. A metodologia usada foi a que nos pareceu ser mais benéfica para facilitar e tornar possível a realização deste estudo.

Na seleção do instrumento de colheita de dados, influíram os objetivos do estudo e as características da amostra, decidindo-nos pela utilização de um questionário. Este permitiu-nos a recolha de informação rigorosa, com variáveis mensuráveis, garantindo a livre expressão de opiniões e minimizando possíveis influências do investigador. Relativamente aos procedimentos formais e éticos, estes foram cumpridos com rigor garantindo a confidencialidade e o anonimato bem como todos os princípios éticos e morais inerentes a uma investigação científica.

Uma limitação é a técnica de amostragem ser não probabilística, uma vez que neste tipo de amostragem a probabilidade de um elemento pertencer à amostra não é igual à dos restantes elementos. O problema com este tipo de amostras é que estas podem, ou não, ser representativas da população em estudo.

Às puérperas internadas nos setores de Obstetrícia A e B do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE que aceitaram integrar o estudo entregou-se, de forma aleatória, o questionário nos meses a que se reporta o estudo, no momento da alta, procedendo posteriormente à sua recolha sendo que a população alvo se insere no contexto de um hospital

central, o qual serve uma população de aproximadamente 500.000 habitantes, registando-se cerca de 2500 partos ano e encontrando-se num processo de acreditação como Hospital Amigo dos Bebés.

Efetuámos o tratamento estatístico utilizando o programa SPSS 20.0, tendo sido excluídos todos os questionários que não se encontravam corretamente preenchidos, constituindo-se uma amostra de 271 puérperas.

Em suma, somos de opinião que as opções metodológicas foram as adequadas ao tipo de investigação, conscientes que devíamos ter estudado uma amostra de maiores dimensões, necessitando para o efeito de um período mais dilatado de tempo para a recolha de dados, fator que consideramos como limitativo.

Os objetivos deste estudo estão descritos anteriormente e permitem-nos direcionar o estudo. Iniciamos a discussão dos resultados com as características sociodemográficas e profissionais das puérperas e com a caracterização da história do aleitamento anterior e atual. Seguidamente analisamos os recursos familiares e o suporte social das puérperas e por último estudamos e discutimos a relação entre a satisfação com o suporte social e familiar e os recursos familiares das puérperas com a sua motivação para amamentar.

3.2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amostra em estudo é constituída por 271 puérperas internadas nos sectores A e B de internamento de puerpério do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE. A idade das puérperas varia entre os 15 e os 42 anos sendo que a média de idade é de cerca de 30,60 anos com uma dispersão moderada em torno da média. Os dados observados estão de acordo com os referidos por Pordata (2012), em que a idade média de maternidade a nível nacional foi de 30,9 anos em 2011.

Procedeu-se então ao agrupamento da idade em classes homogéneas, tendo por base os dados do INE relativos à idade média das mães aquando do nascimento do primeiro filho, que é de 29,2 anos. Estudámos os dois grupos e verificámos que 67,9% das puérperas tem idade igual ou superior a 29 anos. A maior parte das puérperas (86,3%) são casadas ou vivem em união de facto e 13,7% são solteiras ou divorciadas. Nas puérperas com idades inferiores a 29 anos existe um maior número de mulheres solteiras (24,1% vs 8,7%), por sua vez no grupo das puérperas com idades superiores ou igual a 29 anos existe maior predomínio de mulheres casadas (91,3% vs 75,9%).

A maioria das puérperas (89,3%) vive numa família nuclear, e 11,7% numa família alargada. Observamos que as puérperas com idades superiores a 29 anos estão mais representadas em famílias nucleares. Estes dados vão de encontro aos dados do INE (Instituto Nacional de Estatística) que refere uma dimensão média das famílias nacionais de 2,8 elementos no ano de 2001, sendo credível que este número tenha baixado nos últimos anos.

A maioria das inquiridas, com 68,6%, tem um emprego em tempo integral, 22,5% estão desempregadas e 8,9% trabalha em tempo parcial. Nas puérperas com menos de 29 anos existe um maior número de mulheres desempregadas (36,8% vs 15,8%) por sua vez em relação às puérperas com mais de 29 anos verificamos que 77,75 % tem um emprego em tempo integral e 6,5% um emprego em tempo parcial, concluindo-se que as mulheres mais velhas têm um emprego mais estável, o que vem de encontro à situação atual de crise que o país atravessa em que as mulheres mais novas estão a sentir dificuldades em entrar no mercado de trabalho. A taxa de desemprego feminino nacional é bastante menor com 13,1% em 2011 segundo dados do INE referidos por Pordata (2012).

Quanto à formação académica, a maioria das puérperas (33,2%) possuem habilitações literárias situadas ao nível do ensino superior (licenciatura), 31,4% possui o ensino secundário e 21% possui o 3º Ciclo do ensino básico. Nas puérperas com menos de 29 anos de idades o grupo mais representado é o do ensino secundário (47,1%), seguido do 3ºCiclo do ensino básico com 25,3% e 20,7% possuem ensino superior (licenciatura). Já as puérperas com idades superiores a 29 anos 39,1% possui ensino superior (licenciatura), 23,9% ensino secundário e 9,8% têm o grau de mestre. Concluindo-se que as mulheres mais velhas apresentam maiores habilitações literárias.

As transformações comportamentais e o papel da mulher na sociedade levaram à modificação dos padrões tradicionais com repercussões na sua sexualidade e por conseguinte na sua vida reprodutiva. Almeida, André & Lalanda (2002) salientam as oportunidades educativas, o investimento na carreira profissional, a elevada densidade populacional nesta faixa etária, os casamentos mais tardios, os segundos casamentos, a eficácia dos métodos contraceptivos, os avanços das técnicas de reprodução medicamente assistida implícitos ao adiamento da maternidade para idades mais tardias.

Face à nacionalidade, a mais representada é a portuguesa com 95.6% que se encontra próxima da média nacional, segundo dados do INE referidos por Pordata, que é de 95,9% em 2011.

Em seguida, analisaremos a relação existente entre as variáveis sociodemográficas e profissionais das puérperas face à motivação para a amamentação.

Relativamente ao Estado Civil, verificamos que são as puérperas casadas ou a viver em união de facto que apresentam, maior motivação para a amamentação (nota global) com um valor médio de 132,85, e maior motivação fisiológica e psicossocial, no entanto inferimos que as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas nas dimensões da escala e na nota global da motivação para amamentação ($p > 0,05$), ou seja, o estado civil não influencia a motivação para a amamentação das puérperas. Estes resultados, apesar de não se constituírem como conclusões estatísticas, vão no sentido de diversos estudos referenciados por Silva, Santiago & Lamonier (2011), que salientam a importância da influência paterna como um dos motivos para o aumento da incidência e prevalência do aleitamento materno, ou seja, o pai influi na decisão da mulher de amamentar e contribui para a sua continuidade. Também Rodrigues (2002) refere que a decisão de amamentar tomada juntamente com o pai contribuiu para o aumento e a duração da mesma.

No que concerne à variável Coabitação, as puérperas que estão inseridas numa família nuclear apresentam maior motivação para a amamentação, quer na nota global, quer nas dimensões cognitiva e psicossocial. O teste U de Mann Whitney revelou que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas na dimensão cognitiva ($p=0,042$) e na dimensão psicossocial ($p=0,008$), e não significativa na dimensão fisiológica e na nota global da motivação para a amamentação. Conclui-se desta forma que a coabitação influencia a motivação para a amamentação, sendo que as puérperas inseridas em famílias nucleares estão mais motivadas para a amamentação. Ao longo dos anos temos assistido a alterações da estrutura familiar, com o aparecimento de famílias nucleares, em detrimento das famílias alargadas e isto reflete-se muitas vezes na falta de apoio mais alargado da puérpera. Por outro lado, Cardoso (2006) citando o Royal College of Midwives (1994) refere um estudo que identificou a mãe da mulher como a maior fonte de desânimo, se por acaso ela mesma não amamentou, o que foi muito frequente nos anos 60 do século XX. Para Leandro, Machado & Gomes, (2007) a família é considerada o espaço natural onde se faz a transmissão dos valores éticos, culturais, sociais e cívicos e permanece como principal suporte afetivo pedagógico e social dos indivíduos e para Marques et al (2010,b) em relação à alimentação da criança, a família atua transmitindo conhecimentos sobre a melhor forma de alimentar o bebé, tendo em consideração a história e experiência de vida. Um dos significativos modos pelos quais a família interfere na alimentação do bebé é apoiando ou não a mãe na decisão de amamentar.

A forma como a família define quais são as suas prioridades, bem como a sua forma de olhar e valorizar a mulher e a criança, pode exercer influência positiva (ajuda) ou neste caso, negativa (impedimento). O sucesso ou insucesso da amamentação depende ainda da atitude de outras pessoas da comunidade, tais como pais, avós parentes e amigos. Onde se acredita que amamentar é normal, a maioria fá-lo com sucesso (Costa & Lamy, 2009).

Relativamente à situação profissional, verificamos que, as puérperas com emprego em tempo parcial estão menos motivadas para amamentar, quer na nota global da escala, quer nas dimensões cognitiva, fisiológica e psicossocial. Já em sentido oposto estão as puérperas desempregadas quem apresentam maior motivação para a amamentação. O teste de Kruskal-Wallis revelou que as diferenças estatísticas são estatisticamente significativas na dimensão psicossocial ($p=0,038$) e na nota global da motivação amamentação ($p=0,037$), ou seja, a situação profissional influencia a motivação para a amamentação, o que vem de encontro a outros resultados como é o caso do estudo de Venâncio *et. al.* (2002) que diz que a prevalência do aleitamento materno em filhos de mães trabalhadoras é menor até aos 12 meses de idade. A precariedade no trabalho e a falta de apoio da sua rede familiar pode ajudar a explicar este fenómeno.

Observamos que as puérperas com melhores habilitações literárias possuem maior motivação para a amamentação. Contudo, apenas constatamos diferenças significativas na dimensão fisiológica ($p=0,002$), onde puérperas com habilitações literárias até ao 3º ciclo têm menor motivação (95,13) e as puérperas com licenciaturas são as mais motivadas com uma ordenação média de 155,25. Podemos assim dizer que as habilitações literárias influenciam a motivação fisiológica para a amamentação, o que vai de encontro aos resultados apresentados por Rodrigues (2002) em que o nível de educação das mães é um elemento a ter também em conta na adesão e na duração do aleitamento materno, uma vez que uma correta informação sobre o processo de amamentação pode contribuir de uma forma positiva para a sua duração. Também (Barron, Lane, Hannan *et al.*, 1988; Jacobson, Jacobson e Freye, 1991; Susin, Giugliani, Kummer, 1999), todos citados por Cardoso (2006), referem que quanto maior for o grau de escolaridade da mãe maior a sua capacidade de compreensão e apreensão da informação dada pelos profissionais de saúde. Daí que uma mãe bem informada sobre as vantagens do aleitamento materno esteja mais motivada para a amamentação. Também Machado & Bosi (2008) referem que nas mulheres que amamentaram exclusivamente os seus filhos até aos seis meses de vida, foi observada uma motivação interior que lhes permitiu

superar opiniões e pressões contrárias, fazendo-as sentir mais seguras quando decidem amamentar os filhos.

As puérperas que vivem na aldeia têm menor motivação nas dimensões cognitiva, fisiológica, psicossocial e menor motivação no global da escala. Por sua vez as puérperas que residem na cidade possuem maior motivação para a amamentação (nota global) e nas dimensões cognitiva e fisiológica. No entanto, o teste de Kruskal-Wallis revelou que não existem diferenças estatísticas significativas entre as variáveis em estudo ($p > 0,05$), ou seja a zona de residência não influencia na motivação para amamentação. Apesar de não existirem diferenças significativas estes dados vão de encontro aos resultados discutidos anteriormente que nos mostram que as puérperas inseridas em famílias nucleares, que existem predominantemente em zonas citadinas, estão mais motivadas para amamentar.

As puérperas portuguesas encontram-se mais motivadas para amamentar, mas não existem diferenças estatísticas significativas ($p > 0,05$), o que significa que a nacionalidade não influencia a motivação para a amamentação.

O estudo da relação entre a motivação para a amamentação e a idade mostra-nos uma associação muito baixa e positiva com a nota global da motivação para amamentação ($p=0,801$), ou seja, quando aumenta a idade aumenta a motivação para amamentação. No entanto, inferimos que a motivação para amamentação não sofre influência da idade. Estes resultados indicam-nos uma tendência semelhante a outros estudos como é o caso de Nelas, Ferreira & Duarte (2008) que referem serem as mulheres mais velhas as que apresentam maior motivação para o aleitamento materno, e por Neto (2007) que demonstra que mães com idade igual ou superior a 35 anos amamentam mais facilmente até ao 12º mês de vida dos filhos.

De seguida iremos analisar as variáveis obstétricas. Relativamente à história da gravidez atual, verificamos que a maioria das puérperas não teve qualquer gestação anterior (45,0%), existindo 31,4% que já tiveram uma gestação e 12,9% teve duas ou mais gestações. Constatamos que nas mulheres com menos de 29 anos o grupo mais representado é o de sem nenhuma gestação (65,5%), por sua vez no grupo de mulheres com mais de 29 anos, estão mais representados no grupo das que tiveram uma gestação anterior (36,4%). Estes dados estão de acordo com os dados do INE referidos por Pordata que nos dizem que a idade média da mãe ao nascimento do 1º filho ronda os 30,9 anos em 2011 e em 1990 era de 27,1 anos. O investimento na carreira profissional, os casamentos mais tardios, a procura da estabilidade

profissional e financeira, podem explicar este cada vez maior adiamento da maternidade para idades mais tardias.

Relativamente ao número de partos anteriores, observamos que as mulheres que já tiveram dois ou mais partos estão mais motivadas para a amamentação. Constatamos que as diferenças são estatisticamente significativas para a motivação cognitiva ($p=0,025$), onde as puérperas que tiveram dois ou mais partos estão mais motivadas e as que tiveram um parto são as menos motivadas. Conhecendo, por experiência própria, todo o processo de amamentação, faz com que exista um maior envolvimento da puérpera em relação à amamentação. Este resultado vem de encontro às conclusões de diversos estudos como o de Nelas; Ferreira & Duarte (2008, p.54 e 55) que refere que “a motivação global para amamentação foi maior nas mulheres com filhos”, e Caldeira *et. al.* também chegaram aos mesmos resultados, onde verificaram que a experiência anterior contribui positivamente para a manutenção do aleitamento materno durante mais tempo.

Quanto ao número de consultas que as puérperas realizaram durante a gravidez, verificámos que 2,2% das puérperas não vigiou a gravidez, 5,9% vigiou mal a gravidez e a grande maioria com 91,9% vigiou a gravidez, o que vai de encontro a outros estudos como é o caso de Graça (2010) em que as mulheres estudadas referiram ter tido de 5 a 21 consultas. Relativamente a esta variável depreendemos que as puérperas que tiveram uma gravidez vigiada estão mais motivadas na motivação fisiológica, na motivação psicossocial e na motivação para a amamentação (nota global) no entanto o Teste de Kruskal-Wallis revela que não existem diferenças estatísticas significativas. Este resultado contraria, de certo modo, as nossas expectativas por acharmos que as consultas são importantes oportunidades de aprendizagem e esclarecimento de dúvidas, podendo aumentar desta forma a motivação para se fazer algo que trás tantas vantagens para a mãe e bebé. Segundo Takushi, Tanaka, Gallo, & Machado, (2008) a assistência pré-natal, leva a mais conhecimentos, motivada pela perspectiva de saúde da criança.

A maioria das puérperas (70.5%) teve um parto vaginal e 29.5% um parto abdominal, valor abaixo da média nacional (36,8%) e mais próximo da meta nacional para 2010 com 24,8% para o número de cesarianas, segundo dados do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, mas muito acima do que é recomendado pela OMS quando refere que apenas 10% dos partos devem ser cesarianas. Quando as puérperas são mais novas com menos de 29 anos, há uma maior percentagem de mulheres com parto vaginal face às mulheres mais velhas (80.5% vs 65.8%). Nas puérperas com mais de 29 anos ocorre um aumento de parto abdominal face às

puérperas com menos de 29 anos (34.2% vs 19.5%). Estudos de Martim et al referidos por Perry (2008) mostram que mulheres com mais idade têm uma maior probabilidade de ter um parto por cesariana. Na maioria dos casos o parto foi de termo (75.9%), sendo os valores semelhantes entre os grupos etários das puérperas.

As puérperas que tiveram parto vaginal e antes do termo apresentam valores médios mais altos de motivação cognitiva (140,19), de motivação psicossocial (137,81) e de motivação para a amamentação (nota global) com uma ordenação média de 138,37 contudo as diferenças encontradas entre os grupos não são estatisticamente significativas em ambas as variáveis estudadas ($p > 0,05$).

A maioria das puérperas que teve filhos anteriormente (90.4%) refere ter amamentado e 9,6% refere não ter amamentado. A maioria (87,9%) considerou a experiência da amamentação agradável e 12,1% referem ter tido uma experiência desagradável. Não existem diferenças significativas entre os grupos etários. Estes resultados são um pouco mais positivos que os resultados obtidos por Galvão (2006) em que refere que cerca de 26,2% das mães sentiram dificuldades, destacando-se a colocação do bebé à mama com 48,9%, os mamilos dolorosos e fissurados com 19,36%, o ingurgitamento mamário com 15,3% e as gretas mamilares com 14,2%. As puérperas que consideram a experiência anterior da amamentação como agradável estão mais motivadas, contudo as diferenças não são significativas.

As puérperas que já tiveram filhos anteriormente, os quais foram amamentados, apresentam maior motivação para a amamentação e segundo Machado & Bosi (2008), as mulheres que amamentaram exclusivamente os seus filhos até aos seis meses de vida, revelaram uma motivação interior que lhes permitiu superar opiniões e pressões contrárias, fazendo-as sentir mais seguras quando decidem amamentar os filhos. No entanto, a variável em estudo não exerce influência sobre a motivação para a amamentação, pois as diferenças estatísticas não são significativas.

Relativamente ao tempo de amamentação de filho/s anterior/es, constatamos que 26,6% amamentou entre 7 a 12 meses, 25,0% até aos 3 meses, 22,6% amamentou entre os 13 e os 24 meses e 20,2% entre os 4 e os 6 meses.

Nas puérperas mais novas (menos de 29 anos), verificamos que mais de metade (52,4%) amamentou apenas até aos 3 meses, sendo que 19,0% e 14,3% referem ter amamentado entre os 13 e os 24 meses e entre os 7 e os 12 meses, respetivamente. Os valores encontrados aos 3 meses são bastante altos. Lima (2010) refere no seu estudo uma prevalência de aleitamento materno de 71,4% aos 3 meses. Por sua vez o estudo das puérperas com mais

de 29 anos evidencia que 29,2% amamentou entre os 7 e os 12 meses, 23,3% entre os 13 e os 24 meses e 22,3% entre os 3 e os 6 meses. O valor residual evidencia diferenças significativas no grupo que amamentou até aos 3 meses, onde as mulheres com menos de 29 anos estão mais representadas face às mulheres com mais de 29 anos (52,4% vs 19,4%). Segundo Cavaco (2009), referindo dados da OMS, a falta de informação das mães, a falta de apoio dos profissionais de saúde e das comunidades são as principais causas do abandono precoce da amamentação. Por seu lado Lima (2010) identifica a assistência médica durante a gravidez e a informação acerca do aleitamento materno como fatores que se relacionam significativamente com uma maior duração deste.

A OMS e a UNICEF referem a amamentação como uma estratégia importante de sobrevivência infantil. A proteção conferida pelo leite humano contra infeções comuns em crianças resultou na redução da mortalidade infantil daí que tenham sido traçados os dez passos para o sucesso da amamentação. Face à história do aleitamento atual, a maioria das puérperas (82,8%) teve contacto com a pele do filho após o seu nascimento, 56,4% inicia o aleitamento durante os primeiros 30 minutos de vida e 43,6% só depois, o que vai de encontro ao ponto 4 das dez medidas para ser considerado Hospital Amigo dos Bebés que nos diz que se deve ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento. Verificamos ainda que as puérperas mais novas (menos de 29 anos) iniciam a amamentação mais cedo uma vez que existe uma percentagem superior de puérperas a amamentar antes dos 30 minutos face às puérperas com mais de 29 anos. O elevado número de cesarianas que existe na nossa maternidade pode ajudar a perceber estes números, uma vez que, os bebés que nascem no bloco operatório de cesariana, quase nunca iniciam o aleitamento materno logo após o nascimento e são afastados da mãe indo para o internamento de obstetria onde são prestados os cuidados imediatos e aguardam a vinda da mãe (cerca de 2 horas após o parto), e só nessa altura iniciam o aleitamento materno. O período imediatamente a seguir ao parto é importante para a amamentação com sucesso, pois, segundo Lothrop (2000) citado por Galvão (2006), quando a primeira relação de amamentação corre bem, a mãe adquire autoconfiança na sua capacidade de amamentar e isso ajuda-a a ultrapassar dificuldades futuras. Também Cardoso (2006) citando King (1991), refere que as primeiras horas após o parto, são importantes para estabelecer o vínculo mãe-filho e a mãe terá maiores possibilidades de amamentar por mais tempo.

Cerca de um quarto das puérperas (23,4%) estipula horários certos para amamentar e 36,8% fez introdução da chupeta o que contraria o passo 8 – Dar de mamar sempre que o bebé

queira e 9 – Não dar tetinas ou chupetas às crianças amamentadas ao peito até que esteja bem estabelecida a amamentação. O uso de bicos artificiais, entre eles a chupeta, foi uma prática frequente que mostrou tendência de aumentar o desmame precoce de acordo com Caminha, Serva, Anjos, Brito, Lins, M. & Filho (2011).

Em relação ao passo 10 - Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes após a alta do hospital ou da maternidade, verificamos que apenas 10,1% recorreu a grupos de apoio à amamentação. Contudo, quando questionadas acerca das dificuldades sentidas durante o internamento com a amamentação, 69,6% refere a dificuldade na pega, e 30,4% as dores\gretas nos mamilos.

O estudo da motivação para a amamentação em função do contacto da puérpera com a pele do filho após o nascimento reflete que as que tiveram contacto apresentam valor médio mais elevado, ou seja, estas puérperas estão mais motivadas para amamentarem o filho. Contudo o teste U de Mann Whitney revela diferenças estatisticamente não significativas quer ao nível das dimensões, quer na nota global da motivação, ou seja, o contacto com a pele do filho, neste estudo, não influencia a motivação para a amamentação.

Quanto à relação entre a Motivação para Amamentação e a estipulação de horários para amamentar, o teste U de Man Whitney revela que as ordenações médias são superiores na motivação cognitiva, fisiológica e motivação (nota global) quando as mulheres não estipularam horários certos para amamentar. Estes dados vêm de encontro ao que se refere o ponto nº 8 dos 10 passos da iniciativa “Hospital Amigo dos Bebés – Dar de mamar sempre que o bebé queira.

Em relação às variáveis familiares assinalamos que a associação entre as puérperas motivadas para a amamentação e os recursos familiares é positiva e significativa pelo que, as mulheres mais motivadas para amamentarem o seu filho, têm melhor orgulho familiar, entendimento familiar e melhores recursos familiares, logo mais prevenidas para situações indutoras de stress. É consensual que o companheiro ao manifestar carinho e interesse pela mulher, permite acalmar as suas inquietações e proporcionar o apoio necessário para manter o equilíbrio e serenidade fundamental para o desenvolvimento da amamentação. Brazelton (1992) citado por Galvão (2006) defende que a amamentação deve ser agradável para a mãe e filho, mas as experiências de vida da mulher e o apoio familiar que tem, podem fazer com que a mãe não queira ou não se sinta preparada para a amamentação. A maioria das mulheres que têm apoio emocional e físico verdadeiro conseguem amamentar os seus filhos e o prazer que sentem incrementa os seus sentimentos de êxito como mães. Cardoso (2006) citando o Royal

College of Midwives (1994) refere um estudo que identificou o bebê e o pai do bebê, como as maiores fontes de estímulo positivo na intenção materna de amamentar, e a mãe da mulher, como a maior fonte de desânimo, se por acaso ela mesma não amamentou o que foi muito frequente nos anos 60 do século XX.

As correlações entre a motivação para amamentação com as dimensões e a nota global do suporte social, evidencia que as associações são inversas em todas as dimensões, exceto nas atividades sociais, ou seja, a um melhor suporte social corresponde uma maior motivação para amamentarem. Apesar de não haver muitos estudos que relacionem a motivação para a amamentação e o suporte social, acreditamos que a rede social mais que um simples agrupamento de pessoas, exerce um papel ativo, sendo responsável pelas maiores interferências sobre os cuidados com o bebê, com destaque para os mitos passados de geração em geração, as experiências observadas pela mãe dentro do seio da família, a pressão exercida sobre esta, a opinião e a orientação sobre a amamentação de maneira a incentivar ou a desestimular o aleitamento materno (Marques et al, 2010,a). Por outro lado, a mulher deixou de ter o apoio que era tanto emocional e educativo como físico, nos cuidados a outros filhos e nas atividades domésticas, porque a economia familiar passou a contar com o salário da mulher e a sua atividade fora do lar o que condicionou fortemente a diminuição da amamentação, Rodrigues (2002).

4 – CONCLUSÕES E SUGESTÕES

O objetivo geral deste trabalho é estudar a motivação para a amamentação determinando, para isso, a relação que as variáveis sociodemográficas, obstétricas, história do aleitamento anterior e atual e as variáveis familiares e sociais revelam ter com a motivação para amamentar. Ainda que não o possamos afirmar como representativo da população Portuguesa, pela dimensão da amostra, acreditamos ter obtido informações válidas à compreensão do fenómeno em análise.

A revisão bibliográfica realizada na primeira parte deste trabalho apesar de não ter sido muito vasta, permitiu clarificar alguns aspetos básicos para a compreensão da temática estudada.

A amamentação é considerada uma estratégia importante de sobrevivência infantil pela UNICEF, pela OMS e por órgãos de proteção à criança. A proteção conferida pelo leite humano contra infeções comuns em crianças resultou na redução da mortalidade infantil como vários estudos demonstram e como tal toda a ajuda é importante no sentido de se identificarem fatores que interfiram no desmame precoce. A motivação para a amamentação deve ser considerada como uma variável importante, dado que a motivação é o motor impulsionador de toda a nossa ação.

Foram inquiridas 271 puérperas, a maioria de nacionalidade Portuguesa, que apresentam uma idade média de 31 anos, sendo que 67,9% tem idade superior ou igual a 29 anos. A maioria das puérperas é casada ou vive em união de facto (86,3%), pertence a uma família nuclear (89,3%), reside em aldeia preferencialmente (48,0%), 33,2% possui o Ensino Superior e uma situação profissional que indica um emprego integral (68,6%).

Os resultados que obtivemos mostram-nos um perfil obstétrico médio que evidencia que a maioria (48,7%) é puérpera pela primeira vez e 41,8% das puérperas já teve um parto anterior. Nas puérperas com menos de 29 anos 71,3% ainda não passou pela experiência do parto, quando as mulheres têm ≥ 29 anos aumenta o número das que já teve pelo menos um parto (41,8%). A maioria teve uma gravidez planeada (76,0%), vigiada (91,9%), com um parto vaginal (70,5%) e de termo (75,9%).

As puérperas estudadas com filhos anteriores amamentaram os filhos (90,4%) e consideraram a experiência agradável (87,9%). As puérperas com 29 anos ou mais tiveram

uma maior adesão ao aleitamento anterior (90,4%vs 84%) em relação às puérperas com menos de 29 anos de idade.

Relativamente ao tempo de amamentação, verificámos que 26,6% amamentou entre 7 a 12 meses, 25,0% até aos 3 meses, 22,6% amamentou entre os 13 e os 24 meses e 20,2% entre os 4 e os 6 meses. Se considerarmos o total de mulheres que amamentaram pelo menos 6 meses verificamos que 69,4% o fez. Quando as puérperas têm menos de 29 anos, verificamos que mais de metade amamentou apenas até aos 3 meses (52,4%). Por sua vez o estudo das puérperas com ≥ 29 anos evidencia que 29,2% amamentou entre os 7 e os 12 meses, 23,3% entre os 13 e os 24 meses e 22,3% entre os 3 e os 6 meses. Metade das puérperas que referiram uma experiência desagradável tiveram dificuldades na amamentação e não recorreram a ninguém para pedir ajuda. A maioria das puérperas (82,8%) teve contacto pele a pele com o bebé após o seu nascimento, 76,6% não estipula horários para amamentar e 63,2% não fez introdução da chupeta. Verificámos também que 56,4% das puérperas inicia o aleitamento durante os primeiros 30 minutos de vida e 43,6% só depois deste tempo. Quando questionadas acerca das dificuldades sentidas durante o internamento com a amamentação, 69,6% refere a dificuldade na pega, e 30,4% as dores/gretas nos mamilos.

As mulheres com ≥ 29 anos têm melhor entendimento familiar e apesar de não existirem diferenças estatísticas significativas as mulheres casadas/União de facto, que vivem numa família nuclear, com emprego em tempo integral, a residirem em vilas, que não amamentaram os outros filhos ou o fizeram apenas até aos 6 meses, possuem melhores recursos familiares (nota global), melhor entendimento familiar e melhor orgulho familiar.

Em relação à satisfação com o suporte social verificámos que as mulheres com idade ≥ 29 anos, casadas/união de facto que pertencem a uma família nuclear, têm emprego em tempo integral, residem na cidade, não amamentaram outros filhos, ou então fizeram-no por 3 meses possuem maior satisfação com o suporte social (nota global), no entanto não podemos concluir por não existirem diferenças estatísticas significativas que o comprovem.

Em relação à temática central em estudo, verificámos que as puérperas mais motivadas para amamentar são as que vivem em famílias nucleares, estão desempregadas e têm melhores habilitações literárias. Apesar de não se terem encontrado diferenças estatísticas significativas, as puérperas casadas ou a viver em união de facto, que vivem na cidade, que têm ≥ 29 anos, planearam e vigiaram a gravidez, amamentaram anteriormente, tiveram contato pele a pele com o bebé quando este nasceu, iniciaram o aleitamento materno na

primeira meia hora de vida do bebê, não introduziram chupeta e não estipularam horário certo para amamentar, apresentam valores médios mais altos de motivação para amamentar.

Em relação às variáveis de contexto familiar pode-se inferir que, a satisfação com as atividades sociais é preditora da motivação para a amamentação (nota global e dimensões). A variável recursos familiares também é identificada como sendo preditora da motivação cognitiva, fisiológica, e nota global. Identifica-se também a satisfação com as amigas como sendo preditora da motivação psicossocial, mas de forma inversa, ou seja, a maior satisfação com as amigas corresponde uma menor motivação psicossocial para amamentar.

Exercendo a nossa atividade profissional num serviço de puerpério num hospital candidato a hospital amigo dos bebês, devemos procurar identificar, por um lado, causas do desmame precoce, e por outro fatores determinantes no prolongamento da amamentação. Embora os resultados da pesquisa nos tenha permitido encontrar relação entre algumas variáveis, não encontramos confirmação estatística para muitas delas e poderia ser vantajoso efetuar mais estudos dentro desta área, mas abrangendo outras variáveis que possam complementar este e outros estudos realizados.

Determinada a importância que os recursos familiares têm na motivação para a amamentação, devemos investir um pouco mais no esclarecimento das populações no que diz respeito às vantagens do aleitamento materno com campanhas de educação para a saúde a nível dos agregados familiares bem como a promoção de grupos de apoio constituídos por mães motivadas e com experiência gratificante de amamentação que a quissem transmitir. Sabemos que as mães até podem estar motivadas para a amamentar, mas se não tiverem apoio irão ter muitas dificuldades para continuar.

Propomos, deste modo, a criação de um espaço físico com apoio de enfermeiros conselheiros de amamentação, dentro do serviço de obstetrícia, onde as mães com dificuldades na amamentação, após a alta hospitalar, possam recorrer sempre que entendam necessário, durante o dia, e até ao desaparecimento das dificuldades. Diversos estudos mostram que a continuidade do acompanhamento é fundamental para se diminuir o desmame precoce. Os ganhos em saúde pública são seguramente superiores aos gastos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, A. N., André, I. M. & Lalanda, P. (2002). *Novos padrões e outros cenários para a fecundidade em Portugal. Análise Social*, vol. XXXVII (163),371-409. Acedido em 09,Outubro,2012em:<http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218732699N2uHX4tb3Mz73TK7pdf>

Amamentar, O sítio do Aleitamento Materno para cidadãos e profissionais de saúde. Dez medidas para ser considerado hospital amigo dos bebés. Acedido em 8 de Setembro de 2012 em <http://www.amamentar.net/IniciativaAmigosdosBeb%C3%A9s/10medidasparaserconsideradoHospitalAmigosdos/tabid/414/Default.aspx>

Barron, P., Lane H., Hannan T., Struempler, B., Williams J., (1988). *Factors influencing duration of breast feeding among low-income women. J Am Diet Assoc.* 1988 Dec;88 (12):1557-61. Acedido em 25 de Outubro de 2012, pmid: 3192877 [pubmed - indexed for medline]

Bobak, I.M., Lowdermilk, D.L., Jensen, M.D. (1999). *Enfermagem na Maternidade.* (4ªEd.) Loures. Lusociência

Caldeira, T., Moreira, P. & Pinto, E. (2007). *Aleitamento Materno: estudo dos factores relacionados com o seu abandono. Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23: 685-99

Caminha, M., Serva, V., Anjos, M., Brito, R., Lins, M. & Filho, M. (2011). *Aleitamento materno exclusivo entre profissionais de um Programa Saúde da Família* *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (4):2245-2250, 2011. Acedido em 19 de julho de 2012, <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000400023>

Cardoso, L. (2006). *Aleitamento materno: Uma prática de educação para a saúde no âmbito da Enfermagem Obstétrica.* Tese de Mestrado apresentada à Universidade do Minho. Braga. Acedido em 10 de Setembro de 2012 em <http://hdl.handle.net/1822/6680>

Catarino, M. (2007). *Ideias e práticas das mães face à amamentação.* Faro: Departamento de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve. Acedido em 10 de Setembro de 2012 em https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/583/1/Tese_Mestrado_Maria_Joao_Catarino.pdf

Cavaco, M. (2009). *Aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo – Promoção do aleitamento materno de RNPT_s internados na unidade de cuidados intensivos ao recém-nascido da Maternidade Daniel de Matos, Coímbra.* Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do porto. Acedido em 19 de julho de 2012, <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/18632/2/Tese%20Maria%20Graca%20Cavaco.pdf>

Coutinho, C. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas Teoria e Prática (Reimpressão).* Edições Almedina.

Costa, A. & Lamy, L., (2009). *Amamentação: uma questão de desejo ou cultura?* Revista Enfermeiro, Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. Acedido em 19 de julho de 2012, http://www.chb.algarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyres/E3591D0C-885A-4CB4-8325-A9FA758145C6/17030/Amamentacao_trabalho_cientifico.pdf

Dicionário da língua portuguesa contemporânea (2001). Lisboa: Academia das ciências de Lisboa. Editora verbo p2536.

Ferreira, M., Nelas, P., Duarte, J. (2011). *Motivação para o Aleitamento Materno: Variáveis Intervenientes*. Millenium, 40: 23-38.

Fortin, M.F., (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidata.

Galvão, D. (2006). *Amamentação bem sucedida: alguns fatores determinantes*, Camarate: Lusociência.

Gauquelin, M. e F., Akoun, A., Amar, A., Chauchard, P., Rideau, A., Sarton, A., Vctoroff, D. & Vilhaine, M., (1978). *Dicionário de Psicologia. As ideias/As obras/ Os homens*. Lisboa: editora Verbo pg. 352.

Graça, L. C., 2010. *Contributos da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno*. Lisboa: Universidade de Lisboa com a participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Acedido em 19 de Julho de 2012, <http://hdl.handle.net/10451/3710>

Gomes, B. & Pereira, M., (2007). *Preparação para o parto: impacte na grávida e companheiro*. In *Psicologia da Saúde Familiar: aspetos teóricos e investigação*. Lisboa: Pereira, M. (org.) Manuais universitários 52. Climepsi editores. Pp 319 -348

Leandro, E., Machado, J. & Gomes, R., (2007). – *Promoção da saúde e prevenção da doença: realidades e miragens nas famílias portuguesas*. In *Psicologia da Saúde Familiar: aspetos teóricos e investigação*. Lisboa: Pereira, M. (org.) Manuais universitários 52. Climepsi editores. p267-292.

Lima, M. (2010). *Aleitamento materno. Estudo da prevalência e duração na área de influência do centro de saúde de Belmonte*. Dissertação para a obtenção do grau de mestre em medicina. Covilhã. Faculdade de ciências da saúde, Universidade da beira interior.

Lowdermilk, D.; Perry, S., Alden, K., Cashion, K., Corbett, R. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. Loures: 7ª edição. Lusodidata.

Machado, A., Nakano, A., Almeida A. & Mamede, M., (2004). *O lugar da mãe na prática da amamentação de sua filha nutriz: o estar junto*. Brasília: Rev Bras Enferm (DFmar/abr; 57(2):183-7. Acedido em 19 de julho de 2012, www.scielo.br/pdf/reben/v57n2/a10v57n2.pdf

Marques(a), E., Cotta, R., Botelho, M., Franceschini, S., Araújo, R. & Lopes, L., (2010). *Rede social: desvendando a teia de relações interpessoais da nutriz* Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 [1]: 261-281. Acedido em 19 de julho de 2012, <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000100014>

Machado, M. & Bosi, M., (2008). *Compreendendo a prática do aleitamento exclusivo: um estudo junto a lactantes usuárias da Rede de Serviços em Fortaleza, Ceará, Brasil*. Recife: Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 8 (2): 187-196, abr. / jun., 2008. Acedido em 19 de julho de 2012, <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292008000200006>

Maroco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. Pero Pinheiro: edições Sílabo.

Marques (b), E., Cotta, R., Magalhães, K., Sant'Ana L., Gomes, A. & Siqueira-Batista, R., (2010). *A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde*. Viçosa: Ciência & Saúde Coletiva, 15 (Supl. 1):1391-1400, 2010. Acedido em 17 de Julho de 2012, <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700049>

Nelas, P., Ferreira, M. & Duarte, J., (2008). *Motivação para a amamentação: Construção de um instrumento de medida*. Revista referência IIª Serie n.6, p.39-56.

Neto, F., (2000). *Psicologia Social (Vol 2)*. Lisboa: Universidade Aberta.

Órfão, A. & Gouveia, C., (2009). *Apontamentos de anatomia e fisiologia da lactação*. Revista portuguesa de clínica geral 2009;25:347 – 54. Acedido em 19 de julho de 2012, http://old.apmgf.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=33568&artId=84

Pais-Ribeiro, J. L. (1999). *Escala de satisfação com o suporte social/familiar, ESSS*. Análise psicológica. Lisboa: série XVII, nº 3 (Julho/ Setembro de 1999), pp 547-558.

Perry, L. (2008). *Enfermagem na maternidade*. (7ª Ed.). Loures: Lusodidata.

Pestana, M. & Gageiro, J., (2005). *Descobrimos a regressão: com a complementaridade do SPSS*. Lisboa: edições Sílabo.

Pinto, A., (2001). *Psicologia geral*. Lisboa: Universidade Aberta. Nº 227.

Plano Nacional de Saúde 2004-2010 Evolução dos valores dos indicadores em Portugal Continental (2001-2009) acedido em 8 de Setembro de 2012 em http://impns.dgs.pt/files/2007/11/EvolucaoContinente_20Jul2011.pdf

Pordata (2012). *Dimensão média das famílias em Portugal segundo os censos em 2001*. Acedido em 2 de Setembro de 2012 em <http://www.pordata.pt/Portugal/Dimensao+media+das+familias+segundo+os+Censos-908>

Pordata (2012). *Idade média da mãe ao nascimento de um filho* Acedido em 2 de Setembro de 2012 em <http://www.pordata.pt/Portugal/Idade+media+da+mae+ao+nascimento+de+um+filho-417>

Pordata (2012). *Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho* Acedido em 14 de Setembro de 2012 em <http://www.pordata.pt/Portugal/Idade+media+da+mae+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805>

Pordata (2012). *População estrangeira com permanência regular em % da população residente em Portugal em 2011*. Acedido em 2 de Setembro de 2012 em

<http://www.pordata.pt/Portugal/Populacao+estrangeira+com+permanencia+regular+em+percentagem+da+populacao+residente+total+e+por+sexo-533>

Pordata (2012). *Taxa de desemprego: total e por sexo em % e em Portugal*. Acedido em 2 de Setembro de 2012 em <http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+desemprego+total+e+por+sexo+%28percentagem%29-550>

Relvas, A. & Alarcão, M., (2002). *Novas formas de família*. Psicologia clínica e psiquiatria. Coimbra: quarteto editora.

Ribeiro, JLP (1999). *Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)*. *Análise Psicológica*, 3(XVII), pp547-558.

Rocha, A., Isaac, M. & Martins, S., (2003). *Fatores e processos de aprendizagem*. Editora Nova etapa.

Rodrigues, M., (2002) *Intenção de amamentar fatores que a influenciam* Porto: Faculdade de medicina - Universidade do Porto. Mestrado em ciências de enfermagem-pediatria Orientado pela Professora Doutora Hercília Guimarães. Acedido em 4 de Setembro de 2011, <http://hdl.handle.net/10216/9827>

Sandes, A., C. Nascimento, J. Figueira, R. Gouveia, S. Valente, S. Martins, S. Correia, E. Rocha & L. Da Silva (2007). *Aleitamento Materno Prevalência e Factores Condicionantes*. Lisboa: Acta Med Port 2007; 20: 193-200.

Silva, B., Santiago, L. & Lamonier, J., (2011). - *Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa*. Rev Paul Pediatr 2012;30 (1):122-30. Acedido em 19 de julho de 2012, <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822012000100018>

Takushi, S., Tanaka, A., Gallo, P. & Machado, M., (2008). *Motivação de gestantes para o aleitamento materno*. Campinas: Rev. Nutr., 21 (5):491-502, set./out., 2008. Acedido em 19 de julho de 2012, <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732008000500002>

Venancio, S., Escudera, M., Kitoko, P., Rea, M. & Monteiro, C. (2002). *Frequência e determinantes do Aleitamento Materno em municípios do Estado de São Paulo*. *Revista de Saúde Pública*, vol. 36, n.º 3, São Paulo, (Junho 2002).

ANEXOS

ANEXO 1 – Questionário sobre Motivação para Amamentação

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

MUITO OBRIGADA

Margarida Ferreira

Dados relativos ao estudo

Área científica: Enfermagem de saúde materna e obstetrícia

Investigador principal: Margarida Ferreira

Investigador responsável: Paula Nelas

Ano: 2010/2011

Curso: 1º curso de mestrado de saúde materna e obstetrícia

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

I PARTE

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

II PARTE – História da gravidez

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

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

III PARTE – História do aleitamento anterior

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

5. A quem pediu ajuda? _____

IV PARTE – História do aleitamento actual

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

7. A quem recorreu para as resolver:

Sente-se motivada para amamentar?

1. Nada Motivada	2 - Pouco Motivada	3-Razoavelmente motivada	4 - Motivada	5 – Muitíssimo Motivada

V PARTE – ESCALA DE MOTIVAÇÃO PARA AMAMENTAÇÃO

(Nelas, Ferreira e Duarte 2008)

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

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

Escala:

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

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

Motivação para a amamentação, recursos familiares e satisfação com o suporte social

RECURSOS FAMILIARES

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

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

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

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

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

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

Legenda:

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

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

ANEXO 2

Aos Ex. mos Directores e coordenadores de curso / coordenadora de Ext. U.
para informarem.
10/12/10



Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

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

Autoriza
Informe-se

5/04/10

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:	Ofício nº 1056	Data: 06/12/2010
Processo:		Processo: 70	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR A COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular – Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e um estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia (CMESMOG) – Margarida Costa Loureiro Dias Ferreira, está interessado em desenvolver um estudo subordinado ao tema "Motivação para Amamentar: Auto-Estima, Afecto, Recursos e Suporte Social". Trata-se de um estudo de investigação de enorme relevância para a melhoria dos cuidados de enfermagem e para a promoção do aleitamento materno.

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

O estudo tem como objectivo:

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

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

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

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

O resultado do estudo será colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição.

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

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

Gratos pela atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV,

João Carvalho Duarte
(Prof. Coordenador)

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

PN/AL

Na resposta indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar só de um assunto