

Cláudia Patrícia da Costa Brás

Intenção da Grávida para Amamentar

**Relatório Final**

1º Curso de Mestrado em ESMOG

Trabalho efectuado sob a orientação de  
Professora Doutora Manuela Ferreira  
Professor Doutor João Duarte





“Há um longo caminho entre o que se diz e o que se faz”

(Cervantes, 1809)



Dedico este trabalho aos meus pais pelo constante apoio e preocupação, que apenas pais dedicados sabem dar.

Ao meu irmão, cúmplice de muitos momentos, pelo carinho.

Aos meus amigos, pelo incentivo e amizade constante.



Percorrido um longo mas gratificante caminho, chegou o momento de reconhecidamente agradecer o apoio, colaboração e amizade de todos os que tornaram possível a concretização deste trabalho.

À Professora Doutora Manuela Ferreira, pela competência, persistência, disponibilidade sempre presentes na orientação do meu estudo, pelas palavras de incentivo nos momentos difíceis e pelo imenso respeito pelo meu ritmo de trabalho.

Ao Professor Doutor João Duarte, pela sua preciosa ajuda, disponibilidade e esclarecimento no tratamento estatístico.

À Professora Dolores Sardo, pela sua orientação, disponibilidade e que amavelmente me facultou o instrumento de avaliação utilizado.

Aos Profissionais de Saúde das Consultas Externas da Maternidade Bissaya Barreto e às Enfermeiras Especialistas do Curso de Preparação para o Nascimento, o meu agradecimento pela colaboração e disponibilidade demonstrada.

Uma palavra de carinho para as grávidas que de uma forma anónima e voluntária fizeram parte deste estudo, partilhando as suas experiências.

À minha família pelo amor que me dedicaram, sem eles a concretização do presente trabalho e o esforço nele investido teria sido inglório.

Aos meus amigos, colegas de trabalho, um agradecimento especial pelo incentivo constante, paciência e carinho.

A todos os demais a minha sincera estima.



## INDICE DE TABELAS

	<b>Pág.</b>
Tabela 1 – Análise descritiva da idade	65
Tabela 2 – Dados demográficos da grávida	65
Tabela 3 – Conceitos teóricos e questões correspondentes na escala	68
Tabela 4 – Fiabilidade da escala de Atitude	70
Tabela 5 – Estatísticas descritivas das questões da escala de Atitude	71
Tabela 6 – Estatísticas descritivas do score da escala de Atitude	71
Tabela 7 – Fiabilidade da escala de Norma Subjectiva	72
Tabela 8 – Estatísticas descritivas das questões da escala de Norma subjectiva	73
Tabela 9 – Estatísticas descritivas do score da escala de Norma Subjectiva	73
Tabela 10 – Fiabilidade da escala de Percepção de Controlo	74
Tabela 11 – Estatísticas descritivas das questões da escala de Percepção de Controlo	74
Tabela 12 – Estatísticas descritivas do score da escala de Percepção de controlo	75
Tabela 13 – Fiabilidade da escala de Motivação	75
Tabela 14 – Estatísticas descritivas das questões da escala de Motivação	76
Tabela 15 – Estatísticas descritivas do score da escala de Motivação	76
Tabela 16 – Dados demográficos do marido/companheiro	81
Tabela 17 – Classificação Nacional de Profissões (1994)	82
Tabela 18 – Variáveis obstétricas	83
Tabela 19 – Razões porque a mãe deixou de amamentar na outra gravidez	85
Tabela 20 – Razões porque as grávidas estavam motivadas e decidiram amamentar	86

Tabela 21 – Variáveis relacionadas com a decisão para amamentar	87
Tabela 22 – Escala de Atitudes segundo as variáveis obstétricas e contextuais	89
Tabela 23 – Escala de Norma Subjectiva segundo as variáveis obstétricas e contextuais	89
Tabela 24 – Escala de Controlo Comportamental percebido segundo as variáveis obstétricas e contextuais	90
Tabela 25 – Escala de Motivação segundo as variáveis obstétricas e contextuais	91
Tabela 16 – Escala de Atitudes segundo as variáveis sociodemográficas	92
Tabela 27 – Escala de Norma Subjectiva segundo as variáveis sociodemográficas	93
Tabela 28 – Escala de Controlo comportamental percebido segundo as variáveis sociodemográficas	94
Tabela 29 – Escala de Motivação segundo as variáveis sociodemográficas	95
Tabela 30 – Escala de Atitude segundo as variáveis relacionadas com a experiência em amamentação e com a decisão para amamentar	96
Tabela 31 – Escala de Norma subjectiva segundo as variáveis relacionadas com a experiência em amamentação e com a decisão para amamentar	97
Tabela 32 – Escala de Controlo comportamental percebido segundo as variáveis experiência em amamentação e decisão para amamentar	98
Tabela 33 – Escala de Motivação segundo as variáveis relacionadas com a experiência em amamentação e com a decisão para amamentar	99

## INDICE DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
Figura 1 – Representação da Teoria do Comportamento Planeado	48
Figura 2 – Esquema Geral da Investigação	63



## **INDICE DE SIGLAS**

A.M. - Aleitamento Materno

IHAB - Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência

OMS - Organização Mundial da Saúde



## RESUMO

A Organização Mundial de Saúde preconiza o aleitamento materno exclusivo até aos seis meses de idade. No entanto, um grande número de mães desiste precocemente de amamentar durante o primeiro mês de vida do bebé. A disposição para realizar este comportamento encontra-se impregnada de hábitos sociais, culturais, económicos, mas depende sobretudo da intenção da grávida e de várias condições que interferem na mesma.

Com esta investigação pretende-se identificar os factores preditores da intenção da grávida para amamentar.

O estudo realizado é de natureza quantitativa, não experimental, transversal, descritivo-correlacional e explicativo. Foi aplicado um questionário a 216 grávidas que fizeram a vigilância pré-natal e cursos de preparação para o parto/parentalidade, constituído pela caracterização sociodemográfica, obstétrica, contextual, caracterização relacionada com a experiência em amamentação e a decisão em amamentar e por uma escala, a Escala de Motivação e Intenção da Grávida para Amamentar.

Os resultados sugerem que são as mulheres multíparas (24,5%), com experiência anterior em amamentação (22,2%), e que decidiram amamentar antes da gravidez (74,3%), que revelam níveis superiores de intenção para o comportamento amamentar. As grávidas mais novas (24,1%), com baixo nível de escolaridade (13,9%) e as grávidas que decidiram amamentar até à idade preconizada pela Organização Mundial de Saúde (18,3%), encontram-se mais motivadas para o aleitamento materno, evidenciando motivação extrínseca e intrínseca, respectivamente.

Este estudo sugere-nos que a atitude e o controlo comportamental percebido foram os constructos que se destacaram como factores preditores da intenção para amamentar, em detrimento da norma subjectiva.

**Palavras-chave:** Amamentação; Intenção; Teoria do Comportamento Planeado



## **ABSTRACT**

The World Health Organization recommends breastfeeding exclusively up to six months old. However, a large number of mothers give up breastfeeding early, during the first months of the baby's life. The disposal to perform this behaviour is imbued with social, cultural and economical habits but mainly depends on the intention of the pregnant woman and the various conditions that interfere with her. This research aims to identify predictive factors of the intention of the woman to breastfeed.

The realized study is quantitative, non-experimental, cross-sectional, co-relational, descriptive and explanatory. A questionnaire was given to 216 pregnant women who had been given prenatal surveillance and preparation courses for childbirth / parenting, consisting in socio-demographical, obstetrical and contextual characteristics related with the breastfeeding experience, the decision to breastfeed and with the Motivation and Intention Scale for Pregnant and Breastfeeding Women. The results suggest that women who are multiparous (24.5%), with previous experience in nursing (22.2%), and who decided to breastfeed before the pregnancy (74.3%), that show higher levels of intention to a breastfeeding behaviour. Younger pregnant women (24.1%), with a lower education level (13.9%) and pregnant women who decided to breastfeed until the age recommended by the World Health Organization (18.3%), are more motivated to breastfeeding, showing extrinsic and intrinsic motivation, respectively.

This study indicates us that the attitudes and the perceived behavioural control were the factors that stood out as predictors of the intention to breastfeed, rather than the subjective norms.

**Keywords:** Breastfeeding; Intention; Theory of Planned Behaviour



## ÍNDICE

	Pág
ÍNDICE DE TABELAS	
ÍNDICE DE FIGURAS	
ÍNDICE DE SIGLAS	
<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>21</b>
<b>I PARTE – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	
<b>2 AMAMENTAÇÃO: EM BUSCA DA PRIMAZIA</b>	<b>29</b>
2.1 VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO	31
2.1.1 Vantagens biológicas	32
2.1.2 Vantagens psicológicas	34
<b>3 DECISÃO DE AMAMENTAR</b>	<b>37</b>
3.1 FACTORES QUE INTERFEREM NO ALEITAMENTO MATERNO	37
3.1.1 Factores pessoais	38
3.1.2 Factores associados à prática de cuidados	39
3.1.3 Factores familiares	41
3.1.4 Factores psicológicos	42
3.1.5 Factores sociais	43
3.1.6 Factores laborais	45
<b>4 INTENÇÃO COMPORTAMENTAL</b>	<b>47</b>
4.1 TEORIA DO COMPORTAMENTO PLANEADO	47
4.2 COMPONENTES DETERMINANTES NA INTENÇÃO	51
4.2.1 Intenção para amamentar: a influência combinada de elementos	52
4.2.2 Motivação	54

## II PARTE – CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA

<b>5 MÉTODOS</b>	<b>59</b>
5.1 PARTICIPANTES	63
<b>5.1.1 Caracterização socio-espacial da amostra</b>	<b>64</b>
<b>5.1.2 Caracterização sociodemográfica da amostra</b>	<b>64</b>
5.2 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	67
<b>5.2.1 Questionário</b>	<b>67</b>
<b>5.2.2 Caracterização psicométrica da escala</b>	<b>69</b>
5.3 PROCEDIMENTOS	77
5.4 ANÁLISE DE DADOS	79
<b>6 RESULTADOS</b>	<b>81</b>
6.1 ANÁLISE DESCRITIVA	81
6.2 ANÁLISE INFERENCIAL	88
<b>7 DISCUSSÃO</b>	<b>101</b>
<b>8 CONCLUSÕES</b>	<b>109</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>115</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>125</b>
<b>APÊNDICE I - Distribuição das grávidas segundo as variáveis contextuais</b>	<b>127</b>
<b>APÊNDICE II - Variáveis relacionadas com a experiência em amamentação</b>	<b>129</b>
<b>APÊNDICE III - Análise de Conteúdo das Questões Abertas do Instrumento de Recolha de Dados</b>	<b>131</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>137</b>
<b>ANEXO I- Questionário “ Motivação e Intenção da Grávida para</b>	<b>139</b>

Amamentar”

**ANEXO II-** Autorização para a utilização do instrumento de recolha de dados 150

**ANEXO III -** Pedido de Autorização institucional para efectuar a recolha de dados na Maternidade Bissaya Barreto do Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E. 151

**ANEXO IV -** Autorização institucional para a realização do estudo na Maternidade Bissaya Barreto do Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E. 152

**ANEXO V -** Termo de Consentimento Informado para o preenchimento do questionário 153



## 1 - INTRODUÇÃO

O leite materno contém todos os nutrientes que um bebê necessita para crescer durante os primeiros seis meses de vida, protegendo-o contra infecções e estimulando o seu sistema imunitário. É um alimento completo e impossível de copiar, e até aos dias de hoje ainda ninguém conseguiu fabricar em laboratório um alimento igual ao leite humano. A sua importância na promoção da saúde e na prevenção de situações compromete o desenvolvimento e o bem-estar do indivíduo, quer nas idades infantis, quer na idade adulta.

Para além da importância nutricional, o leite materno representa a oportunidade de interacção entre mãe e recém-nascido. Constitui uma base importante para o primeiro relacionamento humano e tem permanecido através dos tempos, apesar de influenciado por valores morais, sociais, conceitos mais ou menos científicos e por práticas e costumes (NORTHRUP, 2004).

Diante do reconhecimento da importância da amamentação no início da vida, inúmeros programas têm sido incrementados em todo o mundo, para a protecção à maternidade e à infância. Para organizações como, o Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência e a Organização Mundial de Saúde, a promoção da amamentação é uma prioridade, tendo estas desenvolvido inúmeros esforços com o objectivo de aumentar a prática do aleitamento materno. Na sequência da Semana Mundial do Aleitamento Materno de 2011, a Organização Mundial de Saúde tem como compromisso criar ambientes favoráveis para o aleitamento materno, inclusive nos locais de trabalho, parques, transportes públicos, serviços de saúde e outros locais onde se mobilizam mães que amamentam.

Estes esforços para aumentar a prática do aleitamento materno têm tido resultados positivos se verificarmos o aumento de mulheres que iniciam a amamentação imediatamente a seguir ao parto. No entanto, diversos estudos têm comprovado o abandono precoce desta prática, o que faz com que as metas preconizadas para a promoção da amamentação estejam ainda longe de ser atingidas. Talvez este afastamento se deva segundo Almeida e Novak (2004), às estratégias que reduzem a amamentação a

um acto meramente biológico, não a considerando imbuída de ideologias e determinada por uma cultura e sociedade.

Considerar a amamentação apenas como um acto natural, é extremamente redutor, porque o seu sucesso implica uma decisão da mãe em querer amamentar, a transmissão de uma experiência acumulada, o saber tradicional e um processo educativo/informativo transmitido por diversas fontes.

A decisão de amamentar é livre, pessoal, mas encontra-se impregnada de hábitos sociais, culturais, económicos que envolvem toda a vida da mulher. A maioria das vezes é a influência daqueles que rodeiam a mulher que determina, directa ou indirectamente, a decisão de amamentar. As alterações permanentes na vida de uma mãe, como é a adaptação desta ao novo papel, é afectada pela sua relação com o companheiro, mãe, família e com o meio sociocultural e económico em que está inserida (CARDOSO, 2006).

Diante deste quadro, várias pesquisas têm colocado a seguinte questão: quais os factores que influenciam o comportamento materno em relação à amamentação do seu bebé? Alguns estudos têm contribuído para dissipar as incertezas quanto aos elementos envolvidos no processo de amamentação, mas ainda precisamos de novos caminhos na investigação para que se conheçam bem os contornos deste facto a partir da perspectiva da mulher. Neste intuito, o conceito de intenção, ou seja, a disposição para realizar um comportamento, tem sido bastante utilizado para melhor esclarecer esta problemática. Para Wagner e Wagner (1999), as intenções comportamentais são reconhecidas por vários pesquisadores da actualidade como as mais importantes preditoras do comportamento. A este respeito, Stein et al (1987) cit. por Barnes et al (1997) destacaram que manifestações pré-natais da intenção de alimentar o bebé, estão altamente relacionadas à prática da alimentação do bebé posteriormente seguida pela mãe.

A decisão de realizarmos um estudo que abordasse o tema da intenção da grávida para amamentar, foi adquirindo contornos no decurso da frequência do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia da Escola Superior de Saúde de Viseu, como consequência das nossas inquietudes pessoais e da nossa experiência pessoal, perante um tema actual mas ainda pouco explorado no contexto português.

A escolha da área de intervenção, prende-se com o facto de sermos profissionais de enfermagem especialistas em saúde materna e obstétrica, envolvidos numa dinâmica de construção de saúde da mulher e da criança e de nos cruzarmos no quotidiano profissional com mães que apesar de amamentarem o seu filho durante o internamento,

com apoio e incentivo dos profissionais de saúde, deixam de o fazer após a alta hospitalar. Porque são reduzidos os estudos nesta área, achámos pertinente dar um maior contributo para o conhecimento da mesma, pretendendo avaliar a intenção e a motivação das grávidas para o comportamento amamentar. Esperamos que os resultados deste estudo possam vir a estimular práticas e atitudes promotoras do aleitamento materno, na comunidade em geral, e junto dos profissionais de saúde, em particular.

Tendo em conta uma particular sensibilidade para esta temática, traçámos para o presente estudo as seguintes questões de investigação:

- Que influência é atribuída às variáveis sociodemográficas, obstétricas, contextuais, às variáveis relacionadas com decisão para amamentar, com a experiência em amamentação na intenção para amamentar, quando mediada pela motivação?

- Em que medida às variáveis sociodemográficas, obstétricas, contextuais, as variáveis relacionadas com decisão para amamentar, com a experiência em amamentação têm repercussões na motivação e na intenção da grávida para amamentar?

-Que outros factores poderão também influenciar a intenção da grávida para amamentar? A idade? O estado civil? As habilitações literárias? O rendimento familiar? O nº de filhos? O tipo de parto?

Apoiando-nos na questão central desta investigação, que diz respeito à identificação de factores preditores da intenção da grávida para amamentar, formulámos os seguintes objectivos:

- Identificar as variáveis sociodemográficas e obstétricas que mais influenciam a intenção da grávida para amamentar.

- Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas, obstétricas, contextuais, as relacionadas com a experiência em amamentação, as relacionadas com a decisão para amamentar e a motivação, com a intenção da grávida para amamentar, nas suas várias dimensões.

- Verificar se as variáveis sociodemográficas, obstétricas, contextuais, as relacionadas com a experiência em amamentação e as relacionadas com a decisão de amamentar têm efeito significativo na predição da motivação.

- Analisar em que medida a variável motivação é uma variável mediadora na relação entre as variáveis independentes e a variável dependente – intenção da grávida para amamentar.

Tendo em conta as questões e os objectivos formulados, enveredámos por um estudo não-experimental, transversal, descritivo-correlacional e explicativo. Esta investigação incidiu sobre uma amostra de grávidas que fizeram a vigilância pré-natal e cursos de preparação para o parto/parentalidade na Maternidade Bissaya Barreto do Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E. A escolha da região deve-se particularmente a motivos de ordem prática, pelo facto de corresponder à área de residência e de exercício profissional do investigador.

A recolha de dados decorreu entre os meses de Janeiro a Março de 2011. A estratégia metodológica para a recolha de informação foi o questionário. A estruturação do instrumento de recolha de dados para avaliar a intenção das grávidas em amamentar é baseada na teoria do comportamento planeado (AJZEN; FISHBEIN, 1985) e foi construído por Dolores Sardo (2010).

Estruturámos o nosso estudo em duas partes. A primeira parte é dividida em três capítulos e contém a fundamentação teórica que considerámos indispensável para o conhecimento e compreensão do tema em estudo, oferecendo apoio e base científica ao mesmo. No segundo capítulo, fazemos uma abordagem à amamentação e às suas vantagens, sobretudo às vantagens biológicas e psicológicas. No terceiro capítulo, abordamos os factores que interferem na decisão da grávida para amamentar, particularmente factores pessoais, familiares, psicológicos, sociais, laborais e associados à prática de cuidados. Elaborámos o quarto capítulo, dedicado à intenção comportamental com todos os componentes que determinam a intenção da grávida para amamentar.

A segunda parte deste estudo é designada por contribuição empírica, está subdividida em quatro capítulos e conceptualiza o processo de investigação empírica. No capítulo cinco, apresentamos os métodos utilizados nesta investigação, especificamente a

conceptualização do estudo, as questões de investigação, os objectivos, o esquema conceptual de base, os participantes, fazendo referência à caracterização socioespacial e sociodemográfica da amostra. Neste capítulo expomos também o instrumento de avaliação usado para este estudo, que recaiu sobre o questionário, fazendo menção à caracterização psicométrica da escala utilizada no questionário, os procedimentos efectuados, nomeadamente os procedimentos éticos e a análise dos dados. Nos capítulos seis e sete, apresentamos os resultados e a sua discussão, respectivamente.

Finalizamos com a apresentação das conclusões, assim como as implicações práticas desta investigação, as suas limitações e sugestões para investigações futuras.

As fontes de informação utilizadas para esta investigação reportaram-se a três tipos de informação de carácter científico: informação primária, secundária, que respondem respectivamente a artigos científicos e tese, livros e artigos de revisão. Iniciámos a pesquisa em fontes de informação secundária e primárias, algumas delas adquiridas via web. Esta pesquisa tem um cunho reflexivo-teórico, contém argumentos, conclusões sobre o tema intenção da grávida para o comportamento amamentar, que pretendemos divulgar sobre a forma de artigos em revistas científicas da área da Saúde Materna e Obstétrica, para que possa chegar facilmente ao público: pesquisadores, profissionais de saúde e até mesmo utentes, permitindo uma maior visibilidade sobre esta temática.



**I PARTE**  
**FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**



## 2 – AMAMENTAÇÃO: EM BUSCA DA PRIMAZIA

Desde o começo da Humanidade, as mães amamentaram os seus filhos, conseguindo assegurar a subsistência sem qualquer substituto do leite materno. O leite materno como alimento ideal para o recém-nascido nos primeiros meses de vida, preenche todas as necessidades nutricionais, imunológicas e tem um papel extremamente importante no desenvolvimento afectivo e psicológico (FERNANDES, 2000; PERCEGONI et al, 2002; MORGANO et al, 2005). Todavia, independentemente da perfeição do método proporcionado pela natureza, a sociedade humana de tempos a tempos fabrica razões que insinuam que é melhor para as mães não amamentarem os seus filhos (PRYOR; PRYOR, 2007).

Múltiplos factores determinam as taxas de incidência e prevalência do aleitamento materno, que segundo a Organização Mundial de Saúde (1993) ficam muito afastadas da meta preconizada, que seria de uma taxa de 50% de crianças amamentadas com leite materno exclusivo até aos seis meses de idade. Embora não existam muitos estudos epidemiológicos sobre incidência e prevalência do aleitamento materno de âmbito nacional, os dados de carácter regional têm registado taxas de início da amamentação que se aproximam dos 80%, aos três meses de 50%, e decrescem para os 25%, aos seis meses (CARDOSO, 2006). A Direcção Geral da Saúde refere que cerca de metade das mães abandonam o aleitamento materno no primeiro mês de vida do bebé, motivadas por falsos conceitos relacionados com problemas técnicos e pela insegurança, receios e stress (GALVÃO, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência (UNICEF), no decorrer do encontro “Aleitamento Materno na Década de 90: Uma Iniciativa Global”, realizado em *Spedale Degli Innocenti*, na cidade de Florença, traçaram como meta global que todas as mulheres deviam estar habilitadas a praticar o aleitamento exclusivo, e todos os bebés deviam ser amamentados exclusivamente com leite materno, desde o nascimento até aos primeiros quatro a seis meses de vida. Após esse período, as crianças deveriam continuar a ser amamentadas à mama, juntamente com alimentos complementares, até os dois anos ou mais.

Em Portugal, partilharam estas preocupações e criou-se em 1992, a Comissão Nacional "Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés" (IHAB), de forma a programar, desenvolver, implementar e empenhar todos os esforços para promover o aleitamento materno, reduzindo assim as taxas de abandono precoce da amamentação. Esta comissão estipulou dez passos para a promoção do aleitamento materno a implementar em todos os estabelecimentos que tinham serviços obstétricos e cuidados aos recém-nascidos. São eles: 1) ter uma norma escrita sobre aleitamento que deveria ser transmitida a toda a equipa de saúde; 2) treinar toda a equipa de saúde para implementar esta norma; 3) informar todas as grávidas sobre as vantagens e o manuseamento do aleitamento materno; 4) ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora de vida do recém-nascido, 5) mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo que venham a ser separadas dos filhos; 6) não dar a nenhum recém-nascido outro tipo de bebida ou alimento, além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja absolutamente necessário e prescrito pelo médico; 7) praticar o alojamento conjunto, para permitir que as mães permaneçam junto dos filhos as 24 horas do dia; 8) encorajar o aleitamento sob livre demanda; 9) não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas; 10) encorajar a formação de grupos de apoio, para os quais as mães deverão ser encaminhadas após a alta hospitalar (UNICEF, 2005)

Para que estes dez passos possam ser cumpridos de forma a favorecer a manutenção da amamentação, é necessário que haja uma enorme interacção na equipa de saúde e uma grande determinação política, pois conforme Toma e Rea (2008) esta promoção do aleitamento materno exclusivo é a intervenção isolada em saúde pública com o maior potencial para a diminuição da mortalidade na infância.

O programa da OMS "Saúde para Todos na Europa", denominado "Começo saudável de vida", fixou para o ano 2020, os objectivos que, a seguir, transcrevemos, tal como são relatados por Cattaneo e Aguilar Cordero (2005) cit por Cardoso (2006):

- Os estados membros da União Europeia devem ter acesso aos serviços de planeamento familiar, serviços pré-natais, perinatais e de saúde infantil;
- No ano de 2020, todas as crianças da UE devem ter uma melhor saúde e uma vida mais saudável e um menor índice de doenças crónicas e preventivas;
- A taxa de mortalidade nos países europeus será inferior a 10 por cada 1000 recém-nascidos vivos;

- A mortalidade por acidentes, intoxicação e violência deve diminuir em 50% nas crianças menores de 5 anos;
- O índice de recém-nascidos com um peso inferior a 2,5 kg deve diminuir em 25%;
- Devem diminuir as diferenças de morbimortalidade entre os diferentes países da UE.

A nível mundial o aleitamento materno continua a ser considerado pela OMS/UNICEF uma prioridade, pelo facto de considerarem que o leite humano é o alimento de excelência para o bebé durante os primeiros 6 meses de vida, diminuindo o índice de mortalidade, o índice de morbilidade particularmente nos recém-nascidos prematuros e pelos seus efeitos na vinculação entre a mãe/filho reduz a incidência de maus tratos e violência.

## 2.1 VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO

As vantagens do aleitamento materno (A.M.) são indiscutíveis quer a curto, quer a longo prazo, e estão bem documentadas pela investigação científica. Em Março de 2004, a UNICEF divulgou uma folha informativa sobre os benefícios do aleitamento materno, apresentando dados em como tem sido produzida evidência significativa e fiável no que respeita às vantagens da amamentação, quer para o lactente, quer para a mãe, mesmo nos países industrializados (UNICEF, 2004).

Além das vantagens para a mãe e para o bebé, que iremos explicar mais adiante, o leite materno também possui outro tipo de vantagens, particularmente vantagens ecológicas, sociais e económicas. As vantagens ecológicas do aleitamento materno baseiam-se no facto de ser um produto natural, renovável, sem originar desperdícios, sem necessidade de embalagem, sem produzir resíduos não biodegradáveis e sem necessitar de transporte (WABA, 1997; CARVALHO, 2005). É um método cómodo e prático para a mulher, sempre disponível, à temperatura ideal, devidamente esterilizado, não ficando esta dependente de recursos materiais para alimentar o seu filho, daí o leite materno resultar como um benefício social, pelo seu baixo custo económico. O custo/benefício do aleitamento materno, não é possível de avaliar só em termos económicos, pois os

benefícios prolongam-se por toda a vida do indivíduo (LEVY; BÉRTOLO, 2008; LOWDERMILK, 2008).

### **2.1.1 - Vantagens biológicas**

O leite da mulher produz-se segundo um padrão próprio da nossa espécie. O código genético humano está biologicamente adaptado às características e às necessidades dos bebés humanos, modificando-se a sua composição e a sua quantidade de forma gradual, pela própria interacção entre mãe e filho (AGUILAR CORDERO, 2005).

De acordo com Nascimento et al (2003) e Northrup (2004), toda mulher é capaz de produzir leite em quantidade e qualidade necessária ao desenvolvimento adequado do seu filho, com muito poucas excepções, todas as mulheres podem amamentar, 97% das mulheres são fisiologicamente capazes de amamentar. Contudo, para que isso ocorra, é necessário que os níveis hormonais estejam adequados, mas também que haja uma retirada eficiente de leite das mamas, pois a amamentação não depende só da acção de hormonas e de reflexos, mas igualmente do comportamento da mãe e do recém-nascido.

O leite humano é uma substância de grande complexidade biológica, que a tecnologia moderna não foi ainda capaz de integrar nos leites dietéticos industriais. É activamente protectora e imunomoduladora proporcionando protecção exclusiva contra infecções, estimulando o desenvolvimento apropriado do sistema imunológico do bebé pelos muitos componentes anti-inflamatórios (OMS, 1994). Tem um efeito protector sobre as alergias, nomeadamente as específicas para as proteínas do leite de vaca e permite que os bebés tenham uma melhor adaptação a outros alimentos. (LEVY; BÉRTOLO, 2008).

Conforme Nascimento et al (2003), 85 a 88% do leite humano é constituído por água e a sua concentração de partículas osmóticas activas é idêntica à do plasma sanguíneo, pelo que estão garantidas as necessidades hídricas. É um leite rico em vitaminas, tendo capacidade para suprir as necessidades do lactente em relação às vitaminas do complexo B, niacina e ácido fólico. As principais proteínas presentes no leite materno são a lactoalbumina e a caseína, que constituem um factor decisivo na síntese da lactose e um papel protector contra as infecções gastrointestinais, respectivamente. A lactoferrina também está presente em grande quantidade no leite

humano, sendo uma proteína fixadora do ferro, com capacidade para inibir o crescimento de certas bactérias no tubo gastrointestinal. Foram detectados no leite humano linfócitos B intestinais sensibilizados pelos germes enteropatogénicos que se localizam nas glândulas mamárias onde segregam IgA-S, suporte de anticorpos contra vírus entéricos e respiratórios, e contra a *Escherichia coli* enteropatogénica. Estes anticorpos não são absorvidos, actuando apenas no lúmen intestinal, e são dirigidos contra os germes entéricos da mãe potencialmente patogénicos, o que permite uma colonização entérica controlada e uma estimulação imunológica com riscos mínimos, mantendo assim o aparelho digestivo e o respiratório do lactente protegido de agressões infecciosas graves e deste modo, reduzindo o número de episódios infecciosos (LOWDERMILK, 2008).

Num estudo de Wennergren et al (2002) cit. por Toma e Rea (2008) foi observada uma associação entre amamentação exclusiva e a redução do síndrome da morte súbita após o controlo de variáveis confundentes, tais como fumo durante a gravidez, emprego paterno, posição ao dormir e idade da criança. O papel da amamentação como mecanismo de protecção contra a morte súbita ainda não foi completamente elucidado, mas entre as possíveis justificações estão a menor incidência de infecções, a maior frequência das mamadas, e o contacto íntimo entre mãe e bebé.

Os benefícios da amamentação não se confinam apenas à prevenção destas situações agudas durante a infância, mas reflectem-se na saúde durante a adolescência e na idade adulta, sobretudo em relação às doenças do foro metabólico e nutricional, na prevenção da diabetes e de linfomas (LEVY; BÉRTOLO, 2008). As crianças amamentadas mamam o volume necessário, na frequência indispensável, para saciar a fome, encontrando o seu ritmo e desenvolvendo uma relação saudável com o alimento, motivo pela qual é raro virem a desenvolver problemas de obesidade e futuras dependências que frequentemente representam uma compensação para as privações vividas na infância (LOTHROP, 2000).

A amamentação propicia o desenvolvimento da musculatura e esqueleto bucal, garantindo o desenvolvimento facial harmonioso. Além disso associada ao mecanismo de sucção, permite o aperfeiçoamento dos órgãos fonoarticulatórios e a articulação dos sons das palavras. Lowdermilk (2008), refere estudos efectuados que detectaram um aumento na habilidade cognitiva e desempenho escolar nas crianças alimentadas com leite materno.

A nível fisiológico a amamentação é também benéfica para a mãe, já que o aumento provisório de ocitocina favorece uma involução uterina mais rápida, diminuindo o risco de infecção pós-parto e hemorragias. Permite que a mulher adquira mais rapidamente a silhueta inicial, pois o volume abdominal diminui gradualmente. É ainda atribuído à amamentação um efeito protector relativamente ao risco de a mulher desenvolver cancro da mama, do ovário e do endométrio. Reduz o risco de desenvolver artrite reumatóide, de osteoporose aos 65 anos e confere uma menor probabilidade de desenvolver esclerose múltipla (LOWDERMILK, 2008; LEVY; BÉRTOLO, 2008).

O aleitamento materno também contribui para prevenir as depressões pós parto, pois a ocitocina que se liberta durante a sucção do bebé, além de favorecer o sentimento de protecção, proporciona à mãe um efeito tranquilizador e de bem-estar (AGUILAR CORDERO; GÓMEZ GARCÍA; VARGAS GÁMEZ, 2005 cit. por CARDOSO, 2006).

### **2.1.2 - Vantagens psicológicas**

A amamentação, para a mulher, além de instintiva, requer, como qualquer outra actividade humana, uma aprendizagem sobre técnicas e o desenvolvimento do vínculo afectivo. Conforme Pereira (2000), amamentar é algo que tem de ser aprendido, apesar de resultante de uma série de impulsos biológicos ou instintivos, não é um processo automático, provém igualmente de habilidades desenvolvidas através da experiência e da interacção humana.

No momento do parto, a presença do recém-nascido precocemente junto da mãe, acciona o mecanismo complexo responsável pelo estabelecimento do vínculo. Segundo Antunes et al (2008, p. 108) “Amamentar representa um encaixe perfeito entre mãe e filho, cumprindo uma função de cordão umbilical externo. A mulher que amamenta vê reconfortada sua capacidade de continuar gerando vida (...)”. A mulher que amamenta carrega consigo um sentimento de sucesso e de auto-estima, porque se sente capaz de produzir leite para satisfazer as necessidades do seu filho.

A amamentação proporciona um contacto físico e íntimo entre a mãe e o filho, favorece sensações de conforto e segurança ao recém-nascido e permite à mãe sentir o prazer incomparável de amamentar (LEVY; BÉRTOLO, 2008). “O recém-nascido tem apenas três necessidades essenciais: o calor humano dos braços da sua mãe, a certeza da

presença materna e o leite do seu peito. A amamentação satisfaz as três” (COLLETE CLARK cit. por NASCIMENTO et al, 2003, p. 56).

Através do contacto e da amamentação, a criança estabelece as suas primeiras relações com o mundo, relações que se manifestam ao nível sensorial. O tocar, o olhar, o pegar ao colo, o falar, são o alicerce da interacção (LOWDERMILK, 2008).

O vínculo afectivo entre mãe e filho é mais intenso e duradouro nos bebés amamentados ao peito. Quanto mais possibilidades de interacção sucederem entre mãe e bebé, mais ajustado será o vínculo, melhorando a resposta da mãe às necessidades do recém-nascido. Segundo Levy e Bértolo (2008, p.9) “(...) mãe e bebé emite sinais ao outro (...) que são decodificados, dando origem a comportamentos de resposta contingentes e adequados, conduzindo a uma adaptação mútua (...) cada vez mais rica e complexa”.

A força e a qualidade do vínculo mãe-filho, influenciam a qualidade de todos os vínculos futuros que a criança irá constituir, repercutindo-se posteriormente no plano social, tendo menos problemas na vida escolar e no relacionamento com as outras pessoas (OMS, 1994; Galvão, 2006).

A amamentação apesar das vantagens inegáveis quer para o filho quer para a mãe, só será uma experiência satisfatória e gratificante se esta tiver vontade de o fazer. Muitas vezes a decisão de amamentar ou não o seu bebé depende da importância atribuída a esta prática que frequentemente é fundamentada nas informações transmitidas culturalmente, determinando diferentes significados do aleitamento para a mulher. Apesar de uma conjugação de esforços que permitem promover o sucesso da amamentação, estes ainda não são verdadeiramente suficientes para reverter a tendência ao desmame por meio da intromissão de valores culturais, sociais, familiares.



### **3 – DECISÃO DE AMAMENTAR**

A decisão de amamentar é o primeiro requisito para o sucesso da amamentação (RODRIGUES, 2002). Igualmente Levy e Bértolo (2008) referem que além do estabelecimento da lactação e do suporte da amamentação, a decisão de amamentar é um factor importante que se deve conjugar para que a amamentação tenha sucesso.

Todos os factores usualmente apontados como fundamentais para o sucesso do aleitamento materno podem ser, segundo Almeida (1996), muito reducionistas, porque o sucesso do aleitamento materno, tem de ser considerado na óptica da mulher que amamenta. Para haver sucesso na amamentação, temos que considerar o projecto da mulher, porque mesmo que a duração do aleitamento materno seja de curta duração, este pode corresponder às suas expectativas e ser considerado factor de sucesso (LEVY; BÉRTOLO, 2008). Porém, ainda hoje só são compreendidos parcialmente os factores envolvidos na decisão materna de amamentar o filho, bem como a sua manutenção.

#### **3.1 - FACTORES QUE INTERFEREM NO ALEITAMENTO MATERNO**

São variados os factores que intervêm de forma positiva ou negativa para o sucesso do aleitamento materno, mas este sucesso não tem uma definição unânime, depende do ponto de vista e factores que o investigador está a analisar.

A decisão de amamentar segundo Pereira (2006) combina dois princípios: a mulher amamenta com base na cultura em que está inserida e com base nos conhecimentos que possui acerca das vantagens do aleitamento materno e desvantagens dos leites artificiais.

A amamentação bem sucedida depende de uma escolha firmada em vivências pessoais, sociais e educativas facilitadoras da amamentação, requer apoio familiar, confiança da mãe na sua capacidade para amamentar, um bebé capaz de mamar eficazmente e assistência de profissionais de saúde competentes e motivadores (LEVY; BÉRTOLO, 2008). A tomada de decisão em amamentar é uma decisão pessoal mas

sujeita a muitas influências, resultantes da socialização de cada mulher, das opiniões e experiências pessoais, da pressão social, das opiniões de pessoas significativas e de certos factores perinatais (RODRIGUES, 2002).

### **3.1.1 - Factores Pessoais**

A combinação de factores como a idade da mãe, o estado civil, o número de filhos, a experiência positiva anterior em amamentação, exerce um grande peso na decisão de amamentar (DONATH; AMIR, 2003)

A idade segundo um estudo de Torrado da Silva e cols. cit. por Almeida (1996), é um factor determinante na amamentação. Este estudo, realizado em Portugal, refere uma menor incidência e uma menor duração do aleitamento materno, até aos três meses de vida, à medida que a idade materna aumenta.

O factor raça ou etnia da mãe em sociedades multirraciais, de acordo com Bee (1991), parece influenciar na duração da amamentação, embora não se possa esquecer que esta duração é indissociável de outros factores.

O nível de educação das mães também influencia na adesão e duração do aleitamento materno. Ahluwalia et al (2003) cit. por Pereira (2006), no seu estudo menciona que as taxas de aleitamento materno ascenderam nas classes socioeconómicas mais altas e com nível de escolaridade mais elevada. Este facto é justificado pela recepção correcta da informação acerca do processo da amamentação, pelas mulheres com mais escolaridade, contribuindo assim de uma forma positiva para a sua duração. Em Portugal, Levy (1996), também refere estudos que comprovam existir uma associação entre a maior escolaridade materna e a duração do aleitamento materno.

As vivências pessoais da mulher, as experiências vividas durante a gestação, o tipo de parto, interferem no início e duração da amamentação (CHINEBUAH; PÉREZ-ESCAMILLA, 2001). Uma experiência prévia com sucesso com um ou mais filhos reflecte-se positivamente na decisão de amamentar o futuro bebé (LEVY; BÉRTOLO, 2008). Estudos nacionais de Almeida (1996), Pereira (2000) e Galvão (2006), revelam que a decisão de amamentar é anterior à gravidez, associando-se esta antecipação ao sucesso da amamentação. A maioria das mulheres, antes de engravidar, já decidiu a forma

de alimentar o seu filho, e só um pequeno número de mulheres deixa essa decisão para depois do parto (ARORA et al., 2000; RODRIGUES, 2002). Uma gestação planeada ou desejada é considerada um pré-requisito importante para o sucesso do aleitamento materno, assim como a frequência das consultas pré-natais (LEVY; BÉRTOLO, 2008). Nos seus estudos Rodrigues (2002) concluiu que existe uma influência positiva entre a frequência de consultas pré-natais e a decisão de amamentar.

### **3.1.2 - Factores associados à prática de cuidados**

As práticas de cuidados podem constituir um obstáculo à amamentação, se frequentemente contempladas pelas normas e rotinas, não sendo capazes de responder às necessidades diferenciadas que se alicerçam na dimensão subjectiva da mulher (RAMOS; ALMEIDA, 2003).

As intervenções constantes, devido a uma crescente medicalização do parto, podem interferir com a prática do aleitamento materno. O uso indiscriminado de medicamentos durante o trabalho de parto, induzem sonolência, o que impede que se estabeleça um contacto íntimo com o bebé imediatamente após o parto. O facto de ainda utilizarem em alguns hospitais, terapêutica para a prevenção de conjuntivites interfere com o contacto ocular do recém-nascido. O uso excessivo de soro glicosado pelo receio infundado de hipoglicémia neonatal, excepto nos recém-nascidos de risco ou com sintomas clínicos de hipoglicémia, são procedimentos que podem prejudicar o processo natural de amamentação (CARDOSO, 2006). Igualmente a estrutura física do meio hospitalar pode interferir com este processo, na medida em que frequentemente não permite privacidade e um ambiente tranquilo para mulher no acto de amamentar. Este ambiente é constituído por demasiadas pessoas em redor, das suas visitas, das companheiras de quarto, das visitas das companheiras de quarto, dos profissionais de saúde.

As acções como, o contacto pele a pele após o parto, a amamentação livre nos primeiros dias de vida, a prática do alojamento conjunto, promovem o aleitamento materno pelo facto de estimularem a produção láctea e fortalecerem a ligação afectiva (AGUILAR CORDERO; GÓMEZ GARCÍA; VARGAS GÁMEZ, 2005).

As atitudes dos profissionais de saúde são uma peça fundamental durante o trabalho de parto e no início do processo de amamentação. As reacções da equipa de profissionais de saúde às necessidades da grávida, o respeito pela sua dignidade e privacidade, afectam a sua motivação em relação ao aleitamento materno e a facilidade com que o inicia.

A amamentação requer apoio eficaz, empenho, no sentido de estabelecer padrões de boas práticas em todas as maternidades, com profissionais de saúde devidamente acreditados e conselheiros para a lactação (VENANCIO, 2003).

Os profissionais de saúde devem proporcionar às mulheres confiança, capacidade crítica no período pré-natal, intraparto, pós parto. As estratégias a utilizar passam por uma adequada vigilância pré-natal com aconselhamento sobre aleitamento materno, implementação das medidas da IHAB, ensino sobre a técnica correcta da amamentação e acompanhamento do recém-nascido e da mãe após a alta, num projecto de visita domiciliária. Segundo Vieira (2002), o enfermeiro deve centrar a sua atenção sobre as vantagens do aleitamento materno para a mãe, criança, família, sociedade, ambiente, esclarecer dúvidas, conceitos erróneos e mitos. Conforme o mesmo autor, as grávidas que recebem a preparação educativa antes do parto pelos profissionais de saúde, enfermeiros e obstetras, têm maior probabilidade de amamentar exclusivamente até aos seis meses de idade. Num estudo longitudinal com mais de 500 mulheres que frequentaram cursos pré-natais, metade ainda se encontrava a amamentar o seu filho após seis semanas pós parto (LOSCH et al, 1995).

Associada à vontade inata de querer amamentar, Springer et al. (1997) cit. por Pereira (2006) menciona que a atitude dos profissionais de saúde é um factor que se torna decisivo no suporte de uma mãe que pretenda amamentar. Contudo dar às mulheres informação exacta sobre o processo de amamentação para reforçar os seus conhecimentos sobre o tema poderá nalguns casos segundo o Royal College of Midwives (1994), não influenciar na decisão de adoptar o aleitamento materno como alimentação de eleição para o bebé, sendo mais fácil que a sua decisão se deixe influenciar pelas atitudes sociais adquiridas e pelo apoio das suas famílias e amigos.

### 3.1.3 - Factores familiares

Todo o círculo familiar tem um método de crenças e valores que estão intimamente ligados à própria identidade, tendo sempre uma orientação para oferecer. Estas variadas opiniões, divergentes e convergentes, levam a situações embaraçosas aquando da tomada de decisão da grávida relativamente ao processo de amamentar (RIVEMALES; AZEVEDO; BASTOS, 2010). Igualmente, Ramos e Almeida (2003) enfatizam a influência exercida por familiares e amigos na tomada de decisão da grávida para amamentar. Estas grávidas sentem-se coagidas a aceitar a intervenção de familiares e amigos, e tomam decisões baseadas nas constantes interações que fazem com seu meio relacional, não tendo a audácia de assumir a negação de um dever de mãe, refugiando-se em motivos incongruentes reveladores de informação incorrecta ou influência negativa de mães, avós, vizinhas ou amigas.

A amamentação é uma prática exclusiva da mulher, mas na actualidade as evidências científicas provam que para haver sucesso, a mulher precisa de ser esclarecida, encorajada, apoiada por todos os que a rodeiam (PEREIRA, 2006; LEVY; BÉRTOLO 2008). O suporte familiar é apontado por Cernadas et al. (2003) como um aspecto extremamente relevante na prática do aleitamento materno, sendo que o principal envolvido era o companheiro. O marido/companheiro torna-se um apoio importante, para uma mãe que detém dúvidas sobre as capacidades de cuidar do filho (HENRIQUES; MARTINS, 2011). As autoras concluíram que mães que eram encorajadas e recebiam um adequado apoio familiar apresentavam maiores probabilidades de realizar a amamentação natural com sucesso, pelo menos, até o sexto mês de vida da criança.

A experiência da amamentação é infinitamente variável, mas depende, em grande medida, do significado cultural que lhe é atribuído. Mães que foram amamentadas ou que viram outras mães a amamentar, têm uma representação positiva da amamentação. Se as experiências transmitidas não foram positivas, essa pressão exercida sobre mãe pode contribuir negativamente para a sua experiência (RAMOS; ALMEIDA, 2003).

### 3.1.4 - Factores psicológicos

Os principais motivos dentro das razões subjectivas para as mães não amamentarem ou para interromperem o aleitamento materno precocemente são a falta de informação generalizada sobre a fisiologia da lactação (OMS, 1994). Este desconhecimento da possibilidade de amamentar, o receio de não produzir leite suficiente para atender às necessidades nutricionais do filho, origina insegurança que só pode ser debelada com apoio emocional e com transmissão de informação exacta sobre a lactação (LOTHROP, 2000). É necessário esclarecer sobre os ganhos ponderais, a perda de peso fisiológica, que muitas vezes assustam as mães e as remetem imediatamente para a introdução de leites artificiais. A memória de uma experiência negativa na amamentação de outros filhos, poderá também determinar, em grande parte, a hipótese antecipada da inaptidão para alimentar o novo bebé.

Outro aspecto determinante para a prática da amamentação, é o medo infundado das mães, de que amamentar possa levar à perda da beleza dos seios. Segundo Lothrop (2000, p. 194) “Não se justifica o medo de muitas mulheres (...) de que estes [seios] fiquem ainda maiores e mais pesados, talvez até «caídos». Ficarão «caídos», mais provavelmente, se o desmame for precoce ou se não houver amamentação (...)”.

Para muitas mulheres, a amamentação além de trazer preocupação com auto-imagem e estética do seu corpo, traz igualmente dificuldades no plano da sexualidade. Segundo Henriques e Martins (2011), a amamentação para algumas mulheres é considerada como um acto desagradável, rudimentar que a transporta para uma categoria inferior, podendo originar sentimentos de rejeição por parte das pessoas com quem se relaciona. Desta forma, muitas mulheres só amamentam em lugar íntimos, porque sentem vergonha de expor uma parte do seu corpo, além de ter sentimentos ambivalentes em relação à dupla função exercida pela mama (RAMOS; ALMEIDA, 2003). Consideram os seios e em particular os mamilos, “órgãos sexuais secundários, com efectivo potencial erógeno” (LOTHROP, 2000, p. 42), e por isso amamentar num lugar público, ou fora de casa, não poderá suceder, acabando por aceder à alimentação artificial.

O mesmo autor menciona que o desencadear de sensações sexuais durante o acto de amamentar, que provém do contacto do recém-nascido com a mama e da descarga de ocitocina, pode criar um conflito entre o papel de mãe e de mulher, pode repercutir-se na

sexualidade do casal, assim como na relação com o bebé. É por isso fundamental, que a mulher e o marido/companheiro se adaptem a estas novas alterações, tendo apoio da família e dos profissionais de saúde, nas suas dificuldades, nos seus preconceitos, nas suas dúvidas.

Todavia, se uma grávida decidir não amamentar, em condição alguma deve ser ou sentir-se culpabilizada (LEVY; BÉRTOLO, 2008). A decisão de amamentar, apesar de poder ser partilhada, é uma escolha individual, que deve ser assumida por ela própria, sem pressões nem obrigações (RODRIGUES, 2002).

### **3.1.5 - Factores sociais**

O aleitamento materno é um comportamento social mutável, ou seja, pode variar conforme as épocas e os costumes, e a sua prática ou a recusa, raramente, é um acto individualmente consciente, estando preso à aprovação do seu grupo social (ARAÚJO; ALMEIDA, 2007).

Até há algumas décadas atrás, os conhecimentos sobre o aleitamento materno eram difundidos de geração em geração. Com a industrialização, emerge a urbanização e, conseqüentemente a família tradicional rural e alargada, passou, a ser urbana, nuclear e por vezes monoparental. A mulher após o nascimento do seu filho deixa de ter a geração anterior que dava segurança, conforto e estimulava a amamentação. Esta insegurança de cuidar do filho sozinha, fez com que as mães se entusiassem com o aparecimento de leites artificiais há cerca de 35 anos atrás, pelo facto de poderem pesar, medir o que a criança deveria mamar (LOTHROP, 2000).

Contudo, muitas grávidas ainda decidem amamentar mesmo nas sociedades actuais, mas quando lhes é perguntado o fundamento da decisão, não se baseiam em nenhuma razão específica (LEVY; BÉRTOLO, 2008). Estes autores consideram que provavelmente estas mulheres cresceram num ambiente em que o aleitamento materno era exercido de maneira natural, ou talvez estas mulheres tenham sido amamentadas pelas suas mães ou viram outras mães a amamentar os seus filhos, tendo assim, experiências positivas relacionadas com a amamentação.

Acontece também a grávida decidir amamentar pelo facto de ter de cumprir uma função natural, um dever. A mulher sente-se cobrada pela sociedade, que valoriza a maternidade e vê a prática de amamentar como uma virtude natural, desta forma, a mulher anseia por cumprir, como mãe, as tarefas da maternidade e realizar a amamentação (ARAÚJO; ALMEIDA, 2007). Estas mulheres segundo Brazelton (1992) sentem-se pressionadas durante a gravidez a tomar a decisão firme e segura acerca da amamentação, surgindo conflitos que podem interferir com uma decisão racional. A dificuldade da mulher na tomada de decisão sobre a amamentação deve-se provavelmente, em virtude dos múltiplos papéis que desempenha e da necessidade de responder ao atribuído dever materno de amamentar.

As pressões da vida moderna também podem levar ao insucesso da amamentação, principalmente as pressões para que utilizem leites artificiais e a facilidade em os adquirir. Um principal agente que pode interferir na prática da amamentação é a comunicação social quando responsável por imagens não positivas da amamentação (HENDERSON; KITZINGER; GREEN, 2000). Na opinião de Greaves e Hendrata (1990) cit. por Alemida (1996, p. 74) “mensagens como «Breast is best» podem ter um efeito desumano, levando à culpabilização da mãe por não amamentar o bebé”. Estas mensagens não têm em conta as razões que estão na origem da decisão de amamentar e assim perturbar a relação afectiva entre mãe e o bebé.

Actualmente, pelas crescentes políticas direccionadas para o aleitamento materno, a imagem que anteriormente dominava os meios de comunicação quando se falava em alimentação infantil, passou a uma publicidade mais dirigida de forma a contribuir igualmente para a promoção da amamentação. Mães conhecidas do público em geral aparecem nos “mass media” dando o testemunho positivo da prática da amamentação. Mas segundo Velasco Juez e Aguilar Cordero (2005) cit. por Cardoso (2006), é preciso que os meios de comunicação considerem interessantes as mensagens positivas em relação ao aleitamento materno. Por este motivo, é fundamental um trabalho constante de construção de iniciativas originais e mensagens atraentes para continuar a afastar informações menos positivas sobre o aleitamento materno.

### 3.1.6 - Factores laborais

Paralelamente à organização da sociedade e por razões económicas, a mulher começa a trabalhar fora de casa. Num estudo publicado por Beverley (2000), constata-se que, por cada quatro mulheres, com filhos com menos de um ano, que trabalham fora de casa, só uma amamenta e trabalha durante um período igual ou maior a um mês.

Na opinião de Almeida (1996), é compreensível que as mulheres que trabalham em casa, amamentem os seus filhos mais tempo, do que as que trabalham fora de casa, pois o que parece estar em causa não é o trabalho mas as relações laborais de dependência.

Embora a legislação vise proteger a mãe que trabalha, no que se refere ao aleitamento materno, o tipo de relação que mantém com a entidade patronal, influencia a decisão de amamentar ou não amamentar. Os contratos de trabalho com vínculo precários são um dos factores que determinam o regresso da mãe ao trabalho de forma precoce e abdicam da amamentação (CARDOSO, 2006). As mulheres vêm-se obrigadas a deixar o filho numa instituição ou ama, tendo pouca ou nenhuma disponibilidade de tempo durante o dia de trabalho para fazer a extracção de leite e assim manter a lactação (RODRIGUEZ; MARTIN; MUÑOZ, 1998).

Por isso, torna-se fundamental, para a continuação da prática do aleitamento materno, que as mães trabalhadoras sejam informadas sobre a legislação que as protege, dando-lhes a conhecer os direitos que lhes são atribuídos pela sua condição de lactantes (CARDOSO, 2006)



## 4 - INTENÇÃO COMPORTAMENTAL

O comportamento do ser humano, particularmente aquele que requer habilidade é precedido pela elaboração da intenção de agir. As intenções são assumidas como disposições para a realização do comportamento, estando este, sob controlo volitivo, e constituem o melhor preditor do comportamento. Estas podem mudar ao longo do tempo e quanto mais o tempo passa, maior a probabilidade de que acontecimentos imprevistos possam produzir mudanças nas intenções. Enquanto a intenção comportamental exerce poder determinante sobre o comportamento, alguns factores por sua vez actuam sobre a intenção comportamental (AJZEN, 2005).

O interesse em investigar os factores preditores da intenção, reconhece-se nos estudos de Moutinho (2000). Este autor identificou que existem factores como atitudes e crenças normativas predictoras da intenção, particularmente no que se refere à amamentação, concluindo que a atitude teve maior poder preditivo na intenção de amamentar o bebé, frente às crenças normativas, segundo o modelo explicativo da Teoria da Acção Racional (MOUTINHO; ROAZZI, 2010).

Porém, as intenções parecem ser influenciadas por outro factor – o maior ou menor controlo sobre o comportamento. Assim, se um indivíduo possui o pleno controlo de uma situação, pode decidir por executar ou não uma acção. Este controlo do comportamento permitiu a expansão da Teoria da Acção Racional para uma teoria mais complexa - a Teoria do Comportamento Planeado (MOUTINHO; ROAZZI; GOUVEIA, 2001).

### 4.1 - TEORIA DO COMPORTAMENTO PLANEADO

O modelo da teoria do comportamento planeado de Icek Ajzen constitui um dos modelos teóricos mais utilizado e validado empiricamente na área da saúde (ARMITAGE; CONNER, 2001). A informação disponibilizada pela aplicação do mesmo, permite analisar o nível em que os vários factores considerados afectam o

comportamento, em situações específicas, possibilitando não só prever o comportamento num determinado domínio, como oferecer pistas sobre a forma como esse comportamento poderá ser influenciado.

A teoria do comportamento planeado propõe que a intenção de uma pessoa para executar um comportamento é o determinante fundamental desse comportamento, porque reflecte o nível de motivação da pessoa e a prontidão para implementar esforços no desempenho do comportamento (COURNEYA et al., 2001).

As variáveis desta teoria são de natureza psicossocial e incluem como determinantes do comportamento, as intenções, assumidas como antecedentes do comportamento, guiando-o de forma ordenada e controlada (AJZEN, 2002). Quando se pretende prever a intenção de uma pessoa relativamente a um determinado comportamento há que ter em consideração três variáveis: a atitude relativa ao comportamento específico; as normas subjectivas; e a percepção do controlo comportamental conforme a figura abaixo.

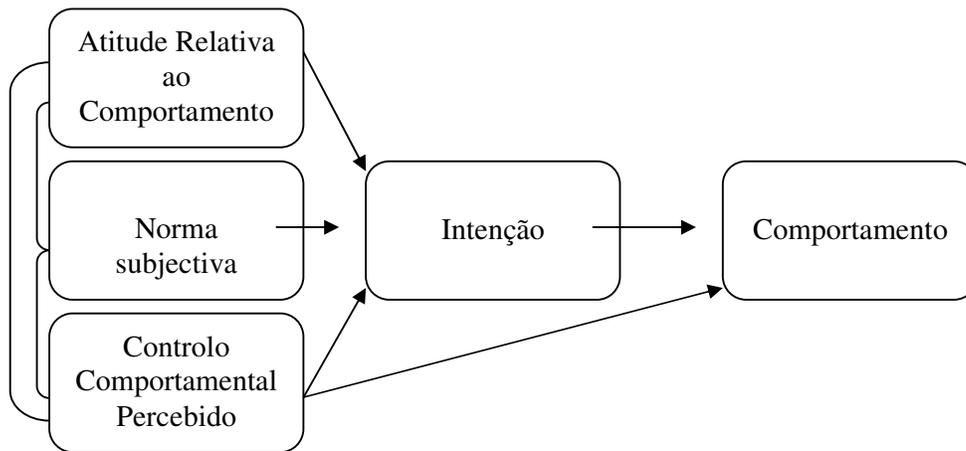


Figura 1 - Representação da Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen, 2005)

Todas as explicações acerca das variáveis acima referenciadas serão baseadas na teoria de Icek Ajzen (1985).

A atitude relativa ao comportamento específico, designa a avaliação global que uma pessoa faz do comportamento e resulta do somatório de duas componentes que funcionam em conjunto: as crenças acerca do resultado do comportamento (crenças comportamentais) e as avaliações específicas dos resultados esperados (avaliação das

consequências). Apesar de uma pessoa poder ter muitas crenças comportamentais sobre um qualquer comportamento, apenas uma pequena parte está prontamente acessível num determinado momento. Estas duas vertentes - avaliação do resultado do comportamento e a força com que é defendida cada crença - constituem dois vectores que potencializam mutuamente e determinam a atitude relativa a um comportamento previsível.

A norma subjectiva reflecte a percepção da pressão social que os indivíduos podem sentir para executar ou não o comportamento. É determinada pelas crenças normativas do indivíduo, isto é, a percepção do que os outros significativos pensam acerca do que o indivíduo deve ou não deve fazer e, por outro lado, pela motivação que o indivíduo tem para corresponder às expectativas desses significativos. Estes dependendo da população e do comportamento em estudo, podem ser o cônjuge, a família, os amigos, profissionais de saúde, colegas de trabalho. Estas crenças podem ser adquiridas, directamente, através da experiência pessoal ou, indirectamente, através da interacção com os outros (família, pares, escola, comunidade, meios de comunicação, etc.).

O controlo comportamental percebido influencia a intenção, na medida em que interage com a atitude e com a norma subjectiva e é um factor que fortalece a teoria do comportamento planeado, aplicando-se a comportamentos que requerem capacidades e recursos e não ocorrendo simplesmente porque a pessoa decide agir. O controlo comportamental percebido, para Ajzen (2002), abrange quer a auto-eficácia (percepção da facilidade ou dificuldade em desempenhar um comportamento) quer o controlo (percepção do grau em que o desempenho do comportamento depende do indivíduo). Para um sujeito poder decidir livremente se realiza, ou não, um determinado comportamento, esse comportamento tem de estar sob o seu controlo volitivo completo relativamente a determinados factores. Estes factores dividem-se em factores internos que envolvem, por um lado, informação sobre o comportamento, competências para a sua realização, e por outro, as emoções, o stress e compulsões e factores externos que podem também ser agrupados em dois grupos: dependência de outros e oportunidades.

A dependência dos outros influencia a intenção na medida em que o indivíduo necessita que o outro esteja disposto a colaborar para a realização do comportamento. A falta de oportunidades indica a existência de um obstáculo envolvimento à sua execução, e que poderá alterar a intenção de o executar (ARMITAGE; CONNER, 2001). As pessoas que acreditam que não têm recursos ou oportunidades para realizar um determinado comportamento têm menor probabilidade de formar intenções comportamentais para a

sua realização, independentemente de manterem atitudes favoráveis em relação ao comportamento e acreditarem que as outras pessoas significativas aprovariam a realização desse comportamento.

A teoria do comportamento planeado foi testado por Ajzen (1985) em todos os seus estudos, concluindo que o controlo percebido revelou ser o melhor preditor da intenção do que a atitude e a norma subjectiva. Conforme o mesmo autor, dependendo do tipo de comportamento e da natureza da situação, quanto mais favoráveis forem a atitude e a norma subjectiva e maior a percepção do controlo, mais forte deverá ser a intenção de uma pessoa. As intenções das pessoas podem ser medidas de diversas formas:

$$A_B \propto \sum b_i e_i$$

$A_B$  = Atitude em Relação ao Comportamento

$b_i$  = Força da Crença Comportamental

$e_i$  = Avaliação das consequências.

Assim, a atitude em relação ao comportamento pode ser predita através do resultado do somatório dos produtos das forças da crença comportamental com a avaliação das consequências da crença.

$$NS \propto \sum n_i m_i$$

$NS$  = Norma Subjectiva

$n_i$  = Força da Crença Normativa

$m_i$  = Motivação para Concordar com Referente.

Assim, as normas subjectivas podem ser preditas através do resultado do somatório dos produtos das forças das crenças normativas com a motivação para concordar com os referentes de cada crença normativa.

$$PBC \propto \sum c_i p_i$$

$PBC$  = Controle comportamental percebido,

$c_i$  = Crença de Controlo que corresponde à percepção do grau em que o desempenho do comportamento depende do indivíduo

$p_i$  = Percepção da facilidade ou dificuldade em desempenhar um comportamento.

Assim, o controle comportamental percebido pode ser predito através do resultado do somatório dos produtos da crença de controlo e da percepção da facilidade ou dificuldade em desempenhar um comportamento.

Numa metanálise sobre a eficácia da teoria do comportamento planeado que abrangeu 185 estudos, Armitage e Conner (2001), concluem que a teoria explica 27 e 39% da variância no comportamento e na intenção, respectivamente. A síntese da meta-análise desenvolvida pelos mesmos autores, confirma não só a fraca correlação da norma subjectiva com a intenção, comparativamente à atitude e à percepção do controlo comportamental, como também o facto de a mesma constituir a variável com menor poder explicativo da intenção.

De facto, teoricamente, nada comprova que os comportamentos dos indivíduos sejam guiados exclusivamente pelo que os outros fazem (RIMAL et al, 2005), o que não implica encarar as normas apenas como prescrições externas que influenciam o comportamento (SMITH; TERRY, 2003).

#### 4.2 – COMPONENTES DETERMINANTES NA INTENÇÃO

Em todo o comportamento humano há um propósito, e é sempre dirigido ou orientado em direcção a algum objectivo. Um dos pontos essenciais para a grávida decidir amamentar é ter a intenção de o fazer. De acordo com Losch et al (1995), numerosos estudos demonstraram que as intenções comportamentais avaliadas antes do nascimento de uma criança estão estreitamente ligadas às práticas reais das mães no processo de amamentação.

Ao descrever a teoria do comportamento planeado, Ajzen concluiu que relação intenção-comportamento, é afectada por eventos internos e externos. Estes acontecimentos podem perturbar o processo de amamentação e interferir com os objectivos da mesma (WAMBACH, 1997).

#### 4.2.1 Intenção para amamentar: a influência combinada de elementos

As experiências e a educação da mulher repercutem-se nas atitudes e comportamentos posteriores relativos ao aleitamento materno (CARDOSO, 2006). A amamentação pode ser vivida pela mulher com grandes variações nos sentimentos e atitudes, e mesmo as mulheres que sentem desejo de amamentar os seus filhos passam por períodos de insegurança perante as exigências da nova experiência (LEVY; BÉRTOLO, 2008).

No seu estudo, Wambach (1997) concluiu que, as mulheres tiveram atitudes positivas em relação a amamentação, altos níveis de controlo percebido e baixa pontuação em relação às normas subjectivas. Esse controlo comportamental percebido, foi definido como o grau de facilidade antecipado ou dificuldade de amamentação e confiança na capacidade de realizar o aleitamento materno. Na opinião de Almeida (1996), a mãe precisa de ter a percepção do seu próprio controlo sobre a amamentação e confiança nas suas capacidades para amamentar o seu filho para que possa ser bem sucedida nesta prática.

Um estudo recente, indica que as atitudes positivas, são factores preditores mais importantes para o início da amamentação, do que o conhecimento propriamente sobre aleitamento materno (LOSCH, 1995). À *priori*, a mulher percebe a amamentação como algo bom e, num segundo momento, ela reflecte sobre suas consequências positivas e negativas (ARAÚJO; ALMEIDA, 2007).

Num estudo realizado em Portugal por Coutinho e Leal (2003), sobre atitudes das mulheres em relação à amamentação, verificaram que 85% das mesmas revelaram uma atitude positiva face a esta prática. Os mesmos autores mencionam que as mulheres cuja idade se situa entre os 31 e os 40 anos de idade, casadas, com o ensino secundário e profissionalmente activas, são aquelas cujas atitudes foram tendencialmente mais positivas.

No estudo de Galvão (2006), mais de metade das mães atribuiu a qualificação de muito agradável ou agradável à experiência anterior em amamentação. As mães que atribuíram melhor qualificação à sua experiência anterior em amamentação, tinham uma maior tendência para manter a amamentação. Estes sentimentos vivenciados pela mãe numa experiência anterior influenciam a sua atitude e desempenho na amamentação

posterior. Kloebler-Tarver, Thompson e Miner, 2002, mencionam que as mulheres com experiência anterior em amamentação, eram menos propensas a prestar atenção aos conselhos de outras pessoas significativas, contando mais com a sua própria experiência e crenças pessoais.

A experiência de ter sido uma filha amamentada influencia a futura atitude como mãe (GALVÃO, 2006). Segundo Almeida (1996), as experiências maternas de vida e os seus conhecimentos e atitudes, em relação ao aleitamento materno, quando adolescentes, parecem influenciar positivamente a decisão em amamentar e a manutenção dessa decisão. Os mesmos autores expõem um estudo efectuado junto de 302 adolescentes de Lisboa, em que a maior parte dos inquiridos manifestou uma atitude integralmente positiva, quanto ao aleitamento. Mostraram-se receptivos a novas informações sobre o tema, nomeadamente relacionadas com o bem-estar da criança e que poderiam influenciar positivamente a decisão de amamentarem um futuro filho.

Valorizar positivamente as consequências do aleitamento materno, quando comparado com outro tipo de alimentação, podem ser motivos para que algumas grávidas decidam amamentar, podendo ou não ser influenciadas pelo seu companheiro, amigas, mãe ou profissionais de saúde. Segundo Pereira (2006), a mulher tem mais probabilidade de decidir amamentar e manter a amamentação quando tem opiniões positivas sobre a prática do aleitamento materno e quanto mais sensível às opiniões positivas de pessoas significativas (pai da criança, avó, amiga especial, profissional de saúde). Também Losch et al (1995) verificou que as mães que recebem um parecer positivo sobre a amamentação são muito mais propensas a amamentar.

Um estudo referido pelo Royal College of Midwives (1994), identificou o bebé e o pai do bebé, 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 papel do pai é actualmente referido na literatura como associado à tomada de decisão da mãe para amamentar, quando este apresenta uma atitude positiva face à amamentação. Existem ainda evidências que sugerem que para as mulheres que iniciam aleitamento materno, a influência de referentes sociais é mais forte do que para as mulheres que escolhem a alimentação artificial (WAMBACH, 1997).

Na relação defendida por Ajzen (1991) entre intenções e comportamento parece existir outra variável mediadora deste processo. Quase todos os grandes sistemas teóricos

reconhecem que o comportamento é motivado, que subjacente a qualquer actividade está sempre um motivo ou conjunto de motivos (ABREU, 1998).

#### **4.2.2 - Motivação**

A motivação designa um conjunto de forças internas/impulsos que orientam o comportamento de um indivíduo para determinado objectivo. Alguns psicólogos, particularmente Deci e Ryan (1985), explicam a motivação sob a teoria da autodeterminação. Esta teoria distingue dois tipos de motivação, a intrínseca e a extrínseca, baseada nas diferentes razões ou objectivos que dão origem a uma acção.

Estes dois tipos de motivação são segundo Gavin (1992) , duas faces da mesma moeda. A motivação intrínseca é algo que empurra ou impele o individuo a realizar uma determinada acção, e a motivação extrínseca é algo que puxa ou atrai o individuo para realizar uma determinada acção. Todos os individuos são motivados extrinsecamente independentemente de o serem intrinsecamente.

A motivação extrínseca, também designada por alguns autores, motivação controlada, abrange intenções que surgem e são mantidas por factores externos (ABRAHAM; SHEERAN, 2003). A motivação extrínseca faz com que o indivíduo tome para si a razão externa para realizar a actividade, sem aceitá-la como uma razão pessoal. A principal razão para que as pessoas estejam dispostas a fazer os comportamentos é pelo facto de puderem serem valorizadas pelos seus significativos, quer seja da família, grupo de pares ou sociedade (RYAN; DECI, 2000). Um exemplo desta forma de motivação são as mães do estudo de Carrascoza, Costa Júnior e Moraes (2005), que poderiam até não ter intenção de amamentar, mas como existe um conceito divulgado e valorizado pela sociedade de que a mulher deve amamentar o seu filho, elas viram-se na obrigação de responder conforme essa linha de pensamento, isto é, compatível com a expectativa social estabelecida. Assim, pode sugerir-se que algumas das mães que relataram ter a intenção de amamentar os seus filhos tiveram uma razão externa para se disporem a realizar o comportamento amamentar.

A motivação intrínseca refere-se a um comportamento motivado pela actividade em si, pela satisfação em realizar essa actividade, não sendo necessárias recompensas para prosseguirmos a actividade, já que esta é recompensadora em si mesma (RYAN;

DECI, 2000). Este tipo de motivação está associado uma maior criatividade, flexibilidade e espontaneidade (DECI; RYAN 1985). Esta motivação, também designada por alguns autores de motivação autónoma, envolve intenções que têm por base uma escolha pessoal e por isso existe uma maior probabilidade de se desempenhar o comportamento (ABRAHAM; SHEERAN, 2003).

Não é fácil distinguir uma motivação da outra, observando apenas o comportamento, porque a diferença essencial está na razão da pessoa para agir. 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 contrário (TAKUSHI et al, 2008). Segundo Losch (1995), as mães tendem a estar mais motivadas para o aleitamento materno, pelas preocupações com o bebé e o seu bem-estar e o facto de terem experiências anteriores positivas no campo da amamentação, predizem uma maior motivação para a mesma (NELAS, FERREIRA; DUARTE, 2008)

Para uma maior motivação materna, a mãe deverá ser elucidada sobre todas as vantagens do aleitamento materno. Alguns autores sugerem que a frequência de aulas de preparação para o parto durante a gestação deve fazer parte da preparação da futura mãe, no sentido de a familiarizar com os procedimentos do trabalho de parto, bem como dos processos da amamentação (LEVY; BÉRTOLO, 2008).

A motivação para a amamentação é influenciada por vários factores, quer de cariz sociocultural, quer intrínsecos à mulher. Na realidade, vários estudos referem que a motivação para a amamentação depende da escolha firmada em vivências pessoais, sociais e educativas que coadjuvam a amamentação e do cuidado dos profissionais de saúde capazes de agir de forma motivadora, de maneira a torná-la um êxito (FERREIRA, NELAS; DUARTE, 2011). Conjuntamente Almeida (1996) relata que as experiências vividas durante o trabalho de parto, a sensibilidade e as reacções da equipa de saúde às necessidades das mulheres contribuem para uma maior motivação do aleitamento materno.

Apesar da tomada de decisão pela amamentação ser complexa, algumas mulheres conseguem vencer os obstáculos e avançar nesse processo com maior tranquilidade. Araújo e Almeida (2007) referem um estudo que tentou conhecer como se desenvolve a tomada de decisão pelo leite materno e verificou que há uma motivação interior que as

ajuda a superar as opiniões contrárias, ou seja, algo que as faz sentir seguras quando decidem amamentar os seus filhos.

O sucesso da amamentação parece estar dependente da interligação de três variáveis, lactente saudável e com boa capacidade de sucção, e pessoal de saúde compreensivo, encorajador e competente, mas também de uma mãe (e um pai) fortemente motivada (APPLEBAUM, 1982). A atitude positiva do pai parece exercer um maior efeito na motivação e na capacidade da mãe para amamentar. Num grupo de crianças cujos pais eram bastante favoráveis ao aleitamento, verificou-se que 75% das crianças eram amamentadas exclusivamente com leite materno (FALEIROS, TREZZA; CARANDINA, 2006).

A motivação, segundo alguns autores também pode estar relacionada com determinados factores sociodemográficos. Faleiros, Trezza e Carandina (2006), verificaram no seu estudo, que a idade materna mais jovem está associada à menor duração do aleitamento, talvez motivado por algumas dificuldades, como, por exemplo, um nível educacional mais baixo, sem rendimentos próprios e muitas vezes, o facto de serem solteiras. Esta ideia vai de encontro ao estudo de Nelas, Ferreira e Duarte (2008), onde se aferiu que foram as mulheres mais velhas as que apresentaram maior motivação para o aleitamento materno.

No que se refere ao grau de instrução materna, muitos estudos têm demonstrado que esse factor afecta a motivação para o amamentar. Em muitos países desenvolvidos, mães com maior grau de instrução tendem a amamentar por mais tempo, talvez pela possibilidade de um maior acesso às informações sobre as vantagens do aleitamento materno. Já em países em desenvolvimento, as mães de classes menos favorecidas, também menos instruídas, frequentemente não casadas, começam a vigilância da gravidez tardiamente e, conseqüentemente, a decisão sobre a forma de aleitamento (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006). Também Cardoso (2006), menciona que quanto maior é o grau de escolaridade da mãe/casal 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 estará mais motivada para a amamentação.

**II PARTE**

**CONTRIBUIÇÃO EMPIRICA**



## 5 – MÉTODOS

A segunda parte desta pesquisa, inicia com as considerações metodológicas e tem como intuito proporcionar ao investigador um plano, que lhe possibilite seguir o melhor caminho de acordo com a natureza do problema, tendo como referência a fundamentação teórica.

O aleitamento materno é considerado um dos suportes primordiais para a promoção e protecção da saúde das crianças. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o aleitamento materno deveria ser exclusivo até aos 6 meses de idade e a sua manutenção até aos 2 anos.

Sendo o leite materno cada vez mais reconhecido como determinante da saúde do bebé, a curto, médio e também a longo prazo, considera-se que a promoção da amamentação é da maior importância. Embora amamentar seja um acto instintivo com vantagens para mãe - filho, família e comunidade, depende de diversos factores sócio culturais, profissionais, do nível de educação, da acção de profissionais de saúde.

Em Portugal, o aleitamento materno teve uma evolução semelhante à de outros países europeus. A industrialização, a II Guerra Mundial, o trabalho feminino, a perda da família alargada e a publicidade da indústria de produção de substitutos do leite materno tiveram como consequência uma diminuição na prática do aleitamento materno e só a partir dos anos 70 se verificou um retorno a esta prática (LEVY; BÉRTOLO, 2008)

Actualmente, apesar de mais de 90% das mães portuguesas iniciarem o aleitamento materno, uma grande parte desiste precocemente da amamentação. Alguns estudos portugueses apontam para uma alta incidência do aleitamento materno, no entanto, esses mesmos estudos mostram que quase metade das mães desiste de dar de mamar durante o primeiro mês de vida do bebé (SANDES et al, 2007). Por todas estas razões, é essencial que em Portugal se continuem a implementar medidas que promovam um maior sucesso do aleitamento materno.

Algumas investigações efectuadas a puérperas, revelaram factores que determinam o sucesso do aleitamento materno, tais como, experiências anteriores, a falta de apoio familiar e social, falta de informação, decisão da mãe em amamentar. Estes estudos vêm de encontro ao

que menciona Wambach (1997) quando nos diz que a amamentação não está completamente sob o controlo da vontade da mulher, pois existem vários factores que podem interferir com o início e manutenção da mesma.

De acordo com a pesquisa realizada nas bases de dados nacionais, verificámos que estudos desenvolvidos na área do aleitamento estão centrados somente nos factores que interferem na sua adesão ou prevalência e não na problemática da intenção da grávida para amamentar. Por este motivo pretendemos desenvolver um estudo suportado na Teoria do Comportamento Planeado de forma a compreender o fenómeno amamentar na perspectiva da mulher, tendo por base as três variáveis, a atitude, a norma subjectiva e o controlo comportamental percebido, que afectam a intenção comportamental.

Com a elaboração deste estudo pretendemos avaliar a realidade da problemática intenção da grávida para amamentar, reflectir acerca dos resultados encontrados, no sentido de ajudar a implementar boas práticas de cuidados para a promoção do aleitamento materno. Face ao exposto questionamo-nos:

- Que influência é atribuída às variáveis sociodemográficas, obstétricas, contextuais, as variáveis relacionadas com decisão para amamentar, com a experiência em amamentação na intenção para amamentar, quando mediada pela motivação?

- Em que medida às variáveis sociodemográficas, obstétricas, contextuais, as variáveis relacionadas com decisão para amamentar, com a experiência em amamentação têm repercussões na motivação e na intenção da grávida para amamentar?

-Que outros factores poderão também influenciar a intenção da grávida para amamentar? A idade? O estado civil? As habilitações literárias? O rendimento familiar? O nº de filhos? O tipo de parto?

Apoiando-nos na questão central desta investigação, que diz respeito à identificação de factores preditores da intenção da grávida para amamentar, formulámos os seguintes objectivos:

- Identificar as variáveis sociodemográficas e obstétricas que mais influenciam a intenção da grávida para amamentar.

- Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas, obstétricas, contextuais, as relacionadas com a experiência em amamentação, as relacionadas com a decisão para amamentar e a motivação, com a intenção da grávida para amamentar, nas suas várias dimensões.

- Verificar se as variáveis sociodemográficas, obstétricas, contextuais, as relacionadas com a experiência em amamentação e as relacionadas com a decisão de amamentar têm efeito significativo na predição da motivação.

- Analisar em que medida a variável motivação é uma variável mediadora na relação entre as variáveis independentes e a variável dependente – intenção da grávida para amamentar.

Nesta pesquisa optámos por um estudo integrado no paradigma quantitativo, pois pretendemos garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e de interpretação. Este tipo de estudo é caracterizado por Fortin (1999, p.22), como “um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis.” e tem como características a objectividade, a predição, o controlo e a generalização.

Tendo em conta as questões e os objectivos formulados enveredámos por um estudo não-experimental, transversal, descritivo-correlacional, explicativo, com o qual se procura estudar o modo como variáveis sociodemográficas, obstétricas, contextuais, relacionadas com a experiência em amamentação e relacionadas com a decisão em amamentar afectará a intenção da grávida para o comportamento amamentar, quando mediada pela variável motivação.

Este tipo de pesquisa envolve determinadas características. Insere-se no tipo de investigação não experimental, pelo de não pretendermos manipular as variáveis em estudo, embora seja nossa intenção obter evidências para explicar por que ocorre um determinado fenómeno (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2003). É considerado um estudo transversal, pois como refere Campana (2001, p.129) “ (...) a causa e o efeito estarem a ocorrer simultaneamente, embora a causa possa existir só no momento actual, ou existir desde algum tempo no passado, ou, por fim ser uma característica do indivíduo”.

Possui as características de um estudo descritivo e correlacional porque além de recolher informação de maneira independente ou conjunta sobre conceitos ou variáveis, permite fazer predições, tendo como propósito avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2003). Pelo facto de responder às causas dos eventos, sucessos e fenómenos físicos e sociais insere-se no tipo de estudo explicativo. O interesse deste estudo é também, explicar que tipo de motivação ocorre, como esta influencia a intenção da grávida para amamentar e como esta variável se confronta com as variáveis relacionadas com a decisão em amamentar, com a experiência em amamentação, com as variáveis contextuais, obstétricas e sociodemográficas.

A selecção das variáveis teve em conta as questões e objectivos do estudo. Considerámos como variável dependente do nosso estudo, a Intenção da Grávida para Amamentar. As variáveis independentes foram divididas em cinco grupos: variáveis sociodemográficas, variáveis obstétricas, variáveis contextuais, variáveis relacionadas com a experiência em amamentação e variáveis relacionadas com a decisão em amamentar.

Para esclarecer a relação entre as variáveis independentes e dependente considerou-se a variável “motivação” como variável mediadora, porque segundo Bowditch e Buono (1992), ela irá ajudar a explicar por que uma variável independente influencia uma dependente. Este tipo de variável como refere o mesmo autor reconhece que um organismo activo interfere entre o estímulo e a resposta.

Para uma melhor percepção do desenho da nossa investigação, elaborámos uma representação esquemática que procura dar a entender o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis.

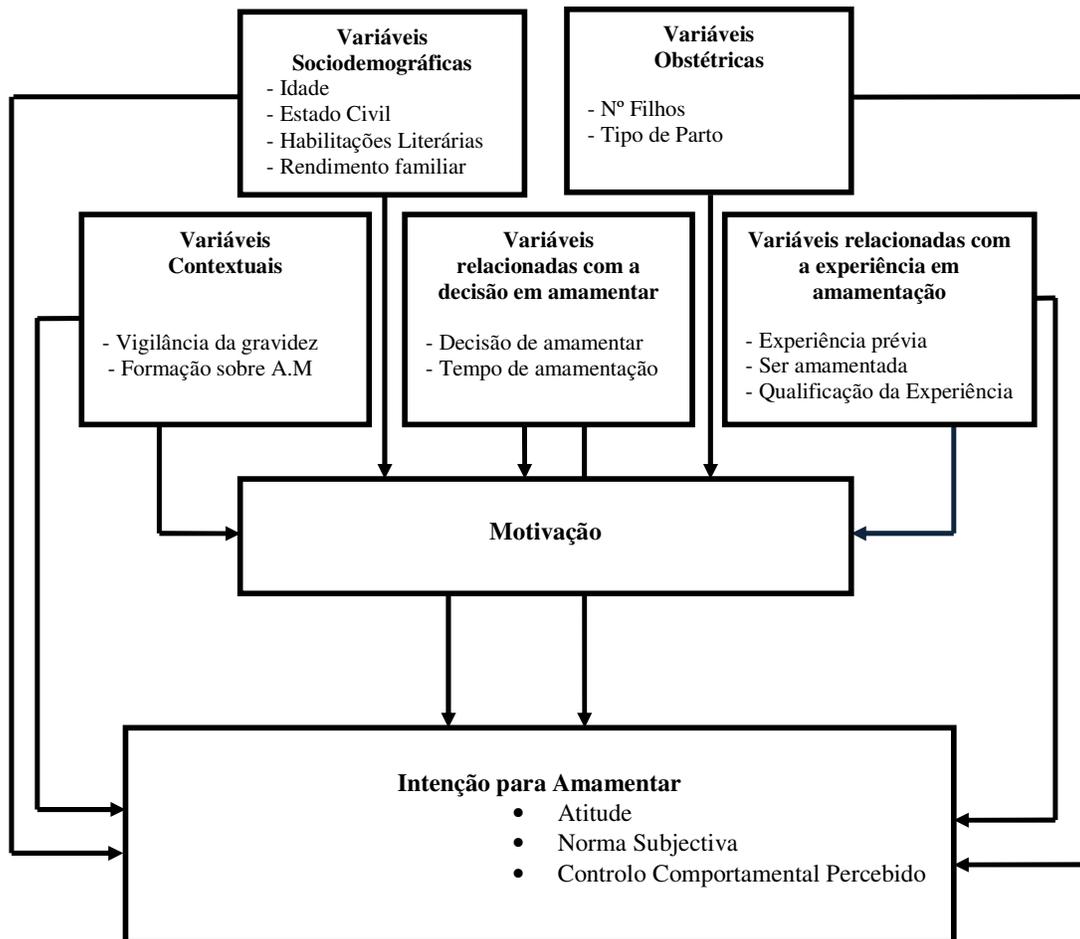


Figura 2 – Esquema geral da investigação

## 5.1 PARTICIPANTES

O número de participantes depende das características da investigação e do contexto onde a amostra é recolhida. Para o nosso estudo foi seleccionada uma amostra não probabilista por conveniência, constituída por 216 grávidas que frequentaram as consultas de vigilância pré-natal ou cursos de preparação para o parto/parentalidade. A amostragem de conveniência é, na perspectiva de Patton (1990), aquela que é utilizada no sentido de poupar tempo, na medida em que da sua racionalização dependia a viabilidade do estudo.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram:

- ter idade superior ou igual a 18 anos
- ter idade gestacional igual ou superior a 20 semanas
- saber ler e escrever português

O critério de exclusão:

- ter patologia mamária associada

### **5.1.1 Caracterização socio-espacial da amostra**

Esta investigação incidiu sobre uma amostra de grávidas que frequentaram a consulta de vigilância pré-natal ou cursos de preparação para o parto/parentalidade da Maternidade Bissaya Barreto do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE. Esta instituição é um dos Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado da Região Centro. A área de influência da maternidade abrange vinte e um centros de saúde da sub-região de saúde de Coimbra e os centros de saúde de Anadia, Alvaiázere, Ansião, Castanheira de Pêra, Figueiró dos Vinhos, Mealhada, Mortágua, Pedrógão Grande e Sertão. Como hospital de apoio perinatal diferenciado constitui referência para os hospitais de Castelo Branco, Figueira da Foz e Leiria. É responsável pelo atendimento de cerca de 3000 partos por ano, segundo informação do serviço de estatística do referido hospital.

A escolha deste local para aplicação do estudo, deve-se sobretudo a razões de ordem prática, pelo facto de corresponder à área de residência e de exercício profissional do investigador, o que permite um melhor conhecimento do meio envolvente.

### **5.1.2 Caracterização sociodemográfica da amostra**

Responderam ao questionário 216 grávidas com idades compreendidas entre os 18 e os 42 anos. A média de idade da amostra é de 30,00 anos, com um desvio padrão 4,802 (Tabela 1).

**Tabela 1 – Análise descritiva da idade**

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>
<b>Amostra</b>	216	18	42	30,00	4,802

A tabela 2 representa a distribuição da amostra inquirida segundo os dados sócio demográficos da grávida, observando-se que 27.3% das grávidas tinham idades entre os 28 e 30 anos, 24.5% entre os 34 e 42 anos e em 24.1% as idades estavam compreendidas entre os 18 e 27 anos e entre os 34 e 42 anos, maioritariamente estando casadas ou em união de facto (85.6%), de raça branca (98.1%) e de nacionalidade portuguesa (97.2%), residentes em meio urbano (64.4%), em que 55.1% tinham formação superior e 31% formação ao nível do ensino secundário. Quanto à profissão, 47.9% era quadros superiores/intermédios/especialistas e 39.4% operárias/operadores. A classificação das profissões foi categorizada de acordo com o Guia Nacional das Profissões (Tabela 17). Em relação à coabitação, 94.5% (204) viviam com os maridos/companheiros e 4.6% (10) viviam com os pais. Em termos de rendimento, 51.2% e 33.3% era compreendido entre 500€ e 1.500€ e entre 1.500€ e 2500€, respectivamente.

**Tabela 2 – Dados demográficos da grávida**

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>	18 - 27 anos	52	24,1%
	28 - 30 anos	59	27,3%
	31 - 33 anos	52	24,1%
	34 - 42 anos	53	24,5%
	Total	216	100,0%
<b>Estado Civil</b>	Solteira/divorciada	31	14,4%
	Casada/união facto	185	85,6%
	Total	216	100,0%
<b>Raça</b>	Branca	212	98,1%
	Negra	4	1,9%
	Total	216	100,0%
<b>Nacionalidade</b>	Portuguesa	210	97,2%

	Estrangeira	6	2,8%
	Total	216	100,0%
<b>Meio de residência</b>	Urbano	139	64,7%
	Rural	76	35,3%
	Total	215	100,0%
<b>Habilitações</b>	Até 9º ano	30	13,9%
	11º/12ºano	67	31,0%
	Ensino superior	119	55,1%
	Total	216	100,0%
<b>Profissão</b>	Quadro sup./especialista/quadro intermédio	102	47,9%
	Administrativo/serviço/trab. Qualificado	27	12,7%
	Operários/operadores/trab. Não qualificado	84	39,4%
	Total	213	100,0%
<b>Coabitação</b>	Marido/companheiro/pais	7	3,2%
	Sozinha	4	1,9%
	Marido/companheiro	197	91,2%
	Marido/companheiro/outros	2	0,9%
	Pais	3	1,4%
	Sogros	1	0,5%
	Outros	2	0,9%
	Total	216	100,0%
<b>Rendimento</b>	Inferior ou igual 500 €	15	7,0%
	Superior 500 € e inferior ou igual 1 500 €	109	51,2%
	Superior 1 500 € e inferior ou igual 2 500 €	71	33,3%
	Superior 2 500 €	18	8,5%
	Total	213	100,0%

---

## 5.2 - INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Os instrumentos de avaliação permitem-nos recolher dados junto de múltiplas fontes, com o fim de passar de um nível de conhecimentos para outro. Neste estudo, o instrumento de avaliação utilizado foi um questionário, instrumento de medida que traduz os objectivos do estudo com variáveis mensuráveis (FORTIN, 1999).

A estruturação do instrumento de recolha de dados é baseada na teoria do comportamento planeado (AJZEN; FISHBEIN, 1985). Este questionário foi usado pelos autores para avaliar a intenção comportamental das grávidas para amamentar e construído por Dolores Sardo (2010).

### 5.2.1 – Questionário

Este questionário de auto-preenchimento, é constituído por duas partes (Anexo I). A parte A, abrange 6 páginas. A primeira e a segunda página contêm a apresentação do investigador, os objectivos do trabalho, o pedido de colaboração das grávidas no seu preenchimento, assegurando o anonimato das respostas e o agradecimento final. A terceira, quarta, quinta e sexta página envolve questões fechadas e abertas, onde constam dados sociodemográficos (idade, estado civil, habilitações literárias, rendimento familiar), informações sobre gravidez actual (vigilância da gravidez, formação sobre aleitamento materno, decisão de amamentar, tempo de amamentação), experiência de amamentação (experiência prévia, ser amamentada, qualificação da experiência). A Parte B – é constituída pela escala de “Motivação e Intenção para Amamentar”. Esta escala tem como suporte a Teoria do Comportamento Planeado de Ajzen (1985) e compreende 86 itens. Cada grupo de itens equivale a elementos que afectam a intenção comportamental segundo a teoria acima referida, e são eles: a atitude, a norma subjectiva, o controlo comportamental percebido e a motivação. Às atitudes correspondem 36 itens, à norma subjectiva correspondem 18 itens, ao controlo comportamental percebido correspondem 16 itens e assim como à motivação, conforme a tabela abaixo.

**Tabela 3** - Conceitos teóricos e questões correspondentes na escala

<b>Conceito Teórico</b>	<b>Questões (Indicadores)</b>
<b>Crenças comportamentais</b>	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18
<b>Avaliação dos resultados</b>	28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45
<b>Crenças normativas</b>	19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27
<b>Avaliação da crença normativa</b>	46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54
<b>Controlo comportamental percebido</b>	55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70
<b>Motivação Intrínseca</b>	76,77, 79, 81, 82, 83, 84, 85
Motivação Extrínseca	71,72, 73, 74, 75,78, 86

Um grupo de itens permite 5 tipos de resposta, numa escala 1 a 5, em que 1 significa “Discordo totalmente” e 5 “Concordo totalmente” permite dar resposta às subescalas: força da crença comportamental, ao controlo comportamental percebido e à subescala da motivação. Um segundo grupo de itens permite 5 tipos de resposta, numa escala 1 a 5, em que 1 significa “Nada Importante” e 5 “Muito Importante” permite dar resposta à subescala norma subjectiva. Um terceiro grupo de itens permite 6 tipos de resposta, as respostas não aplicáveis o valor atribuído é 0, os outros itens varia numa escala 1 a 5, em que 1 significa “Nunca Amamentar” e 5 “Amamentar Sempre”, permite dar resposta à avaliação da crença normativa.

Para os itens correspondentes à motivação calculamos uma média simples. Para calcular a intenção comportamental de cada grávida, utilizamos as formulas referenciadas por Ajzen (1985).

Fórmula 1: Somatório para a atitude em relação ao comportamento

$$A_B \propto \sum b_i e_i$$

$A_B$  = Atitude em Relação ao Comportamento  
 $b_i$  = Força da Crença Comportamental  
 $e_i$  = Avaliação das consequências.

Fórmula 2: Somatório para a norma subjectiva

$$NS \propto \sum n_i m_i$$

$NS$  = Norma Subjetiva  
 $n_i$  = Força da Crença Normativa  
 $m_i$  = Motivação para Concordar com Referente.

Fórmula 3: Somatório para o controlo comportamental percebido

$$PBC \propto \sum c_i p_i$$

$PBC$  = Controlo comportamental percebido,  
 $c_i$  = Crença de Controlo que corresponde à percepção do grau em que o desempenho do comportamento depende do indivíduo  
 $p_i$  = Percepção da facilidade ou dificuldade em desempenhar um comportamento.

### 5.2.2 Caracterização psicométrica da escala

Neste capítulo fazemos a análise dos construtos utilizados no trabalho: Atitudes (Força da crença comportamental e Avaliação das consequências), Norma subjectiva (Crença normativa e Motivação para concordar com o referente), Percepção de controlo (Crença de controlo e Facilidades em realizar comportamento) e Motivação (Intrínseca e Extrínseca). Descreve-se igualmente a operacionalização dos scores da escala utilizada.

## Atitudes

Analisando a tabela 4 verifica-se que o Alpha de Cronbach para o factor Força da crença comportamental foi de 0.762, contudo para a Avaliação das Consequências o Alpha de Cronbach era de 0.529, abaixo do valor 0.6 de referência para a sua não utilização (Nunnally, 1978). No entanto como esta escala é operacionalizada através da soma dos produtos dos itens de cada um dos factores essa referência não terá grande relevância em termos de resultados. Para os valores da escala não serem tão elevados calculou-se os valores padronizados  $(\frac{score - média\ score}{desvio\ padrão\ score})$ .

De modo a conseguir valores standardizados, calculou-se  $Z = (50+10*Z)$ , em que a média é 50 e o desvio padrão 10.

**Tabela 4 –** Fiabilidade da escala de Atitude

Factor	Alpha de Cronbach	N de Itens	Questões
Atitudes - Força da crença comportamental	0,762	18	Parte B, Questões 1 à 18
Atitudes - Avaliação das consequências	0,529	18	Parte B, Questões 28 à 45

Analisando os resultados descritivos dos itens da escala de Atitudes (Tabela 5), observa-se que, para a Força da Crença Comportamental, os itens com níveis médios mais elevados de concordância eram o 1, 12 e 7 ( $4.93\pm 0.35$ ,  $4.87\pm 0.38$  e  $4.89\pm 0.35$ , respectivamente), pelo contrário os itens com scores mais baixos eram o 17 e o 5 ( $3.07\pm 1.09$  e  $3.17\pm 1.14$ , respectivamente). No que respeita à Avaliação das Consequências, os itens com níveis médios superiores de importância eram o 34, 44 e 45 ( $4.92\pm 0.41$ ,  $4.87\pm 0.44$  e  $4.87\pm 0.48$ , respectivamente) e os itens que possuíam os níveis médios de importância mais baixos eram o 41 e o 45 ( $1.75\pm 0.84$  e  $1.76\pm 0.88$ , respectivamente).

**Tabela 5** – Estatísticas descritivas das questões da escala de Atitude

Atitudes					
Força da crença comportamental			Avaliação das consequências		
Questão	Média	Desvio Padrão	Questão	Média	Desvio Padrão
QB01A	4,93	0,35	QB28C	4,73	0,56
QB02A	4,13	1,05	QB29C	2,47	1,07
QB03A	4,80	0,51	QB30C	4,79	0,56
QB04A	3,34	1,11	QB31C	1,93	0,97
QB05A	3,17	1,14	QB32C	4,35	0,82
QB06A	4,60	0,62	QB33C	2,43	0,95
QB07A	4,87	0,38	QB34C	4,92	0,41
QB08A	3,38	1,05	QB35C	2,64	1,04
QB09A	3,24	0,95	QB36C	4,11	0,85
QB10A	4,77	0,58	QB37C	2,22	0,94
QB11A	3,28	1,02	QB38C	4,81	0,54
QB12A	4,89	0,35	QB39C	2,25	0,91
QB13A	3,25	1,10	QB40C	4,87	0,44
QB14A	4,59	0,63	QB41C	1,75	0,84
QB15A	4,67	0,61	QB42C	3,87	1,09
QB16A	4,29	1,07	QB43C	2,31	1,09
QB17A	3,07	1,09	QB44C	4,87	0,48
QB18A	4,75	0,52	QB45C	1,76	0,88

**Tabela 6** – Estatísticas descritivas do score da escala de Atitude

	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
Atitude	264,97	265,00	98,00	353,00	32,41
Zscore: Atitude	50,00	50,01	-1,52	77,17	10,00

## Norma subjectiva

A Tabela 7 representa a fiabilidade dos factores da escala de Norma Subjectiva. O Alpha de Cronbach para a Crença Normativa era de 0.778 e para a Motivação para concordar com o referente era de 0.648. Esta escala é igualmente operacionalizada através da soma dos produtos dos itens de cada um dos factores e para os valores da escala não serem também tão elevados calculou-se os valores padronizados  $\frac{score - média\ score}{desvio\ padrão\ score}$

De modo a conseguir valores standardizados, calculou-se  $Z = (50+10*Z)$ , em que a média é 50 e o desvio padrão 10.

**Tabela 7 –** Fiabilidade da escala de Norma Subjectiva

Factor	Alpha de Cronbach	N de Itens	Questões
Norma Subjectiva - Crença normativa	0,778	9	Parte B Questões 19 à 27
Norma Subjectiva - Motivação para concordar com o referente	0,648	9	Parte B Questões 46 à 54

Analisando os resultados descritivos dos itens da escala de Norma subjectiva (Tabela 8), observa-se que, na Crença Normativa, os itens com níveis médios mais elevados de frequência eram o 19, 26 e 27 ( $4.81 \pm 0.66$ ,  $4.81 \pm 0.79$  e  $4.79 \pm 0.84$ , respectivamente), pelo contrário o item com score médio de frequência mais baixo era o 22 ( $3.20 \pm 2.34$ ). Em relação à Motivação para concordar com o referente, os itens com níveis médios de importância mais elevados eram o 46 e o 54 ( $4.83 \pm 0.40$  e  $4.60 \pm 0.53$ , respectivamente) e o item com score médio de importância mais baixo era o 49 ( $2.75 \pm 2.08$ ).

**Tabela 8** – Estatísticas descritivas das questões da escala de Norma subjectiva

Crença normativa			Motivação para concordar com o referente		
Questão	Média	Desvio Padrão	Questão	Média	Desvio Padrão
QB19B	4,81	0,66	QB46D	4,83	0,40
QB20B	4,65	1,09	QB47D	4,20	1,12
QB21B	4,45	1,39	QB48D	3,60	1,29
QB22B	3,20	2,34	QB49D	2,75	2,08
QB23B	4,13	1,71	QB50D	3,51	1,01
QB24B	4,22	1,62	QB51D	3,72	1,08
QB25B	4,60	1,16	QB52D	4,01	0,78
QB26B	4,81	0,79	QB53D	4,51	0,55
QB27B	4,79	0,84	QB54D	4,60	0,53

**Tabela 9** – Estatísticas descritivas do score da escala de Norma Subjectiva

	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
Norma subjectiva	167,31	175,00	20,00	225,00	37,32
Zscore: Norma subjectiva	50,00	52,06	10,53	65,46	10,00

### Percepção de controlo

A tabela 10 representa a fiabilidade da escala de Percepção de controlo, sendo o Alpha de Cronbach de 0.737. Esta escala foi também operacionalizada através da soma dos produtos dos itens de cada um dos factores e calculou-se os valores padronizados ( $\frac{score - média\ score}{desvio\ padrão\ score}$ ). De modo a conseguir valores standardizados, calculou-se  $Z = (50 + 10 * Z)$ , em que a média é 50 e o desvio padrão 10.

**Tabela 10** – Fiabilidade da escala de Percepção de Controlo

Alpha de Cronbach	N de Itens	Questões
0,737	18	Parte B Questões 55 à 70

A tabela 11 representa as estatísticas descritivas dos itens da escala de Percepção de Controlo. Observa-se que o item 59 era aquele cujo nível médio de concordância era mais elevado ( $4.73 \pm 0.66$ ), em contraponto o item com score médio de concordância mais baixo era o 67 ( $3.11 \pm 0.97$ ).

**Tabela 11** – Estatísticas descritivas das questões da escala de Percepção de Controlo

Questão	Média	Desvio Padrão
QB55E	3,38	1,06
QB56E	4,00	0,80
QB57E	4,23	0,62
QB58E	4,43	0,66
QB59E	4,73	0,46
QB60E	4,46	0,67
QB61E	4,47	0,59
QB62E	3,99	0,88
QB63E	3,37	1,05
QB64E	3,28	1,03
QB65E	2,74	1,00
QB66E	4,15	0,77
QB67E	3,11	0,97
QB68E	3,66	0,84
QB69E	3,80	1,31
QB70E	4,34	0,64

**Tabela 12** – Estatísticas descritivas do score da escala de Percepção de controlo

	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
Controlo Comportamental Percebido	122,47	122,00	56,00	190,00	24,36
Zscore: Controlo Comportamental Percebido	50,00	49,81	22,72	77,72	10,00

## Motivação

A tabela 13 está representada a fiabilidade dos factores da escala de Motivação. O Alpha de Cronbach para a Motivação Intrínseca era de 0.820 e na Motivação Extrínseca era de 0.648. Estas dimensões eram operacionalizadas através da soma dos itens e calcularam-se os valores padronizados ( $\frac{score - média\ score}{desvio\ padrão\ score}$ ).

De modo a conseguir valores standardizados, calculou-se  $Z = (50+10*Z)$ , em que a média é 50 e o desvio padrão 10.

**Tabela 13** – Fiabilidade da escala de Motivação

Factor	Alpha de Cronbach	N de Itens	Questões
Motivação - Intrínseca	0,820	8	Parte B Questões 71, 72, 73, 74, 75, 78, 80, 86
Motivação - Extrínseca	0,712	8	Parte B Questões 76, 77, 79, 81, 82, 83, 84, 85

Observando os resultados descritivos dos itens da escala de Motivação (Tabela 14), constata-se que, na Motivação Intrínseca, o item com nível médio mais elevado de concordância era o 78 ( $4.71\pm 0.57$ ) e o item com score médio de frequência mais baixo era o 71 ( $1.82\pm 1.03$ ). Em relação à Motivação Extrínseca, os itens com níveis médios de concordância mais elevados eram o 77 e o 76 ( $4.90\pm 0.33$  e  $4.85\pm 0.44$ , respectivamente) e o item com score médio de concordância mais baixo era o 79 ( $2.94\pm 1.15$ ).

**Tabela 14** – Estatísticas descritivas das questões da escala de Motivação

Motivação					
Intrínseca			Extrínseca		
Questão	Média	Desvio Padrão	Questão	Média	Desvio Padrão
QB71F	1,82	1,03	QB76F	4,85	0,44
QB72F	1,90	1,04	QB77F	4,90	0,33
QB73F	1,94	0,98	QB79F	2,94	1,15
QB74F	2,75	1,32	QB81F	3,51	1,19
QB75F	2,67	1,26	QB82F	3,09	1,13
QB78F	4,71	0,57	QB83F	4,11	0,89
QB80F	2,41	1,03	QB84F	3,74	0,98
QB86F	4,16	0,89	QB85F	4,26	0,74

**Tabela 15** – Estatísticas descritivas do score da escala de Motivação

	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
Motivação Extrínseca	22,36	22,00	12,00	39,00	5,52
Zscore: Motivação Extrínseca	50,00	49,35	31,24	80,15	10,00
Motivação Intrínseca	31,30	32,00	10,00	40,00	4,43
Zscore: Motivação Intrínseca	50,00	51,58	1,92	69,64	10,00

### 5.3 – PROCEDIMENTOS

Todo o investigador tem obrigações e responsabilidades morais perante a sociedade, a comunidade científica e para com os participantes das investigações. O consentimento informado e voluntário, tal como a confidencialidade dos dados recolhidos e a protecção dos indivíduos, são aspectos muitíssimo importantes na investigação.

A necessidade de elaborar uma pesquisa que respeitasse todos os princípios éticos foi um requisito que pautou todo este projecto, desde a selecção dos participantes na amostra, até à discussão dos resultados e conclusões.

O primeiro passo consistiu na autorização para utilizar o instrumento de avaliação construído pela Professora Dolores Sardo (2010) (Anexo II). Obtendo a autorização da autora, formalizámos o pedido de autorização ao Conselho de Administração da Maternidade Bissaya Barreto do Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E., explicitando os objectivos da investigação, pedindo autorização para a aplicação do instrumento de recolha de dados (Anexo III). Após o despacho de autorização pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE, ter sido favorável em 23 de Dezembro de 2010, ficou aberto o caminho para iniciarmos o nosso percurso (anexo IV).

Na realização do estudo, como recursos humanos para além do autor, contou-se com a colaboração dos profissionais de Enfermagem da Consulta Externa e das Enfermeiras Especialistas dos Cursos de Preparação para o Nascimento. Todos os profissionais colaboradores no acesso directo às intervenientes do estudo, foram previamente contactadas no sentido de se proceder ao esclarecimento dos objectivos, finalidades do estudo, técnica de recolha de dados e da importância da sua cooperação.

Os questionários foram entregues às grávidas, que se disponibilizaram a colaborar, durante os meses de Janeiro, Fevereiro e Março de 2011. Cada participante foi esclarecido dos objectivos, finalidade e metodologia do estudo, bem como dos procedimentos a utilizar durante a investigação,

O protocolo de questionários foi aplicado livre e conscientemente, sem práticas impeditivas de livre manifestação da vontade pessoal das grávidas que aderiram ao estudo, Para a consecução desta prática foi utilizada uma linguagem acessível e assinatura por parte da grávida do termo de consentimento em como concordavam responder ao questionário (Anexo V). Este termo de consentimento compreende a identificação dos investigadores, o tema em estudo e a garantia da confidencialidade

Antes da aplicação do instrumento de recolha de dados procedeu-se à descrição dos objectivos, procedimentos, instrumentos que seriam usados, do direito de autodeterminação e ser-lhes-á garantido que a sua recusa em nada interferirá no seu normal seguimento nos serviços de saúde.

Para que as inquiridas percebessem o objectivo do instrumento de recolha de dados e a importância do rigor das respostas, foi incluído no rosto da primeira página do instrumento um pequeno texto de apresentação com essas explicações, assim como o agradecimento pela colaboração prestada. Foram igualmente informadas de que os questionários eram anónimos, “condição necessária para a autenticidade das respostas” (PARDAL; CORREIA, 1995, p.52).

#### 5.4 - ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos através da aplicação do questionário, foram submetidos um tratamento estatístico através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.0 para o Windows. Nas questões abertas do instrumento de recolha de dados, realizámos o tratamento manual de dados, construindo categorias.

A apresentação dos resultados efectuar-se-á com o recurso a tabelas maioritariamente, onde se apresentarão os dados mais relevantes.

Em relação à descrição da amostra, as variáveis qualitativas são resumidas através de tabelas de frequências e de contingência apresentando as suas frequências e percentagens apropriadas em cada categoria. No que respeita a variáveis quantitativas são resumidas usando a medianas, médias, mínimos, máximos e desvios padrão. Nas variáveis em que existem dados em falta as frequências são determinadas para os casos válidos.

A fidelidade da escala foi avaliada através do Alpha de Crombach. Para a validação das questões, primeiro verificou-se a normalidade dos dados através do teste de Kolmogorov-Smirnov, e nas situações em que esta era verificada, os testes paramétricos utilizados foram o teste t de Student para a diferença entre média e a ANOVA.

Caso não fossem cumpridos os pressupostos para a utilização dos métodos paramétricos utilizou-se a abordagem não paramétrica, mais concretamente o teste de Mann-Whitney e o teste de Kruskal-Wallis.



## 6 - RESULTADOS

Os resultados apresentados e discutidos neste capítulo limitam-se ao estritamente necessário, em função das finalidades e dos objectivos da pesquisa realizada.

### 6.1 ANÁLISE DESCRITIVA

Em relação à caracterização sociodemográfica das grávidas, os dados foram apresentados num dos capítulos antecedentes, por isso passaremos à descrição dos dados demográficos do marido/companheiro da amostra estudada.

No que respeita ao marido/companheiro da grávida (Tabela 16), 27.3% tinham idades entre os 30 e 32 anos, 24.5% entre os 17 e 19 anos e 24.1% entre os 33 e 35 anos e entre os 36 e 59 anos. Quanto ao nível de habilitações literárias, 36.9% tinham formação até 11º/12º ano de escolaridade e 33.2% formação superior. Quanto à profissão, 41.7% eram trabalhadores não qualificados e 30.1% pessoal administrativo/serviços qualificados.

**Tabela 16 – Dados demográficos do marido/companheiro**

		N	%
<b>Idade</b>	17 -29 anos	53	24,5%
	30 - 32 anos	59	27,3%
	33 - 35 anos	52	24,1%
	36 - 59 anos	52	24,1%
	Total	216	100,0%
<b>Habilitações</b>	até 9º ano	64	29,9%
	11º/12ºano	79	36,9%
	ensino superior	71	33,2%
	Total	214	100,0%
<b>Profissão</b>	Quadro sup./especialista/quadro intermédio	61	28,2%

Administrativo/serviço/trab. Qualificado	65	30,1%
Operários/operadores/trab. Não qualificado	90	41,7%
Total	216	100,0%

A profissão das inquiridas e do marido/companheiro foram categorizadas de acordo com o Guia Nacional das Profissões (1994), o qual reparte todas as profissões por nove categorias (Tabela 17).

**Tabela 17 – Classificação Nacional de Profissões (1994)**

<b>Categoria</b>	<b>Profissão</b>
1	Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa
2	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas
3	Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio
4	Pessoal Administrativo e Similares
5	Pessoal dos Serviços e Vendedores
6	Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas
7	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares
8	Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem
9	Trabalhadores Não Qualificados

FONTE: Instituto Nacional de Estatística. Classificação Nacional de Profissões (1994).

### **Variáveis obstétricas**

Em relação às variáveis obstétricas (Tabela 18), o tempo de gravidez mais frequente era entre as 32 e as 35 semanas com 39.4% das grávidas e 32.4% tinham pelo menos 36 semanas de gestação. Observa-se que 21.3% das grávidas vão ser mães pela segunda vez e 3.2% pela terceira, sendo que 24.5% (53) já tinham tido filhos. O primeiro parto destas grávidas foi em grande maioria (56.6%) normal sucedido pelas cesarianas (20.8%). Em 81.9%

tinha existido um planeamento da gravidez e somente uma gravidez era gemelar. Durante a gravidez 23.1% das grávidas tiveram problemas de saúde.

**Tabela 18 – Variáveis obstétricas**

		N	%
<b>Tempo de gravidez (meses)</b>	20 -31 semanas	61	28,2%
	32 -35 semanas	85	39,4%
	>= 36 semanas	70	32,4%
	Total	216	100,0%
<b>Número de Filhos</b>	0	163	75,5%
	1	46	21,3%
	2	7	3,2%
	Total	216	100,0%
<b>Tipo parto: 1º parto</b>	Normal	30	56,6%
	Cesariana	11	20,8%
	Forceps	5	9,4%
	Ventosa	7	13,2%
	Total	53	100,0%
<b>Tipo parto: 2º parto</b>	Normal	3	50,0%
	Cesariana	3	50,0%
	Forceps	0	0,0%
	Ventosa	0	0,0%
	Total	6	100,0%
<b>Planeamento da gravidez</b>	Sim	176	81,9%
	Não	38	17,7%
	Total	215	100,0%
<b>Tipo de gravidez</b>	Única	214	99,5%
	Gemelar	1	0,5%
	Total	215	100,0%

<b>Problema de saúde durante gravidez</b>	Sim	50	23,1%
	Não	166	76,9%
	Total	216	100,0%

### **Variáveis Contextuais**

Todas as grávidas incluídas na amostra efectuaram vigilância, sendo que 74.1% (160) efectuaram-na no Sistema Nacional de Saúde e destas 20,6 % eram realizadas no Centro de Saúde, 46,3% no Hospital/Maternidade e 33, 1% realizadas no Centro de Saúde/Hospital, 82.9% das grávidas eram acompanhadas por um obstetra e 42.1% pelo médico de família. A formação sobre o aleitamento materno foi ministrada a 47.7% das grávidas, sendo essencialmente efectuada por um enfermeiro especialista (88.3%), num hospital/maternidade (70.9%). O tempo da formação foi entre 1 e 4 horas sendo que 1 hora foi o tempo de formação de 49.5% das grávidas que a realizaram e em 38.8% este foi de 2 horas. Estes dados encontram-se no apêndice 1, que contém a distribuição das grávidas segundo as variáveis contextuais.

### **Variáveis relacionadas com a experiência em amamentação**

Verifica-se que 79.6% das grávidas tinham sido amamentadas e 13% não, 85.6% já viram amamentar quando eram crianças ou adolescentes e 97.7% tinham na família bebés amamentados. Destas grávidas 22.2% tinham experiência de amamentação, 83% com um filho e 17% com os dois filhos e destas 95.7% consideraram-na uma experiência positiva. Das grávidas que amamentaram anteriormente, 25% refere ter amamentado até aos 4 meses e entre os 5 e os 8 meses, 27.3% entre os 9 e os 13 meses e 22,7% até aos 24 meses. Só 47.8% das grávidas citaram a ajuda na última experiência de amamentação, tendo 68.1% beneficiado de dispensa para amamentar sendo esta maioritariamente de 12 meses (54.8%). O último filho das grávidas tinha sido alimentado somente com a mama em 46% das inquiridas, somente com biberão em 2% e com ambos em 32%. Estes dados encontram-se no apêndice 2, que contém as variáveis relacionadas com a experiência em amamentação

As razões destas grávidas para deixarem de amamentar prendem-se com diversos factores, particularmente com problemas nos mamilos (27%), com problemas de produção de leite (19%), cansaço materno e dificuldades na pega do bebé à mama (13%), conforme se pode verificar na tabela 19.

**Tabela 19 - Razões porque a mãe deixou de amamentar na outra gravidez**

	(N=48)	N% (*)
Doença da mãe/bebé	2	4%
Problemas com mamilos	13	27%
Introdução de leite artificial/novos alimentos	5	10%
Problemas com produção de leite	9	19%
Cansaço materno	6	13%
Início da Actividade profissional	4	8%
Dificuldade do bebé na pega	6	13%
Recusa do bebé	4	8%
Idade da criança	3	6%

(\*) A soma dos valores percentuais é superior a 100 porque as inquiridas podiam dar mais do que uma resposta

As duas grávidas que não amamentaram na gravidez anterior, referem não o ter feito, pelos motivos: não ter leite e pela situação de um nado morto.

### **Variáveis relacionadas com a decisão para amamentar**

Por último, analisando as variáveis relacionadas com a decisão para amamentar, observa-se que todas as respondentes nesta questão (213) tinham decidido amamentar, só uma delas ainda não tinha tomado essa decisão. Todas as grávidas que responderam a questão “Nesta gravidez sente-se motivada para amamentar?”, revelaram motivação para amamentar (214). As grávidas que estavam motivadas e decidiram amamentar, referiram como razões da

sua motivação e decisão, as vantagens do leite materno, nomeadamente as vantagens fisiológicas para o bebé (50%), as vantagens económicas (19%) e vantagens psicológicas para o bebé (18%), como se pode analisar na tabela 20.

**Tabela 20** - Razões porque as grávidas estavam motivadas e decidiram amamentar

	(N=216)	N% (*)
Vantagens fisiológicas para o bebé	107	50%
Vantagens fisiológicas para a mãe	28	13%
Vantagens psicológicas para o bebé	38	18%
Vantagens psicológicas para a mãe	35	16%
Vantagens ecológicas	6	3%
Vantagens económicas	42	19%

(\*) A soma dos valores percentuais é superior a 100 porque as inquiridas podiam dar mais do que uma resposta.

As que decidiram amamentar tomaram essa decisão, antes da gravidez (74.3%) e sempre por iniciativa própria, contudo a decisão tomada está de acordo com a opinião das pessoas importantes para a grávida em 95.8% das inquiridas. Das grávidas que tencionam amamentar, 36% referem ir fazê-lo até entre os 6 e 12 meses e 17.3% até aos 6 meses do bebé, 22% referem que o farão até ter leite/ até o bebé querer.

Todas as inquiridas com resposta na questão “ Acha importante amamentar este filho?”, referiram que era importante amamentar esse filho, 90.2% citaram ter os recursos necessários para amamentar e 8.9% não sabiam se possuíam esses mesmos recursos.

**Tabela 21 – Variáveis relacionadas com a decisão para amamentar**

		N	%
<b>Motivação para amamentar</b>	Sim	214	100,0%
	Total	214	100,0%
<b>Decisão sobre ir amamentar</b>	Sim	212	99,5%
	Não	1	0,5%
	Total	213	100,0%
<b>Momento da decisão</b>	Antes desta gravidez	159	74,3%
	Durante esta gravidez	55	25,7%
	Total	214	100,0%
<b>Decisão</b>	Iniciativa própria	202	93,5%
	Iniciativa própria / Indicação marido ou companheiro	2	0,9%
	Iniciativa própria / Indicação marido ou companheiro / Indicação mãe	1	0,5%
	Iniciativa própria / Indicação marido ou companheiro / Indicação mãe / Indicação enfermeiro ou médico	1	0,5%
	Iniciativa própria / Indicação marido ou companheiro / Indicação enfermeiro ou médico	1	0,5%
	Iniciativa própria / Indicação enfermeiro ou médico	6	2,8%
	Total	216	100,0%
	<b>Idade prevista de amamentação</b>	Até 6 meses	34
	6 - 12 meses	71	36,0%
	12 - 18 meses	12	6,1%
	18 - 24 meses	36	18,3%
	Até querer/até ter leite	44	22,3%
	Total	197	100,0%
<b>Importância de amamentar</b>	Sim	214	100,0%

	Total	214	100,0%
<b>Ter recursos necessários para amamentar</b>	Sim	193	90,2%
	Não	2	0,9%
	Não sei	19	8,9%
	Total	214	100,0%
<b>Está de acordo com a opinião das pessoas importantes</b>	Sim	205	95,8%
	Não	1	0,5%
	Não sei	8	3,7%
	Total	214	100,0%

## 6.2 ANÁLISE INFERENCIAL

No sentido de perceber quais são os factores que influenciam a intenção da grávida para o comportamento amamentar, procedemos à análise inferencial desta variável dependente. Determinámos como variáveis independentes algumas características da grávidas que nos pareceram passíveis de condicionar a sua intenção para o comportamento amamentar, nomeadamente, a idade, estado civil, habilitações literárias, rendimento familiar, nº de filhos, tipo de parto, vigilância da gravidez, formação sobre aleitamento materno, decisão de amamentar, tempo de amamentação, experiência prévia, ser amamentada, qualificação da experiência.

A primeira questão de investigação refere-se à associação das variáveis obstétricas e contextuais com a intenção da grávida para amamentar.

A tabela 22 representa os dados referentes à associação das variáveis obstétricas com a atitude face ao aleitamento e observa-se a não existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0.05$ ) entre as diversas categorias das variáveis número de filhos, tipo de parto (1º parto) e a frequência de formação sobre o aleitamento.

**Tabela 22** – Escala de Atitudes segundo as variáveis obstétricas e contextuais

		Zscore: Atitude				<i>p</i>
		N	Média	Mediana	Desvio Padrão	
<b>Número de Filhos</b>	0	163	49,42	49,70	10,36	0,391
	1	46	52,00	51,71	8,57	
	2	7	50,41	51,55	9,78	
<b>Tipo: Filho 1</b>	Normal	30	52,29	51,24	8,15	0,970
	Cesariana	11	49,98	51,86	10,41	
	Ventosa	5	53,47	51,86	10,97	
	Forceps	7	52,79	53,10	7,77	
<b>Formação sobre aleitamento</b>	Sim	103	50,11	50,01	8,76	0,874
	Não	113	49,90	49,70	11,05	

Em relação à associação das variáveis obstétricas e contextuais com a norma subjectiva face ao aleitamento (Tabela 23), observa-se também a não existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0.05$ ) entre as diversas categorias das variáveis número de filhos, tipo de parto (1º parto) e a frequência de formação sobre o aleitamento.

**Tabela 23** – Escala de Norma Subjectiva segundo as variáveis obstétricas e contextuais

		Zscore: Norma subjetiva				<i>p</i>
		N		Mediana	Desvio Padrão	
<b>Número de Filhos</b>	0	162	49,90	52,06	10,00	0,800
	1	46	50,24	52,06	9,02	
	2	7	50,72	52,06	16,43	
<b>Tipo: Filho 1</b>	Normal	30	51,11	52,73	8,76	0,552
	Cesariana	11	51,16	52,06	12,58	
	Ventosa	5	49,11	52,06	7,60	

	Forceps	7	45,36	48,04	12,94	
<b>Formação sobre aleitamento</b>	Sim	103	50,84	52,60	9,96	0,160
	Não	112	49,23	51,53	10,02	

A tabela 24 representa os dados referentes à associação do Controlo Comportamental percebido com as variáveis obstétricas e contextuais, observando que somente existem diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0.05$ ) entre as grávidas que tinham filhos ( $54.68 \pm 9.17$ ) para as com 1 filho e ( $54.09 \pm 10.27$ ) para as grávidas com 2 filhos) e as que não tinham filhos ( $48.49 \pm 9.81$ ). Não existia associação estatisticamente significativa entre as demais variáveis e o Controlo comportamental percebido.

**Tabela 24** – Escala de Controlo Comportamental percebido segundo as variáveis obstétricas e contextuais

		Zscore: Controlo Comportamental Percebido				<i>p</i>
		N	<i>p</i>	Mediana	Desvio Padrão	
<b>Número de Filhos</b>	0	162	48,49	48,78	9,81	0,000
	1	46	54,68	56,58	9,17	
	2	7	54,09	49,81	10,27	
<b>Tipo: Filho 1</b>	Normal	30	53,91	55,14	8,69	0,480
	Cesariana	11	54,51	52,27	9,03	
	Ventosa	5	53,09	52,27	8,71	
	Forceps	7	60,42	62,12	10,60	
<b>Formação sobre aleitamento</b>	Sim	103	50,28	50,63	9,49	0,389
	Não	112	49,74	48,99	10,49	

No que respeita à associação das variáveis obstétricas e contextuais com a Motivação face ao aleitamento (Tabela 25), observa-se também a não existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p>0.05$ ) entre as diversas categorias das variáveis número de filhos, tipo de parto (1º parto) e a frequência de formação sobre o aleitamento.

**Tabela 25** – Escala de Motivação segundo as variáveis obstétricas e contextuais

		Zscore: Motivação Extrínseca					Zscore: Motivação Intrínseca				
		N	Média	Mediana	Desvio Padrão	<i>p</i>	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	<i>p</i>
<b>Número de Filhos</b>	0	162	50,03	49,35	10,20	0,270	163	49,57	49,32	10,56	0,536
	1	46	49,08	47,54	9,42		46	51,23	51,58	8,15	
	2	7	55,30	54,79	8,41		7	51,90	51,58	7,31	
<b>Tipo: Filho 1</b>	Normal	30	47,54	44,82	7,90	0,250	30	50,00	51,58	7,19	0,400
	Cesariana	11	54,62	54,79	12,56		11	55,27	53,84	6,41	
	Ventosa	5	48,99	49,35	8,54		5	52,48	53,84	13,03	
	Forceps	7	51,94	51,16	8,02		7	51,26	53,84	9,07	
<b>Formação sobre aleitamento</b>	Sim	103	49,25	47,54	9,95	0,180	103	49,72	51,58	9,79	0,770
	Não	112	50,69	51,16	10,04		113	50,26	51,58	10,22	

Pretendeu-se igualmente determinar quais os factores sociodemográficos que possam estar associados com a intenção de amamentar.

Da análise da Tabela 26 observa-se a não existência de associação estatisticamente significativa ( $p>0.05$ ) entre as Atitudes e as variáveis idade, estado civil, escolaridade e rendimento.

**Tabela 26** – Escala de Atitudes segundo as variáveis sociodemográficas

		Zscore: Atitude				<i>P</i>
		N	Média	Mediana	Desvio Padrão	
<b>Idade</b>	18 - 27 anos	52	50,56	49,70	7,89	0,528
	28 - 30 anos	59	49,94	50,32	10,00	
	31 - 33 anos	52	50,55	50,63	11,62	
	34 - 42 anos	53	48,98	46,92	10,33	
<b>Estado Civil</b>	solteira/divorciada	31	49,31	47,23	7,65	0,292
	casada/união facto	185	50,12	50,63	10,35	
<b>Habilitações</b>	até 9º ano	30	46,28	46,00	13,37	0,502
	11º/12ºano	67	51,77	51,24	8,70	
	ensino superior	119	49,94	50,01	9,52	
<b>Rendimento</b>	Inferior ou igual 500 €	15	52,17	48,78	9,59	0,668
	Superior 500 € e inferior ou igual 1 500 €	109	49,90	50,01	9,54	
	Superior 1 500 € e inferior ou igual 2 500 €	71	48,98	48,16	9,81	
	Superior 2 500 €	18	50,92	52,32	13,02	

Da análise da Tabela 27 observa-se a não existência de associação estatisticamente significativa ( $p > 0.05$ ) entre a norma subjectiva e as variáveis idade, estado civil, escolaridade e rendimento.

**Tabela 27** – Escala de Norma Subjectiva segundo as variáveis sociodemográficas

		Zscore: Norma subjetiva				<i>p</i>	
		<i>p</i>	N	Média	Mediana		Desvio Padrão
<b>Idade</b>	18 - 27 anos		52	50,18	51,39	9,77	0,131
	28 - 30 anos		59	51,48	53,40	8,44	
	31 - 33 anos		52	51,02	53,00	10,23	
	34 - 42 anos		52	47,13	48,98	11,24	
<b>Estado Civil</b>	solteira/divorciada		31	48,93	53,40	11,44	0,833
	casada/união facto		184	50,18	52,06	9,76	
<b>Habilitações</b>	até 9º ano		30	49,23	48,71	12,01	0,505
	11º/12ºano		67	51,29	52,06	8,98	
	ensino superior		118	49,47	52,06	10,01	
<b>Rendimento</b>	Inferior ou igual 500 €		15	48,86	52,06	11,43	0,136
	Superior 500 € e inferior ou igual 1 500 €		109	51,07	53,40	9,43	
	Superior 1 500 € e inferior ou igual 2 500 €		71	47,98	50,72	10,61	
	Superior 2 500 €		17	52,14	56,08	9,05	

Da análise da Tabela 28 observa-se a não existência de associação estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ) entre o controlo comportamental percebido e as variáveis idade, estado civil, escolaridade e rendimento.

**Tabela 28** – Escala de Controlo comportamental percebido segundo as variáveis sociodemográficas

	Zscore: Controlo Comportamental Percebido				<i>P</i>	
	N	Média	Mediana	Desvio Padrão		
<b>Idade</b>	18 - 27 anos	52	50,08	49,40	10,41	0,810
	28 - 30 anos	59	49,29	50,63	9,33	
	31 - 33 anos	51	51,09	53,09	10,84	
	34 - 42 anos	53	49,67	48,99	9,66	
<b>Estado Civil</b>	solteira/divorciada	31	50,68	52,68	10,15	0,683
	casada/união facto	184	49,89	49,81	10,00	
<b>Habilitações</b>	até 9º ano	29	49,34	48,99	9,84	0,413
	11º/12ºano	67	51,35	50,63	10,02	
	ensino superior	119	49,40	48,99	10,04	
<b>Rendimento</b>	Inferior ou igual 500 €	15	51,80	53,91	10,53	0,347
	Superior 500 € e inferior ou igual 1 500 €	108	50,05	50,63	9,47	
	Superior 1 500 € e inferior ou igual 2 500 €	71	48,73	47,75	10,74	
	Superior 2 500 €	18	53,07	54,32	9,80	

Somente existiu associação estatisticamente significativa entre a Motivação extrínseca e as variáveis idade e habilitações (Tabela 29). Na idade o score médio de Motivação mais baixo foi entre os 31 e 33 anos e entre os 34 e 42 anos ( $45.83 \pm 8.57$  e  $50.68 \pm 9.42$ , respectivamente) enquanto o score mais elevado era na classe entre os 18 e 27 anos ( $51.82 \pm 10.03$ ), nas habilitações literárias as grávidas com score médio mais elevado eram as possuíam formação até ao 9º ano ( $53.72 \pm 10.40$ ), enquanto o mais baixo observava-se nas grávidas com formação superior ( $48.16 \pm 9,93$ ).

**Tabela 29** – Escala de Motivação segundo as variáveis sociodemográficas

		Zscore: Motivação Extrínseca					Zscore: Motivação Intrínseca				
		N	Média	Mediana	Desvio Padrão	<i>P</i>	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	<i>p</i>
<b>Idade</b>	18 - 27 anos	52	51,82	51,16	10,03	0,010	52	51,53	51,58	9,14	0,169
	28 - 30 anos	59	51,38	51,16	10,82		59	50,70	49,32	9,44	
	31 - 33 anos	51	45,83	43,92	8,57		52	47,41	49,32	11,88	
	34 - 42 anos	53	50,68	47,54	9,42		53	50,26	51,58	9,16	
<b>Estado Civil</b>	solteira/divorciada	31	51,05	51,16	9,99	0,530	31	51,80	51,58	10,17	0,370
	casada/união facto	184	49,82	47,54	10,02		185	49,70	51,58	9,97	
<b>Habilitações</b>	até 9º ano	29	53,72	54,79	10,40	0,010	30	50,45	51,58	12,77	0,449
	11º/12ºano	67	51,65	51,16	9,33		67	51,14	51,58	8,66	
	ensino superior	119	48,16	47,54	9,93		119	49,24	49,32	9,94	
<b>Rendimento</b>	Inferior ou igual 500 €	15	49,23	51,16	8,99	0,051	15	48,12	51,58	10,99	0,410
	Superior 500 € e inferior ou igual 1 500 €	108	51,85	51,16	10,17		109	50,77	51,58	10,16	
	Superior 1 500 € e inferior ou igual 2 500 €	71	48,33	47,54	9,67		71	49,77	49,32	9,69	
	Superior 2 500 €	18	46,13	44,82	9,85		18	46,94	48,19	9,75	

A última questão de investigação refere-se à influência das variáveis relacionadas com a experiência em amamentação e às variáveis relacionadas com a decisão para amamentar na intenção da grávida para amamentar.

A tabela 30 representa a distribuição dos scores da escala de Atitudes segundo as variáveis relacionadas com a experiência e decisão de amamentar. Observa-se uma diferença estatisticamente significativa ( $p < 0.05$ ) entre as grávidas que já amamentaram ( $52.78 \pm 8.15$ ) e as que será a primeira vez ( $49.21 \pm 10.35$ ). Também encontramos diferenças significativas ( $p < 0.05$ ) relativamente à atitude nas grávidas que já tinham tomado a decisão antes de

engravidar ( $50.84 \pm 10.35$ ) comparativamente às que o decidiram após engravidar ( $47.38 \pm 8.61$ ) (Tabela 30).

**Tabela 30** – Escala de Atitude segundo as variáveis relacionadas com a experiência em amamentação e com a decisão para amamentar

		Zscore: Atitude				<i>P</i>
		N	Média	Mediana	Desvio Padrão	
<b>Experiência de amamentação</b>	Sim	48	52,78	51,86	8,15	0,029
	Não	168	49,21	49,55	10,35	
<b>Foi amamentada</b>	Sim	172	50,63	50,63	9,39	0,095
	Não	28	47,46	47,08	8,38	
	Não sei	16	47,66	48,78	16,70	
<b>Momento da decisão</b>	Antes desta gravidez	159	50,84	50,32	10,35	0,017
	Durante esta gravidez	55	47,38	47,85	8,61	
<b>Idade prevista de amamentação</b>	até 6 meses	34	47,74	44,46	11,79	0,129
	6 - 12 meses	71	50,36	50,01	8,68	
	12 - 18 meses	12	48,85	47,54	3,75	
	18 - 24 meses	36	52,05	50,94	8,94	
	até querer/até ter leite	44	50,45	51,40	9,68	

Da análise da Tabela 31 observa-se a não existência de associação estatisticamente significativa ( $p > 0.05$ ) entre a norma subjectiva e as variáveis relacionadas com a experiência em amamentação com a decisão para amamentar

**Tabela 31** – Escala de Norma subjectiva segundo as variáveis relacionadas com a experiência em amamentação com a decisão para amamentar

		Zscore: Norma subjectiva				<i>P</i>
		N	Média	Mediana	Desvio Padrão	
<b>Experiência de amamentação</b>	Sim	48	50,81	52,06	9,12	0,744
	Não	167	49,77	52,06	10,25	
<b>Foi amamentada</b>	Sim	171	50,54	52,06	9,43	0,313
	Não	28	49,40	51,39	10,72	
	Não sei	16	45,30	48,71	13,58	
<b>Momento da decisão</b>	Antes desta gravidez	158	50,55	52,06	9,54	0,198
	Durante esta gravidez	55	48,31	49,38	11,29	
<b>Idade prevista de amamentação</b>	até 6 meses	34	48,52	51,39	11,32	0,630
	6 - 12 meses	71	50,02	50,72	6,91	
	12 - 18 meses	12	49,78	53,40	14,48	
	18 - 24 meses	36	51,50	52,06	9,43	
	até querer/até ter leite	44	49,49	52,60	11,52	

A tabela 32 representa a distribuição dos scores da escala de Controlo Comportamental Percebido, segundo as variáveis relacionadas com a experiência e decisão de amamentar. Observa-se uma diferença estatisticamente significativa ( $p < 0.05$ ) entre as grávidas que já amamentaram ( $55.04 \pm 9.25$ ) e as que será a primeira vez ( $48.55 \pm 9.76$ ).

**Tabela 32** – Escala de Controlo comportamental percebido segundo as variáveis relacionadas com a experiência em amamentação com a decisão para amamentar

		Zscore: Controlo Comportamental Percebido				<i>P</i>
		N	Média	Mediana	Desvio Padrão	
<b>Experiência de amamentação</b>	Sim	48	55,04	57,40	9,25	0,000
	Não	167	48,55	48,99	9,76	
<b>Foi amamentada</b>	Sim	172	50,01	49,81	10,03	0,280
	Não	28	47,81	48,99	9,39	
	Não sei	15	53,97	52,68	10,11	
<b>Momento da decisão</b>	Antes desta gravidez	158	50,41	50,63	9,84	0,203
	Durante esta gravidez	55	48,62	48,58	10,30	
<b>Idade prevista de amamentação</b>	até 6 meses	34	45,96	46,11	9,89	0,143
	6 - 12 meses	71	50,71	50,63	10,19	
	12 - 18 meses	12	50,83	54,53	10,63	
	18 - 24 meses	36	51,70	52,27	8,77	
	até querer/até ter leite	44	49,59	49,40	10,01	

Por último constatam-se diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0.05$ ) entre as categorias da idade prevista de amamentação nos scores da Motivação intrínseca (Tabela 32). Os scores médios mais baixos encontravam-se nas grávidas que tencionavam amamentar até aos 6 meses e entre os 6 e 12 meses ( $46.93 \pm 8.45$  e  $50.62 \pm 10.67$ , respectivamente) e mais elevados entre os 12 e 18 meses e entre os 18 e 24 meses ( $53.65 \pm 11.20$  e  $51.77 \pm 7.77$ , respectivamente).

**Tabela 33** – Escala de Motivação segundo as variáveis relacionadas com a experiência em amamentação com a decisão para amamentar

		Zscore: Motivação Extrínseca					Zscore: Motivação Intrínseca				
		N	Média	Mediana	Desvio Padrão	<i>p</i>	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	<i>p</i>
<b>Experiência de amamentação</b>	Sim	48	49,01	47,54	8,78	0,510	48	50,78	51,58	8,09	0,720
	Não	167	50,28	49,35	10,33		168	49,78	51,58	10,49	
<b>Foi amamentada</b>	Sim	172	49,93	48,45	9,79	0,600	172	50,63	51,58	9,15	0,170
	Não	28	49,03	48,45	10,56		28	46,10	47,06	11,40	
	Não sei	15	52,61	52,97	11,52		16	50,03	51,58	14,55	
<b>Momento da decisão</b>	Antes desta gravidez	158	49,52	47,54	10,01	0,170	159	50,02	51,58	10,39	0,750
	Durante esta gravidez	55	51,33	51,16	9,96		55	50,06	51,58	9,00	
<b>Idade prevista de amamentação</b>	até 6 meses	34	48,50	47,54	8,85	0,330	34	46,93	47,06	8,45	0,020
	6 - 12 meses	71	48,82	47,54	9,78		71	50,62	51,58	10,67	
	12 - 18 meses	12	55,09	59,31	14,01		12	53,65	54,96	11,20	
	18 - 24 meses	36	51,62	51,16	10,06		36	51,77	51,58	7,77	
	até querer/até ter leite	44	50,17	50,26	10,01		44	50,04	49,32	8,29	



## 7 – DISCUSSÃO

Reservamos para este capítulo uma discussão detalhada, dando especial ênfase aos resultados mais significativos, confrontando-os em simultâneo com o quadro conceptual que deu suporte ao estudo, e com os resultados de outros estudos publicados sobre a problemática em discussão. Para uma maior facilidade de exposição e de leitura, assim como para uma adequada sistematização, optou-se por organizar a discussão dos resultados em torno das variáveis avaliadas.

No que diz respeito à idade das inquiridas, encontrámos uma média de 30 anos. Estes dados são semelhantes aos resultados do estudo do INE (2004) cit. por Pereira (2006), que referem que a idade média das mães ao nascimento do primeiro filho foi de 27 anos.

A variável idade não se relacionou estatisticamente com a intenção comportamental para amamentar. Neste estudo a variável idade somente teve associação estatística com a motivação extrínseca, sendo que nas grávidas entre os 18 e 27 anos o score médio de motivação foi mais alto ( $51.82 \pm 10.03$ ), ou seja, as grávidas mais novas tiveram níveis superiores de motivação extrínseca. Estes dados são contrários ao estudo Nelas, Ferreira e Duarte (2008) que mencionam serem as mulheres mais velhas as que apresentam maior motivação para o aleitamento materno, e também do que diz Neto (2007), quando assegura que as mães com idade materna igual ou superior a 35 anos são um factor de protecção para o aleitamento materno. O facto das grávidas mais novas terem uma maior motivação para amamentar, pode sugerir-nos que o facto de ser mãe e de querer amamentar constitui para estas grávidas, o seu projecto de vida, considerando a maternidade como uma forma de procurar competência e valorização pessoal (PEREIRA, 2001).

Relativamente ao estado civil, o nosso estudo revelou que 85,6 % das grávidas eram casadas/união de facto. Os resultados encontrados por Azevedo et al (2010) para a variável estado civil, foram semelhantes aos do nosso estudo, ou seja, as participantes eram sobretudo casadas (75,8%), relatando uma união estável com os seus companheiros. Apesar do estudo Carrascoza, Costa Júnior, Moraes (2005) concluírem que quanto maior a estabilidade conjugal, maior a probabilidade de a mãe estender a amamentação natural, não se observou neste estudo diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e a intenção

comportamental (atitude, norma subjectiva e controlo comportamental percebido). Estes dados estão de acordo com o estudo de Azevedo et al (2010), que também não observou diferenças significativas entre grupos de solteiras e casadas quanto a pretensão em realizar o aleitamento materno.

No que concerne às habilitações literárias, 55,1% tinham formação superior, 31% formação ao nível do ensino secundário e só 13,9 % tinham formação até ao 9º ano. A amostra de Azevedo et al (2010), também revela que 50% das inquiridas possuem elevado grau de escolaridade (secundário e licenciatura). No nosso estudo a variável habilitações literárias, não teve uma associação estatística com a intenção em amamentar, nos seus constructos atitude, norma subjectiva e controlo comportamental. No estudo de Takushi et al (2008), a escolaridade também não resultou em melhor conhecimento sobre alimentação infantil e nem foi obtida associação estatisticamente significativa entre escolaridade e intenção para amamentar mais tempo e ou de forma exclusiva.

Contudo, a variável habilitações literárias teve uma associação estatisticamente significativa com a motivação extrínseca. Nas grávidas que possuam formação até ao 9º ano, o score médio foi mais elevado ( $53.72 \pm 10.40$ ), ou seja, possuem níveis mais elevados de motivação extrínseca. Estes dados são contrariados por um estudo de Susin, Giugliani, Kummer, (1999) cit. por Cardoso (2006), relatando que quanto maior o grau de escolaridade maior a motivação pela melhor aquisição de conhecimento durante o pré-natal. O que não quer dizer que as grávidas com menos escolaridade não possuam uma capacidade de compreensão e apreensão da informação dada pelos profissionais de saúde sobre o aleitamento materno, tão ou mais adequada, relativamente às grávidas que possuem maior escolaridade, podendo ter uma maior motivação para este comportamento. Esta motivação pode ser influenciada por vários factores, depende muito das vivências pessoais, sociais e educativas (FERREIRA; NELAS; DUARTE, 2011).

Quanto ao rendimento familiar, não verificámos qualquer associação entre esta variável com atitude, com a norma subjectiva, com o controlo comportamental, nem com a motivação. Também não encontramos outros estudos na literatura, que relacionassem esta variável com a intenção e motivação da grávida para amamentar. Somente Ryan et al. (1997), no seu estudo, refere que o rendimento mostrou estar positivamente correlacionado com o aleitamento materno.

Segundo Losch et al (1995) factores tais como as variáveis demográficas são vistos como determinantes indirectos da intenção comportamental. Contudo, Verran e Ferketich (1984) cit. por Wambach (1997), referem que nos seus estudos, nenhuma das variáveis, idade, renda, educação apresentaram significativas correlações parciais com intenções para amamentar.

No que respeita ao número de filhos, neste estudo só 24,5% da nossa amostra tinha filhos, 21, 3% iam ser mães pela segunda vez e 3,2% pela terceira vez. Esta variável não se correlacionou significativamente com os constructos atitude, norma subjectiva, nem com a motivação. Todavia, observaram-se no constructo Controlo Comportamental Percebido, diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0.05$ ) entre as grávidas que tinham filhos ( $54.68 \pm 9.17$  para as com 1 filho e  $54.09 \pm 10.27$  para as grávidas com 2 filhos) e as que não tinham filhos ( $48.49 \pm 9.81$ ).

Conclui-se que as mulheres que já tiveram filhos têm níveis mais altos de Controlo Comportamental Percebido. Estes dados corroboram o que diz Manstead et al. (1983) cit por Wambach (1997) no estudo que fez sobre amamentação, em que as mulheres da sua amostra tiveram altos níveis de controlo percebido. Para que este constructo, esteja elevado, o comportamento do sujeito, como refere Armitage e Conner (2001) tem de estar sob o seu controlo volitivo completo relativamente a determinados factores. Bentler e Speckart (1981) fundamentam a tendência verificada nas mulheres multíparas com experiência anterior, e justificam-na através da teoria do comportamento passado e a respectiva influência que esse mesmo comportamento tem no comportamento presente.

Em relação ao tipo de parto, constatou-se que 79,2% das grávidas que já foram mães tiveram parto por via vaginal, 20,8% foram cesarianas. Estes resultados são semelhantes ao estudo de Azevedo et al (2010) em que 69,8% de puérperas tiveram seus filhos através de parto vaginal. Neste estudo observou-se a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre a variável tipo de parto e a intenção e motivação para amamentar. Azevedo et al (2010) no seu estudo, também não observou importantes diferenças quando a variável tipo de parto foi relacionada como o desejo em realizar o aleitamento materno exclusivo.

Identificamos em relação à vigilância da gravidez, que todas as grávidas incluídas na amostra efectuaram vigilância, sendo que 74.1% (160) efectuaram-na no Sistema Nacional de Saúde e destas 20,6 % eram realizadas no Centro de Saúde, 46,3% no Hospital/Maternidade

e 33, 1% realizadas no Centro de Saúde/Hospital. Estes dados vão de encontro ao estudo de Galvão (2006), em que a maioria das consultas pré-natais também decorreu em unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (maternidades) e todas as mães fizeram vigilância pré-natal. Estes resultados sugerem-nos que as mulheres valorizam os cuidados de saúde materna e do seu filho.

Esta variável vigilância da gravidez, não foi correlacionada com a variável dependente, pelo facto de todas as inquiridas terem efectuado vigilância, não havendo dados para comparação. Mas alguns estudos revelam que as consultas pré-natais podem contribuir para o sucesso da amamentação. Sarafana et al (2006, p.37), menciona que a “orientação pré-natal para o aleitamento materno, também se reflectiu positivamente na decisão de amamentar, alertando-nos para a necessidade de universalização deste tipo de aconselhamento.”

No que concerne à formação sobre o aleitamento materno, esta foi ministrada a 47,7% das grávidas. No estudo de Moraes, Andréa, Yagi (2004), a respeito da orientação sobre amamentação no pré-natal, também verificou que 46,7% das grávidas receberam orientação sobre a amamentação. No nosso estudo, apesar de todas as grávidas terem realizado vigilância pré-natal, na sua maioria numa instituição pública (maternidade), 52,3% refere não ter recebido informação acerca do aleitamento materno. Estes nossos dados vem de encontro ao estudo de Oliveira e Valente (1999) cit. por Pereira (2006), que também verificaram que só 38% das grávidas vigiadas tinham recebido informação sobre aleitamento materno. Estes resultados podem sugerir-nos que possivelmente nas consultas de vigilância pré-natal, a informação sobre esta temática não é transmitida às grávidas e se é transmitida, não é validada posteriormente pelos profissionais de saúde, acabando por não se tornar relevante para as grávidas. Também podemos depreender que esta percentagem significativa de grávidas possam não ter tido a possibilidade de frequentar as sessões de preparação para a maternidade, que integram a promoção para a saúde sobre o aleitamento materno. Estes centros de preparação situam-se normalmente nos centros urbanos e na nossa amostra 35% das grávidas provém do meio rural. A dificuldade de acesso, pode ter contribuído para a percentagem de grávidas que referiu não ter tido formação sobre a temática do aleitamento materno. Esta situação faz-nos pensar que é necessário desenvolver esta actividade nos centros de saúde locais com enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica, para abranger um maior número de grávidas.

Nesta investigação não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a intenção (atitude, norma subjectiva, controlo comportamental percebido) e motivação com a frequência da formação em aleitamento materno. Contudo, sabe-se que nalguns estudos e particularmente no estudo de Pereira (2006), as mães que tenham informação adequada sobre aleitamento materno planeam melhor o tempo de duração da amamentação, conduzindo ao cumprimento do objectivo estabelecido pela OMS.

Relativamente à experiência em amamentação, das 24,5% grávidas que já tiveram filhos, 22% amamentaram anteriormente. Apesar de Verran e Ferketich (1984) cit. por Wambach (1997), referirem nos seus estudos que a experiência do aleitamento materno não apresentou significativa correlação parcial com a intenção, no nosso estudo verifica-se que a variável experiência anterior em amamentação apresentou uma diferença estatisticamente significativa ( $p < 0.05$ ), no que se refere às atitudes entre as grávidas que já amamentaram ( $52.78 \pm 8.15$ ) e as que será a primeira vez ( $49.21 \pm 10.35$ ), observando-se uma situação idêntica para o Controlo Comportamental Percebido ( $55.04 \pm 9.25$  e  $48.55 \pm 9.76$ ), respectivamente. Ou seja, as grávidas que têm experiência anterior em amamentação possuem níveis elevados de Atitude e de Controlo Comportamental Percebido, dois constructos que influenciam a intenção comportamental. Igualmente num estudo de Wambach (1997) as normas subjectivas não se mostraram ser um factor predictor de amamentação, enquanto que as atitudes e controle comportamental percebido explicaram 23% da variância. Takushi et al (2008) mencionam que a experiência bem sucedida em relação ao aleitamento materno pode ser um precedente positivo na intenção de amamentar o próximo filho. Nas suas investigações, Caldeira et al (2007) verificaram que a experiência anterior contribui positivamente para a manutenção do aleitamento materno durante mais tempo.

Apesar de não ter havido neste estudo uma associação significativa entre a motivação e a experiência anterior em amamentação, Ferreira, Nelas e Duarte (2011), relatam na sua investigação que as experiências anteriores positivas no campo da amamentação, predizem uma maior motivação para a mesma.

No nosso estudo 79,6% das grávidas refere ter sido amamentada. Estes dados são análogos aos resultados da pesquisa de Galvão (2006), onde também 74,3% das mães sabia ter sido amamentada. Ao correlacionarmos a variável ser amamentada com a intenção para amamentar e a motivação, não encontrámos associações estatisticamente significativas. O que não quer dizer que o facto de ter sido amamentada não possa influenciar a intenção da

grávida, pois no estudo da mesma autora, a própria experiência de ter sido uma filha amamentada influencia a futura atitude como mãe.

A variável qualificação da experiência em amamentação aparece na literatura associada ao bom ou mau prognóstico para amamentar um futuro filho. Das 48 grávidas no nosso estudo que amamentaram, só 2 referem como negativa a experiência anterior em amamentação. Similarmente, num estudo de Galvão (2006), 47,5% das mães, atribui a qualificação de muito agradável ou agradável à anterior experiência em amamentação.

No nosso estudo não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a qualificação da experiência em amamentação e a intenção (atitude, norma subjectiva, controlo comportamental percebido) da grávida e a motivação. Mas tendo em conta o estudo da autora supra citada, verificamos que mães que atribuíram qualificação positiva à experiência anterior em amamentação tinham maior tendência em manter por mais tempo a amamentação. Nelas, Ferreira e Duarte (2008) também mencionam que as mães que tinham experiências anteriores agradáveis no âmbito do aleitamento materno estavam mais motivadas para amamentar o seu futuro filho.

No que diz respeito às variáveis decisão de amamentar e tempo de amamentação, estas correlacionaram-se com o constructo atitude e com a motivação, respectivamente. Das 214 grávidas que responderam à questão “Já decidi se vai amamentar?”, 74,3% decidiu amamentar antes da gravidez e 25,7% durante a gravidez. Estes dados são idênticos ao do estudo de Branger (1997) onde igualmente 68% das mães tomaram a decisão de amamentar antes de engravidar e 31% durante a gravidez.

No nosso estudo verificam-se diferenças significativas ( $p < 0.05$ ), no que se refere às atitudes, entre as grávidas que tomaram a decisão de amamentar antes da gravidez ( $50.84 \pm 10.35$ ) comparativamente às que decidiram amamentar após engravidar ( $47.38 \pm 8.61$ ). As grávidas que decidiram amamentar antes da gravidez possuem níveis elevados de atitude. Este facto pode acontecer porque segundo Moutinho, Roazzi e Gouveia (2001) a mãe possui a crença pessoal de que o leite materno é o alimento mais importante e faz uma avaliação sobre o quão agradável é, para ela a realização do comportamento de amamentar.

Identificámos em relação à variável tempo de amamentação que a maior percentagem de grávidas (53,3%) pretendia amamentar até aos 12 meses, (18,3%) das grávidas pretendia amamentar até aos 24 meses, tempo ideal preconizado pela OMS/UNICEF e 22,3% pretendia amamentar até o bebé querer/até ter leite, não imponham um tempo limite. O estudo de

Pereira (2006) refere também que cerca de metade das mães do seu estudo se pudessem amamentariam durante um ano, 10% até dois anos e as restantes não definem em tempo a duração da amamentação.

Neste estudo não encontramos associações entre a variável tempo de amamentação e a intenção para amamentar (atitude, norma subjectiva, controlo comportamental percebido). No entanto, Coreil e Murphy (1988) e Kaufman e Hall (1989) cit. por Wambach (1997), referem que o tempo que a mãe prevê amamentar o seu filho é um factor preditor significativo da duração real da amamentação. E Faleiros et al (2006) acrescentam que existe forte correlação entre a intenção da gestante em amamentar seu filho e a duração da amamentação. Contudo, o Resumo do Estudo USAID/LAC HNS (1992-1995) na América Latina relata que a intenção das mães em amamentar é mais longa do que a prática real, pois parece que as mulheres desejariam amamentar exclusivamente por mais tempo do que na verdade acontece.

Constatam-se apenas diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0.05$ ) entre as categorias da idade prevista de amamentação nos scores da Motivação intrínseca. Os scores médios mais baixos encontram-se nas grávidas que tencionavam amamentar até aos 6 meses e entre os 6 e 12 meses ( $46.93 \pm 8.45$  e  $50.62 \pm 10.67$ , respectivamente) e mais elevados entre os 12 e 18 meses e entre os 18 e 24 meses ( $53.65 \pm 11.20$  e  $51.77 \pm 7.77$ , respectivamente). Concluiu-se que o nível de motivação intrínseca é mais elevado, nas grávidas que pretendem amamentar entre os 12 e os 24 meses.

Não encontramos na literatura dados que corroborem este achado, mas podemos depreender que o facto de as grávidas pretenderem amamentar o mais tempo possível chegando algumas delas a pensar em 24 meses, período ideal para esta prática preconizado pela OMS/ UNICEF (2001), pode ter por trás um tipo de motivação que as vai impelir a realizar esse comportamento, talvez devido à satisfação que essa actividade pode causar.



## 8 - CONCLUSÕES

A revisão de literatura e o estudo empírico que realizámos permitiu-nos retirar algumas conclusões. Estes contributos pareceram-nos válidos para a elaboração de uma síntese que clarifique a problemática em análise e para a sugestão de formas complementares de intervenção que visem a promoção do aleitamento materno. Conscientes da limitação do estudo, sendo que os resultados, serão válidos somente apenas para o grupo específico de sujeitos estudados, procuraremos, também, sugerir novas linhas de acção/intervenção para futuras investigações.

O presente estudo procurou identificar os factores preditores da intenção da grávida para amamentar, com base num conjunto de variáveis que seleccionámos. Assim, tendo em conta os objectivos inicialmente definidos neste processo investigativo e considerando-os eixos orientadores desta pesquisa, podemos auferir as seguintes conclusões:

- a população estudada apresenta uma média de idades de 30 anos, são predominantemente casadas, portuguesas, de raça branca, detêm níveis médios a altos de instrução e residem essencialmente em zonas urbanas;
- as participantes em estudo encontram-se profissionalmente activas e vivem na sua maioria com o marido/companheiro; a quase totalidade das inquiridas possui um rendimento familiar médio a elevado;
- O número de filhos está associado ao controlo comportamental percebido, em que as mulheres sem filhos têm níveis mais baixos nesta escala;
- As grávidas mais novas e com baixo nível de escolaridade possuem níveis superiores de Motivação extrínseca;
- As grávidas com experiência anterior em amamentação têm níveis mais elevados na escala de Atitude e do Controlo Comportamental percebido;
- As participantes que decidiram amamentar antes da gravidez têm níveis elevados de Atitude;

- A Motivação intrínseca é mais baixa nas grávidas que pretendem deixar mais cedo de amamentar.

A norma subjectiva, que se refere particularmente à pressão social, como elemento determinante da intenção, neste estudo não se fez notar, o que é um dado curioso, porque observamos frequentemente enquanto profissionais a trabalhar na área da Saúde Materna, o suporte social que as grávidas geralmente possuem e a sua influência em determinados aspectos, mesmo assim este elemento não foi relevante. Assim sendo, a crença comportamental da mãe que o leite materno é o alimento mais importante e o seu próprio julgamento a respeito do quão agradável é amamentar, o próprio controlo da sua vontade, particularmente nas grávidas múltíparas, sem interferência de factores externos ou internos, constituem os elementos importantes que podem influenciar a intenção da grávida para amamentar. Apesar destes resultados, podemos questionar-nos se a enorme margem de atitudes positivas encontradas no estudo face à amamentação não é sobretudo um produto da desejabilidade social.

Todos estes resultados do estudo levantam novas interrogações e sugerem novas pistas de investigação.

### **Investigações Futuras**

Somos forçados a encarar este trabalho simultaneamente como um produto, um resultado, que esperamos que possa ter aplicação. Sabemos que a investigação necessita de fazer parte integrante da conduta de todos os profissionais de saúde, pois só assim conseguimos a ampliação e o aprofundamento de conhecimentos para acompanharmos a evolução da ciência e da técnica e dar visibilidade às nossas práticas. Collière (1989), menciona que a investigação tem que se manter próxima dos utilizadores dos cuidados para dar maior significação à prática de enfermagem e oferecer novos caminhos para identificar os factores que favorecem ou inibem os cuidados a prestar.

Como nem sempre as pessoas se comportam de acordo com as suas intenções interessará igualmente, testar modelos que ajudam a preencher a lacuna entre a intenção e o comportamento, conforme é sugerido pelos autores Armitage e Conner (2001). Este estudo

tem por base a Teoria do Comportamento Planeado, comprovando que somente informações fornecidas a uma determinada população não funcionam. O conhecimento apenas, não contribui para mudar comportamentos. As intervenções que focalizam as atitudes, as normas subjectivas e o controle, são mais eficazes e obtêm melhores resultados na produção de mudanças ou a aquisição de determinados bens. A alternativa melhor sucedida provavelmente seria convencer as pessoas em mudar as próprias intenções, prestando muita atenção às atitudes, às normas subjectivas e ao controle percebido sobre o comportamento.

Estes estudos realizados à luz da Teoria do Comportamento Planeado, podem abrir outras possibilidades, como a de colaborar para a definição de políticas públicas e viabilizar campanhas educativas a grávidas, de forma a modificar o perfil do aleitamento, construindo programas de intervenção dirigidos, de maneira a obter ganhos na área da saúde materno-infantil.

Acreditamos que este estudo poderá dar suporte a outras pesquisas, entre elas, um estudo para avaliar de que forma a intenção e a motivação das grávidas para o comportamento amamentar, influencia a prevalência do aleitamento materno aos 4 meses. Como diz Fonseca (1999, p. 169) “O futuro dirá se o que hoje é um conjunto de boas intenções, passarão a ser uma prática corrente”.

Todavia, a avaliação dos resultados não pode deixar de ser influenciada por algumas limitações da investigação efectuada, conferindo prudência na sua interpretação e generalização.

### **Limitações do Estudo**

A estratégia metodológica deste estudo teve em consideração o tipo de estudo realizado e os objectivos traçados. Contudo, apontamos como constrangimentos o tamanho da amostra, que limitaram os testes a aplicar e condicionaram a interpretação dos resultados à população estudada.

A amostra foi composta por um número relativamente reduzido de participantes, 216 grávidas. Tal como confirma Sampieri, Collado e Lucio (2003, p. 251), a validade externa refere-se “à possibilidade de generalizar os resultados de um experimento ou situações não experimentais bem como a sujeitos ou outras populações” e esta só seria possível se

tivéssemos recorrido a uma amostra que fosse representativa e proporcional das grávidas. Outra limitação a considerar está relacionada com o facto de se ter utilizado exclusivamente uma metodologia quantitativa de auto preenchimento (*self-report*), o que pode implicar respostas socialmente desejáveis.

Face a estas circunstâncias restritivas, a pesquisa está condicionada às nossas opções metodológicas, o que nos impede de generalizar os resultados à população grávida que frequentava as consultas de vigilância pré-natal e cursos de preparação para o parto na altura em que decorreu o trabalho de campo e necessita de confirmação em outros estudos do mesmo âmbito com amostras mais alargadas.

O facto de a recolha de dados ter sido efectuado somente em três meses consecutivos pode comprometer os resultados. A realização do estudo em vários períodos ao longo do ano, poderia resultar em resultados diferentes dos encontrados.

Apesar das limitações inerentes, tentamos deixar o nosso contributo para uma melhor compreensão desta problemática.

### **Implicações práticas do estudo**

As implicações desta investigação, referem-se sobretudo à prática de cuidados, na medida em que poderá servir de reflexão a todos os profissionais de enfermagem da área da Saúde Materna e Obstétrica e a todos os educadores para a saúde, no sentido de compreender a realidade da amamentação na óptica das mulheres. Toda a mulher é detentora de conhecimentos, sentimentos, percepções que são determinados pelo contexto cultural do qual ela é integrante e as atitudes e comportamentos variam em função de como ela é como ser humano.

Com base em práticas mais reflectidas é que os profissionais se tornam participantes activos na construção do seu conhecimento e no desenvolvimento das suas competências profissionais, adequando os seus cuidados às necessidades, expectativas e crenças de cada grávida, mobilizando as potencialidades de cada uma. Assim, as nossas práticas de cuidados de enfermagem poderão vir a ser significativamente diferentes, mais ajustadas às diferentes realidades, com maior satisfação por parte dos utilizadores de cuidados.

A continuidade das investigações nesta área irá fornecer aos profissionais de saúde, conhecimentos que possibilitem um evidenciar de esforços, com vista à compreensão dos factores envolvidos no início da amamentação e na sua manutenção e à mudança comportamental necessária à diminuição do abandono precoce, estimulando intervenções na área da promoção da saúde.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍAS

ABRAHAM, C.; SHEERAN, P. Implications of Goals Theories for the Theories of Reasoned Action and Planned Behaviour. Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social, 22 (3), 2003, p. 264-280.

ABREU, Manuel Viegas - **Cinco Ensaio sobre a Motivação**. Coimbra: Livraria Almedina, 1998.

AGUILAR CORDERO, M. J. - Composición, propiedades y bioquímica de la leche humana: principios inmediatos - In M. J. AGUILAR CORDERO - **Lactancia materna**. Madrid: Elsevier, 2005, p. 53-63.

AGUILAR CORDERO, M. J.; GÓMEZ GARCÍA, C. I.; VARGA GÁMEZ, P. - Promoción de la lactancia materna. Ventajas y causas de abandono. In AGUILAR CORDERO, M. J. - **Lactancia materna**. Madrid: Elsevier, 2005, p. 157-67.

AJZEN, Icek - From intentions to actions: A theory of planned behavior. In KUHL, J.; BECKMAN, J. **Action-control: From cognition to behavior**. Heidelberg, Germany: Springer, 1985.

AJZEN, Icek – **Attitudes, Personality and behavior**. 2ª edition. New York: Open University Press, 2005

AJZEN, Icek - The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes 50, 1991, p.179-211.

AJZEN, Icek - Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior, Journal of Applied Social Psychology, nº 32, 2002, p. 1-20.

ALMEIDA, João Aprígio Guerra; NOVAK, Franz Reis - Amamentação: um híbrido natureza-cultura. Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro, nº 80 (5 Supl), 2004, [Consult. 23 Maio 2011],. 119-125 p. Disponível em WWW: URL: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a02.pdf>

ALMEIDA, Maria Leonor **Quinhones Levy Gomes Albuquerque - O sucesso do aleitamento materno: Contributo de uma intervenção clínica**. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 1996, 325 p. Dissertação de Doutoramento em Medicina (Pediatria) apresentada à Faculdade de Medicina, p. 74.

ANTUNES; Leonardo dos Santos [et al] - **Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde**. Ciência & Saúde Coletiva. 13(1), 2008, p. 103-109.

APPLEBAUM, R. M. - **Preparação para o aleitamento materno: a preparação pré-natal**. Servir, 30 (6), 1982, p. 321-26.

ARAÚJO, Raquel Maria Amaral; ALMEIDA, João Aprígio Guerra - **Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência**. Revista de Nutrição. Campinas. 20(4), (jul./ago 2007),p. 431-438.

ARMITAGE, C.; CONNER, M - Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: A meta-analytic review. British Journal of Social Psychology. 40 (2001) p. 471-499.

ARORA, S. [et al.] - Major factors influencing breastfeeding rates : mother's perception of phather's attitude and milk supply. Pediatrics, 106 (5), (2000), p. 67.

AZEVEDO; Diana Soares [et al] - Conhecimento de primíparas sobre os benefícios do aleitamento materno. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. 11 (2), (Abr./Jun. 2010), p. 1-212. [Consultado em 24 Agosto 2011] Disponível em WWW:<URL: [http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2\\_html\\_site/a06v11n2.htm](http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2_html_site/a06v11n2.htm)

BARNES, J. [et al.] - Extreme attitudes to body shape, social and psychological factors and a reluctance to breast feed. Journal of The Royal Society of Medicine, 90 (1997), [Consult. 11

Março 2011],. 551-559 p. Disponível em WWW:<URL:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1296597/pdf/jrsocmed00035-0029.pdf>

BEE, D. E. - Breast-feeding initiation in a triethnic population. American Journal. DC. 145 (1991), p. 306-309.

BENTLER, P.M.; SPECKART, G. - Attitudes 'caused' behaviour: a structural equation analysis. Journal of Personality and Social Psychology. Washington. ISSN 0022-3514. 40, 1981, p. 226-238.

BEVERLEY, Z. - Supporting the employed breastfeeding mother. Journal of Midwifery & Women's Health, 45 (2000), p. 216-26.

BOMDITCH, James L.; BUONO, Anthony F. - **Elementos de Comportamento Organizacional**. São Paulo: Biblioteca Pioneira de Administração e Negócios, 1992, ISBN 85-221-0142-6.

BRANGER, B. [et al] - Facteurs influençant la durée de l' allaitement maternel chez 150 femmes. Archive Pédiatrique. (5), 1998, p. 489-496.

BRAZELTON, T. B. - **Tornar-se família. O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento**. Lisboa: Terramar, 1992.

CALDEIRA, Teresa [et al] - Aleitamento Materno: estudo dos factores relacionados com o seu abandono. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 23, (2007), p. 685-699.

CAMPANA, A. O. - **Investigação científica na área médica**. São Paulo: Manole, 2001, p. 129.

CARDOSO, Lúcia - **Aleitamento materno: uma prática de educação para a saúde no âmbito da enfermagem obstétrica**. Braga: Instituto de Educação e Psicologia Universidade do Minho, 2006. Dissertação de mestrado em Educação, Especialização em Educação para a Saúde apresentada à Universidade do Minho.

CARRASCOZA, Karina Camillo; COSTA JÚNIOR, Áderson Luiz; MORAES, Antônio Bento Alves - Factores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. Estudos de Psicologia. Campinas. 22(4) (Outubro - Dezembro 2005), p. 433-440.

CARVALHO, M. R. - Amamentar es un acto ecológico. In AGUILAR CORDERO, M. J. – **Lactancia materna**. Madrid: Elsevier (2005), p. 555-61.

CERNADAS, J.M. [et al. ] - Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. Journal of Human Lactation, 19 (2), 2003, p. 136-44.

CHINEBUAH, B; PÉREZ-ESCAMILLA, R. Unplanned Pregnancies Are Associated with Less Likelihood of Prolonged Breast-Feeding among Primiparous Women in Ghana. Journal of Nutrition, 13 (2001), p. 1247-49

COLLIÈRE, M.F. - **Promover a vida**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

COURNEYA, K.S. [et al.] - Predicting exercise stage transition over two consecutive six month periods: A test of theory of planned behavior in a population-based sample. British Journal of Health Psychology, 6(2) (Maio 2001), p. 135-150.

COUTINHO, J.; LEAL, I. - **Atitudes das mulheres em relação à amamentação: Estudo Exploratório**. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa, 2003.

DECI, E.L.; RYAN, R.M - **Intrinsic motivation and self-determination in human behavior**. New York: Plenum, 1985, ISBN 0-306-42022-8.

DONATH, S.M.; AMIR, L.H. - Relationship between prenatal infant feeding intention and initiation and duration of breastfeeding: a cohort study. Acta Paediatrica. 92 (3), (March 2003), p. 352–356.

FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L. - Aleitamento materno:

factores de influência na sua decisão e duração. Revista de Nutrição. Campinas. 19 (5) Set./Out. 2006). [Consult. 12 Fevereiro 2011] Disponível em WWW: < URL: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732006000500008>

FERNANDES, F. B. U. - Pensando no bebé: benefícios, técnicas e dificuldades do aleitamento materno. Rio de Janeiro: CEFAC, 2000. 45 p. [Consult. 8 de Fevereiro 2011]Disponível em WWW:<URL: <http://www.cefac.br/library/teses/d87579dad0e63ab20438b8e3a65f0acd.pdf>

FERREIRA, M.; NELAS, P.; DUARTE, J.. - Motivação para o Aleitamento Materno: Variáveis Intervenientes. Millenium, 40 (2011), p. 23-38.

FONSECA, Sandra Celina Fernandes - **Aleitamento Materno numa população do concelho de Chaves**. Vila Real: Universidade de Trás – os - Montes e Alto Douro. Tese de Mestrado em Promoção/Educação para a Saúde, 1999.

FORTIN, M. **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 1999, p. 22.

GALVÃO, D.M.P.G. - **Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes**. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e científicas, Lda, 2006.

GAVIN, J. - **The exercise habit: your personal road map to developing lifelong exercise commitment**. Champaign, IL: Human Kinetics, 1992.

HENDERSON, L.; KITZINGER, J.; GREEN, J. - Representating infant feeding: content analysis of British media portrayal of bottle feeding and breast feeding. British Medical Journal, 321(2000), p. 1196-98. [Consult. 30 Junho 2011] Disponível em WWW:<URL: <http://www.bmj.com/content/321/7270/1196.1.full>

HENRIQUES; Sofia Natal; MARTINS; Rosa Maria Lopes - Aleitamento Materno: o porquê do abandono. Millenium, 40 (2011), p. 39-51.

KLOEBLEN-TARVER, A. S.; THOMPSON, N. J.; MINER, K. R. - Intent to breast-feed: The impact of attitudes, norms, parity, and experience. **American Journal of Health Behavior**. 26(3), 2002), p. 182-187.

LEVY, L.; BÉRTOLO, H. - **Manual de Aleitamento Materno**. Comitê Português para a UNICEF, 2008, p.9.

LOSCH, M. [et al.] - Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding. Journal of Pediatrics, 126(4), 1995, p. 507- 514.

LOTHROP, Hannah - **Tudo sobre amamentação**. Lisboa: Paz Editora, 2000, p. 42 e 194.

LOWDERMILK, Deitra Leonard - **Os cuidados em Enfermagem Materna**. 7ª edição. Loures: Lusodidacta, 2008.

MORAES, Maria Silvia; ANDRÉA, Maria Amélia; YAGI, Rosicler R. Garcia – A expectativa de amamentar: da intenção à prática. Arquivo Ciências da Saúde. 11 (3), (Jul/Set 2004), p. 149 – 153.

MORGANO, M. A. [et al.] - Composição mineral do leite materno de bancos de leite. Ciência Tecnológica Alimentar. Campinas. 25 ( 4) (Dez. 2005). [Consult. 2 Abril 2011] Disponível em WWW: < URL: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-20612005000400031>.

MOUTINHO, Karina; ROAZZI, Antonio - As teorias da acção racional e da acção planejada: relações entre intenções e comportamentos. Avaliação Psicológica. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil. 9(2), (2010), p. 279-287.

MOUTINHO, Karina; ROAZZI, Antonio; GOUVEIA, E.L. - Amamentação e desmame precoce. Pediatria Moderna. 37 (8), 2001, p. 394-398.

NASCIMENTO, M. B. R. [et al.] - Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. Revista do Hospital das Clínicas. Faculdade de Medicina. São Paulo. 58(1), 2003, p. 49-60.

NELAS, Paula Alexandra; FERREIRA, Manuela, Duarte, DUARTE, João - Motivação para a amamentação: construção de um instrumento de medida. Revista Referência, 2ª série, n.º 6, (Jun. 2008), p. 39-56.

NETO, Edson T. dos Santos - **Factores associados ao tempo de aleitamento materno em corte dos primeiros anos de vida**, 2007. [Consultado a 15 Junho de 2011] Disponível em WWW<:URL: [www.portais.ufes.br](http://www.portais.ufes.br) ()

NORTHRUP, C. - **Corpo de mulher, sabedoria de mulher**. 3ª edição. Porto Editora: Sinais de Fogo, 2004).

NUNNALLY, J. - **Psychometric Theory**. New York: McGraw-Hill, 2<sup>nd</sup> Ed, 1978.

OMS - **Manual Técnico. Manejo e promoção do aleitamento materno num Hospital Amigo da Criança – curso de 18 horas para equipas de maternidades**. Genebra: OMS/UNICEF, 1993.

OMS - Programa de Nutrição. Revista Portuguesa de Nutrição, 6 (3), 1994, p.20-31.

PARDAL, Luís ; CORREIA, Eugénia - **Métodos e Técnicas de Investigação Social**. Porto: Areal Editores, 1995.

PATTON, M - **Qualitative evaluation and research methods** (2<sup>a</sup> edition). London: Sage Publications, 1990.

PERCEGONI, N. [et al.] - Conhecimento sobre aleitamento materno de puérperas atendidas em dois hospitais de Viçosa, Minas Gerais. Revista de Nutrição. Campinas. 15(1), (Jan. 2002).

PEREIRA, A.I.F. - **Contextos relacionais de vulnerabilidade e protecção para a gravidez na adolescência**. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2001. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica (Especialidade Cognitivo Comportamental e Sistémica) apresentada Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

PEREIRA, M. A. - **Mãe adolescente – Aleitamento materno. Uma amostra de Trás-os-Montes e Alto Douro.** Porto: Universidade do Porto, 2000. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

PEREIRA, M.A. - **Aleitamento Materno. Estabelecimento e prolongamento da amamentação: Intervenções para o sucesso.** Porto: Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2006. Dissertação de doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

PRYOR, Karen; PRYOR, Gale (2007). **Cuidar e amamentar o seu bebé: o guia e amigo da mãe lactante.** Porto: Ambar

RAMOS, Carmen V; ALMEIDA, João A.G. - Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. Jornal de Pediatria. 79 (5), 2003.

RIMAL, R. [et al.] - Moving toward a theory of normative influences: how perceived benefits an similarity moderate the impact of descriptive norms on behaviours. Journal of Health Communication 10, 2005, p. 433-450.

RYAN, A. [et al] - The resurgence of breastfeeding in the United States. Pediatrics. 99 (4), 1997. [Consult. 12 Agosto 2011] Disponível em WWW:< URL: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/99/4/e12>.

RIVEMALES ,Maria da Conceição; AZEVEDO, Ana Caroline Campos; BASTOS, Patrícia Lopes - Revisão sistemática da produção científica da enfermagem sobre o desmame precoce. Revista de Enfermagem. Rio de Janeiro. 18(1), (Jan/Mar 2010), p. 132-137.

RODRIGUES, C.; MARTÍN, E.; MUÑOZ, R. - Lactancia materna: Retos y condicionantes sanitários y socioculturales. Revista Rol de Enfermería. 21 (234), 1998, p. 61.

RODRIGUES, Maria Helena Pires - **Intenção de Amamentar: Factores que a influenciam.** Porto: Universidade do Porto, 2002. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem – Pediatria apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Royal College of Midwives - **Lactância Materna: manual para profissionais**. Barcelona, Ed. ACPAM, 1994.

RYAN ,Richard M.; DECI; Edward L. - Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. Contemporary Educational Psychology. University of Rochester . 25, 2000, p. 54–67. [Consult. 6 Julho 2011] Disponível em WWW: <URL: <http://www.idealibrary.com on>.

SAMPIERI, R. ; COLLADO, C.; LUCIO, P. - **Metodología dela investigación**. 3ª ediction. México: Mc. Graw- Hill Interamericana, 2003.

SANDES, A.R. [et al] - Aleitamento materno: prevalência e factores condicionantes. Acta Medica Portuguesa. 20 (2007), p. 193-200.

SARAFANA, Sofia [et al] - Aleitamento Materno. Acta Pediátrica Portuguesa. Almada Sociedade Portuguesa de Pediatria, 1 (37), 2006, p. 9-14.

SMITH, J. R.; TERRY, D. - Attitude-behaviour consistency: the role of group norms, attitude accessibility, and mode of behavioural decision-making, European Journal of Social Psychology. 33 (2003), p. 591-608.

TAKUSHI, Sueli Aparecida Moreira [et al.] - Motivação de gestantes para o aleitamento materno. Revista de Nutrição. Campinas. 21(5), (Set./Out 2008), p. 491-502.

TOMA; Tereza Setsuko; REA, Marina Ferreira - Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. Artigo de Revisão. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 24 Sup 2, 2008, p. 235-246.

UNICEF - **Health benefits of breastfeeding**. UNICEF UK Baby Friendly Initiative, 2004. [Consult. 10 Maio 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.babyfriendly.org.uk/health.asp>.

UNICEF - **Infant and Young Child Feeding**. Italy: Innocenti Declaration, 2005.

USAID/LAC HNS - **Melhora da Eficácia em Função dos Custos da Promoção do Aleitamento Materno em Maternidades: Resumo do Estudo.** América Latina, 1992-1995, p. 2-11.

VENANCIO, S. I. - Dificuldades para o estabelecimento da amamentação: O papel das práticas assistenciais das maternidades. Jornal de Pediatria . 79 (1), 2003.

VIEIRA, L.B. - Pré e Pós Natal. In CARVALHO, M.R.; TAMEZ, R.N. - **Amamentação: bases científicas para a prática profissional.** Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan, 2002, p. 208-221.

WABA - **World Breastfeeding Week. Action folder Breastfeeding: Nature's Way**,1997  
[Consult. 22 Maio 2011 ] Disponível em WWW:<URL:  
<http://www.waba.org.my/wbw/wbw97/afonline.htm>.

WAGNER, C.L.; WAGNER, M.T. - The breast or the bottle? Determinants of infant feeding behaviors. Clinics in perinatology, 26 (2), 1999, p. 505-525.

WAMBACH, Karen A. (1997). Breastfeeding Intention and Outcome: A Test of the Theory of Planned Behavior. Research Nursing Health. 20(1), (Feb 1997), p. 51-59.

# APÊNDICES



## APÊNDICE I

### Distribuição das grávidas segundo as variáveis contextuais

		N	%
Efectua vigilância	Não	0	0,0%
	Sim	216	100,0%
	Total	216	100,0%
Vigilância	Privado	56	25,9%
	Público	160	74,1%
	Total	216	100,0%
Vigilância Pública	Centro saúde/hospital	53	33,1%
	Centro saúde	33	20,6%
	Hospital/maternidade	74	46,3%
	Total	160	100,0%
Vigilância Privada	Clínica	27	48,2%
	Consultório	29	51,8%
	Total	56	100,0%
Vigilância de Médico de família	Sim	91	42,1%
	Não	125	57,9%
	Total	216	100,0%
Vigilância de Obstetra	Sim	179	82,9%
	Não	37	17,1%
	Total	216	100,0%
Vigilância de Enfermeiro especialista	Sim	1	0,5%
	Não	215	99,5%
	Total	216	100,0%
Vigilância de Enfermeiro familiar	Sim	5	2,3%
	Não	211	97,7%
	Total	216	100,0%
Formação sobre aleitamento	Sim	103	47,7%
	Não	113	52,3%

	Total	216	100,0%
Quantas horas	1	51	49,5%
	2	40	38,8%
	3	5	4,9%
	4	7	6,8%
	Total	103	100,0%
Quem efectuou formação	Obstetra	2	1,9%
	Enfermeiro de família	9	8,7%
	Enfermeira especialista (enfermeira parteira)	91	88,3%
	Outro	1	1,0%
	Total	103	100,0%
Local	Centro de saúde	27	26,2%
	Hospital / maternidade	73	70,9%
	Centro saúde /clínica	2	1,9%
	Centro preparação	1	1,0%
	Total	216	100,0%

---

---

## APÊNDICE II

### Variáveis relacionadas com a experiência em amamentação

		N	%
Foi amamentada	Sim	172	79,6%
	Não	28	13,0%
	Não sei	16	7,4%
	Total	216	100,0%
Viu amamentação	Sim	185	85,6%
	Não	31	14,4%
	Total	216	100,0%
Familiars amamentados	Sim	210	97,7%
	Não	5	2,3%
	Total	215	100,0%
Experiência de amamentação	Sim	48	22,2%
	Não	168	77,8%
	Total	216	100,0%
Quantos filhos	1	39	83,0%
	2	8	17,0%
	Total	47	100,0%
Motivos porque não amamentou	Não tive leite	1	50,0%
	Nado morto	1	50,0%
	Total	2	100,0%
Tipo de alimentação (último filho)	Só mama	23	46,0%
	Só biberão	1	2,0%
	Mama+biberão	16	32,0%
	Mama+biberão+outro	10	20,0%
	Total	50	100,0%
Opinião sobre a última experiência	Positiva	44	95,7%

	Negativa	2	18,2%
	Total	46	100,0%
Tempo de amamentação (meses)	Até 4 meses	11	25,0%
	5 - 9 meses	11	25,0%
	9 - 13 meses	12	27,3%
	14 - 24 meses	10	22,7%
	Total	44	100,0%
Teve ajuda na última amamentação	Sim	22	47,8%
	Não	24	52,2%
	Total	46	100,0%
Gozou de dispensa para amamentar	Sim	32	68,1%
	Não	15	31,9%
	Total	47	100,0%
Tempo de dispensa	Até 6 meses	7	22,6%
	7 - 11 meses	2	6,5%
	12 meses	17	54,8%
	13 - 24 meses	5	16,1%
	Total	31	100,0%

---

---

## APÊNDICE III

### Análise de Conteúdo das Questões Abertas do Instrumento de Recolha de Dados

Análise Conteúdo Q34 e Q35 (Numérica)				
1	Mais saudável		57	Evita problemas mamários
2	Favorece vínculo/ Ligação/ Cumplicidade		58	Benefícios para o ambiente
3	Melhor para mãe e bebé		59	Importante para o bebé
4	Mais natural/ É natural		60	Menos alergias
5	Dá prazer		61	Sempre pronto
6	Melhora relação mãe-bebé		62	Acto de amor / Faz sentir-me mais mãe
7	Aumento da imunidade/ Mais anticorpos/ Aumento defesas		63	Todos os nutrientes / Todas as propriedades
8	Ajuda na recuperação da mãe		64	Satisfação pessoal
9	Ajuda na recuperação pós parto / Ajuda o útero		65	Porque quero amamentar/ Estou motivada
10	Mais rápido e cómodo		66	Apoio profissional
11	Benefício do RN / Melhor para bebé/ Bom para o bebé		67	Interação mãe-filho / Maior união
12	Mais económico/ Mais barato / Motivos financeiros		68	É instintivo/ É mamífero
13	Dar todas as vantagens do leite ao bebé		69	Adequado necessidades de crescimento do bebé
14	Benefício para a mãe / Vantagem para a mãe		70	Favorece desenvolvimento de flora intestinal equilibrada
15	Mais prático		71	Insubstituível o LM
16	Sensação única / Experiência única		72	Mais prático e higiénico
17	Bom para o desenvolvimento da criança		73	Benefício para a mãe e bebé
18	Melhora forma física da mãe/ Recuperação física mais rápida		74	Afecto /amor
19	Saúde da mãe		75	Por ser o 1º filho
20	Método mais completo e adequado		76	Desde que tenha leite
21	Mais fácil/ Simples / Comodo		77	Não provoca obesidade
22	Vantagens da amamentação / Mais vantagens		78	Opinião favorável do marido
23	Mais perto do bebé		79	Fácil digestão
24	Disponibilidade física e psicológica		80	Trabalho
25	Maior conhecimento no cuidar do peito/mama		81	Constrangimento / Embaraçoso / Incómodo
26	Protecção de doenças e alergias do bebé		82	Falta experiência

27	Experiência emocional gratificante	83	Não gosto da ideia
28	Barato e acessível	84	Não estou motivada
29	Melhor leite / Melhor alimento	85	Leite insuficiente
30	Mais prático e económico	86	Ideal para a criança / Ideal para o bebé
31	Protecção de doenças do bebé/ Protecção de infeções	87	Não tem razões pensadas
32	Benefícios do aleitamento/ Importancia do AM	88	Bem estar da mãe
33	Disponível e à temperatura ideal	89	O melhor para o filho
34	Qualidade do leite	90	Processo natural
35	Melhor desenvolvimento da cavidade oral	91	Faz bem à saúde da mãe e do bebé
36	Capacidade para dar de mamar	92	Alimentar o Filho
37	Dever de mãe	93	Opção pessoal
38	Ter conhecimentos e apoio profissional	94	Tempo disponível
39	Melhora a proximidade do filho/ Contacto fisico	95	Desejo pessoal
40	Protege saúde da criança / Saúde Bébé	96	Dor no peito
41	Bem-estar do bebé/ Melhor para o bebe	97	Gretas
42	Importante para o desenvolvimento fisico e psicológico do bebé	98	Não fui amamentada
43	Mais barato e seguro	99	Influência de opiniões positivas
44	Experiência agradável/ Exp. gratificante / Exp. Positiva / Bem-estar	100	Alimento mais completo / Mais completo
45	Tenho disponibilidade	101	Efeito da medicação
46	Disponível	102	Viver em pleno a maternidade
47	Causa menos cólica	103	Porque gosto
48	Todas as condições para amamentar	104	Medo de doer / Receio de ficar magoada
49	Nova experiência / 1º filho	105	Outras formas de alimentar a criança
50	Tenho formação/ Boa formação	106	Cria dependencia
51	Saudável e com capacidade	106	1º prazer do bebé
52	Reduz o cancro / Evita problemas de saúde	108	Ajuda o bebé a ganhar peso
53	Experiência única	109	Mãe sente-se mais segura
54	Adequado / Seguro / Importante	110	Experiência anterior positiva / Aprendizagem com experiência
55	Ajuda a perder peso	111	Autoconfiança
56	Motivada pelo marido	112	Apoio dos familiares
		113	Fui amamentada
		114	Reduz hemorragias pós-parto

Q031_RDAM	Q.31. Razão por que deixou de amamentar	Numerica
	1 Não tive leite	
	2 Bêbê mamava pouco	
	3 Dificuldade em tratar da mama	
	4 Peito encaroçado	
	5 Não tinha como objectivo amamentar	
	6 Pouco leite	
	7 Internamento bebê / doença	
	8 Início actividade profissional/ Trabalho	
	9 O leite não alimentava o bebê / Insatisfação do bebê	*
	10 O bebê queria estar sempre à mama	
	11 O bebê podia comer outros alimentos	
	12 Tomar a pílula	
	13 Recusa do bebê / Não queria mamar	
	14 Não satisfazia o bebê / Não alimentava o bebê	
	15 Tomar medicação	
	16 Ausencia de leite	
	17 Cansaço físico	
	18 Falta de apoio dos colegas de trabalho	
	19 O leite secou / Deixei de ter leite / Terminou o leite	
	20 O bebê deixou a mama	
	21 Doença materna	
	22 Não tinha bico	
	23 Tornar-se vicio para a criança / Dependencia	
	24 Doença do bebê	
	25 Bebê não aumentou de peso	

26	Bebé mordida a mama / Bebé magoava	
27	Acidente da mãe	
28	Stress do trabalho	
29	Bebé grande / Idade da criança	
30	Experiencia de outros que diziam suficiente até 18 meses	
31	Mamilos gretados	
32	Nova gravidez / Outra gravidez	
33	Alteração do horário	
34	Desmotivação	
35	Não gostei da experiência	
36	Idade da criança	
37	Local do trabalho distante da creche	
38	Desconhecimento da legislação	
39	Só queria amamentar até aos 6 meses	
40	Pouco tempo para amamentar no trabalho	
41	Leite fraco / Poucos nutrientes no leite	
42	Infecção da mama	
43	Introdução do leite artificial	
44	Dor ciática	
45	Incompatibilidade horários	
46	Bebé preferia biberão	
47	Introdução de novos alimentos	
48	Bebé não apreciava a mama	
49	Bebé não pegava	
50	Mastite	
51	Por ordem médica	
52	Bebé tinha muitos vómitos	
53	Não havia necessidade	

54	Fazia da mama chupeta	
55	Aconselhamento médico	
56	Brincava com a mama	
57	Habitou-se ao biberão	
58	A mãe cansava-se a retirar o leite em cada mamada	
59	Bebé adormecia à mama	
60	Falta de experiência	
61	Falta de apoio	
62	Influência dos avós	
63	Dor no mamilo	
64	Vergonha de me verem dar de mamar	



# **ANEXOS**



## **ANEXO I**

### **Questionário “Motivação e Intenção da Grávida para Amamentar”**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**

**MESTRADO EM SAÚDE MATERNA OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA**

**Questionário**

**Motivação e Intenção da Grávida**

**para**

**Amamentar**

Cláudia Brás

Escola Superior de Saúde de Viseu

Viseu

2011

Cara colaboradora,

O aleitamento materno é uma prática que tem vindo a aumentar em todo o mundo, pois são largamente conhecidas as suas vantagens para a saúde da criança, da mãe e da comunidade em geral, sendo toda a sociedade responsável pelo seu sucesso.

Este estudo insere-se no Mestrado em Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia, tendo a finalidade de ajudar a promover e a apoiar o aleitamento materno e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade da prática profissional dos enfermeiros nesta área. Assim, com este questionário, pretende-se obter dados acerca do que as grávidas pensam relativamente à prática do aleitamento materno.

O seu **preenchimento** é individual e efectuado apenas por mulheres **grávidas com 20 ou mais semanas de gravidez** (ou seja na 2ª metade da gravidez). Não existem respostas certas ou erradas, apenas respostas que representam as suas ideias acerca do aleitamento, por isso solicitamos que o preencha de forma sincera e de acordo com o que pensa.

***A sua colaboração*** no preenchimento deste questionário ***é fundamental***. Todas as **informações** são **confidenciais**.

O questionário é de auto-preenchimento, composto por duas partes:

- PARTE A é maioritariamente constituída por questões em que apenas necessita de identificar a(s) sua(s) escolha(s) com uma cruz (X).
- PARTE B é constituída por 6 grupos aos quais deve responder com uma cruz (X), de acordo com a sua opinião.

O aleitamento diz respeito a TODOS.  
Grata pela sua disponibilidade e colaboração.

Cláudia Brás

## PARTE A

### Instruções de preenchimento:

Nas questões cuja resposta tenha quadrícula, assinale apenas com uma cruz (X) a(s) sua(s) escolha(s).

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos

--	--	--	--	--	--	--	--

A preencher pelo profissional de saúde

2. Raça: Branca  Negra  Amarela  Outra: \_\_\_\_\_

3. Nacionalidade: \_\_\_\_\_

4. Estado civil: Solteira  Casada  União de facto  Divorciada  Viúva  Outro \_\_\_\_\_

5. Habilitações literárias:

6.º ano  9.º ano  11.º/12.º ano  Bacharelato/Licenciatura  Mestrado/Doutoramento

6. Profissão/Ocupação: \_\_\_\_\_

7. Habilitações literárias marido/companheiro:

6.º ano  9.º ano  11.º/12.º ano  Bacharelato/Licenciatura  Mestrado/Doutoramento

8. Profissão/Ocupação marido/companheiro: \_\_\_\_\_

9. Idade marido/companheiro: \_\_\_\_\_ anos

10. Local de residência: Urbano  Rural

11. Vive: Sozinha  Marido/Companheiro  Pais  Sogros  Outros

12. Rendimento familiar mensal: Inferior ou igual 500 Euros (€) Superior 500 € e inferior ou igual 1 500 €

Superior 1 500 € e inferior ou igual 2 500 € Superior 2 500 €

13. Foi amamentada? Sim  Não  Não sei

14. Quando era criança ou adolescente viu dar de mamar? Sim  Não

15. Tem na sua família bebés que foram amamentados? Sim  Não

16. Número de filhos: \_\_\_\_\_

**17. Tipo(s) de parto(s) anterior(es):** *(Assinale o tipo de parto em função do n.º de filhos)*

- Normal .....	1º	2º	3º	4º	5º	filho
- Cesariana ..	1º	2º	3º	4º	5º	filho
- Ventosa .....	1º	2º	3º	4º	5º	filho
- Forceps .....	1º	2º	3º	4º	5º	filho

*Informações sobre gravidez actual*

18. Tempo de gravidez actual: \_\_\_\_\_ semanas.

19. Data provável do parto: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

20. Esta gravidez foi planeada? Sim  Não

21. Esta gravidez é: Única  Gemelar  Mais de 2 fetos

22. Faz vigilância da gravidez? Sim  Não  Se NÃO, passe à questão n.º 24

22.a. Se sim, qual a instituição: Pública: Centro de Saúde  Hospital / Maternidade

Privada: Clínica  Consultório

22.b. Feita por: Médico família  Obstetra  Enfermeira especialista (Enferm. parteira)  Enfermeiro família

23. Quantas semanas de gravidez tinha quando foi à 1.ª consulta? \_\_\_\_\_ semanas.

24. Fez formação sobre aleitamento materno durante esta gravidez? Sim  Não  Se NÃO, passe à questão n.º 25

24.a. Se sim, quantas horas? \_\_\_\_\_

24.b. Feita por quem? Médico família  Obstetra  Enfermeiro família

Enfermeira especialista (Enfermeira parteira)  Outro \_\_\_\_\_

24.c. Qual o local? Pública: Centro de Saúde  Hospital / Maternidade

Privada: Clínica  Consultório  Centro de Preparação

25. Tem ou teve algum problema de saúde ou doença durante esta gravidez? Sim  Não

25.a. Se sim, qual?

---

## PARTE A

### Informações sobre experiência(s) em amamentação

26. Tem experiência de amamentação: Sim  Não  Se NÃO, passe à questão n.º 34.

26.a. Se sim, quantos filhos amamentou? \_\_\_\_\_

26.b. Se não, indique até 3 razões por que não amamentou:

1.

2.

3.

27. Tipo de alimentação dada ao último filho nos 1.ºs 6 meses de vida:

Só mama  Só biberão  Mama+biberão  Mama+biberão+outro  Qual? \_\_\_\_\_

28. Considera a última experiência de amamentação: Positiva  Negativa  Indiferente

29. Quanto tempo durou a sua última experiência de amamentação? \_\_\_\_\_ dias / \_\_\_\_\_ meses

30. Há quanto tempo deixou de amamentar? \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ anos

31. Indique até 3 razões por que deixou de amamentar:

1.

2.

3.

32. Teve ajuda de alguém na última experiência de amamentação? Sim  Não

32.a. Se sim, de quem? \_\_\_\_\_

32.b. Durante quanto tempo? \_\_\_\_\_ meses

33. Gozou dispensa para amamentar? Sim  Não

33.a. Se sim, durante quanto tempo? \_\_\_\_\_ meses

34. Nesta gravidez sente-se motivada para amamentar? Sim  Não

34.a. Indique até 3 razões:

1.

2.

3.

35. Já decidiu se vai amamentar? Sim  Não

35.a. Indique até 3 razões:

1.

2.

3.

36. Quando decidiu? Antes desta gravidez  Durante esta gravidez

37. A sua decisão foi tomada por: Iniciativa própria  Indicação marido/companheiro  Indicação mãe

Indicação enfermeiro ou médico  Indicação de outros

38. Pensa amamentar este filho até que idade? \_\_\_\_\_ mês(es)/ \_\_\_\_\_ ano(s)

39. Acha importante amamentar este filho? Sim  Não  Não sei

40. Sente que tem todos os recursos necessários para amamentar este filho? Sim  Não  Não sei

41. Pensa que o método que vai escolher para alimentar este filho está de acordo com a opinião das pessoas importantes para si? Sim  Não  Não sei

**Instruções de preenchimento:**

Assinale a sua opção de escolha com uma cruz (X) na quadricula respectiva, conforme exemplo.

	Discordo totalmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo totalmente
1. A mamada é .....	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5

<b>A - Assinale com uma cruz (X) O QUE PENSA acerca de cada afirmação:</b>	Discordo totalmente 1	Discordo 2	Indiferente 3	Concordo 4	Concordo totalmente 5	
1. A amamentação é mais natural e saudável para a mãe e bebé	1	2	3	4	5	
2. A alimentação artificial é mais fácil e rápida que o aleitamento materno	1	2	3	4	5	
3. Amamentar é mais barato do que a alimentação artificial	1	2	3	4	5	
4. A amamentação dificulta o regresso ao trabalho ou à escola	1	2	3	4	5	
5. A alimentação artificial dá mais liberdade à mãe	1	2	3	4	5	
6. Amamentar é uma experiência agradável e gratificante	1	2	3	4	5	
7. O leite materno protege o bebé de alergias e doenças	1	2	3	4	5	
8. Amamentar provoca cansaço à mãe	1	2	3	4	5	
9. A amamentação é dolorosa	1	2	3	4	5	
10. O leite materno é mais completo e adequado que o leite artificial	1	2	3	4	5	
11. Ao amamentar nunca sei se o bebé está a mamar a quantidade de leite suficiente	1	2	3	4	5	
12. A amamentação ajuda a fortalecer a relação da mãe com o bebé	1	2	3	4	5	
13. A alimentação artificial permite que o pai se relacione mais com o bebé	1	2	3	4	5	
14. Amamentar é emocionalmente compensador	1	2	3	4	5	
15. A amamentação permite-me estar mais perto do bebé	1	2	3	4	5	
16. Amamentar dificulta a rápida recuperação física da mãe	1	2	3	4	5	
17. Amamentar em público é difícil	1	2	3	4	5	
18. A amamentação deve ser encorajada em todas as mães	1	2	3	4	5	
<b>B - Assinale com uma cruz (X) o que pensa acerca da OPINIÃO DAS PESSOAS em cada afirmação:</b>	Nunca amamentar 1	Raramente amamentar 2	Amamentar às vezes 3	Amamentar muitas vezes 4	Amamentar sempre 5	Não se aplica 0
19. Eu penso que o pai do bebé acha que eu deveria	1	2	3	4	5	0
20. Eu penso que a minha mãe acha que eu deveria	1	2	3	4	5	0

21. Eu penso que a minha sogra acha que eu deveria	1	2	3	4	5	0
22. Eu penso que a minha irmã acha que eu deveria	1	2	3	4	5	0
23. Eu penso que os outros familiares acham que eu deveria	1	2	3	4	5	0
24. Eu penso que a minha melhor amiga acha que eu deveria	1	2	3	4	5	0
25. Eu penso que as pessoas importantes para mim acham que eu deveria	1	2	3	4	5	0
26. Eu penso que o enfermeiro acha que eu deveria	1	2	3	4	5	0
27. Eu penso que o médico acha que eu deveria	1	2	3	4	5	0
<b>C - Assinale com uma cruz (X) O GRAU DE IMPORTÂNCIA que cada afirmação tem para si:</b>	Nada importante 1	Pouco importante 2	Indiferente 3	Importante 4	Muito importante 5	
28. Usar um método de alimentação que seja agradável e gratificante é	1	2	3	4	5	
29. Usar um método de alimentação que me permita ter mais liberdade é	1	2	3	4	5	
30. Usar um método de alimentação que seja mais completo e adequado é	1	2	3	4	5	
31. Usar um método de alimentação que me ajude a recuperar mais rápido a forma física é	1	2	3	4	5	
32. Usar um método de alimentação que seja emocionalmente mais vantajoso é	1	2	3	4	5	
33. Usar um método de alimentação que seja fácil de utilizar em público é	1	2	3	4	5	
34. Usar um método de alimentação que proteja o bebé de alergias e doenças é	1	2	3	4	5	
35. Usar um método de alimentação que não me canse é	1	2	3	4	5	
36. Usar um método de alimentação que seja fácil de estimular todas as mães	1	2	3	4	5	
37. Usar um método de alimentação que não me cause dor é	1	2	3	4	5	
38. Usar um método de alimentação que me permita estar mais perto do bebé é	1	2	3	4	5	
39. Usar um método de alimentação que me permita regressar ao trabalho ou à escola é	1	2	3	4	5	
40. Usar um método de alimentação que seja mais natural e saudável é	1	2	3	4	5	
41. Usar um método de alimentação que me permita saber se o bebé bebeu a quantidade de leite suficiente é	1	2	3	4	5	
42. Usar um método de alimentação que seja barato é	1	2	3	4	5	
43. Usar um método de alimentação que seja fácil e rápido é	1	2	3	4	5	
44. Usar um método de alimentação que me ajude a criar uma relação forte com o bebé é	1	2	3	4	5	
45. Usar um método de alimentação que permita ao pai relacionar-se mais com o bebé	1	2	3	4	5	
<b>D - Assinale com uma cruz (X) O GRAU DE IMPORTÂNCIA que atribui à OPINIÃO</b>	Nada importante	Pouco importante	Indiferente	Importante	Muito importante	Não se aplica

<b>DOS OUTROS acerca de si, para cada afirmação:</b>	1	2	3	4	5	0
46. A opinião do pai do bebé é para mim	1	2	3	4	5	0
47. A opinião da minha mãe é para mim	1	2	3	4	5	0
48. A opinião da minha sogra é para mim	1	2	3	4	5	0
49. A opinião da minha irmã é para mim	1	2	3	4	5	0
50. A opinião dos outros familiares é para mim	1	2	3	4	5	0
51. A opinião da minha melhor amiga é para mim	1	2	3	4	5	0
52. A opinião das pessoas que são importantes é para mim	1	2	3	4	5	0
53. A opinião do enfermeiro é para mim	1	2	3	4	5	0
54. A opinião do médico é para mim	1	2	3	4	5	0
<b>E - Assinale com uma cruz (X) O GRAU com que concorda ou discorda de cada afirmação:</b>	Discordo totalmente 1	Discordo 2	Indiferente 3	Concordo 4	Concordo totalmente 5	
55. Eu sei como amamentar	1	2	3	4	5	
56. Eu tenho as capacidades e habilidades necessárias para amamentar	1	2	3	4	5	
57. Eu sou fisicamente capaz de amamentar	1	2	3	4	5	
58. Eu estou psicologicamente preparada para amamentar	1	2	3	4	5	
59. Eu estou decidida a amamentar	1	2	3	4	5	
60. Eu estou decidida a continuar a amamentar quando regressar ao trabalho	1	2	3	4	5	
61. Eu sei que posso procurar ajuda nos profissionais de saúde para amamentar	1	2	3	4	5	
62. Eu sei que sou capaz de retirar o meu leite para alimentar o bebé	1	2	3	4	5	
63. Amamentar é fácil	1	2	3	4	5	
64. Eu não vou precisar de ajuda para amamentar	1	2	3	4	5	
65. Eu tenho controlo total sobre a amamentação	1	2	3	4	5	
66. Eu estou confiante que posso amamentar	1	2	3	4	5	
67. Eu sei que vou ter bastante leite para o bebé	1	2	3	4	5	
68. Eu sei que vou ter apoio dos meus colegas para continuar a amamentar	1	2	3	4	5	
69. Eu sei que não tenho apoio dos profissionais de saúde para amamentar	1	2	3	4	5	
70. Eu sei que vou ter apoio dos meus familiares para dar o meu leite ao bebé	1	2	3	4	5	
<b>F - Assinale com uma cruz (X) O GRAU com que concorda ou discorda de cada</b>	Discordo totalmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo totalmente	

<b>afirmação:</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Eu quero amamentar porque ...</b>					
71. As pessoas importantes para mim vão ficar aborrecidas se não o fizer	1	2	3	4	5
72. O pai do bebé vai respeitar-me mais	1	2	3	4	5
73. As pessoas importantes para mim não me vão aborrecer	1	2	3	4	5
74. O pai do bebé ficará mais feliz	1	2	3	4	5
75. Os profissionais de saúde querem que o faça	1	2	3	4	5
76. Quero proteger o bebé de doenças e alergias	1	2	3	4	5
77. A amamentação é a alimentação mais saudável para o bebé	1	2	3	4	5
78. O bebé ficará mais feliz	1	2	3	4	5
79. Mostrarei que posso amamentar	1	2	3	4	5
80. As pessoas pensam que é o que as boas mães fazem	1	2	3	4	5
81. Mostrar-me-á que sou capaz de fazer o que é importante para mim	1	2	3	4	5
82. Sentir-me-ei capaz de controlar a minha vida	1	2	3	4	5
83. Sentir-me-ei melhor se o fizer	1	2	3	4	5
84. Ajudar-me-á a perder peso	1	2	3	4	5
85. Vai ajudar o meu útero a regressar mais rápido ao tamanho normal	1	2	3	4	5
86. Economizarei dinheiro	1	2	3	4	5

--	--	--	--	--	--	--	--

A preencher pelo profissional de saúde

Terminou o preenchimento deste questionário. Desde já os nossos agradecimentos pela sua prestimosa colaboração.

**Caso queira continuar a participar na 2.<sup>a</sup> fase do nosso estudo**, após 4 meses do nascimento do bebé, por favor, deixe o seu contacto:

**Nome** (Primeiro e último nome)

\_\_\_\_\_

**Telemóvel/telefone** \_\_\_\_\_

**Email** \_\_\_\_\_

**Morada** (para possível envio de carta)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Có**

**digito postal** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

A sua colaboração continua a ser fundamental. Garantimos a confidencialidade dos seus dados.

**Caso queira contactar-me:**

Cláudia Patrícia da Costa Brás

Telm.: 962832524

E-mail: clau.bras@hotmail.com

*Muito grata pela colaboração.*

## ANEXO II

### **Pedido de autorização para a utilização do instrumento de recolha de dados**

#### **Dolores Sardo**

Professora Adjunta da Escola Superior  
de Enfermagem do Porto

Email: dolores.sardo@gmail.com

dolores@esenf.pt

Porto, 10 de Outubro de 2010

Exma. Senhora Enfermeira:

Em resposta ao pedido que me formalizou tenho a comunicar que é com todo o prazer que autorizo que seja utilizado o instrumento de medição da intenção da grávida para amamentar no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar. Junto anexo cópia desta versão.

Com os meus melhores cumprimentos.

Professora Dolores Silva Sardo

*Carta enviada por correio electrónico*

**Escola Superior de Enfermagem do Porto - Pólo S. João**

Rua Dr. António Bernardino de Almeida

**4200-072 PORTO**

**Phone:** +351225073523

**Mobile:** +351967288193/4

**Fax:** +351225096337

## ANEXO III

### **Pedido de Autorização institucional para efectuar a recolha de dados na Maternidade Bissaya Barreto do Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.**

Á Direcção do Departamento de Saúde da Mulher da Maternidade Bissaya Barreto do Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.

**Assunto:** PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR RECOLHA DE DADOS

Cláudia Patrícia da Costa Brás, enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, a exercer funções no Bloco de Partos da Maternidade Bissaya Barreto do Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E., e a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia, tendo como orientador académico a Professora Doutora Manuela Maria Conceição Ferreira, vem por este meio solicitar a V.Ex<sup>a</sup> que se digne a autorizar a realização da recolha de dados por questionário às grávidas com 20 ou mais semanas de gestação, que fazem a vigilância pré-natal nas consultas externas ou frequentem os cursos de preparação para o nascimento da Maternidade Bissaya Barreto do Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E. O tema deste estudo é: “**Intenção da Grávida para Amamentar**”. Pretendemos avaliar a intenção e a motivação das grávidas para o comportamento amamentar, identificando os factores predictores da intenção de amamentar.

Solicitamos a colaboração dos profissionais de Enfermagem para serem facilitadores do estudo no terreno. Comprometemo-nos a cumprir o código de ética que preside aos trabalhos de investigação. Garantimos que este estudo não envolve custos adicionais para a instituição. Prevemos efectuar a recolha de dados no mês de Novembro/Dezembro de 2010 e terminar o estudo no mês de Março de 2011. Comprometemo-nos a enviar um exemplar do trabalho, após a sua discussão, em ficheiro *pdf*, ao Serviço de Gestão da Formação e Documentação. Estamos disponíveis para prestar informações adicionais, através do e-mail [clau.bras@hotmail.com](mailto:clau.bras@hotmail.com) ou do telefone 962832524. Enviamos em anexo:

- Instrumento de recolha de dados;
- Desenho do Projecto.

Sem mais outro assunto de momento e muito grata pela disponibilidade e atenção.

Os melhores cumprimentos,  
Coimbra, 03 de Novembro de 2010

---

Cláudia Patrícia da Costa Brás

## ANEXO IV

### Autorização institucional para a realização do estudo na Maternidade Bissaya Barreto do Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E



CHC Centro Hospitalar  
de Coimbra, E.P.E.

*Cópia a maternidade  
para conhecimento.*  
*(12/12)*  
*29/12*

SUA REFERÊNCIA 929  
26-10-2010

NOSSA REFERÊNCIA 1951/Sec  
23-12-2010

Exm.º Senhor  
Presidente da Escola Superior de Saúde de Viseu  
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº 102  
3500-843 Viseu

ASSUNTO Estudo de investigação – “Intenção da Grávida para amamentar” – Cláudia Patrícia da Costa Brás

Conselho de  
Administração

Cumpre-nos informar V. Exa. que o pedido para a realização do trabalho de investigação, acima melhor identificado, foi autorizado em reunião do Conselho de Administração do dia 23-12-2010, face ao parecer favorável da Comissão de Avaliação de Propostas para Trabalhos Académicos.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente do Conselho de Administração  
do Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.

  
(Dra. Rosa Reis Marques)

/AH

C/c Directora do DSMU Dra. Fernanda Águas

## ANEXO V

### Termo de Consentimento Informado para o preenchimento do questionário

#### Declaração de Consentimento

Designação do Estudo: “Intenção da Grávida para Amamentar”

Eu, \_\_\_\_\_,

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo “Intenção da Grávida para Amamentar”, sobre os objectivos, os métodos, os benefícios do estudo, a garantia da confidencialidade, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer perguntas que julguei necessárias. Foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação, pelo que me posso negar a responder às questões que me são feitas no estudo. Por isso, consinto em participar no estudo que me está a ser proposto, respondendo às questões que me são colocadas.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

