

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO EM PSICOLOGIA DA GRAVIDEZ E DA PARENTALIDADE

Tese de Mestrado

**CONTRIBUTOS PARA A VALIDAÇÃO DA ESCALA
DE AUTO – EFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO PARA
PORTUGUÊS**

Marta Parente de Figueiredo – N° 12731

Orientador: Prof. Dr. António Pires

Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Lisboa

2009

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Prof. Dr. António Pires, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para a obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Gravidez e da Parentalidade em conformidade com o disposto na portaria nº842/2005 de 19 de Setembro.

AGRADECIMENTOS

À **Isaura e ao Nelo**, que tanto me incentivaram e acreditaram em mim, por me terem ensinado que a vida não é fácil e que temos sempre que sonhar e lutar pelos nossos objectivos com a “cabeça fria”.

Ao **Vasco**, por nunca duvidar que eu conseguiria, por me apoiar incondicionalmente e por nunca me ter deixado desistir mesmo nas horas de maior aflição e cansaço.

À **minha pipoca**, por finalmente existir ao fim de muito tempo de sonhos. Espero conseguir proporcionar-te um bom início de viagem.

À **Cândida e ao Tó**, porque sempre me respeitaram e permitiram que fossemos felizes de uma forma invulgar.

À **Constança e à Luz**, com as quais compartilhei alegrias e angústias e por terem percorrido comigo este longo caminho.

À **Catarina**, sem a qual nada disto teria sido possível. Obrigada pelo teu esforço.

Às **grávidas**, que gentilmente aceitaram colaborar comigo nesta pesquisa.

À **Maternidade**, sem a qual este estudo não teria sido possível.

Ao **Prof. Dr. António Pires**, pelo estímulo permanente e conhecimentos transmitidos.

Ao **Dr. José Pereira**, pela orientação preciosa fornecida no tratamento estatístico dos dados e à **Dra. Teresa Botelho**, pela ajuda na tradução dos instrumentos.

Finalmente dedico este trabalho ao meu **Avô Júlio** por estar sempre presente no meu coração e ser a estrela que me guia nas alturas mais difíceis.

E a todos que, directa ou indirectamente contribuíram para a execução deste trabalho expresso os meus sinceros agradecimentos.

Não há nada impossível, porque os sonhos de ontem são as esperanças de hoje e podem converter-se em realidade amanhã.

Anónimo

RESUMO

Os objectivos deste trabalho de investigação são traduzir a Escala de Auto-Eficácia na Amamentação (BSES) para português e avaliar as suas características psicométricas numa amostra de 80 mulheres portuguesas. Esta escala foi baseada na teoria de auto-eficácia de Bandura e refere-se à percepção da mãe sobre a sua capacidade para amamentar o seu bebé, que é uma das variáveis mais importantes no sentido de prever o tempo de duração da amamentação. O instrumento foi aplicado em mulheres grávidas que pretendiam amamentar e que foram novamente contactadas ao fim da primeira semana, ao fim do primeiro mês e ao fim do segundo mês pós-parto para determinar qual o método de alimentação do bebé. Foi também aplicada a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) e a Escala de Auto-Estima de Rosenberg (RSES). Para fazer a avaliação das características psicométricas da BSES foram utilizados os mesmos métodos do estudo original. Os resultados deste estudo permitem fazer a primeira avaliação das características psicométricas da versão portuguesa da BSES aplicada numa maternidade e fornecem mais dados sobre a fiabilidade e a validade do instrumento na população portuguesa.

Palavras-chave: Amamentação; Auto-Eficácia na Amamentação; Tradução; Testes Psicométricos.

ABSTRACT

The objectives of this project work are to translate the Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES) to the Portuguese language and to assess the psychometric characteristics of the scale on a sample of 150 portuguese women. This scale, based on Bandura's Self-efficacy theory, assesses the mother's perception of her own ability to breastfeed her babys, wich is one of the most important variables to predict the breastfeeding duration. This instrument will be applied on pregnant women who intend to breastfeed their babys. These women will then be telephonically contacted after the first week, at the end of the first month and at the end of the second month post-partum, to determine the feeding method in use at the time. It was also used the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Rosenberg Self-Esteem Scale. In order to do the psychometric assessment of the BSES, it was followed the same method as in the original study. The results of this study allow the first assessment of the psychometric characteristics of the portuguese version of the BSES, applied in a maternity, and provide more data about the reliability and validity of the instrument.

Keywords: Breastfeeding; Breastfeeding Self-Efficacy; Translation; Psychometric tests.

ÍNDICE

	Página
1. INTRODUÇÃO	12
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1. História da Amamentação	15
2.2. Vantagens da Amamentação	15
2.3. Taxas de Amamentação	18
2.4. Promoção da Amamentação.....	19
2.5. Factores que Influenciam o Sucesso da Amamentação.....	22
2.6. Teoria da Auto-Eficácia de Bandura	28
2.7. Teoria da Auto-Eficácia na Amamentação	34
3. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA	37
4. MÉTODO.....	40
4.1. Participantes	40
4.2. Procedimentos	40
4.3. Instrumentos	41
4.3.1. Escala de Auto-Eficácia na Amamentação	41
4.3.2. Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, Cox, Holden, & Sagovsky	41
4.3.3. Escala de Auto-Estima de Rosenberg	41
4.3.4. Questionário de Avaliação da Amamentação	42
4.4. Tradução da Escala de Auto-Eficácia na Amamentação e do Questionário de Avaliação da Amamentação.....	42
4.5. Tratamento dos Dados	43
5. RESULTADOS.....	44
5.1. Participantes	44
5.2. Fiabilidade	51
5.3. Validade.....	52
5.3.1. Validade de constructo	52
5.3.2. Validade Preditiva	61
5.4. Hipóteses	66
5.4.1. Hipótese 1	66
5.4.2. Hipótese 2.....	68
5.4.3. Hipótese 3.....	70

5.4.4. Hipótese 4.....	71
5.4.5. Hipótese 5.....	72
5.4.6. Hipótese 6.....	74
6. DISCUSSÃO	77
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80
ANEXOS	85
ANEXO 1 – Pedido de autorização ao Concelho de Administração	86
ANEXO 2 – Carta de Consentimento Informado	88
ANEXO 3 – Questionário sócio-demográfico	90
ANEXO 4 – Escala de Auto-Eficácia na Amamentação (1.ª aplicação – gravidez).....	95
ANEXO 5 – Escala de Auto-Eficácia na Amamentação (aplicações ao 7.º dia, 1.º mês e 2.º mês pós-parto)	97
ANEXO 6 – Escala de Auto-Estima de Rosenberg	99
ANEXO 7 – Escala de Depressão Pós-parto de Edimburg.....	101
ANEXO 8 – Questionário de avaliação da amamentação.....	103

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1 – Consistência interna da BSES	51
Tabela 2 – Consistência interna da RSES	51
Tabela 3 – Consistência interna EPDS.....	51
Tabela 4 – Correlações entre os vários momentos de aplicação da BSES.....	52
Tabela 5 – Variância total da BSES	53
Tabela 6 – Matriz de componentes da BSES	54
Tabela 7 – BSE em função da paridade (t Student para amostras independentes)	55
Tabela 8 – BSE entre primíparas e multíparas.....	55
Tabela 9 – BSE ao 7.º dia em função da experiência anterior (t Student para amostras independentes).....	55
Tabela 10 – BSE ao 7.º dia em função da experiência anterior	56
Tabela 11 – BSE ao 1.º mês em função da experiência anterior (t Student para amostras independentes)	56
Tabela 12 – BSE ao 1.º mês em função da experiência anterior.....	56
Tabela 13 – BSE ao 2.º mês em função da experiência anterior (t Student para amostras independentes)	57
Tabela 14 – BSE ao 2.º mês em função da experiência anterior.....	57
Tabela 15 – Estatística descritiva da BSES.....	58
Tabela 16 – Estatística descritiva da EPDS	59
Tabela 17 – Estatística descritiva da RSES.....	59
Tabela 18 – Correlações entre BSES e EPDS e RSES	60
Tabela 19 – BSE ao 1.º mês em função do tipo de amamentação (t Student para amostras independentes)	64
Tabela 20 – BSE ao 1.º mês em função do tipo de amamentação	64
Tabela 21 – BSE ao 2.º mês em função do tipo de amamentação (t Student para amostras independentes)	64
Tabela 22 – BSE ao 2.º mês em função do tipo de amamentação	65
Tabela 23 – BSE ao 7.º dia em função da idade e paridade (ANOVA).....	67
Tabela 24 – BSE ao 7.º dia em função da idade e da paridade (Análise descritiva).....	67
Tabela 25 – BSE ao 7.º dia em função do nível de escolaridade (ANOVA).....	68

Tabela 26 – BSE ao 7.º dia em função do nível de escolaridade (Análise Descritiva)	69
Tabela 27 – BSE em função do estado civil (t Student para amostras independentes)	70
Tabela 28 – BSE ao 7.º dia em função do estado civil.....	70
Tabela 29 – BSE em função do tipo de parto (t Student para amostras independentes)	71
Tabela 30 – BSE ao 7.º dia em função do tipo de parto.....	71
Tabela 31 – Relação entre intenção de amamentar e duração da amamentação ao 2.º mês (Teste Qui-Quadrado).....	73
Tabela 32 – Relação entre amamentação ao 2.º mês e intenção de amamentar durante a gravidez	73
Tabela 33 – Relação entre a amamentação ao 2.º mês e o momento da 1.ª mamada (Teste Qui-Quadrado).....	75
Tabela 34 – Relação entre a amamentação ao 2.º mês e o momento da 1.ª mamada	75

LISTA DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico 1 – Idade das participantes	44
Gráfico 2 – Raça das participantes	44
Gráfico 3 – Estado civil das participantes	45
Gráfico 4 – Habilitações literárias das participantes	45
Gráfico 5 – Situação profissional das participantes	45
Gráfico 6 – Número de filhos das participantes	46
Gráfico 7 – Tipo de parto	46
Gráfico 8 – Tipo de analgesia/ anestesia	48
Gráfico 9 – Sexo do recém-nascido	47
Gráfico 10 – Índice de Apgar	47
Gráfico 11 – Vigilância da gravidez	48
Gráfico 12 – Hábitos tabágicos	48
Gráfico 13 – Intenção de amamentar	49
Gráfico 14 – Momento da tomada de decisão de amamentar	49
Gráfico 15 – Momento da primeira mamada	49
Gráfico 16 – Duração da amamentação (em meses)	50
Gráfico 17 – Causas do abandono da amamentação do primeiro filho	50
Gráfico 18 – Estatística descritiva da BSES	58
Gráfico 19 – Estatística descritiva da EPDS	59
Gráfico 20 – Estatística descritiva da RSES	60
Gráfico 21 – Alimentação do recém-nascido às 4 semanas	62
Gráfico 22 – Alimentação do recém-nascido às 8 semanas	62
Gráfico 23 – Alimentação categorizada do recém-nascido às 4 semanas	63
Gráfico 24 – Alimentação categorizada do recém-nascido às 8 semanas	63
Gráfico 25 – Causas de abandono de amamentação do Recém-Nascido às 4 semanas	65
Gráfico 26 – Causas de abandono de amamentação do Recém-Nascido às 8 semanas	66

1. INTRODUÇÃO

O leite materno é um alimento vivo, completo e natural, adequado para quase todos os recém-nascidos, salvo raras exceções. As vantagens do aleitamento materno são múltiplas e já bastante reconhecidas, quer a curto, quer a longo prazo, existindo um consenso mundial de que a sua prática exclusiva (sem que seja oferecido ao bebé mais nenhum alimento) é a melhor forma de alimentar as crianças até aos 4/6 meses de idade (Levy & Bértolo, 2002).

A Academia Americana de Pediatras (2005) diz-nos que as vantagens da amamentação, ou seja, do uso de leite humano para alimentação das crianças são inúmeras. Vantagens essas que beneficiam as crianças, as mães, as famílias e a sociedade. Essas vantagens são de ordem física, nutricional, imunológica, psicológica, social, económica e ambiental. O leite humano é específico da nossa espécie e, por isso, todos os seus substitutos diferem grandemente dele, o que faz do leite materno o produto de melhor qualidade para alimentar as nossas crianças.

Entre as diversas causas de desmame precoce, especialmente nas regiões industrializadas, está a influência da presença e da propaganda de alimentos artificiais e outros produtos que podem ser utilizados como substitutos do leite materno e da prática de amamentar (Branco et al., 2004, citando Rea & Toma, 2000).

Apesar de ser reconhecido pela Organização Mundial de Saúde que o leite materno é a melhor forma de alimentar os bebés, a maioria das mães desiste rapidamente de dar de mamar, e isto acontece quer em Portugal, quer nos outros países (Levy & Bértolo, 2002).

A investigação nesta área mostra-nos que, apesar de aproximadamente 90% das mulheres australianas iniciarem a amamentação, só 48% continuam a dar de mamar ao fim do primeiro mês pós-parto e uma percentagem ainda mais pequena (23%) mantém a amamentação ao fim dos seis meses (Blyth et al, 2002). Segundo os mesmos autores, estas taxas de amamentação na Austrália são bastante idênticas às dos EUA, do Canadá e do Reino Unido.

Alguns estudos portugueses apontam para uma alta incidência de aleitamento materno, significando que mais de 90% das mães portuguesas iniciam o 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, sugerindo que a

maior parte delas não consegue cumprir o seu projecto de dar de mamar, desistindo muito precocemente da amamentação (Levy & Bértolo, 2002). Branco (2003) refere que o número médio de semanas de duração da amamentação, foi de cerca de 20, apesar de ter sido introduzido leite não materno antes dos 3 meses em mais de metade das crianças (o que não está de acordo com o que foi preconizado pela OMS em 2001).

Existem vários factores que determinam o tempo de duração da amamentação, nomeadamente experiências anteriores positivas ou negativas, confiança maternal ou regresso ao trabalho. É no sentido de desenvolver intervenções que apoiem a amamentação que a investigação tem sido feita, ou seja, o objectivo final é identificar as mães que amamentam mas que apresentam elevado risco de desistência.

Existem inúmeros estudos desenvolvidos na área da confiança maternal na amamentação. Ertem et al. (2001) realizaram um estudo longitudinal com 64 mulheres pertencentes a minorias étnicas e descobriram que as mulheres grávidas a quem faltava confiança na sua capacidade para amamentar tinham uma maior probabilidade de deixar de amamentar após duas semanas pós-parto do que as que tinham mais confiança.

Papinszak e Turner (2000), citados por Dennis (2003), descobriram, num estudo com 159 mulheres nos EUA, que as mães que não eram capazes de manter a lactação referiram níveis significativamente mais baixos de confiança na amamentação comparadas com as mães que amamentaram durante mais de 6 meses. Num estudo de Dykes e Williams (1999), a perda de confiança na amamentação durante o período pós-natal inicial foi um factor major na decisão de deixar de amamentar.

O'Campo et al. (1992) examinaram onze variáveis psicossociais e demográficas e verificaram que a confiança maternal é uma das variáveis mais significativas aquando da decisão de deixar de amamentar. Os autores concluíram ainda que mulheres com baixos níveis de confiança na sua capacidade para amamentar têm 3,1 vezes mais risco de deixar de amamentar prematuramente do que aquelas que apresentam níveis de confiança mais elevados.

A amamentação é um gesto de uma mãe que passa despercebido às outras pessoas, mas que pode ser tão importante e marcante na vida dessa mulher que, por isso, merece ser intensamente explorado. Neste sentido e, por trabalhar numa

maternidade com mães que estão a amamentar, penso que seria útil utilizar um instrumento que permitisse prestar cuidados de enfermagem mais personalizados na área da amamentação e contribuir para o aumento das taxas de amamentação a longo prazo.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. História da Amamentação

Ao longo da história as mulheres sempre amamentaram os seus filhos, com diferentes resultados consoante a época ou situação cultural. Até há relativamente poucos anos as mães pariam em suas casas onde, através da cultura familiar, se fomentava a amamentação e onde a figura da mãe e de parentes servia de modelo às jovens mães. Apesar disso, pode-se afirmar que o aleitamento materno tem sido sujeito a modas ao longo dos tempos. Primeiro foi natural e inquestionável, depois tornou-se algo absurdo e repugnante para todas as mulheres de classes elevadas, ou que a elas aspirassem (Galvão, 2006).

A industrialização, a II Grande Guerra, a massificação do trabalho feminino, os movimentos feministas, a perda de família alargada, a indiferença ou ignorância dos profissionais de saúde e a publicidade agressiva das indústrias produtoras de substitutos do leite materno tiveram como consequência uma diminuição da incidência e da prevalência do aleitamento materno. Foram as mulheres com maior escolaridade que mais precocemente deixaram de amamentar os seus filhos, sendo rapidamente imitadas pelas mulheres com menor escolaridade. Este fenómeno alastrou aos países em desenvolvimento, com consequências gravíssimas em termos de aumento da mortalidade infantil. A partir dos anos 70, verificou-se um retorno gradual à prática do aleitamento materno, sobretudo nas mulheres mais informadas (Levy & Bértolo, 2008).

2.2. Vantagens da Amamentação

Poder-se-ia começar por falar das inúmeras vantagens, para as crianças, para as mães, para as famílias e para a sociedade, da amamentação e do uso de leite humano como principal meio de alimentação das crianças. Essas vantagens incluem benefícios de saúde, nutricionais, imunológicos, desenvolvimentais, psicológicos, sociais, económicos e ambientais.

Segundo a Academia Americana de Pediatras (2005), o leite humano é específico da nossa espécie e todos os seus substitutos diferem grandemente dele, sendo, por isso, o ideal para a alimentação das crianças. A investigação feita nos países desenvolvidos e em desenvolvimento dá-nos fortes evidências de que a alimentação das crianças com leite humano diminui a incidência e a severidade de inúmeras doenças infecciosas, incluindo meningite bacteriana, diarreia, infecções do tracto respiratório, infecções do tracto urinário, entre outras. O leite materno tem um efeito protector sobre as alergias, nomeadamente as específicas para as proteínas do leite de vaca e faz com que os bebés tenham uma melhor adaptação a outros alimentos.

Ainda segundo a Academia Americana de Pediatria (2005), alguns estudos sugerem a diminuição das taxas de síndrome de morte súbita no recém-nascido no primeiro ano de vida e a redução da incidência de diabetes mellitus tipo 1 (insulino-dependente) e tipo 2 (não insulino-dependente), linfoma, leucemia e doença de Hodgkin, obesidade e asma em crianças mais velhas e adultos que foram amamentados, quando comparados com indivíduos que não foram amamentados. A amamentação tem sido associada a um ligeiro aumento em resultados de testes de cognição e está também provado que, se a mãe amamentar o seu bebé enquanto este sofre um procedimento doloroso, como, por exemplo, uma injeção, a amamentação funciona como analgésico. As taxas de mortalidade neo-natal nos Estados Unidos são reduzidas em 21% em crianças amamentadas.

Segundo Levy (1996), o leite materno é um alimento vivo, completo e natural, perfeitamente adaptado à insuficiência digestiva e à imaturidade do recém-nascido. O leite da própria mãe é o melhor para o seu filho, salvo em condições excepcionais. A amamentação proporciona um contacto físico íntimo entre a mãe e bebé e contribui para uma melhor vinculação e ligação mais segura entre mãe e filho. A permanência do bebé junto da sua mãe logo após o parto põe em marcha complexos mecanismos comportamentais, hormonais, fisiológicos e imunológicos, sendo esta cascata de interações a responsável pelo estabelecimento da ligação entre a mãe e o seu filho.

Segundo Galvão (2006), que cita Badinter (1980), a amamentação é a primeira prova de amor da mãe pelo seu filho. A amamentação ajuda a mãe e o bebé a formar um relacionamento próximo e amoroso, que faz com que a mãe se sinta emocionalmente satisfeita, e o contacto íntimo imediatamente após o parto ajuda a

que esta relação se desenvolva. Neste sentido a OMS e a UNICEF (1995) dizem: “(...) os bebés choram menos e desenvolvem-se mais rapidamente se permanecerem próximos da mãe e se são amamentados imediatamente após o parto”.

Importantes benefícios de saúde para a mãe, resultantes da amamentação, foram também descritos por Dennis (2002). Os benefícios incluem uma diminuição da hemorragia pós-parto e uma involução uterina mais rápida, atribuída ao aumento da concentração de ocitocina em circulação, diminuição das perdas hemáticas menstruais e um aumento no período de tempo entre os filhos devido à amenorreia lactacional, um mais rápido retorno ao peso anterior à gravidez e uma diminuição do risco de cancro da mama e do ovário, e uma possível diminuição do risco de fazer fracturas da anca e osteoporose no período pós-menopausico. Sobretudo, permite à mãe sentir o prazer único de amamentar, como já foi referido anteriormente.

O “método de amenorreia de lactação” ou LAM é um importante método contraceptivo não só nos países em desenvolvimento, como nos países industrializados. Segundo a Unicef (1990), a amamentação pode evitar maior quantidade de gestações que todos os programas de planeamento familiar do mundo. Para que o LAM tenha uma eficácia de 98%, durante os primeiros 6 meses pós-parto seria necessário que as mães amantassem plenamente os seus filhos, sem recorrerem a suplementos e sem intervalo nocturno, permanecendo amenorreicas.

Segundo Montgomery (1996), o aleitamento materno tem evidentes benefícios sociais e económicos, reduzindo os custos com a saúde e reduzindo o absentismo dos pais relacionado com as doenças das crianças. Os benefícios económicos directos também são significativos atendendo ao custo das opções alternativas.

Segundo Levy (1996), a investigação tem dado origem a fórmulas para lactentes, cuja composição se aproxima, cada vez mais, da do leite materno, pelo menos em termos de macronutrientes, dado que a enorme riqueza do leite humano em micronutrientes torna-o, actualmente, inimitável. O leite materno é considerado um seguro de vida e de desenvolvimento e a amamentação é reconhecida como um “direito da criança”, constituindo a sua promoção, uma prioridade mundial, mesmo em países industrializados.

Apesar da vantagem da promoção do aleitamento materno na saúde materna e infantil ser evidente, e de constituir um objectivo das políticas de saúde, a

precocidade do início do aleitamento e o aumento da sua duração estão, dum modo geral, abaixo dos níveis estabelecidos.

2.3. Taxas de Amamentação

Talvez devido a uma forte promoção pública, as taxas de novas mães que iniciam a amamentação nos países desenvolvidos subiu substancialmente nas últimas duas décadas, apesar de as taxas de amamentação em exclusivo não subiram nada ou quase nada durante o mesmo período de tempo. Contudo, a maioria das mães deixa de amamentar antes dos 6 a 12 meses pós-parto recomendados.

Na América do Norte as taxas de iniciação da amamentação aumentaram significativamente desde 1960. A estatística nacional do Canadá diz-nos que as taxas de iniciação da amamentação são aproximadamente de 79%, enquanto as taxas nos Estados Unidos aumentaram de 59,7% em 1995, para 64% em 1998. Infelizmente, as taxas de amamentação diminuem rapidamente nas primeiras 4 a 8 semanas de pós-parto, com menos de 35% das mães canadianas a amamentarem exclusivamente aos 4 meses; apenas 29% das mães nos Estados Unidos e 30% a 40% das mães canadianas continuam qualquer forma de amamentação até aos 6 meses de pós-parto.

É razoável dizer que a duração ideal da amamentação em Portugal, tendo em conta as suas características e as leis sociais de protecção materno-infantil, será de 3 a 6 meses, sempre que possível, estando consciente das dificuldades da prática do aleitamento materno exclusivo para além dos 3 – 4 meses de vida do bebé, nas mães que trabalham fora das suas casas.

As metas para a saúde 2010 (2004) recomendam que 75% dos bebés deverão iniciar o aleitamento materno, 50% deverá mamar leite materno ainda aos 6 meses e 25% deverá mamar leite materno ainda ao fim do primeiro ano de vida.

Pereira (2006), reporta um estudo efectuado em 2003 em Portugal, em que se verifica que, em 1998/1999, 90% das mães iniciaram o aleitamento, 85% amamentava à saída do hospital, 63% amamentava aos 3 meses, 34% amamentava aos 6 meses e 16% amamentava aos 12 meses. No último Inquérito Nacional de Saúde, realizado em 1999, do total de 85% das crianças que iniciaram a amamentação, 23% mamaram num período inferior a 2 meses.

Dados da Direcção Geral de Saúde (1997), respeitantes apenas à região de Lisboa, revelam que no primeiro mês eram 78% as mulheres que amamentam, aos três meses já só são 41% e aos 6 meses são 23%. Em Portugal, são poucas as mulheres que conseguem chegar aos 6 meses preconizados pela Academia Americana de Pediatria e pela Unicef.

2.4. Promoção da Amamentação

A amamentação é a actividade mais económica, promotora de saúde e preventiva de doenças que as mães podem realizar (OMS/UNICEF, 1990). Desde 1978, estas duas instituições têm feito da promoção da amamentação uma meta prioritária através do desenvolvimento de políticas internacionais, como por exemplo, o Código Internacional de Marketing dos Substitutos de Leite Materno (1981), o documento intitulado Protecção, Promoção e Suporte à Amamentação (1989), a Declaração Innocenti de Protecção, Promoção e Suporte à Amamentação (1990) e, por fim, a Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (1992).

No âmbito da promoção da saúde com o objectivo de aumentar as taxas de aleitamento, têm vindo a ser desenvolvidos programas governamentais e não governamentais, obtendo grande êxito o programa Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. Este é um programa promocional do aleitamento através da mobilização das equipas de saúde dos serviços obstétricos e pediátricos. Para a sua implementação torna-se necessário não só o interesse dos profissionais de saúde, mas também de toda a sociedade, uma vez que a prevalência do aleitamento ocorre basicamente em função de factores culturais, sociais, políticos e económicos. Assim, a divulgação das “Dez Medidas” e a aplicabilidade dos seus princípios são instrumentos vitais para a promoção, protecção e apoio à amamentação na nossa sociedade, de forma a garantir um bom início de vida a milhões de bebés.

Vamos falar resumidamente sobre esta Iniciativa visto estar a crescer em Portugal o número de Hospitais Amigos dos Bebés (são neste momento quatro).

Um comunicado conjunto da OMS/UNICEF (Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés) contempla 10 medidas importantes para o sucesso do aleitamento materno que deveriam ser implementadas nos serviços de saúde vocacionados para a assistência a grávidas e recém-nascidos, definindo objectivos e estratégias que, a

serem cumpridos, confeririam a esses mesmos serviços de saúde a categoria de “Hospital Amigo dos Bebés”.

Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés

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

Como refere Levy (1996), a promoção do aleitamento materno é uma prioridade mundial, permitindo às crianças iniciarem o seu percurso de vida de uma forma natural, e deve ser alvo de múltiplos esforços internacionais, nacionais, sociais, comunitários e individuais. O reconhecimento de que são necessários esforços conjuntos para que a promoção do aleitamento materno tenha êxito está patente no Código Internacional de Ética sobre substitutos do leite materno, que além de aspectos comerciais, foca as responsabilidades dos técnicos de saúde e das autoridades de saúde.

Uma das responsabilidades dos governos que aderiram ao Código de Ética é relatar regularmente à OMS os progressos obtidos em cinco áreas da nutrição

infantil: a) promoção e apoio à amamentação; b) promoção e apoio ao desmame; c) fortalecimento da educação, treino e informação; d) promoção da saúde e estatuto social materno; e) marketing e distribuição dos substitutos do leite materno apropriados.

Ainda segundo Levy (1996), a estratégia europeia para a promoção da amamentação, sublinha sete áreas prioritárias: a) a atitude básica dos técnicos de saúde; b) as rotinas das maternidades; c) a formação de grupos de suporte às mães que amamentam; d) condições para as mães que amamentam e trabalham; e) investigação em amamentação; f) a pressão exercida nos técnicos de saúde por casas produtoras de alimentos alternativos ao leite materno; g) a necessidade de defender o aleitamento materno.

As campanhas de promoção do aleitamento materno não substituem os esforços conjuntos de grupos de suporte materno, um consultor em aleitamento materno e profissionais de saúde mais competentes nesta matéria. A estratégia proposta para a promoção e suporte da amamentação em hospitais e maternidades tem vários componentes: um grande empenhamento por parte de uma pessoa com poder, uma retaguarda administrativa, a existência de pessoal treinado e o suporte dos consumidores.

Segundo a Academia Americana de Pediatria (2005), de uma forma geral devemos promover, dar suporte e protecção à amamentação; promover a amamentação como norma cultural e encorajar as famílias e dar suporte social ao aleitamento materno; reconhecer o efeito da diversidade cultural nas atitudes e nas práticas em relação à amamentação e encorajar as variações, se apropriadas, que efectivamente promovam e suportem a amamentação nas diferentes culturas; usar todas as oportunidades para educar as crianças e adultos sobre amamentação; promover práticas e políticas hospitalares que facilitem a amamentação; desenvolver e manter uma efectiva comunicação e coordenação entre todos os profissionais de saúde de forma a assegurar uma óptima educação sobre amamentação; e encorajar o desenvolvimento e a provação de políticas governamentais e legislação que sirvam de suporte a todas as mães que queiram amamentar.

2.5. Factores que Influenciam a Amamentação

Segundo Bértolo e Levy (2008) o sucesso do aleitamento materno pode ser definido por uma amamentação mais prolongada. Citando Creedy e col. (2003), a Organização Mundial de Saúde, em Maio de 2001, confirmou a política de que os recém-nascidos do mundo inteiro deveriam ser exclusivamente amamentados até aos 6 meses de vida.

Nos países industrializados, nem a saúde nem o estado nutricional duma criança são negativamente influenciados pela continuação da amamentação depois dos 6 meses de idade, se houver o cuidado da adição de outros alimentos qualitativa e quantitativamente apropriados na dieta da criança. As necessidades energéticas das crianças amamentadas parecem ser menores que as recomendadas habitualmente e as tabelas de crescimento estado-ponderal de referência podem não ser as mais apropriadas para as crianças predominantemente amamentadas.

A decisão de amamentar o futuro filho é fruto de uma longa socialização materna, sujeita a múltiplas influências, constituindo, afinal, o corolário lógico da experiência de vida de uma mulher. É o primeiro pré-requisito para o sucesso na amamentação e é uma escolha individual.

Como referem Bértolo e Levy (2002), o sucesso pode ainda ser definido pela qualidade da interação entre mãe e bebé, durante a mamada, pois este proporciona a oportunidade de contacto visual e a vivência da cooperação mútua entre a mãe e o bebé. Uma boa interação entre a mãe e o bebé durante a mamada pode ser definida como uma valsa na qual cada um dos interlocutores, mãe e bebé, emite sinais ao outro, sinais esses que vão sendo descodificados, dando origem a comportamentos de resposta contingentes e adequados, conduzindo a uma adaptação mútua de mãe e bebé, cada vez mais rica e complexa.

De acordo com Bértolo e Levy (2008), uma gestação planeada ou desejada parece ser um pré-requisito importante para o sucesso do aleitamento materno, sugerindo a importância das consultas de planeamento familiar. O terceiro trimestre da gestação tem sido apontado como o primeiro ponto de viragem em termos do sucesso do aleitamento materno, constituindo uma oportunidade privilegiada para uma primeira entrevista com os futuros pais e os profissionais de saúde, a fim de discutir o regime alimentar do seu bebé.

Galvão (2006), citando King (1991), constata que o início e a duração da amamentação pressupõem uma decisão pessoal sobre a qual influem distintos factores que actuam sobre a mulher sem que ela tenha consciência disso, e a sua promoção requer um conhecimento prévio das dificuldades que se lhes apresentam. A mulher, para amamentar com sucesso, precisa de se sentir confiante, precisa de acreditar que pode amamentar, precisa de saber quais as mudanças que vão ocorrer no seu corpo. Pode assim compreender que o que sente é normal, que o seu leite é tudo o que a criança necessita e que as suas mamas, qualquer que seja o seu tamanho e forma, produzirão leite adequado e em quantidade suficiente.

Segundo Pereira (2006), que cita Beresford (1984), a amamentação é uma prática exclusiva da mulher. O processo de amamentar ainda está muito centrado na dimensão da mulher, de quem depende, a percepção, interpretação, atribuição de significado e tomada de decisão quanto ao curso de amamentar. É incontestável que a amamentação é uma prática exclusiva da mulher, mas na actualidade as evidências científicas provam que para haver sucesso, esta mulher lactante precisa do apoio e da intervenção de todos.

De acordo com Galvão (2006), que cita Brazelton (1992), a amamentação pode e deve ser agradável para ambas as partes, mas as experiências de vida da mulher podem fazer com que seja contra a amamentação ou não se sinta preparada para esta tarefa e, se uma mãe com esta opinião não for apoiada pelos que a rodeiam, é provável que falhe na sua tentativa de amamentar. O autor lembra que a sua experiência lhe tem mostrado que, com apoio emocional e físico verdadeiros, a maior parte das mulheres consegue amamentar os seus filhos e que o prazer que daí advém incrementa os seus sentimentos de êxito como mães.

O estabelecimento da lactação tem sido apontado como outro importante ponto de viragem, sendo decisivas as práticas hospitalares ligadas ao trabalho de parto, parto e pós-parto para um aleitamento materno com sucesso. Acontecimentos ligados às práticas hospitalares durante o parto, período do pós-parto imediato e durante a estadia da mãe e do bebé no hospital podem influenciar positiva ou negativamente o estabelecimento da lactação e a duração do aleitamento materno (Bértolo & Levy, 2008).

Tem sido demonstrado em vários países o efeito positivo dos programas de apoio, com diferentes tipos de intervenção, no sucesso da amamentação. O ensino pré-natal às futuras mães é essencial. Para que esta prática seja útil, é necessário que

os profissionais de saúde sejam competentes na promoção da amamentação. A falta de formação dos técnicos de saúde em Maternidades é responsável, muitas vezes, pelas informações contraditórias fornecidas e pelo pouco sucesso que o aleitamento materno tem tido em certas comunidades.

As práticas hospitalares são decisivas na manutenção da decisão de amamentar, contribuindo fortemente para o sucesso da amamentação. Os profissionais de saúde poderão ter um papel decisivo no sucesso do aleitamento materno, proporcionando a cada parturiente as condições ideais para o início da lactação. O apoio dado durante a amamentação será também indispensável para o seu sucesso. Neste contexto, são muito importantes a veiculação de conhecimentos sobre a prática de uma boa lactação, a prevenção de possíveis acidentes e a maneira de ultrapassar pequenos problemas.

A Academia Americana de Pediatria (2005) recomenda que todos os profissionais de saúde aconselhem o leite materno para todas as crianças (se não existirem contra-indicações) e forneçam aos pais todas as informações sobre os benefícios e as técnicas da amamentação de forma a garantir que a sua decisão de amamentar seja o mais “informada” possível. Sempre que não for possível o bebé mamar directamente na mama da mãe, o leite deve ser extraído para ser oferecido ao bebé posteriormente. É também importante que as políticas e as práticas que apoiam o início e a manutenção do aleitamento materno sejam encorajadas por todos os profissionais de saúde, nomeadamente a educação de ambos os pais antes e depois do parto, para haver sucesso na amamentação.

A influência do tipo de parto no sucesso do aleitamento tem sido alvo de algumas investigações. É difícil separar o efeito relacionado com o tipo de parto, dos efeitos decorrentes do contacto precoce proporcionado pela oportunidade da primeira mamada. Segundo Levy (2006), citando Grossman e col. (1990), a variável mais importante associada ao aleitamento materno às 8 semanas de vida foi o tipo de parto. As mães amamentaram mais quando os partos tinham ocorrido por via vaginal. Para Kurinij e Shiono (1991), os bebés exclusivamente amamentados tinham nascido mais frequentemente por via vaginal, e as mães que amamentam exclusivamente ao peito tinham dado a primeira mamada nas primeiras 6 horas pós-parto.

O contacto precoce pode ser um factor importante para o sucesso do aleitamento materno, através da melhor interacção e comportamentos mais afectuosos da díade. Citando Levy (1996), muitos autores encontraram influências do

contacto precoce no comportamento materno e/ou duração da amamentação. Globalmente, todos estes estudos sugerem que as mães em que se promoveu o contacto precoce com os seus filhos recém-nascidos tiveram mais tendência para os amamentar durante mais tempo.

Quanto maior o intervalo de tempo entre o nascimento e a primeira mamada, maior o risco de recurso à alimentação artificial ou mista. Os recém-nascidos saudáveis deverão ser colocados sobre o peito da mãe imediatamente após o parto e deverão manter-se aí até ao fim da primeira mamada do bebé. Na primeira hora após o parto, todos os bebés em “estado de alerta” conseguem adaptar-se à mama sem precisar de assistência e devem acompanhar sempre a mãe durante o período de recobro.

De acordo com Levy (1996), a maior parte dos autores encontra uma associação entre a decisão de amamentar e/ou duração da amamentação e a idade materna, sendo as mães pertencentes a um grupo etário mais elevado, aquelas que decidem amamentar os seus filhos. A relação entre a decisão de amamentar e a duração do aleitamento materno e o nível socioeconómico e cultural das mães varia de cultura para cultura.

Nos países industrializados são as classes mais altas e com maior nível de escolaridade que amamentam mais e durante mais tempo, verificando-se o inverso nos países em desenvolvimento.

A questão da paridade é, no entanto, indissociável da experiência prévia nas múltiparas, tendo a maior parte dos autores demonstrado a associação entre ter amamentado com êxito outro filho e um novo sucesso da amamentação, o que torna ainda mais importante, um especial investimento no primeiro filho. O pleno emprego das mães, embora podendo exercer uma influência na decisão de amamentar, tem sido relacionada com a duração da amamentação.

A sucção é essencial para o sucesso do aleitamento, tendo como objectivos a obtenção de alimento e a mediação da ligação entre a mãe e o bebé. A interacção mãe-bebé durante as primeiras semanas de vida, representa um período de adaptação, sugerindo-se que o acompanhamento da díade durante o primeiro mês de vida é o período de tempo ideal para monitorizar e ajudar a adaptação mútua das díades mães-bebés.

Alguns investigadores encontraram uma relação entre a suplementação precoce e o desmame precoce, tendo sido desaconselhado o uso de biberões e

chupetas no período pós-parto (Levy, 1996). Evitar a suplementação constitui uma parte importante da “Iniciativa dos Hospitais Amigos dos Bebés”, introduzida recentemente pela OMS e UNICEF. O acesso precoce ao biberão, antes da lactação estar bem estabelecida, pode dificultar uma técnica correcta de sucção do mamilo da mãe em recém-nascidos mais vulneráveis, originando o que os autores anglo-saxónicos chamam “nipple confusion”.

Como refere King (1991), a amamentação, método alimentar de eleição para todos os bebés normais, pelas suas inúmeras vantagens, tanto para a saúde da criança quanto da mãe, é um modo inigualável de proporcionar alimento ideal para o crescimento e desenvolvimento de bebés saudáveis. Embora sejam raras as situações relacionadas com a saúde da criança, da mãe ou de ambos em que os bebés não podem ou não devem ser amamentados (OMS, 1994), o que se verifica é que muitas mães suspendem a amamentação precocemente, por não serem orientadas a prevenir ou a tratar possíveis problemas que poderão ocorrer nos primeiros dias ou devido à pressão negativa social, nomeadamente de familiares ou vizinhos.

Existem inúmeros obstáculos à iniciação e continuação da amamentação, tais como insuficiente educação pré-natal sobre amamentação, práticas e políticas hospitalares disruptivas, interrupção inapropriada da amamentação, altas hospitalares precoces em determinadas populações, inexistência de visitas domiciliárias feitas por técnicos de saúde no pós-parto para reavaliar as puérperas e os bebés, profissão materna (especialmente se não existem estruturas e apoio nos locais de trabalho em relação à amamentação), falta de apoio familiar e social, apresentação do biberão de suplemento pelos media como sendo norma, promoção e comercialização de biberões de suplemento nos hospitais, publicidade dos leites artificiais na televisão e nas revistas especializadas, informação incorrecta e falta de encorajamento e ajuda por parte dos profissionais de saúde.

Lothrop (2000) explica que todas as mulheres têm leite por ocasião do parto e, como tal, todas, com poucas excepções, podem amamentar. Para esta autora, o facto de tantas mulheres nos últimos anos fracassarem na amamentação, nada tem a ver com a incapacidade, mas sim com a falta de confiança, que poderá ser reforçada com apoio emocional, e com erros cometidos devido à ignorância em relação ao processo de lactação.

Segundo Galvão (2006), citando Martin e Valero (1992), a insegurança materna é uma das maiores dificuldades para se iniciar com êxito a amamentação.

Esta insegurança é fundada muitas vezes no desconhecimento das suas possibilidades de amamentar e tem como consequência a tendência natural de desistência à menor dificuldade.

Segundo Pereira (2006), o investimento deve ser feito através de: a) formação/informação a toda a população em geral, começando pelos profissionais de saúde, passando pelos pais, família, empregadores, e até aos governantes; b) melhoria das condições para a gestante e lactante, tendo em conta a vida moderna, criação de novas leis de apoio à maternidade, e implementação das mesmas; e c) investigação científica e aplicação dos resultados das pesquisas, para melhorar as taxas da prática do aleitamento materno.

Para realizar intervenções de apoio à amamentação, um conjunto de investigações estão a ser conduzidas de forma a identificar mães que apresentem alto risco de deixar de amamentar. A amamentação é influenciada por diversos factores que podem ser sujeitos a intervenção. Se é facto que alguns desses factores são características demográficas não modificáveis, como por exemplo a idade maternal, estado civil, nível de educação e classe socioeconómica, para que os profissionais de saúde possam aumentar as taxas de amamentação, é necessário identificar as mães que estão em risco através de variáveis modificáveis que possam guiar o desenvolvimento e a evolução das intervenções de apoio. Os factores modificáveis seriam a inclusão em programas de apoio a grupos desfavorecidos, o apoio por parte de amigos ou comunidade, as práticas hospitalares, o ensino pré-natal e a educação da lactação.

Outra das variáveis modificáveis possíveis é a confiança maternal na amamentação. O efeito da confiança maternal na amamentação tem sido referenciado por diversos autores. Buxton e col. (1991) descobriram que 27% das mulheres com baixa confiança maternal na amamentação durante o período gravídico acabavam por deixar de amamentar durante a 1ª semana pós-parto, enquanto que apenas 5% das mulheres com elevada confiança maternal na amamentação o faziam. O “falhanço” na amamentação é 4 a 5 vezes mais provável de acontecer nas mulheres com baixa confiança maternal.

A confiança pós-parto na amamentação é também importante. Papinczak e Turner (2000) descobriram, num estudo com 159 mulheres, que as mães que se mostraram ineficazes no estabelecimento da lactação apresentavam valores mais baixos de confiança maternal na amamentação do que aquelas mães que

amamentavam por mais de 6 meses. A confiança maternal na amamentação tem sido associada com percepção maternal de quantidade insuficiente de leite materno, e essa tem sido a causa de as mães iniciarem fórmulas de suplementos e de baixarem os seus níveis de amamentação.

Usando a escala H & H Lactação para medir as percepções de quantidade de leite materno insuficiente, Hill e Humenick (1996) perceberam que mães que obtiveram baixos valores na sub-escala referente à confiança maternal, obtiveram também baixas taxas de amamentação às 6 semanas pós-parto.

Para promover a amamentação e a confiança maternal e servir de guia de suporte às intervenções, Dennis (1999) desenvolveu a teoria da Auto-Eficácia na Amamentação baseada na Teoria Social e Cognitiva de Bandura (1977). Recentemente, a teoria da auto-eficácia tem recebido consideráveis atenções por ser uma forma de prever todos os comportamentos relacionados com a saúde.

2.6. Teoria da Auto-Eficácia de Bandura

A introdução e o desenvolvimento da Teoria da Auto-Eficácia devem-se à concepção e aos trabalhos de Albert Bandura, no contexto dos modelos cognitivos de modificação do comportamento e com base na designada Teoria da Aprendizagem Social (Bandura, 1989).

Bandura rejeita as perspectivas mecanicistas do ser humano ao considerar que ele possui capacidades superiores que lhe possibilitam utilizar símbolos (cognições) e realizar predições quanto à ocorrência dos acontecimentos e criar mecanismos que lhe permitem exercer controlo directamente sobre aqueles que afectam a sua vida quotidiana. De acordo com Albert Bandura (1986), “o que as pessoas pensam, acreditam e sentem, afecta o modo como elas se comportam”.

Na perspectiva de Bandura, o comportamento do ser humano deve ser analisado em função de uma interacção recíproca e contínua entre as condições ambientais, as cognições e as acções do sujeito. Nesta perspectiva, designada pelo autor de “determinismo recíproco” (Bandura, 1978, 1989), os factores situacionais e disposicionais são considerados como causas interdependentes do comportamento, ou seja, os determinantes internos do comportamento (crenças, expectativas, ...) e os determinantes externos (consequências, reforços, punições, ...) são parte de um

sistema de influências interactivas que afectam não só o comportamento, mas também o próprio sistema.

A Auto-Eficácia foi inicialmente definida como a crença do indivíduo de que ele pode executar um comportamento específico ou tarefa futura. É a teoria da Auto-Eficácia de Bandura que traça uma relação entre auto-eficácia, motivação e execução.

Mais recentemente, Bandura (1997) declara que a Auto-Eficácia se refere às crenças do indivíduo acerca das suas capacidades para organizar e executar os cursos de acção necessários para produzir determinados resultados. A percepção de auto-eficácia é um alicerce central na teoria de cognição social de Bandura (1997), que se refere às crenças que temos sobre a nossa capacidade de organizar e executar acções exigidas para alcançar os objectivos específicos propostos. As crenças de auto-eficácia determinam o nível de motivação, tal como se reflecte na quantidade de esforço empregue para alcançar um objectivo e o tempo que persiste face aos obstáculos. As crenças de auto-eficácia influenciam o comportamento através dos efeitos nas escolhas de comportamentos alternativos, do esforço dispendido, da activação face às condições e da persistência face às dificuldades. As crenças na auto-eficácia funcionam como um importante conjunto de determinantes próximos na motivação humana, do afecto e da acção (Bandura, 1997).

De acordo com Bandura (1997), há dois tipos de expectativas relativamente às capacidades e competências para lidar com as exigências comportamentais: a expectativa de resultado, que é definida como a percepção de que um determinado comportamento provocará o resultado correspondente; e a expectativa de auto-eficácia, que é definida como a percepção de que se é capaz de desempenhar o comportamento requerido. As expectativas de resultado e de eficácia são diferenciadas porque os indivíduos podem acreditar que uma determinada acção produzirá certos resultados, mas se eles têm sérias dúvidas sobre se podem desempenhar as actividades necessárias tal informação não influencia os seus comportamentos. A mudança de comportamento depende das expectativas quanto ao resultado e das expectativas de eficácia pessoal (Bandura, 1989 cit. por Pereira & Almeida, 2004).

Bandura (1997) aceita que há alguma aproximação entre a teoria e a pesquisa sobre expectativas e a noção de eficácia. O comportamento é visto como uma função da generalização das expectativas de que os resultados serão determinados pelas

próprias acções ou pelas forças externas além do próprio controlo. Ou seja, a crença de auto-eficácia é composta pela expectativa desta e expectativa de resultados. A expectativa de auto-eficácia é a convicção (crença) de que se pode executar o comportamento necessário para se atingir determinados resultados, enquanto a expectativa de resultados é a crença (convicção) pessoal de que dado comportamento levará a determinados resultados. Dadas as competências apropriadas e os incentivos adequados, as expectativas de eficácia são o principal determinante das escolhas pessoais de actividade, a quantidade de esforço que despenderão e a quantidade de tempo em que manterão o esforço para lidar com essas situações.

Citando Pereira e Almeida (2004), a mudança comportamental, de acordo com Bandura, depende das expectativas quanto ao resultado e das expectativas de eficácia pessoal. As expectativas quanto ao resultado consistem na crença em que um comportamento próprio, particular, conduz a uma consequência específica. São crenças sobre a consequência de um acto. A percepção de auto-eficácia enquadra-se no controlo pessoal das acções, refere-se às expectativas pessoais quanto à sua capacidade para realizar um comportamento específico desejado. Não reflecte as competências pessoais, mas sim as crenças, os julgamentos, as avaliações sobre o que pode o indivíduo realizar com as competências que possui para executar comportamentos específicos em situações determinadas; tem uma elevada predictibilidade em relação a tarefas comportamentais específicas. Não é, como podemos deduzir, uma característica generalizada da personalidade, podendo variar, na mesma pessoa, de tarefa para tarefa.

A teoria da auto-eficácia é um componente chave na teoria de Bandura. Postula que a iniciação, persistência ou abandono de uma estratégia ou comportamento são particularmente afectadas pelas crenças pessoais quanto às suas competências e probabilidade de lidar e ultrapassar as exigências ambientais (Bandura, 1989; Lent & Maddux, 1997). “As percepções pessoais de eficácia influenciam o tipo de cenários antecipatórios que as pessoas constroem. Aqueles que possuem um sentido elevado de eficácia visualizam cenários de sucesso, os quais fornecem guias positivos para a realização. Os que se auto-avaliam como ineficazes estão mais propensos à visualização de cenários de insucesso que prejudicam a sua realização através do acentuar dos aspectos negativos. Um sentido de eficácia elevado favorece a construção cognitiva de eficácia.

As crenças de auto-eficácia habitualmente afectam o funcionamento cognitivo através da acção conjunta das operações de processamento de informação e da motivação” (Bandura, 1989). As crenças de auto-eficácia determinam o nível de motivação, tal como se reflecte na quantidade de esforço empregue para alcançar um objectivo e o tempo que persistirão em face dos obstáculos. Quanto mais forte a crença nas capacidades pessoais, maior e mais longos serão os esforços (Bandura, 1989).

Segundo Bandura (1997), as expectativas de eficácia e de resultados provêm de quatro fontes primárias de informação: dos resultados do desempenho da experiência pessoal, da observação de outros indivíduos, da persuasão verbal combinada com a influência social de alguém que possua certas capacidades e da auto-percepção do estado fisiológico, a partir dos quais, em parte, o sujeito julga a sua capacidade, a sua força e vulnerabilidade.

Relativamente à primeira fonte de informação podemos dizer que é a fonte que mais influencia na formação das expectativas de eficácia, por se basear nas próprias experiências de realização pessoal. Ou seja, a experiência pessoal constitui a fonte de informação de auto-eficácia mais influente, já que se baseia numa experiência autêntica vivida pelo sujeito (Bandura, 1997; Pajares, 2000). Os efeitos das acções e as interpretações desses efeitos ajudam a criar as expectativas de auto-eficácia. Essas experiências podem afectar os julgamentos de auto-eficácia por meio do processamento cognitivo de tal informação. Se essas experiências forem percebidas repetidamente como êxito, então aumentarão as expectativas de eficácia e, se forem percebidas como fracasso, então diminuirão as expectativas. Em geral, o sucesso eleva as expectativas de eficácia, enquanto o fracasso, definido como a falta de habilidade para completar com êxito uma tarefa, as diminui. O fracasso é especialmente debilitante se é experimentado durante o processo de desenvolvimento. Todavia, uma vez atingido um nível de eficácia elevado, o fracasso ocasional exerce consideravelmente menos influências na percepção da eficácia. Essas falhas ocasionais podem fortalecer a persistência auto-motivada ao proporcionar a experiência de que a inclusão de maiores dificuldades pode ser superada mediante um esforço superior. Contudo, os insucessos que são ultrapassados por esforço podem fortalecer as expectativas de eficácia, levando os sujeitos a acreditar que os obstáculos, mesmo os mais difíceis, podem ser ultrapassados por esforço e persistência.

Em relação à segunda fonte de informação, Bandura (1997) diz-nos que as experiências próprias não são a única fonte de informação sobre as capacidades, a conduta realizada por outras e as consequências delas, podem orientar-nos sobre a nossa própria capacidade. Os seres humanos aprendem a maior parte da sua conduta por meio da observação, por meio do modelo. Ver outras pessoas semelhantes a desempenhar com sucesso uma actividade pode aumentar a percepção de auto-eficácia em observadores que também possuem capacidades para controlar actividades comparáveis. Os sujeitos persuadem-se a eles próprios de que se os outros conseguem, eles também serão capazes de atingir pelo menos alguma melhoria no desempenho. Quando as pessoas estão inseguras quanto às suas capacidades ou quando têm experiências anteriores limitadas, tornam-se mais sensíveis a esta fonte. O processamento cognitivo deste tipo de informação envolve comparações sociais com outros indivíduos. Esta comparação, em conjunto com a observação do modelo, pode influenciar o desenvolvimento de auto-percepções de competência (Pajares, 2000).

Relativamente à terceira fonte de informação, a persuasão verbal, Bandura (1997) refere que os indivíduos também podem criar e desenvolver as suas expectativas de auto-eficácia pelo resultado da persuasão verbal. É muito utilizada para convencer as pessoas a acreditarem que possuem competências que lhes permitem conseguir o que querem. Isto é, podemos levar os indivíduos a acreditarem que possuem capacidades necessárias para a realização de tarefas específicas. Persuadidos de que possuem as capacidades necessárias para realizarem um determinado comportamento, têm maior probabilidade de desenvolver esforços, enfrentar dificuldades e atingir os objectivos que delinearam. No geral, é difícil utilizar a persuasão para aumentar a eficácia se os intentos forem contrariados por fortes experiências negativas prévias. No entanto, é consideravelmente mais fácil diminuir a eficácia utilizando a persuasão, já que os indivíduos podem ter um repertório mais amplo de experiências pessoais negativas ou uma base limitada de qualquer tipo de experiência de êxito. Para que as técnicas persuasivas sejam efectivas, temos de levar em conta uma série de requisitos, nomeadamente que a fonte de persuasão seja uma pessoa com credibilidade, prestígio e alto nível de conhecimentos sobre o tema que está a ser tratado para persuadir o sujeito.

Por fim, Bandura (1997) fala-nos sobre a quarta fonte de informação, que são os estados fisiológicos / respostas emocionais. As pessoas confiam na informação do

seu estado fisiológico ao julgarem as suas competências. A ansiedade, o stress e os estados de humor afectam as expectativas de auto-eficácia. Todos estes sintomas podem ser interpretados como um indicador de que o sujeito não tem capacidade para desempenhar uma tarefa específica. O nível e a qualidade da activação fisiológica também são fontes da auto-eficácia que podem influir na execução. Uma elevada activação emocional geralmente debilita o desempenho, pelo que os sujeitos, quando estão tensos e agitados, consideram-se menos aptos a realizar determinada tarefa. Se as actividades exigem competência para alcançar os resultados, então os tipos de resultados que as pessoas antecipam para si dependem muito das suas crenças sobre quão bem são capazes de executar tal actividade na situação específica. Somente quando os resultados não são completamente determinados pela qualidade do desempenho, as expectativas de resultados contribuem para a motivação independentemente das crenças de auto-eficácia.

Na promoção da mudança comportamental ligada à saúde, é preciso fornecer às pessoas não só as razões para mudar o comportamento de saúde, mas também os meios e recursos para fazê-lo. Com ampla utilização na área da saúde, o conceito de auto-eficácia tem-se revelado um poderoso preditor em vários domínios de comportamento, tais como: parar de fumar, perder peso, participar em programas de prevenção, entre outros (Horne, 1996).

Pesquisas sobre auto-eficácia na área da saúde mostraram que auto-eficácia elevada está relacionada com os estilos de vida saudáveis. A percepção de eficácia pode afectar os comportamentos de saúde através dos seus efeitos motivacionais e dos seus efeitos emocionais. Enquanto variáveis motivacionais de carácter cognitivo que determinam a eleição de comportamentos e o esforço e a persistência nos comportamentos escolhidos, as expectativas de eficácia podem regular as intenções de abandonar hábitos prejudiciais à saúde e podem determinar o esforço e a persistência no cumprimento de comportamentos favorecedores da saúde, auto-impostos ou prescritos pelos médicos. A teoria da Auto-Eficácia abarca todos esses aspectos da mudança comportamental favorável à saúde.

Hoje em dia, muitos problemas de saúde podem ser resolvidos deixando aos indivíduos o controlo sobre os seus comportamentos de saúde, em vez de este só se restringir aos médicos (O'Leary, 1985). As expectativas de auto-eficácia mediatizam a intenção de mudar o comportamento de risco para a saúde, influenciam o esforço dispendido no sentido de atingir o objectivo e a persistência de continuar a manter o

comportamento de saúde, apesar de eventuais dificuldades situacionais. Deste modo, os julgamentos de eficácia determinam quais as actividades que se vão tentar e quais as que se vão evitar, a quantidade de esforço dado a uma tarefa e a duração da persistência quando são encontradas dificuldades.

As evidências empíricas das possibilidades de aplicação da teoria de auto-eficácia, com destaque para a sua utilização na aquisição e manutenção de comportamentos saudáveis, na prevenção de doenças e de comportamentos de risco são uma realidade.

Assim, podemos concluir que a teoria da auto-eficácia pode ser útil no campo da saúde na estruturação de tratamentos da seguinte forma: (1) Como guia no desenvolvimento de programas que facilitem o senso de eficácia pessoal; (2) Na elaboração e no uso de escalas de auto-eficácia que podem identificar os pacientes com maior risco ou maior dificuldade na adopção de novos hábitos de saúde; (3) Na promoção de julgamentos de auto-eficácia de forma contínua ao longo de programas de promoção da saúde, de modo a permitir identificar os ambientes e os momentos de maior risco de perda do sentimento de auto-eficácia e que induzem o indivíduo a desistir do seu esforço de mudança de hábitos referentes à saúde, sobretudo no contexto do trabalho com pessoas, contribuindo para uma prática de saúde mais preventiva que curativa.

2.7. Teoria da Auto-Eficácia na Amamentação

Em relação à auto-eficácia na amamentação, a mãe determina a sua capacidade para amamentar o seu bebé baseada na sua experiência anterior de amamentação, na observação da amamentação com sucesso de outras mulheres, ou recebendo incentivos de mulheres significativas para si que amamentem. Em resumo, o seu estado psicológico e afectivo, incluindo a fadiga, o stress e a ansiedade, é uma importante fonte de informação através da qual ela avaliará a sua evolução na capacidade para amamentar. Assim sendo, os técnicos de saúde poderão modificar a confiança da mãe na sua capacidade para amamentar através da influência nas suas fontes de informação (Dennis, 1999).

Por exemplo, se a mãe acredita que deixar de dar o suplemento de leite é importante mas não está confiante na capacidade de manutenção do seu leite ou na

sua determinação se o bebê está a receber leite suficiente, é pouco provável que ela consiga deixar de dar biberões de suplemento ao bebê. Então, para a mãe amamentar com sucesso, ela tem de acreditar na sua capacidade para amamentar e estar confiante na sua decisão de não usar suplementação com o seu bebê.

Assim, a auto-eficácia na amamentação é uma variável relevante na duração da amamentação, por poder prever se uma mãe escolhe amamentar o seu bebê, quanto esforço está disposta a despender, se irá ser persistente o suficiente até atingir o máximo, se terá expectativas de auto-eficácia elevadas ou ineficazes e como é que irá responder às dificuldades na amamentação.

Para medir a auto-eficácia na amamentação, terá que ser usado um instrumento específico de tarefas da amamentação. Uma revisão de literatura da teoria da auto-eficácia não revelou qualquer aplicação directa na medição da confiança na amamentação. Por isso, a Escala de Auto-Eficácia na Amamentação (BSES) foi desenvolvida e testada psicometricamente por Dennis e Faux (1999). Teoricamente baseada na teoria social e cognitiva de Bandura, a BSES é um instrumento que mede a confiança da mãe na sua capacidade para amamentar o seu bebê.

A BSES pode ser usada para avaliar as mães que iniciam a amamentação e ajudar a sensibilizar os enfermeiros e outros profissionais de saúde para as necessidades individuais dessas mães em termos da amamentação. Além disso, reconhecendo que as mães que apresentam baixos valores de auto-eficácia na amamentação podem ter experiências stressantes quando chegam a casa depois da alta hospitalar, os profissionais de saúde podem usar esses baixos valores para providenciar e antecipar o apoio necessário a essas mães. Por outro lado, valores mais elevados de auto-eficácia na amamentação podem ser usados pelos profissionais como uma medida de reconhecimento da força materna em amamentar. Como tal, a BSES deve ser usada como uma ferramenta de avaliação para identificar as áreas da prática em que os enfermeiros devem focar a sua atenção e promover o desenvolvimento de planos individualizados para facilitar a amamentação em mães com alto risco de deixar de amamentar prematuramente.

Segundo Dennis e Faux (1999), os instrumentos de avaliação da auto-eficácia podem ser usados para reconhecer aquelas mães que provavelmente irão ter sucesso, assim como aquelas que irão necessitar de intervenções adicionais por parte dos profissionais para conseguir ter sucesso. Por exemplo, se a pontuação da mãe na

BSES antes da alta hospitalar é muito elevada, o suporte adicional pode ser desnecessário. Contudo, se a mãe apresenta pontuações baixas na BSES sabemos que o apoio adicional a esta mãe vai ser necessário durante o internamento e após a alta hospitalar.

Ainda segundo as mesmas autoras, a BSES pode ser também usada para determinar a eficácia dos vários tipos de intervenções de apoio. Por exemplo, a BSES pode ser usada para ajudar os administradores hospitalares a desenvolver programas que permitam identificar quais as mães que estão em risco por apresentam baixos valores de auto-eficácia e, desta forma, ser usada para delinear programas de intervenção e apoio à amamentação. E, finalmente, a BSES pode ser usada pelos profissionais de saúde para ajudar ainda mais as mães que não tiveram sucesso na amamentação mesmo depois de todas as intervenções de apoio efectuadas.

De acordo com a nova política de altas hospitalares no pós-parto muito precoces, é extraordinariamente útil ter um instrumento de avaliação que permite identificar quais são as áreas que necessitam de mais intervenção no momento da alta e via telefone ou presencialmente após a alta hospitalar.

3. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Para promover a amamentação e a confiança maternal, e servir de guia de suporte às intervenções, Dennis (1999) desenvolveu a teoria da Auto-Eficácia na Amamentação baseada na Teoria Social e Cognitiva de Bandura (1977). O objectivo deste trabalho de investigação foi traduzir a Escala de Auto-Eficácia na Amamentação (BSES) para português e avaliar quais são as características psicométricas da escala numa amostra de 80 mulheres portuguesas. Como referi em cima, esta escala foi baseada na teoria de auto-eficácia de Bandura e refere-se à percepção da mãe sobre a sua capacidade para amamentar o seu bebé, que é uma das variáveis mais importantes no sentido de prever o tempo de duração da amamentação.

Recentemente, a teoria da auto-eficácia tem recebido consideráveis atenções por ser uma forma de prever todos os comportamentos relacionados com a saúde. Sendo definida como a confiança individual que ela ou ele têm na sua capacidade para realizar determinado comportamento (Bandura, 1977), a auto-eficácia é composta por duas partes: a primeira são as crenças ou expectativas de auto-eficácia e a segunda são as expectativas de resultados ou percepção de controlo quanto aos resultados. Enquanto as primeiras se referem às próprias capacidades de colocar acções, as expectativas de resultados dizem respeito aos efeitos dessas acções, ou seja, à relação entre as acções e resultados, sobre os quais a pessoa pode não ter qualquer controle. Por exemplo, se a mãe acredita que é importante deixar de dar o suplemento de leite, mas não está confiante na capacidade de manutenção da lactação e na determinação de que o bebé está a receber leite suficiente, é pouco provável que ela consiga deixar de dar biberões de suplemento ao bebé.

Segundo Dennis (2003), a razão para o grande declínio da amamentação resulta de uma complexa interacção de factores. Apesar da OMS e da UNICEF, na sua Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (1992), terem delineado dez passos para assegurar que os profissionais de saúde prestam um apoio adequado na amamentação, esta iniciativa teve como principal objectivo aumentar o número de mulheres que saem do hospital a amamentar. Contudo, o apoio à amamentação após a alta é também de grande importância. Para delinear intervenções que visem esse apoio, uma grande pesquisa foi realizada no sentido de identificar as mulheres que

dele mais necessitavam. Todavia, muitos indicadores conhecidos são características demográficas não modificáveis, como por exemplo, a idade da mãe, o estado civil, o nível educativo, o status socioeconómico. Para que os profissionais de saúde possam realmente contrariar as baixas taxas de amamentação, a identificação das mães com maior necessidade de apoio deve basear-se em variáveis modificáveis que possam guiar o desenvolvimento e avaliação das intervenções de apoio. Uma possível variável modificável é a confiança materna na amamentação.

Em relação à auto-eficácia na amamentação, a mãe determina a sua capacidade para amamentar o seu bebé baseando-se na sua experiência anterior de amamentação, na observação da amamentação com sucesso de outras mulheres, ou recebendo incentivos de mulheres significativas para si, que amamentem. Em resumo, o seu estado psicológico e afectivo, incluindo a fadiga, o stress e a ansiedade, é uma importante fonte de informação através da qual ela avaliará a sua evolução na capacidade para amamentar. Assim sendo, os técnicos de saúde poderão modificar a confiança da mãe na sua capacidade para amamentar através da influência nas suas fontes de informação (Dennis, 1999). Teoricamente baseada na teoria social e cognitiva de Bandura, a BSES é um instrumento que mede a confiança da mãe na sua capacidade para amamentar o seu bebé.

Segundo Dennis e Dai (2003), a auto-eficácia na amamentação refere-se à percepção que a mãe tem da sua capacidade para amamentar o seu filho e é uma variável relevante para a previsão do resultado da amamentação, uma vez que determina (1) se a mãe decide iniciar a amamentação, (2) quanto esforço ela vai despende, (3) se ela vai ter padrões de pensamento optimista ou derrotista e (4) como é que vai responder emocionalmente às dificuldades da amamentação. Em particular, mães eficazes (confiantes) têm maior probabilidade de decidir amamentar, persistir na amamentação quando confrontadas com dificuldades, ter atitudes ou pensamentos de auto-encorajamento e reagir positivamente às dificuldades percebidas.

Apesar da relevância social deste tema não existem escalas traduzidas e adaptadas para a população portuguesa. Com a realização deste trabalho pretendi traduzir a Escala de Auto-Eficácia na Amamentação para a língua portuguesa e avaliar as características psicométricas da escala na população portuguesa de forma a poder usar esta escala na minha vida profissional. Este instrumento permitirá avaliar quais as mães que apresentam valores mais baixos de auto-confiança na

amamentação e, conseqüentemente, trabalhar mais com essas mães durante os dias de internamento hospitalar, pós-parto, e até referenciar estas mães para os Cuidados de Saúde Primários, de forma a serem acompanhadas quando chegam a casa, pois muitos dos problemas da amamentação começam depois da saída do hospital.

O objectivo do estudo é traduzir a Escala de Auto-Eficácia na Amamentação para português e testar as propriedades psicométricas da escala em mulheres que iniciaram a amamentação, de forma a contribuir para a validação da mesma para a população portuguesa.

4. MÉTODO

4.1. Participantes: As 80 participantes foram recrutadas numa maternidade em Lisboa (Portugal) entre Janeiro e Junho de 2006. As participantes elegíveis estavam hospitalizadas no Serviço de Medicina Materno Fetal da Maternidade. Todas sabiam ler e escrever português e tinham pelo menos 37 semanas de gestação quando pariram e mais de 18 anos de idade. Foram excluídas mães que apresentavam um factor que poderia interferir significativamente com a amamentação, como por exemplo, partos múltiplos e gravidez de alto risco (com problemas médicos graves ou defeitos conhecidos de nascença).

4.2. Procedimento: Foi feito pedido de autorização ao Concelho de Administração da maternidade para realização do estudo (Anexo 1). Após recebida a autorização, as participantes foram contactadas no Serviço de Medicina Materno Fetal da Maternidade a partir das 37 semanas de gestação, segundo os critérios acima descritos. A colheita de informação foi feita através do preenchimento de três escalas (Escala de Auto-Eficácia na Amamentação, Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, Escala de Auto-Estima de Rosenberg) e de um questionário sócio-demográfico (Anexo 3) enquanto estavam grávidas. Depois de o bebé nascer, preencheram novamente as três escalas (foram disponibilizadas cópias das escalas, envelopes e selos para as participantes poderem reenviar no momento devido – ao fim de sete dias, ao fim do 1º mês e ao fim dos 2 meses de vida do bebé) e também o questionário de avaliação da amamentação ao fim do 1º mês e ao fim dos 2 meses de vida do bebé (através de contacto telefónico). Sempre que os envelopes com as escalas apresentavam um atraso na chegada de mais de duas semanas um telefonema adicional era feito para as mães de forma a garantir a sua continuidade no estudo. Foi validado com as participantes a sua intenção de participar no estudo e a garantia de manutenção do anonimato, assim como foram esclarecidas quanto aos seus objectivos e finalidades e informadas das fases que permitiriam a consecução do estudo. Todas as mães assinaram uma folha de consentimento informado (Anexo 2) feita pelo investigador e aprovada pelo Conselho de Administração da maternidade.

4.3. Instrumentos:

4.3.1. Escala de Auto-Eficácia na Amamentação, Dr. Cindy-Lee Dennis (1999) (Anexo 4). Inicialmente a escala tinha 33 itens mas a escala final tem unicamente 14 itens. É um instrumento de auto-preenchimento que serve para medir a confiança maternal na amamentação. Todos os itens são precedidos da frase “*Eu consigo sempre*” e a resposta é dada usando uma escala tipo Likert de 5 pontos, em que ao 1 corresponde “*sem nenhuma confiança*” e ao 5 corresponde “*sempre confiante*”. Todos os itens são apresentados de uma forma positiva e no final os resultados são todos somados. Resultados mais elevados correspondem a níveis mais elevados de auto-eficácia na amamentação. Foi aplicada na gravidez, aos sete dias de vida, no primeiro e no segundo mês de vida do bebé.

4.3.2. Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, Cox, Holden, & Sagovsky (1987) (Anexo 6). É uma escala com 10 itens, de auto-preenchimento que serve para identificar mães que possam estar a viver uma depressão pós-parto. As perguntas são sobre o estado de espírito da mãe nos 7 dias anteriores e a resposta é dada usando uma escala tipo Likert de 4 pontos. No final, somam-se todos os resultados e quanto mais elevada for a pontuação menor é a disposição da mãe (maior probabilidade de estar a viver uma depressão pós-parto). Foi aplicada na gravidez, aos sete dias de vida, no primeiro e no segundo mês de vida do bebé.

4.3.3. Escala de Auto-Estima de Rosenberg, Rosenberg (1965) (Anexo 5). A Escala de Auto-Estima de Rosenberg (RSES) é um instrumento composto por 10 itens, 5 de orientação positiva e 5 de orientação negativa, desenvolvido para avaliar sentimentos de valorização pessoal. Os itens questionam acerca de sentimentos actuais e são avaliados por uma escala tipo Likert de 4 pontos, em que 1 significa “*discordo totalmente*” e 4 indica “*concordo totalmente*”. A

pontuação total varia entre 10 e 40 com as pontuações mais elevadas a indicarem níveis mais altos de auto-estima. A RSES tem sido testada psicometricamente com várias amostras, incluindo novas mães, demonstrando boa validade e fiabilidade. Papinczak e Turner (2000) descobriram que a duração da amamentação estava significativamente relacionada com a auto-estima materna, um achado corroborado por dois estudos. Foi aplicada na gravidez e ao segundo mês de vida do bebé.

4.3.4. Questionário de Avaliação da Amamentação, Dra. Cindy-Lee Dennis (2002) (Anexo 7). Foi desenvolvido no sentido de determinar a duração e o nível de amamentação. Neste estudo, a amamentação foi definida como a recepção de leite materno por parte de um bebé dentro das últimas 24 horas. Durante a entrevista, a amamentação será classificada numa de seis categorias, defendida pela investigadora para promover a consistência na definição de amamentação e para facilitar a comparação entre os resultados de investigações. As seis categorias são: amamentação exclusiva; quase amamentação exclusiva; alta amamentação; amamentação parcial; amamentação de oferta e amamentação por biberão. Foi aplicada no primeiro e no segundo mês de vida do bebé.

4.4. Tradução da Escala de Auto-Eficácia na Amamentação (BSES) e do Questionário de Avaliação da Amamentação:

Para traduzir a BSES e o Questionário de Avaliação da Amamentação para português foram utilizados vários métodos para garantir que o conteúdo, semântica e equivalência técnica fosse mantido. Para a pesquisa transcultural, a equivalência de conteúdo é estabelecida determinando se o conteúdo de cada item do instrumento é relevante para a cultura alvo. A essência da equivalência semântica é que o significado de cada item se mantém o mesmo após a tradução para a língua alvo.

Para a realização do actual trabalho estas escalas foram traduzidas do inglês para português e feita retroversão de novo para o inglês, tendo-se verificado que não houve perda de informação com a tradução. A tradução foi feita por um tradutor que não tinha qualquer experiência na área da amamentação com o objectivo de evitar que fossem usados termos demasiado técnicos que não permitissem a compreensão da escala pela população em geral. Foi também pedido a um bilingue (línguas inglesa e portuguesa) perito em amamentação que avaliasse o conteúdo de cada item dos instrumentos. Após várias discussões, todos os itens foram consideradas relevantes para as mães portuguesas, por não terem sido identificadas diferenças culturais.

Foi posteriormente realizado um pré-teste a dez mães, que não se incluem na amostra do estudo, que estavam a amamentar os seus bebés durante o internamento no hospital antes da alta, de forma a verificar a compreensão da versão portuguesa da BSES. Os resultados demonstraram que todas as mães compreenderam a totalidade dos itens e não foram identificadas dificuldades no preenchimento do instrumento.

4.5. Tratamento dos Dados:

O tratamento estatístico foi feito entre Agosto e Setembro de 2009. Foi fundamental para a autora ter frequentado a disciplina de Estatística no Curso de Mestrado pois os conhecimentos adquiridos mostraram-se importantes para o tratamento e interpretação dos resultados. O software utilizado para o tratamento estatístico foi o SPSS 13.0 para o Windows.

5. RESULTADOS

5.1. Participantes

Neste estudo participaram 80 mulheres, com idades compreendidas entre os 21 e os 40 anos (Gráfico 1), sendo a média de 31,21 com desvio padrão de 4,059. Eram maioritariamente de raça caucasiana (97,5%) (Gráfico 2) e casadas (81,3%) (Gráfico 3). Relativamente às habilitações literárias, a maioria (51,3%) possui um curso superior e 36,3% o ensino secundário (entre 10º e 12º) (Gráfico 4). Quanto à sua situação profissional (Gráfico 5), a maioria das mães trabalha fora de casa mas, neste momento da sua vida, estão de baixa no trabalho devido à gravidez (65%), 25% mantêm-se a trabalhar ainda e apenas 8% estão desempregadas.

Gráfico 1 – Idade das participantes

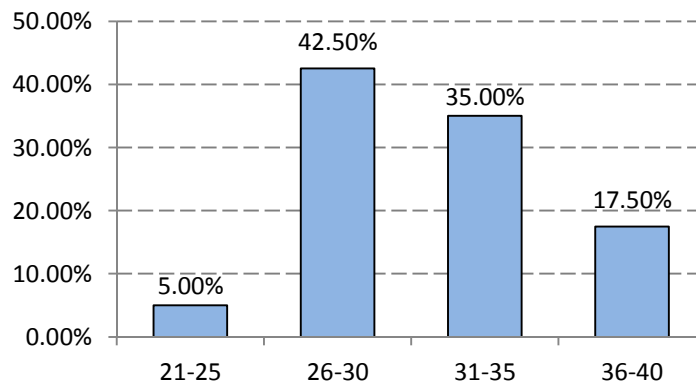


Gráfico 2 – Raça das participantes

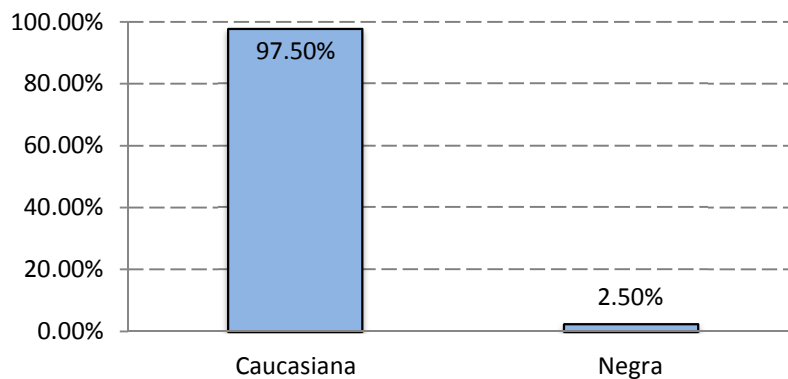


Gráfico 3 – Estado civil das participantes

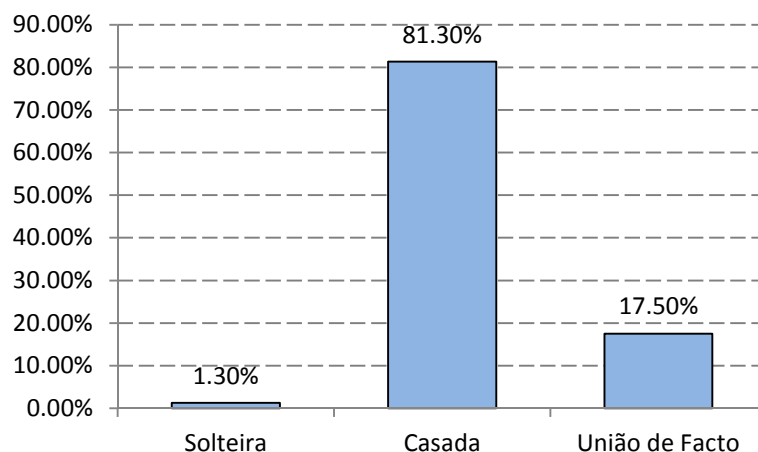


Gráfico 4 – Habilitações literárias das participantes

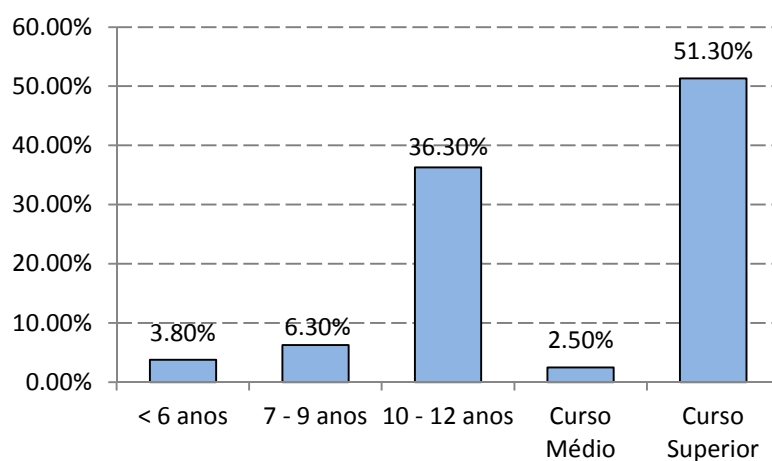
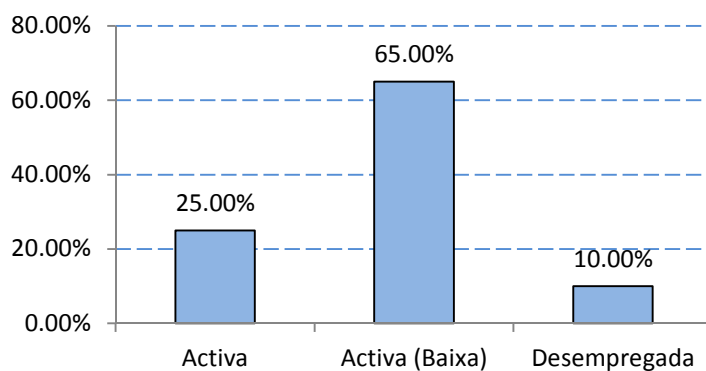


Gráfico 5 – Situação profissional das participantes



Em relação ao número de filhos (Gráfico 6), 67,5% da amostra eram primíparas sendo que apenas 30% das mães estavam à espera do seu segundo bebê. Relativamente ao tipo de parto (Gráfico 7) podemos dizer que 58,7% das mães tiveram partos distócicos contra 41,3% que tiveram partos eutócicos. Entre as mães que tiveram partos distócicos podemos dizer que 41,3% das mães fez uma cesariana, 11,3% fórceps e 6,3% ventosa. Quanto ao tipo de anestesia/analgesia realizado no parto sabemos que 76,3% das mulheres teve anestesia/analgesia epidural, 2,5% anestesia geral e 21,3% das mães não tiveram qualquer tipo de analgesia durante o parto (Gráfico 8).

Gráfico 6 – Número de filhos das participantes

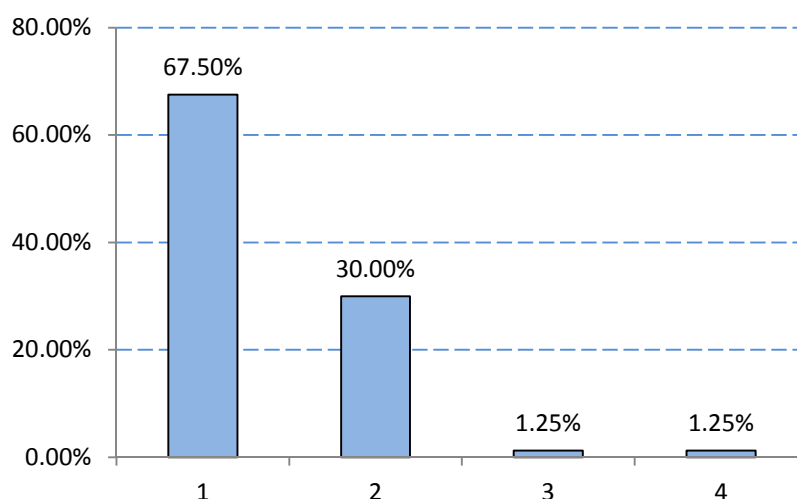


Gráfico 7 – Tipo de parto

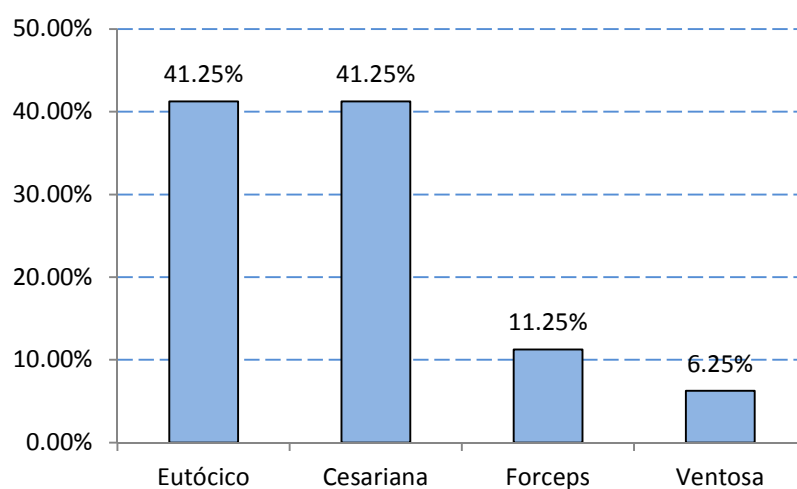
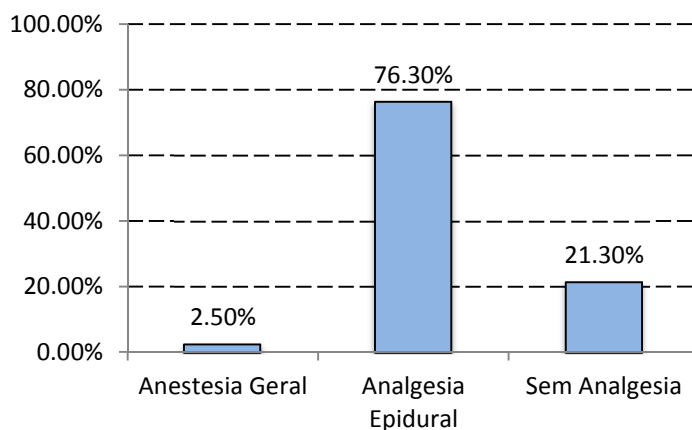


Gráfico 8 – Tipo de analgesia/ anestesia



Relativamente aos recém-nascidos, 55% eram do sexo masculino e 45% do sexo feminino (Gráfico 9), nasceram na sua maioria (80%) com Índice de Apgar 9/10 (Gráfico 10), com um peso médio de 3,175 gramas e desvio padrão de 0,442.

Gráfico 9 – Sexo do recém-nascido

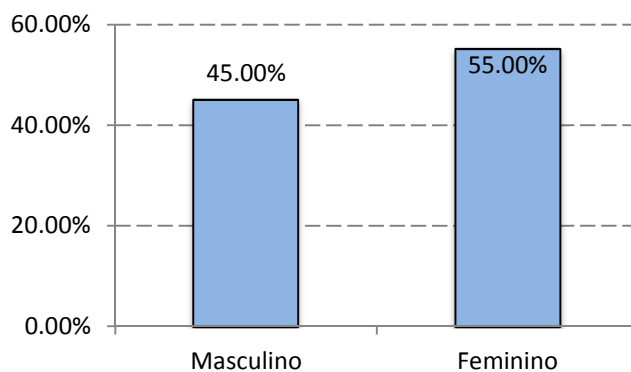
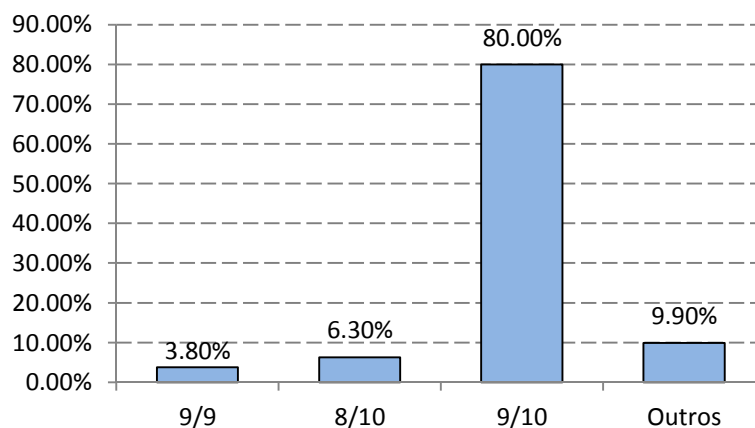


Gráfico 10 – Índice de Apgar



Em relação à vigilância da gravidez (Gráfico 11), a totalidade da nossa amostra fez uma vigilância adequada da gravidez, sendo que 41,3% das mulheres efectuou a vigilância no seu médico particular, ao contrário de apenas 16,3% das mulheres que efectuou a vigilância no Centro de Saúde da área de residência. Da mesma forma, 11,3% das grávidas fez a vigilância da gravidez na Maternidade. As restantes mulheres fizeram a vigilância em dois locais em simultâneo, como por exemplo, no Centro de Saúde e no médico particular. Em relação aos hábitos tabágicos (Gráfico 12), 86,3% não tinha hábitos tabágicos ao contrário de 13,8% das mães que fumou durante a gravidez.

Gráfico 11 – Vigilância da gravidez

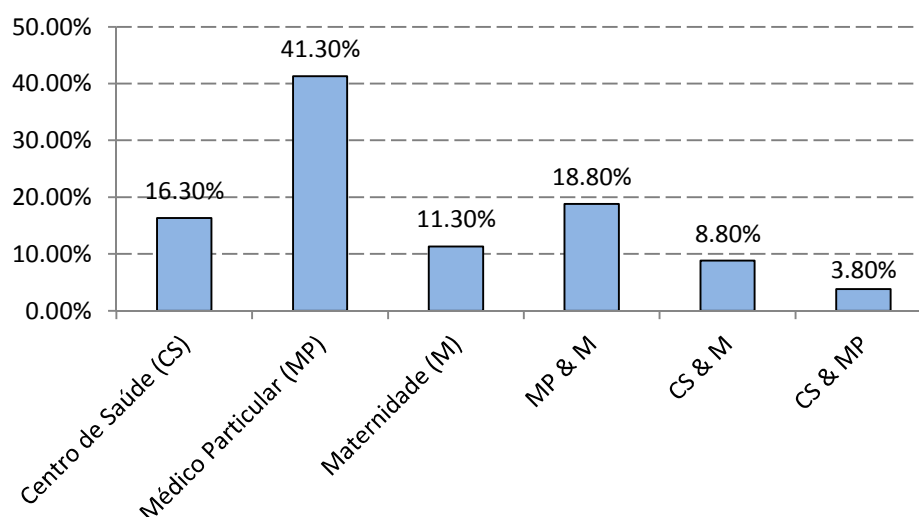
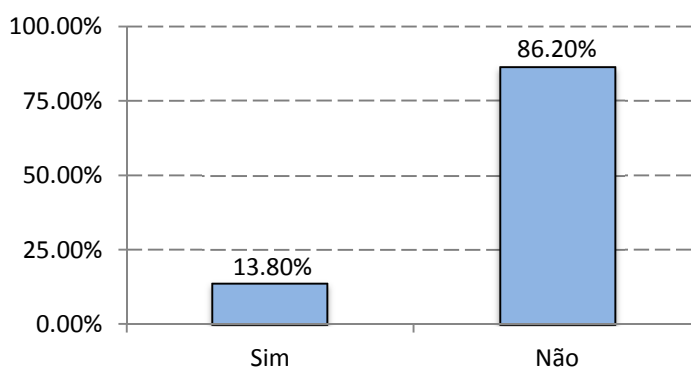


Gráfico 12 – Hábitos tabágicos



Relativamente à intenção de amamentar os seus bebés (Gráfico 13), 81,3% das mulheres tinham intenção de amamentar mais de 6 meses e 87,5% tomou a decisão de amamentar ainda antes da gravidez (Gráfico 14). Em relação ao tempo que levou estas mães a amamentarem os seus bebés pela primeira vez depois do

parto (Gráfico 15), sabemos que a maioria das mães (46,3%) esperou mais de 4 horas para poder amamentar o seu bebé, 22,5% amamentou o recém-nascido durante a segunda hora depois do parto e apenas 15% amamentou o seu bebé na primeira hora depois do parto.

Gráfico 13 – Intenção de amamentar

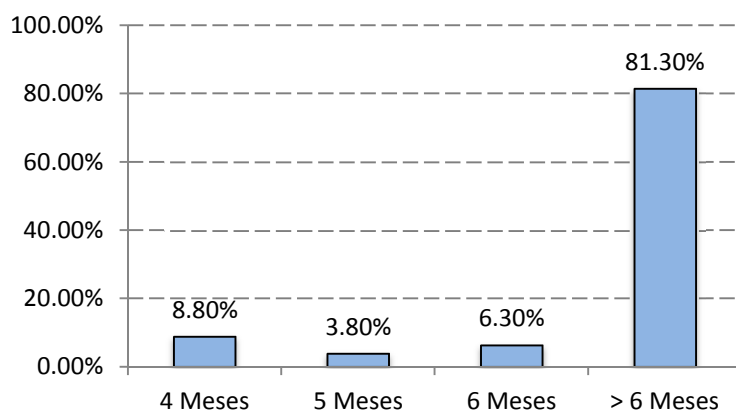


Gráfico 14 – Momento da tomada de decisão de amamentar

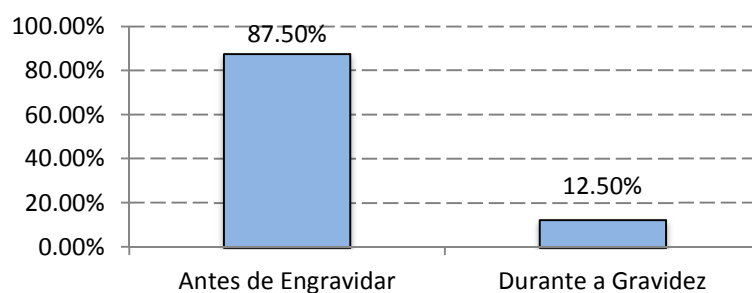
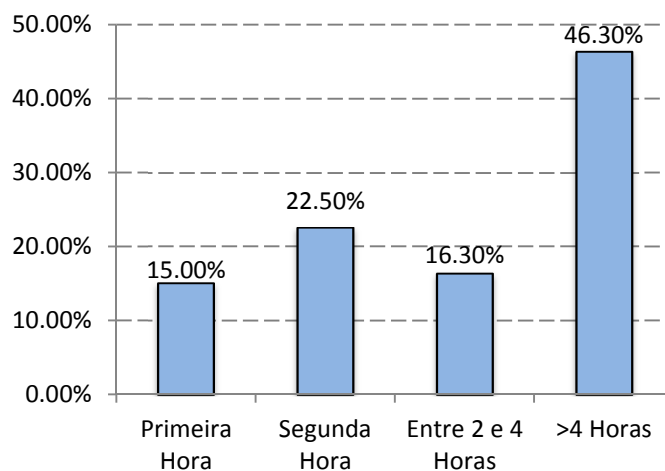


Gráfico 15 – Momento da primeira mamada



Finalmente, perguntámos às mães que já tinham mais do que um filho, se tinham experiência anterior de amamentação, e a totalidade das múltiparas respondeu afirmativamente. Quanto ao tempo de duração da amamentação (Gráfico 16), podemos dizer que 23,1% das mães amamentou até aos 3 meses, 15,4 % até aos 4 meses, 11,5 % até aos 12 meses e 7,7 % não chegou a amamentar durante o primeiro mês, assim como em percentagens idênticas amamentaram até aos 2, 5, 7 e 24 meses. Quando inquiridas sobre as razões porque deixaram de amamentar os seus bebés (Gráfico 17), a maioria (13,8%) respondeu que tinham leite materno em quantidade insuficiente para alimentar o recém-nascido e 8,8% disse que as razões tiveram a ver principalmente com os recém-nascidos (por exemplo, dificuldade na adaptação do bebé à mama).

Gráfico 16 – Duração da amamentação (em meses)

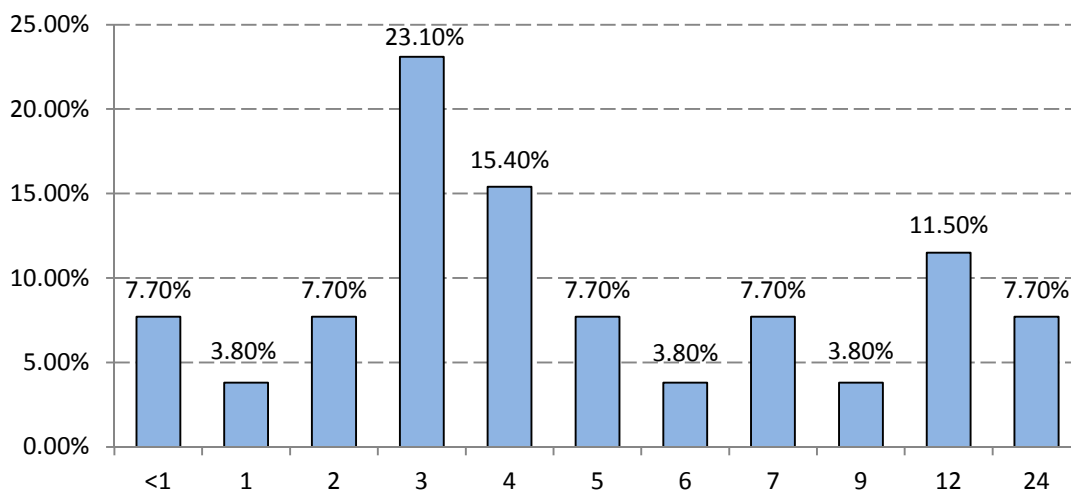
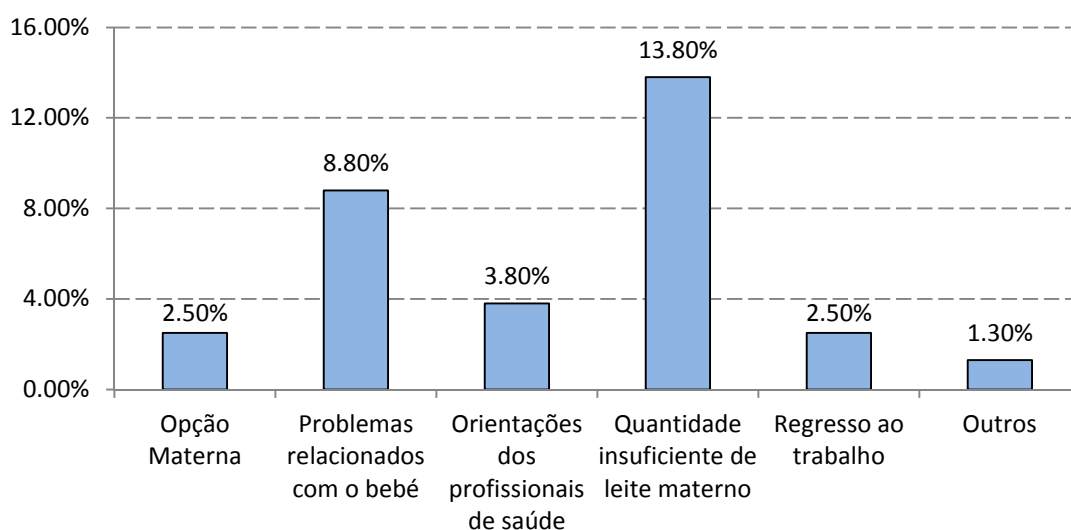


Gráfico 17 – Causas do abandono da amamentação do primeiro filho



5.2. Fiabilidade:

O coeficiente alfa de Cronbach (Cronbach, 1985) para a versão portuguesa da BSES (Tabela 1) aplicada durante a gravidez foi 0,924; ao sétimo dia de vida foi de 0,946; no primeiro mês de vida foi de 0,935 e finalmente no segundo mês de vida foi de 0,932. Em todos estes momentos excedeu o recomendado 0,70 para novos instrumentos (Nunnally & Bernstein, 1994).

A RSES foi também aplicada em dois momentos diferentes, sendo que o coeficiente alfa de Cronbach da escala aplicada na gravidez foi de 0,979 e 0,855 no segundo mês pós-parto (Tabela 2).

A EPDS foi também aplicada nos quatro momentos diferentes, sendo que o coeficiente alfa de Cronbach aplicado na gravidez era de 0,863, ao sétimo dia era de 0,866, no primeiro mês de 0,908 e ao segundo mês de 0,875 (Tabela 3).

Tabela 1 – Consistência interna da BSES

	Cronbach's	
	Alpha	N of Items
BSES na gravidez	,924	14
BSES 7º dia	,946	14
BSES 1º mês	,935	14
BSES 2º mês	,932	14

Tabela 2 – Consistência interna da RSES

	Cronbach's	
	Alpha	N of Items
RSES na gravidez	,797	10
RSES 2º mês	,855	10

Tabela 3 – Consistência interna da EPDS

	Cronbach's	
	Alpha	N of Items
EPDS na gravidez	,863	10
EPDS 7º dia	,866	10
EPDS 1º mês	,908	10
EPDS 2º mês	,875	10

A fiabilidade dos resultados da versão traduzida da escala foi igualmente estudada através do método de teste-reteste, tendo sido um coeficiente de correlação máximo de 0,870, calculado entre o resultado da administração da escala no primeiro mês e no segundo mês pós-parto (Tabela 4).

Tabela 4 – Correlações entre os vários momentos de aplicação da BSES

	AE_gravidez	AE_7dias	AE_1mes
AE_7dias	,575(**)		
AE_1mes	,598(**)	,792(**)	
AE_2mes	,431(**)	,729(**)	,870

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Os indicadores de fiabilidade encontrados no estudo que elaborámos com a versão traduzida da escala BSES, mencionados anteriormente, podem ser considerados significativos, dado que são superiores a 0,70 e garantem a estabilidade e a consistência interna dos resultados que a escala providencia.

5.3. Validade:

A análise da validade de um instrumento permite-nos saber se esse mesmo instrumento mede ou não aquilo que pretende medir.

5.3.1. Validade de constructo

Com efeito, a validade do constructo refere-se à questão de saber se o instrumento providencia uma medida válida de um atributo específico – neste caso, o teste é válido se mede aquilo que se propõe medir.

Para apreciar a validade de constructo de um instrumento pode realizar-se a análise factorial dos resultados encontrados na administração do mesmo, visto que este tipo de análise providencia um método analítico para estimar a correlação entre cada variável específica e o resultado no factor que supostamente a explica. Com efeito, a análise factorial é um procedimento estatístico que pode ser usado para o

estudo da estrutura interna de um instrumento, fornecendo-nos indicações acerca da validade de constructo, visto que o padrão das correlações dos itens pode servir para determinar diferentes factores ou características avaliadas pelo mesmo instrumento.

Para a maior parte dos investigadores a validade factorial de um instrumento é a forma mais satisfatória de validade de constructo (Guilford & Fruchter, 1973).

A validade do constructo da BSES foi avaliada usando o método da análise factorial. Para testar a estrutura factorial unidimensional obtida pela autora do estudo original procedemos a uma análise factorial exploratória sobre a matriz de correlações das questões da BSES. O índice KMO (0,900) e o teste de Bartlett ($p=0,000$) indicam-nos que é adequado continuar análise. A análise factorial convergiu para uma solução com dois factores que explicam 58,6% da variância total. A primeira componente explica 51,2% e a segunda componente explica 7,5% (Tabela 5). Esta estrutura está próxima da solução unidimensional obtida pela autora uma vez que a elevada percentagem da primeira componente aponta para um factor geral. Assim, para comparar com a solução da autora procedeu-se a uma segunda AGE. As correlações das questões com esse factor e respectivas comunalidades podem ser apreciadas na tabela 6.

Tabela 5 – Variância Total da BSES

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	7,166	51,185	51,185	7,166	51,185	51,185
2	1,048	7,484	58,669	1,048	7,484	58,669
3	,958	6,842	65,512			
4	,908	6,489	72,000			
5	,794	5,671	77,671			
6	,547	3,911	81,582			
7	,517	3,690	85,271			
8	,437	3,124	88,395			
9	,353	2,523	90,918			
10	,315	2,250	93,167			
11	,298	2,131	95,298			
12	,249	1,777	97,075			
13	,225	1,607	98,682			
14	,185	1,318	100,000			

Tabela 6 – Matriz de componentes da BSES

	Loadings	Comunalidade
AEA_1	,710	,504
AEA_2	,780	,609
AEA_3	,628	,394
AEA_4	,764	,583
AEA_5	,772	,596
AEA_6	,654	,428
AEA_7	,713	,508
AEA_8	,629	,396
AEA_9	,742	,551
AEA_10	,677	,459
AEA_11	,564	,318
AEA_12	,816	,666
AEA_13	,766	,586
AEA_14	,753	,567

Segundo Dennis (2003), citando Waltz, Strickland & Lenz, (1991), o segundo método usado para avaliar a validade do constructo da BSES foi usar grupos de indivíduos com características opostas de contraste em que essas características podem ser avaliadas em níveis mais altos ou baixos. Baseado na teoria da auto-eficácia, que sugere que a confiança necessária para executar uma tarefa é determinada pela experiência anterior realizada com sucesso, vamos pressupor que as mulheres que já amamentaram previamente têm valores de auto-eficácia mais elevada do que as mulheres que não tem qualquer experiência de amamentação.

Ao investigar esta hipótese encontramos diferenças significativas nos valores da auto-eficácia na amamentação entre as mulheres que já tiveram filhos e as mulheres que ainda não tiveram filhos [$t(76) = -2,292, p=0,025$] (Tabela 7), sendo que as mulheres que já tiveram filhos sentem maior auto-eficácia (média=56,8) do que as mulheres que ainda não tiveram filhos ($m=52,7$), como é visível na tabela 8.

Tabela 7 – BSE em função da paridade (t Student para amostras independentes)

	Teste de Levene para a igualdade de variâncias		t-test para a igualdade de médias						
	F	Sig.	t	df	Sig. (bi-caudal)	Diferença média	Desv. Padrão da diferença	95% intervalo de confiança da dif.	
								Limite inferior	Limite superior
Igualdade de variâncias assumida	1,118	,294	-2,292	76	,025	-4,09615	1,78709	-7,65544	-5,3686
Igualdade de variâncias não assumida			-2,094	39,951	,043	-4,09615	1,95572	8,04896	-1,4334

Tabela 8 – BSE entre primíparas e multíparas (análise descritiva)

	filhos	N	Mean	Std. Deviation
AE_gravidez	só 1	52	52,7500	6,68588
	2 ou mais	26	56,8462	8,78040

Resultados semelhantes foram encontrados na primeira semana pós-parto, no primeiro e no segundo mês pós-parto, como podemos verificar nas tabelas abaixo descritas.

Em relação à auto-eficácia na amamentação ao sétimo dia pós-parto encontramos diferenças significativas nos valores da AE entre as mulheres com experiência de amamentação e as mulheres sem experiência anterior de amamentação, $t(76) = 3,189$, $p=0,002$ (Tabela 9), sendo que as mulheres com experiência anterior sentem maior auto-eficácia (média= 59,4) do que as mulheres sem experiência ($m=51,05$) (Tabela 10).

Tabela 9 – BSE ao 7.º dia em função da experiência anterior (t Student para amostras independentes)

	Teste de Levene para a igualdade de variâncias		t-test para a igualdade de médias						
	F	Sig.	t	df	Sig. (bi-caudal)	Diferença a média	Desv. Padrão da diferença	95% intervalo de confiança da dif.	
								Limite inferior	Limite superior
Igualdade de variâncias assumida	1,611	,208	3,189	76	,002	8,42266	2,64092	3,16281	13,68250
Igualdade de variâncias não assumida			3,436	64,997	,001	8,42266	2,45147	3,52674	13,31858

Tabela 10 – BSE ao 7.º dia em função da experiência anterior (análise descritiva)

	filhos	N	Mean	Std. Deviation
AE_7dias	Sim	27	59,4815	9,33715
	Não	51	51,0588	11,90867

Relativamente à auto-eficácia na amamentação ao primeiro mês pós-parto encontramos diferenças significativas nos valores da AE na amamentação entre as mulheres com experiência de amamentação e as mulheres sem experiência anterior de amamentação, $t(63) = 1,764$, $p=0,083$ (tabela 11), sendo que as mulheres com experiência anterior sentem maior auto-eficácia (média= 60,6) do que as mulheres sem experiência ($m=55,92$) (tabela 12).

Tabela 11 – BSE ao 1.º mês em função da experiência anterior (t Student para amostras independentes)

	Teste de Levene para a igualdade de variâncias		t-test para a igualdade de médias						
	F	Sig.	t	df	Sig. (bi-caudal)	Diferença média	Desv. Padrão da diferença	95% intervalo de confiança da dif.	
								Limite inferior	Limite superior
Igualdade de variâncias assumida	1,093	,300	1,764	63	,083	4,67500	2,65085	-,62230	9,97230
Igualdade de variâncias não assumida			1,867	59,774	,067	4,67500	2,50430	-,33474	9,68474

Tabela 12 – BSE ao 1.º mês em função da experiência anterior (análise descritiva)

		N	Mean	Std. Deviation
AE_1mes	Sim	25	60,6000	8,79867
	Não	40	55,9250	11,26917

Relativamente à auto-eficácia na amamentação ao segundo mês pós-parto encontramos diferenças significativas nos valores da AE na amamentação entre as

mulheres com experiência de amamentação e as mulheres sem experiência anterior de amamentação, $t(57) = 2,333$, $p=0,023$ (Tabela 13), sendo que as mulheres com experiência anterior sentem maior auto-eficácia (média= 62,90) do que as mulheres sem experiência ($m=57,08$) (Tabela 14).

Tabela 13 – BSE ao 2.º mês em função da experiência anterior (t Student para amostras independentes)

	Teste de Levene para a igualdade de variâncias		t-test para a igualdade de médias						
	F	Sig.	t	df	Sig. (bi-caudal)	Diferença média	Desv. Padrão da diferença	95% intervalo de confiança da dif.	
								Limite inferior	Limite superior
Igualdade de variâncias assumida	2,965	,090	2,333	57	,023	5,82801	2,49835	,82514	10,83088
Igualdade de variâncias não assumida			2,692	56,596	,009	5,82801	2,16532	1,49136	10,16466

Tabela 14 – BSE ao 2.º mês em função da experiência anterior (análise descritiva)

	filhos	N	Mean	Std. Deviation
AE_2mes	Sim	22	62,9091	5,81385
	Não	37	57,0811	10,79964

Galvão (2006) encontrou, no seu estudo, dados que indicam que apesar de terem sido as mulheres primíparas que sentiram mais dificuldade em amamentar, foram estas as mulheres que, em maior percentagem, mantiveram a amamentação até aos 3 meses. Após esta idade a paridade revelou ser influente na duração da amamentação e foram as multíparas que mais a prolongaram. Apurou-se também a tendência a prolongar a amamentação nas mães que melhor qualificação fizeram da sua experiência de amamentação, no entanto, foram também estas mulheres que menores níveis de auto-estima apresentam e que menor satisfação sentiram ao amamentar em todos os momentos.

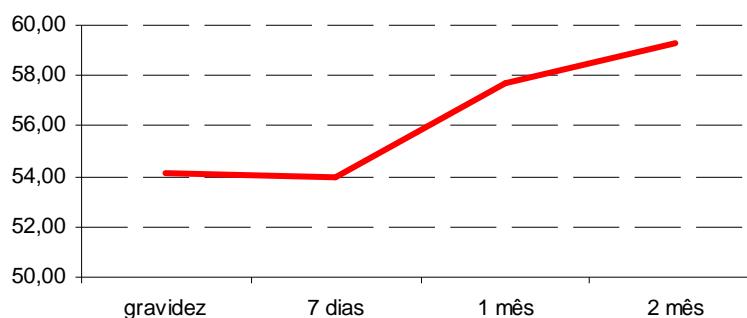
Segundo Levy (1996), a questão da paridade é, no entanto, indissociável da experiência prévia nas multíparas, tendo a maior parte dos autores demonstrado a associação entre ter amamentado com êxito um filho e um novo sucesso da

amamentação, o que torna ainda mais importante um especial investimento no primeiro filho. Ainda segundo Levy (1996), as mães que amamentaram com sucesso outro filho têm mais probabilidades de amamentar o seu filho e, tanto Giugliani e col. como Victoria e col. citados pela mesma autora, relacionaram um desmame precoce, antes dos 3 meses, e a duração da amamentação superior a 6 meses, com experiências prévias semelhantes.

Tabela 15 – Estatística Descritiva da BSES

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
AE_gravidez	78	34,00	70,00	54,1154	7,64298
AE_7dias	78	18,00	70,00	53,9744	11,73846
AE_1mes	65	14,00	70,00	57,7231	10,56750
AE_2mes	59	14,00	70,00	59,2542	9,62861

Gráfico 18 – Estatística Descritiva da BSES

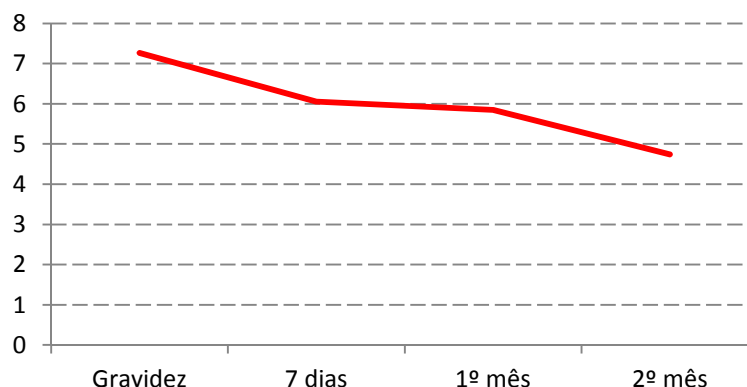


Relativamente aos valores obtidos na BSES pelas nossas participantes podemos dizer que a média dos resultados da auto-eficácia na amamentação foi aumentando à medida que a amamentação ia decorrendo (Gráfico n.º 18), sendo que desde a gravidez até à primeira semana pós-parto os valores mantiveram-se estáveis e só depois foram aumentado progressivamente. Como é observável na tabela 15, na gravidez obtivemos (M= 54,1, SD=7,6), na primeira semana pós-parto obtivemos (M= 53,9, SD= 11,7), ao primeiro mês pós-parto encontrámos (M=57,7, SD= 10,6) e finalmente ao segundo mês pós-parto temos (M=59,2, SD= 9,6).

Tabela 16 – Estatística Descritiva da EPDS

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
EPDS_grav	79	,00	21,00	7,2658	4,23874
EPDS_7dias	77	,00	23,00	6,0519	4,44231
EPDS_1mes	77	,00	25,00	5,8442	5,09144
EPDS_2mes	66	,00	19,00	4,7424	4,27267

Gráfico 19 – Estatística Descritiva da EPDS

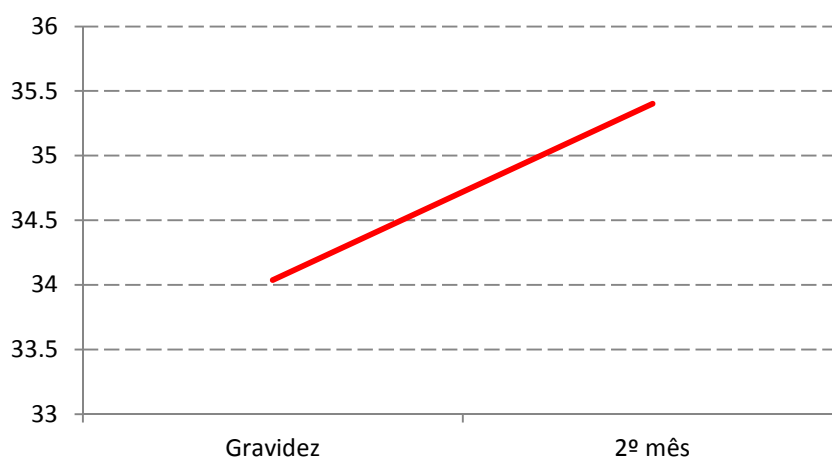


Relativamente aos valores obtidos na EPDS pelas nossas participantes podemos dizer que a média dos resultados de depressão pós-parto foi aumentando à medida que a amamentação ia decorrendo e até ao primeiro mês pós-parto e sofreu em seguida uma diminuição significativa ao segundo mês pós-parto (Gráfico n.º 19). Como se pode constatar na tabela 16, na gravidez obtivemos (M= 7,3, SD=4,2), na primeira semana pós-parto obtivemos (M= 6,1, SD= 4,4), ao primeiro mês pós-parto encontramos (M=5,8, SD= 5,1) e finalmente ao segundo mês pós-parto temos (M=4,7, SD= 4,3).

Tabela 17 – Estatística Descritiva da RSES

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
RSES_grav	79	25,00	40,00	34,0380	3,27165
RSES_2mes	77	24,00	40,00	35,4026	3,84317

Gráfico 20 – Estatística Descritiva da RSES



Relativamente aos valores obtidos na RSES pelas nossas participantes podemos dizer que a média dos resultados de auto-estima foi aumentando à medida que a amamentação ia decorrendo (Gráfico n.º 20). Como está explícito na tabela 17, na gravidez obtivemos (M= 34,0 SD=3,3) e ao segundo mês pós-parto temos (M=35,4, SD= 3,8).

Tabela 18 – Correlações entre BSES e EPDS e RSES

Tempo	EPDS			RSES	
	Gravidez	7 dias	1 mês	Gravidez	2 meses
BSES					
Gravidez	-.374*			.388*	
7 dias		-.525			
1 mês			-.590		
2 meses				-.355(**)	.464(**)

O terceiro método para avaliar a validade do constructo é determinar a medida a BSES se correlaciona com outros conceitos teoricamente relacionados. Porque não existem mais escalas de medidas de auto-eficácia na amamentação, foi colocada a hipótese de que a auto-eficácia na amamentação se correlacione positivamente com a auto-estima materna (RSES) e negativamente com a depressão pós-parto (EPDS). Como ficou demonstrado na tabela 18, as hipóteses de correlações efectuadas ficaram comprovadas em todas as alturas em que foram aplicados as escalas.

5.3.2. Validade preditiva

A validade preditiva de um instrumento pode ser avaliada pela comparação da proporção de predições correctas e incorrectas que se podem fazer tendo em conta os resultados do mesmo, sendo que a maior parte das vezes ele foi construído para que se obtenham predições acertadas, ou seja, podemos avaliar a determinação da relação entre um instrumento e um acontecimento ocorrido antes, durante ou após a utilização do instrumento (Nunnally & Bernstein, 1994).

A validade preditiva da BSES foi avaliada pela determinação da relação entre a auto-eficácia na amamentação das mães e os padrões de alimentação dos seus filhos às 4 e 8 semanas pós-parto. Para promover a consistência da definição de amamentação e facilitar a comparação de resultados da pesquisa, os participantes no estudo foram classificados utilizando o questionário de avaliação da amamentação de Cindy-Lee Dennis. Este questionário foi desenvolvido no sentido de determinar a duração e o nível de amamentação.

Neste estudo, a amamentação foi definida como a recepção de leite materno por parte de um bebé dentro das últimas 24 horas. Durante a entrevista, a amamentação será classificada numa de seis categorias, definidas pela investigadora. As seis categorias são: amamentação exclusiva; quase amamentação exclusiva; alta amamentação; amamentação parcial; amamentação de oferta e amamentação por biberão. Este questionário foi aplicado às quatro e às oito semanas pós-parto.

Relativamente à alimentação do bebé, às quatro semanas pós-parto, 85% das mães faziam amamentação exclusiva ou combinada com outro alimento e 15% davam leite adaptado (Gráfico 21); já às oito semanas pós-parto 76,3% das mães faziam amamentação exclusiva ou combinada com outro alimento e 23,8% (das quais 15% já vinham das quatro semanas) davam leite adaptado (Gráfico 22).

Gráfico 21 – Alimentação do recém-nascido às 4 semanas

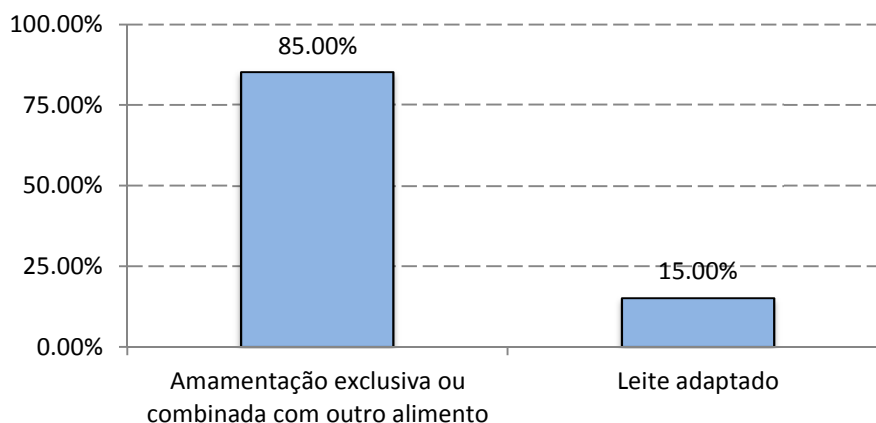
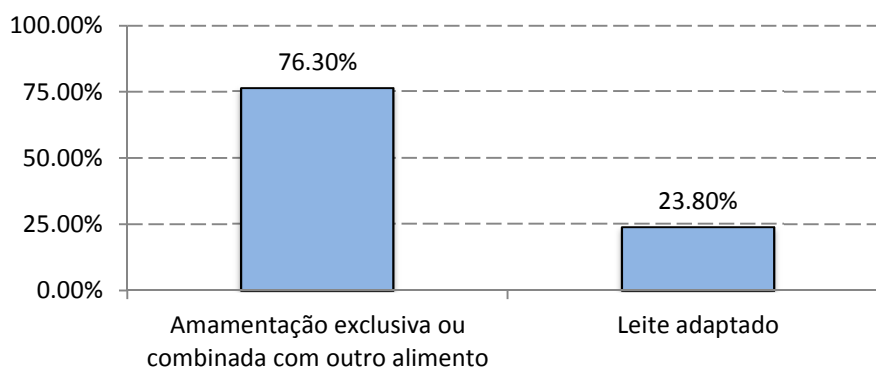


Gráfico 22 – Alimentação do recém-nascido às 8 semanas



Os 85% das mães que, às quatro semanas, amamentavam, distribuíam-se da seguinte forma por categorias: 51,3% faziam-no em exclusividade, 5% faziam alta amamentação, e 28,8% amamentavam parcialmente o seu bebé (Gráfico 23). Comparativamente, às oito semanas pós-parto, 76,3% ainda amamentava, distribuindo-se da seguinte forma por categorias: 46,3% faziam-no em exclusividade, 1,3% fazia amamentação quase exclusiva, 3,8% fazia alta amamentação, 20% fazia amamentação parcial e 5% fazia amamentação de conforto ao seu bebé (Gráfico 24).

Gráfico 23 – Alimentação categorizada do recém-nascido às 4 semanas

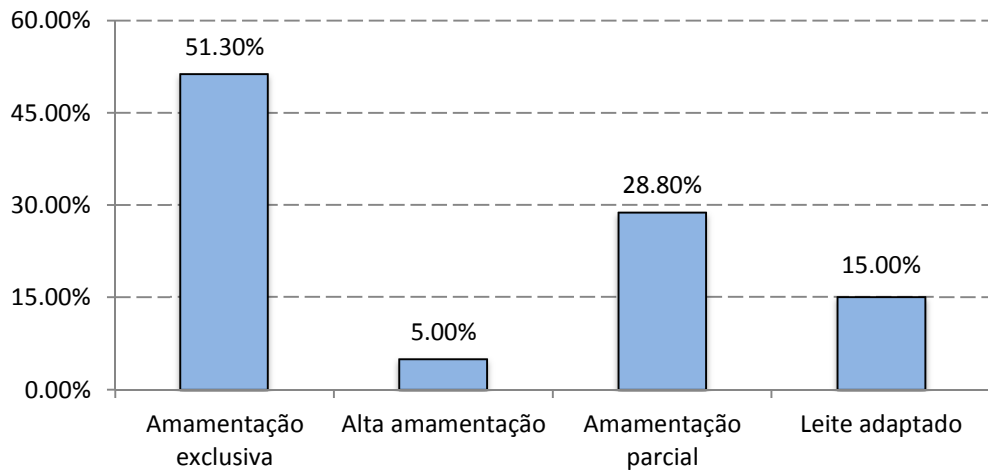
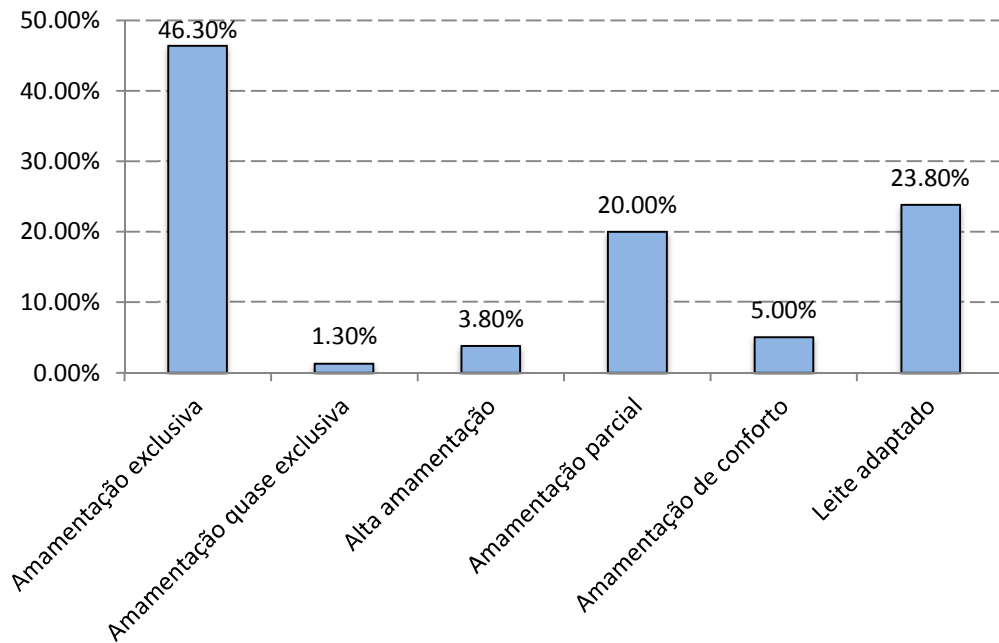


Gráfico 24 – Alimentação categorizada do recém-nascido às 8 semanas



Encontrámos diferenças significativas nos valores da AE na amamentação ao primeiro mês pós-parto entre as mulheres com amamentação exclusiva e amamentação parcial $t(59) = 3,233$, $p=0,002$ (Tabela 19), sendo que as mulheres com amamentação exclusiva sentem maior auto-eficácia (média= 61,23) do que as mulheres com amamentação parcial ($m=52,90$) (Tabela 20).

Tabela 19 – BSE ao 1.º mês em função do tipo de amamentação (t Student para amostras independentes)

	Teste de Levene para a igualdade de variâncias		t-test para a igualdade de médias						
	F	Sig.	t	df	Sig. (bi-caudal)	Diferença média	Desv. Padrão da diferença	95% intervalo de confiança da dif.	
								Limite inferior	Limite superior
Igualdade de variâncias assumida	,283	,597	3,223	59	,002	8,32168	2,58205	3,15500	13,48836
Igualdade de variâncias não assumida			3,256	45,050	,002	8,32168	2,55553	3,17473	13,46863

Tabela 20 – BSE ao 1.º mês em função do tipo de amamentação (análise descritiva)

	filhos	N	Mean	Std. Deviation
AE_1mes	Amamentação exclusiva	39	61,2308	9,80725
	Amamentação parcial	22	52,9091	9,45621

Relativamente à auto-eficácia na amamentação ao segundo mês pós-parto encontramos diferenças significativas nos valores da AE na amamentação entre as mulheres com amamentação exclusiva e amamentação parcial $t(53) = 2,140$, $p=0,037$ (Tabela 21), sendo que as mulheres com amamentação exclusiva sentem maior auto-eficácia (média= 61,28) do que as mulheres com amamentação parcial ($m=55,31$), como é visível na tabela 22.

Tabela 21 – BSE ao 2.º mês em função do tipo de amamentação (t Student para amostras independentes)

	Teste de Levene para a igualdade de variâncias		t-test para a igualdade de médias						
	F	Sig.	t	df	Sig. (bi-caudal)	Diferença média	Desv. Padrão da diferença	95% intervalo de confiança da dif.	
								Limite inferior	Limite superior
Igualdade de variâncias assumida	,233	,631	2,140	53	,037	5,96955	2,78961	,37431	11,56480
Igualdade de variâncias não assumida			2,461	38,981	,018	5,96955	2,42614	1,06215	10,87696

Tabela 22 – BSE ao 2.º mês em função do tipo de amamentação (análise descritiva)

	filhos	N	Mean	Std. Deviation
AE_2mes	Amamentação exclusiva	39	61,2821	10,12799
	Amamentação parcial	16	55,3125	7,21774

Quanto à cessação da amamentação, os 15% de mães que às quatro semanas já tinham deixado de amamentar, em média, fizeram-no ao 21.º dia pós-parto, enquanto os 8,8% que deixaram de amamentar às oito semanas, o fizeram em média ao 47º dia pós-parto.

Das razões invocadas para a cessação da amamentação, a mais frequente e estatisticamente relevante prende-se com a sensação de o recém-nascido não ficar satisfeito com a mamada. Esta resposta foi dada por 52% das mães que tinham deixado de amamentar durante as primeiras 4 semanas de pós-parto (Gráfico 25) e por 45,2% das mães que tinham deixado de amamentar entre as quatro e as oito semanas de pós-parto (Gráfico 26).

Outras respostas, tanto às quatro como às oito semanas pós-parto, pouco relevantes estatisticamente, prendem-se com argumentos como: “o bebé não aumenta de peso”, “o leite secou espontaneamente”, “o bebé não pega bem na mama”, “secou o leite com medicação devido a mamas ingurgitadas”.

Gráfico 25 – Causas de abandono de amamentação do recém-nascido às 4 semanas

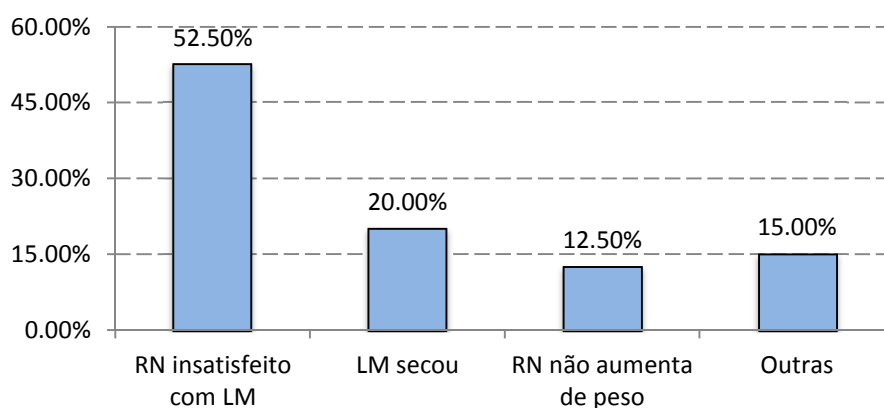
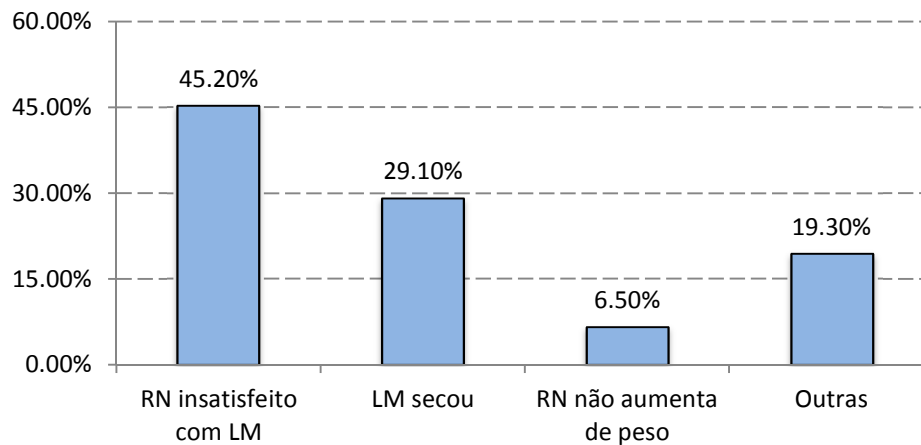


Gráfico 26 – Causas de abandono de amamentação do recém-nascido às 8 semanas



5.4. Hipóteses

Efectuada a revisão de literatura, apresentam-se neste momento as hipóteses formuladas que serviram de fio condutor à investigação. Após o tratamento dos dados, os resultados irão permitir confirmar ou não as hipóteses apresentadas.

5.4.1. Hipótese 1 – A idade influencia significativamente os valores da AE na amamentação.

Não se encontrou diferenças estatisticamente significativas nos valores da AE na amamentação em função da idade, seja nas mulheres que já tiveram filhos $F(2;22) = 0,300$, $p=0,744$, seja nas mulheres que foram mães pela primeira vez $F(2,46) = 0,510$, $p=0,604$. Em relação à AE ao 7.º dia, podemos verificar que, nas nulíparas, os valores mais elevados encontram-se na faixa etária dos 26 aos 30 anos, enquanto nas multíparas os valores mais elevados de AE encontram-se na faixa etária dos 36 aos 40 anos (Tabela 24).

Tabela 23 – BSE ao 7.º dia em função da idade e paridade (ANOVA)

AE_7dias

filhos		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
só 1	Between Groups	139,381	2	69,690	,510	,604
	Within Groups	6288,456	46	136,706		
	Total	6427,837	48			
2 ou mais	Between Groups	57,646	2	28,823	,300	,744
	Within Groups	2115,314	22	96,151		
	Total	2172,960	24			

Tabela 24 – BSE ao 7.º dia em função da idade e da paridade (análise descritiva)

AE_7dias

filhos		N	Mean	Std. Deviation
só 1	26-30	27	52,1111	13,15100
	31-35	19	51,8947	9,06087
	36-40	3	45,0000	12,52996
	Total	49	51,5918	11,57209
2 ou mais	26-30	7	56,5714	10,50170
	31-35	8	59,5000	9,22729
	36-40	10	60,2000	9,76160
	Total	25	58,9600	9,51525

Segundo Dennis (2002), internacionalmente, a idade materna tem sido repetidamente associada à iniciação e duração da amamentação e as mulheres mais velhas (> de 25 anos) tem mais probabilidade de iniciar e manter a amamentação que as mulheres mais jovens (Barnes, Stein, Smith & Pollock, 1997; Ford et al., 1994; Nolan & Goel, 1995; Pande et al., 1997; Piper & Parks, 1996; Savage, Reilly, Edwards & durnin, 1998).

Ainda segundo Dennis (2002), que cita Vogel, Hutchinson e Mitchell (1999), num estudo efectuado com 350 mulheres na Nova Zelândia verificou-se que as mulheres mais jovens estavam em maior risco de amamentar durante menos tempo. Estes resultados são idênticos aos resultados apresentados por dois estudos americanos que decorreram em 1989 e 1995, com 900.000 mulheres, indicando que as mulheres mais jovens tinham menos probabilidade de amamentar do que as mulheres mais velhas.

Pereira (2006), na sua investigação, encontrou uma associação entre a “idade” e a “duração do aleitamento materno total”, verificando que as mulheres mais velhas

amamentaram durante mais tempo, tal como no estudo de Criado Rodriguez et al. (1998).

Segundo Levy (1996), a maior parte dos autores encontram uma associação entre a decisão de amamentar e/ou duração da amamentação e a idade materna, sendo as mães pertencentes a um grupo etário mais elevado, aquelas que decidem amamentar os seus filhos.

Segundo Dennis (2002), não foi encontrada uma relação entre a idade materna e a auto-eficácia na amamentação nem durante a gravidez nem durante o pós-parto. A nossa avaliação foi feita nas primíparas e nas múltiparas em separado e avaliou a auto-eficácia na amamentação ao sétimo dia de vida e a idade materna e os resultados encontrados estão de acordo com aquilo que a autora encontrou também no seu estudo acima citado.

5.4.2. Hipótese 2 – O nível de escolaridade influencia significativamente os valores da AE na amamentação.

Não se encontrou diferenças estatisticamente significativas nos valores da AE na amamentação em função do nível de escolaridade, $F(2;75) = 1,221$, $p=0,301$ (Tabela 25), sendo que os valores mais elevados de AE (média=59,9) se aproximam dos valores mais baixos ($m=52,8$) (Tabela 26). Contudo é curioso verificar que é o grupo de mulheres com nível de escolaridade mais baixa que sente maior auto-eficácia e o grupo de mulheres com nível de escolaridade mais elevada que sente menor auto-eficácia para a amamentação.

Tabela 25 – BSE ao 7.º dia em função do nível de escolaridade (ANOVA)

AE_7dias					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	334,635	2	167,317	1,221	,301
Within Groups	10275,314	75	137,004		
Total	10609,949	77			

Tabela 26 – BSE ao 7.º dia em função do nível de escolaridade (análise descritiva)

Escolaridade	N	Mean	Std. Deviation
AE_7dias até 9º ano	8	59,8750	5,81715
12º ano	29	54,0000	11,55731
Ens. médio ou sup.	41	52,8049	12,54835
Total	78	53,9744	11,73846

Citando Dennis (2002), sabemos que um nível socioeconómico mais elevado está associado ao início da amamentação e a taxas de amamentação mais prolongadas nos países desenvolvidos, como Canada (Barber et al., 1997), Inglaterra (Savage et al., 1998), Suíça (Hunkeler et al., 1994) e EUA (Ryan, 1997).

Segundo Pereira (2006), as evidências científicas (Switzky & Vietze, 1979; Teixeira Santos et al., 1984; Cabral & Tierrel, 1995; Sayers et al., 1995; Marti et al., 1996; Weidepass et al., 1998; Riva et al., 1999; Lisa, 1999; Ahluwalia et al., 2003 e Santiago et al., 2003) mostram uma associação entre o nível de escolaridade e uma amamentação mais prolongada, ou seja, as mulheres com nível de escolaridade mais elevado iniciam em maior número a amamentação e amamentam durante mais tempo.

Segundo Levy (1996), a relação entre a decisão de amamentar e a duração da amamentação e o nível socioeconómico e cultural das mães varia de cultura para cultura. Nos países industrializados são as classes mais altas e com maior nível de escolaridade que amamentam mais e durante mais tempo, verificando-se o inverso nos países em desenvolvimento.

Segundo Dennis (2002), não foi encontrada uma relação entre o nível de escolaridade e a auto-eficácia na amamentação nem durante a gravidez nem durante o pós-parto. O nosso estudo avaliou a auto-eficácia na amamentação ao sétimo dia de vida e o nível de escolaridade e os resultados encontrados estão de acordo com aquilo que a autora encontrou também no seu estudo acima citado.

5.4.3. Hipótese 3 – O estado civil influencia significativamente os valores da AE na amamentação.

Não se encontrou diferenças estatisticamente significativas nos valores da AE na amamentação em função do estado civil, $t(75) = -0,226$, $p=0,822$, sendo que se encontrou uma diferença de apenas 0,8 no valores médios de AE entre as mulheres casadas e em união de facto (Tabela 28).

Tabela 27 – BSE em função do estado civil (t Student para amostras independentes)

	Teste de Levene para a igualdade de variâncias		t-test para a igualdade de médias						
	F	Sig.	t	df	Sig. (bi-caudal)	Diferença a média	Desv. Padrão da diferença	95% intervalo de confiança da dif.	
								Limite inferior	Limite superior
Igualdade de variâncias assumida	2,713	,104	-,226	75	,822	-,81851	3,61553	8,02101	6,38399
Igualdade de variâncias não assumida			-,182	14,605	,858	-,81851	4,50362	10,44041	8,80339

Tabela 28 – BSE ao 7.º dia em função do estado civil (análise descritiva)

	Estado Civil	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
AE_7dias	Casada	64	53,7969	11,07576	1,38447
	União de Facto	13	54,6154	15,45174	4,28554

Dennis (2002), cita Bick et al., (1998); Evers et al., (1998) e Pande, Unwin e Haheim, (1997), que apresentaram vários estudos que confirmam que o estado civil de casadas contribui significativamente para o início e para a continuação da amamentação.

Segundo Levy (1996), a influência exercida pelo estado civil na escolha da amamentação difere consoante os autores, encontrando, alguns, uma associação entre a decisão de amamentar e o estado civil.

No estudo de Dennis (2002), não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre as mulheres que eram casadas, as que viviam em união de facto e as solteiras ou divorciadas e os valores da auto-eficácia nem durante a gravidez nem

durante o pós-parto. O nosso estudo avaliou a auto-eficácia na amamentação ao sétimo dia de vida e o estado civil e os resultados encontrados estão de acordo com aquilo que a autora encontrou também no seu estudo acima citado.

5.4.4. Hipótese 4 – O tipo de parto influencia significativamente os valores da AE na amamentação.

Não se encontrou diferenças estatisticamente significativas nos valores da AE na amamentação em função do tipo de parto, $t(76) = 1,190$, $p=0,238$ (Tabela 29). No entanto, apesar de as diferenças não serem significativas, as mulheres que tiveram parto vaginal obtêm valores mais elevados (55,2) do que as mulheres com parto de cesariana (52,0), tal como se observa na tabela 30. Estes valores estão em consonância com os obtidos pela autora.

Tabela 29 – BSE em função do tipo de parto (t Student para amostras independentes)

	Teste de Levene para a igualdade de variâncias		t-test para a igualdade de médias						
	F	Sig.	t	df	Sig. (bi-caudal)	Diferença a média	Desv. Padrão da diferença	Limite inferior	Limite superior
Igualdade de variâncias assumida	,697	,407	1,190	76	,238	3,22306	2,70869	2,17176	8,61788
Igualdade de variâncias não assumida			1,158	58,384	,252	3,22306	2,78294	2,34681	8,79293

Tabela 30 – BSE ao 7.º dia em função do tipo de parto (análise descritiva)

	Tipo_parto	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
AE_7dias	Vaginal	47	55,2553	11,07184	1,61499
	Cesariana	31	52,0323	12,61873	2,26639

Levy (1996), citando Grossman e col. (1990), refere que a variável mais importante associada à amamentação às 8 semanas de vida foi o tipo de parto. As mães amamentaram mais quando os partos tinham ocorrido por via vaginal.

Para Kurinij e Shiono (1991), os bebês exclusivamente amamentados, tinham nascido mais frequentemente por via vaginal e as mães que amamentaram exclusivamente ao peito tinham dado a primeira mamada nas primeiras 6 horas pós-parto.

Sabemos que as mulheres que tem partos via vaginal tem uma maior probabilidade de amamentar o seu bebê precocemente do que as mulheres que são sujeitas a cesariana e, isto deve-se, sem dúvida às rotinas hospitalares. Conhecendo nós as rotinas hospitalares do local onde foi realizado o estudo poderíamos supor que as mulheres que tiveram partos vaginais amamentaram mais precocemente os seus bebês e por isso tiveram valores mais elevados de auto-eficácia na amamentação do que as mães que fizeram cesariana e, por esse motivo, estiveram separadas dos seus bebês durante muito mais tempo.

5.4.5. Hipótese 5 – Há relação entre a intenção de amamentar (na gravidez) e o tempo efectivo de amamentação ao 2.º mês

Não se verifica a relação enunciada pois Qui-quadrado (1) = 0,193, $p=0,661$ (Tabela 31). Não obstante, verificou-se que 61 mulheres (76,25% da amostra) se encontravam a amamentar aos dois meses pós-parto (Tabela 32). Por outro lado, 19 mulheres já não se encontravam a amamentar aos dois meses pós-parto, sendo que destas, 12 já não estavam a amamentar às 4 semanas pós-parto. É de notar que todas as participantes no estudo tinham intenção de amamentar durante mais de dois meses.

Tabela 31 – Relação entre intenção de amamentar e duração da amamentação ao 2.º mês (Teste Qui-Quadrado)

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,193(b)	1	,661		
Continuity Correction(a)	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,182	1	,669		
Fisher's Exact Test				,645	,486
Linear-by-Linear Association	,190	1	,663		
N of Valid Cases	68				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,54.

Tabela 32 – Relação entre amamentação ao 2.º mês e intenção de amamentar durante a gravidez

			Intenção_grp		Total
			até 6 meses	> 6 meses	
AA2_grp	amamenta	Count	13	48	61
		% within AA2_grp	21,3%	78,7%	100,0%
		% within Intenção_grp	86,7%	90,6%	89,7%
		% of Total	19,1%	70,6%	89,7%
	não amamenta	Count	2	5	7
		% within AA2_grp	28,6%	71,4%	100,0%
		% within Intenção_grp	13,3%	9,4%	10,3%
		% of Total	2,9%	7,4%	10,3%
Total	Count	15	53	68	
	% within AA2_grp	22,1%	77,9%	100,0%	
	% within Intenção_grp	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	22,1%	77,9%	100,0%	

Segundo Levy (1996), a maior parte das gestantes decidem acerca do regime alimentar do seu bebê antes do parto ou mesmo antes da gestação, relacionando-se a precocidade da escolha com o sucesso da amamentação, o que levanta a questão da oportunidade da Educação para a Saúde em termos de amamentação.

Segundo Dennis (2002), numerosos estudos mostram-nos que entre 50% e 75% das mulheres decide como vai alimentar o seu bebê antes de engravidar ou mesmo no início da gravidez (Losch, Dungy, Russell & Dusdieker, 1995). Esta descoberta é significativa porque os diversos estudos mostram-nos que os comportamentos relacionados com a amamentação estão fortemente associados com a altura em que a mãe decide amamentar. Ainda segundo a mesma autora, de uma

forma geral, quanto mais cedo é tomada a decisão de amamentar maior a probabilidade de iniciar e manter por mais tempo a amamentação. Se durante a gravidez é expressa a ambivalência em amamentar ou não, a probabilidade de desmame nas primeiras semanas após o parto aumenta fortemente (Wiemann et al., 1998). Da mesma forma, foi encontrada uma associação consistente entre a intenção de amamentar e a duração da amamentação (Grossman, Fitzsimmons, Larsen-Alexander, Sachs & Harter, 1990; Lawson & Tulloch, 1995; Quarles, Williams, Hoyle, Brimeyer & Williams, 1994).

No estudo de Pereira (2006), todas as mães tinham intenção de amamentar, ou seja, todas tinham planeado amamentar antes ou durante a gravidez, o que, segundo esta autora, vem de encontro ao referido pelo Royal College of Midwives (1994) quando cita a OMS sobre a decisão de amamentar, referindo que na sua maioria a decisão de amamentar é anterior ao parto. Ainda segundo Pereira (2006), os resultados de alguns estudos nacionais (Pereira, 2000; Galvão, 2002) e internacionais (Hillervik-Lindquist, 1991; Arantes, 1991; Araújo, 1991; Caetano, 1992; Eito, 1993; Innis et al., 1994) revelam que a decisão de amamentar por vezes é anterior à gravidez, associando-se a precocidade ao sucesso da amamentação.

5.4.6. Hipótese 6 – Há relação entre o atraso da primeira amamentação e o tempo efectivo de amamentação ao 2.º mês

Não se verifica a relação enunciada pois Qui-quadrado (3) = 6,241, $p=0,100$ (Tabela 33). Contudo consideramos importante notar que das 61 mulheres que estão a amamentar às 8 semanas pós-parto, 38 (47,5% das participantes) amamentaram o seu filho até às 4 horas pós-parto. Para além disso, das mulheres que já não amamentavam aos dois meses pós-parto, só 1 (1,25% das participantes) amamentou o seu filho durante as primeiras quatro horas pós-parto (tabela 34). Estes achados vão de encontro ao referido por muitos autores citados por Dennis (2001) na sua revisão de literatura sobre o início e duração da amamentação.

Tabela 33 – Relação entre a amamentação ao 2.º mês e o momento da 1.ª mamada (Teste Qui-Quadrado)

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,241(a)	3	,100
Likelihood Ratio	7,790	3	,051
Linear-by-Linear Association	4,497	1	,034
N of Valid Cases	68		

Tabela 34 – Relação entre a amamentação ao 2.º mês e o momento da 1.ª mamada

		Primeira vez que amamentou				Total
		Primeira hora	Segunda Hora	Entre 2 a 4 horas	> 4 horas	
amamenta	Count	11	17	10	23	61
	% within AA2_grp	18,0%	27,9%	16,4%	37,7%	100,0%
	% within Primeira vez que amamentou	100,0%	94,4%	100,0%	79,3%	89,7%
	% of Total	16,2%	25,0%	14,7%	33,8%	89,7%
não amamenta	Count	0	1	0	6	7
	% within AA2_grp	,0%	14,3%	,0%	85,7%	100,0%
	% within Primeira vez que amamentou	,0%	5,6%	,0%	20,7%	10,3%
	% of Total	,0%	1,5%	,0%	8,8%	10,3%
Total	Count	11	18	10	29	68
	% within AA2_grp	16,2%	26,5%	14,7%	42,6%	100,0%
	% within Primeira vez que amamentou	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	16,2%	26,5%	14,7%	42,6%	100,0%

Segundo Levy (1996), Guigue e col. (1989) encontraram uma associação entre o tipo de alimentação do recém-nascido e a penosidade do parto. A escolha pelo aleitamento artificial foi mais frequente no grupo de mães em que houve uma separação de mais de 6 horas entre mães e bebês à nascença. Whichelow (1980), numa investigação efectuada em Cambridge, verificou que se a primeira mamada se verificava depois das duas horas de vida do bebé, a duração da amamentação era menor do que seis meses. Este atraso de duas horas ou mais estava associado ao tipo

de parto. Quanto maior o intervalo de tempo entre o nascimento e a primeira mamada, maior o risco de recurso à alimentação artificial ou mista.

A relação que existe entre a duração da amamentação e o início precoce de amamentação é controversa. Segundo Dennis (2003), um estudo que incluiu 209 mães, não encontrou qualquer evidência de um período crítico para a primeira amamentação na relação com o sucesso da amamentação às 12 semanas pós-parto. Kearney, Cronenwett e Reinhardt (1990) chegaram à mesma conclusão na sua análise de 10 estudos. Outros, contudo, relataram um efeito positivo na duração da amamentação quando esta é iniciada imediatamente após ao parto (Buxton et al., 1991; Chapman & Perez-Escamilla, 1999).

Segundo Pereira (2006), que cita outros teóricos, a precocidade da mamada influencia a adesão e a manutenção da amamentação. A primeira mamada foi também a primeira experiência daquelas mães na amamentação. A maioria delas relatou-a como muito positiva e agradável para elas, sendo prelúdio para uma amamentação com sucesso, segundo o Royal College of Midwives (1994). Para este organismo o impacto psicológico sobre a mãe nas suas primeiras experiências em amamentação e as reacções do bebé à sua mãe são primordiais.

Em consonância está Lothrop (2000) e acrescenta que quando estas primeiras experiências ocorrem com sucesso, a mãe adquire autoconfiança na sua capacidade de amamentar ajudando-a em dificuldades futuras a não desistir. No seu estudo, após o parto o bebé foi colocado nu sobre o abdómen da mãe durante 60 minutos. Do total dos bebés, 18,3% arrastaram-se sozinhos para a mama e começaram a mamar, tendo feito uma pega correcta. Quando foi analisada esta variável com a “duração da amamentação”, foram encontradas diferenças estatísticas significativas na duração da amamentação, constatando-se que mamaram durante mais tempo em exclusivo e misto os bebés que se arrastaram para a mama e começaram a mamar. Estes resultados sugerem que os bebés que ao nascimento apresentam mais apetência/habilidades para a amamentação mamam durante mais tempo quer em exclusivo quer misto.

6. DISCUSSÃO

Teoricamente baseada na Teoria de Aprendizagem Social de Bandura, a Escala de Auto-Eficácia na Amamentação é um instrumento que mede a confiança materna na sua capacidade para amamentar o seu bebé.

Este trabalho teve como objectivo traduzir a Escala de Auto-Eficácia na Amamentação para português e testar as propriedades psicométricas da escala em mulheres que iniciaram a amamentação, de forma a contribuir para a validação da mesma para a população portuguesa.

Os resultados desta investigação são consistentes com o estudo original de Dennis (2003), com o estudo de Dai e Dennis (2003) e o de Torres et al (2003), o que sugere que estes contributos são válidos e fiáveis para avaliar a confiança na amamentação entre as mães portuguesas e, com isso, dar início à validação da versão portuguesa da BSES.

Para atingir o objectivo do estudo foi traduzida a escala original, em língua inglesa, para a língua portuguesa, através de processos rigorosos anteriormente descritos. A escala traduzida foi então aplicada a 80 mulheres internadas numa maternidade portuguesa a partir das 37 semanas de gravidez, na primeira semana pós-parto, durante o primeiro e segundo mês pós-parto.

Consistente com a metodologia usada no estudo original da autora da escala (Dennis & Faux, 1999), a fiabilidade da escala ficou demonstrada através de boas estimativas de consistência interna, usando o método do coeficiente alfa de Cronbach e o método de teste-reteste. Os indicadores de fidelidade encontrados no estudo mencionados anteriormente, podem ser considerados significativos, dado que são superiores a 0,70 e garantem a estabilidade e a consistência interna dos resultados que a escala providencia.

A validade do constructo da BSES foi avaliada usando o método da análise factorial. Em ordem a testar a estrutura factorial unidimensional obtida pela autora procedemos a uma análise factorial exploratória sobre a matriz de correlações das questões da BSES. A estrutura encontrada está próxima da solução unidimensional obtida pela autora num dos seus estudos (Dennis, 2003).

O segundo método usado para avaliar a validade do constructo da BSES foi usar grupos de indivíduos com características opostas de contraste em que essas características podem ser avaliadas em níveis mais altos ou baixos. Baseado na teoria

da auto-eficácia, que sugere que a confiança necessária para executar uma tarefa é determinada pela experiência anterior realizada com sucesso, encontramos diferenças significativas nos valores da auto-eficácia na amamentação entre as mulheres que já tiveram filhos e as mulheres que ainda não tiveram filhos, sendo que as mulheres que já tiveram filhos sentem maior auto-eficácia do que as mulheres que ainda não tiveram filhos.

Finalmente, as correlações entre as diferentes escalas usadas no estudo foram comprovadas, ou seja, nas mulheres com maiores valores de auto-eficácia foram encontrados valores mais elevados de auto-estima e valores mais baixos de depressão pós-parto, conforme o descrito na literatura e encontrado também num dos estudos da autora (Dennis, 2003).

A validade preditiva da BSES foi avaliada pela determinação da relação entre a auto-eficácia na amamentação das mães e os padrões de alimentação dos seus filhos às 4 e 8 semanas pós-parto. Provavelmente a relação existente entre a auto-eficácia na amamentação e a exclusividade e a duração da amamentação é das mais promissoras que existem em termos da nossa prática clínica. Da totalidade de mulheres que amamentavam às quatro semanas pós-parto (85%), 51,3% faziam-no em exclusividade e 28,8% amamentavam parcialmente o seu bebé. Comparativamente, às oito semanas pós-parto, 76,3% ainda amamentava, sendo que 46,3% faziam-no em exclusividade e 20% fazia amamentação parcial.

Estes resultados sugerem que as mães portuguesas não amamentam os seus bebés como o recomendado pela OMS (6 meses em exclusividade).

Outro dado importante encontrado no nosso trabalho foi o facto de não termos encontrado qualquer tipo de associação entre as variáveis demográficas maternas e a auto-eficácia na amamentação, sugerindo que a BSES é um instrumento único na identificação de mães de alto risco baseado numa variável modificável.

Para melhorar as taxas de duração na amamentação, os profissionais de saúde precisam de identificar as mães de alto risco baseados em variáveis modificáveis. A auto-eficácia na amamentação (confiança materna) é uma potencial variável modificável que poderá prever os resultados na amamentação, potenciando um enquadramento teórico claro que guie no desenvolvimento de intervenções que melhorem os resultados da amamentação e, para além disso, é um instrumento válido e fiável na avaliação de mães que apresentem um risco elevado de não amamentar.

Finalmente este estudo providencia um suporte adicional à hipótese teórica construída pela autora original de que a auto-eficácia na amamentação é uma das formas de prever o futuro comportamento referente à amamentação.

Esta escala pode ser usada como uma forma de identificar e reconhecer aquelas mães com maior probabilidade de ter sucesso na amamentação e aquelas que vão necessitar de uma intervenção especial por parte dos técnicos de saúde para alcançar o sucesso na amamentação. Por exemplo, se uma mãe recente obtém valores de auto-eficácia na amamentação elevados antes da alta hospitalar, provavelmente não irá necessitar de qualquer tipo de suporte adicional. Por outro lado, se uma mãe apresenta valores de auto-eficácia na amamentação baixos, com toda a certeza irá necessitar de um suporte adicional quando tiver alta hospitalar e for para casa.

A BSES pode ser usada também para avaliar as mães que iniciam a amamentação e ajudar a sensibilizar os profissionais de saúde para as necessidades individuais dessas mães em termos da amamentação e estabelecer um plano de cuidados individualizado.

Na base dos resultados da BSES podem-se incluir estratégias específicas de aumento de confiança, como (a) atenção aos aspectos aperfeiçoados ou bem sucedidos do desempenho da amamentação; (b) maximização dos aspectos positivos da amamentação; (c) oferta de conselhos consistentes sobre como melhorar futuros desempenhos na amamentação; (d) dar mais importância aos aspectos positivos do desempenho na amamentação e menosprezar os maus desempenhos na amamentação; (e) prestação de orientação antecipatória para reconhecer e normalizar a ansiedade materna e (f) ser pró-ativo para tornar visíveis as capacidades de amamentação não observáveis à mãe, como seja, prever desempenhos bem sucedidos, pensar analiticamente para resolver problemas, gerir pensamentos derrotistas e ser perseverante na adversidade (Dennis, 1999).

Para terminar, pode dizer-se que este foi o início de um trabalho que necessita de continuação, de forma a proporcionar à comunidade científica um instrumento válido e extremamente útil no combate às baixas taxas de amamentação. Desta forma, poder-se-á atingir as metas preconizadas pelas mais diversos organismos nacionais e internacionais de referência.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Academy of Pediatrics, Section on Breastfeeding (2005). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 115 (2), 496-506.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, EUA: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1978). The self system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 33 (4), 344-358.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, EUA: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44 (9), 1175-1358.
- Bandura, A. (1997). *Self Efficacy: The Exercise of control*. Nova Iorque, EUA: Freeman.
- Blyth, R., Creedy, D., Dennis, C., Moyle, W., Pratt, J., & Vries, S. (2002). Effect of Maternal Confidence on Breastfeeding Duration: An Application of Breastfeeding Self-Efficacy Theory, *Birth*, 29 (4), 278-284.
- Branco, A., Bastardo, C., Albuquerque, M., & Oliveira, G. (2004). Aleitamento Materno: a prática hospitalar e o sucesso das medidas de implementação do aleitamento materno até aos seis meses de vida, *Pediatria Portuguesa*, 35, 441-445.
- Branco, M., & Nunes, B. (2003). *Uma Observação sobre Aleitamento Materno – Relatório*. Observatório Nacional de Saúde / Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Lisboa.
- Buxton K., Gielen A., Faden R., Brown H., Paige D., & Chwalow J. (1991). Women intending to breastfeed: Predictors of early infant feeding experiences. *Am J Prevent Med.*, 7, 101-106.

- Chapman, D., & Perez-Escamilla, R. (1999). Does delayed perception of the onset of lactation shorten breastfeeding duration. *Journal of Human Lactation*, 15, 107-111.
- Creedy, D., Blyth, R., Dennis, C., Moyle, W., Pratt, J., & Vries, S. (2003). Psychometric characteristics of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Data from an Australian population, *Research in Nursing & Health*, 26, 143-152.
- Dai, X., & Dennis, C. (2003). Translation and validation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale into Chinese, *Journal of Midwifery & Women's Health*, 48 (5), 350-356.
- Dennis C., & Faux S. (1999). Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale, *Research in Nursing & Health*, 22 (5), 399-409.
- Dennis, C. (1999). Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *J Hum Lac*, 15, 195-201.
- Dennis, C. (2002). Breastfeeding initiation and duration: a 1990 – 2000 literature review, *JOGNN*, 31 (1), 12-32.
- Dennis, C. (2003). Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric assessment of the short form. *JOGNN*, 32 (10), 1-10.
- Dykes, F., & Williams, C., (1999). Falling by the wayside: a phenomenological exploration of perceived breast-milk inadequacy in lactating women. *Midwifery*, 15 (4), 232-246.
- Ertem, I., Votto, N., & Leventhal, J. (2001). The timing and prediction of the early termination of breastfeeding, *Pediatrics*, 107, 543-548.
- Fifty Fourth World Health Assembly (2001). *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding*. Geneva, Suíça: OMS.
- Galvão, D. (2006). *Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes*. Loures: Lusociência

- Guilford, J., & Fruchter, B. (1973). *Fundamental Statistics in Psychology and Education*. 5.^a ed. Nova Iorque, EUA: McGraw-Hill.
- Hill, P., & Humenick, S. (1996). Development of the H & H Lactation Scale, *Nursing Research*, 45 (3), 136-140.
- Horne J., & Weinman, J. (1996). Predicting treatment adherence: an overview of theoretical models. Em: Mark Conner & Paul Norman (Eds.), *Predicting Health Behaviour*. Filadélfia, EUA: Open University Press.
- Kearney, M., Cronenwett, L., & Reinhardt, R. (1990). Cesarean delivery and breastfeeding outcomes. *Birth*, 17, 97-103.
- King, F. (1991). Como ajudar as mães a amamentar. Londrina, Brasil: Universidade Estadual de Londrina.
- Kurini, N., & Shiono, P. (1991). Early formula supplementation of breast-feeding. *Pediatrics*, 88, 745-750.
- Lent, R., & Maddux, J. (1997). Building a socio cognitive bridge between social and counseling psychology. *The Counselling Psychologist*, 25 (2), 240-255.
- Levy, L. (1996). *O sucesso no aleitamento materno: contributo de uma intervenção clínica*. Tese de Doutoramento. Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.
- Levy, L., & Bértolo, H. (2002). *Manual do Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a Unicef/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- Levy, L., Bértolo, H. (2008). *Manual do Aleitamento Materno*. 2.^a edição. Lisboa: Comité Português para a Unicef/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- Lothrop, H. (2000). *Tudo sobre Amamentação*. Lisboa: Paz Editora.
- Ministério da Saúde (1997). *A saúde dos portugueses/1997*. Lisboa: Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde.

- Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Acedido em 24 de Maio de 2009, em http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol1_61.html
- Montgomery D, Splitt, P. (1996). Economic Effect of Breastfeeding infants enrolled in WIC. *J Am. Diet Assoc.*, 96, 885-890.
- Nunnally J., & Bernstein, I. (1994). *Psychometric Theory*. 3.^a ed. Nova Iorque, EUA: McGraw-Hill.
- O'Campo P., Faden R., Gielen A., & Wang, M. (1992). Prenatal factors associated with breastfeeding duration: recommendations for prenatal interventions, *Birth*, 19 (4), 195 – 201.
- O'Leary, A. (1985). Self efficacy and health. *Cognitive Therapy and Research*, 23 (4), 437-451.
- OMS (1981). *International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes*. Geneva, Suíça: OMS.
- OMS (1994). *Alimentação infantil. Bases Fisiológicas*. São Paulo, Brasil: James Akaré Editor.
- Pajares, F., & Schunk, D. (2000). *Self-beliefs and school success: Self-Efficacy, Self-Concept and School Achievement*. Acedido em 30 de Abril de 2009, em: <http://www.emory.edu/mfp/pajaresschunk2000.pdf>.
- Papinczak, T., & Turner C. (2000). An analysis of personal and social factors influencing initiation and duration of breastfeeding in a large Queensland maternity hospital. *Breastfeed Rev*, 8 (1), 25-33.
- Pereira, M. & Almeida, P. (2004). Auto-eficácia na diabetes: conceito e validação da Escala. *Análise Psicológica*, 3 (XXII), 585-595.
- Pereira, M. (2006). *Aleitamento materno – importância da correção da pega no sucesso da amamentação – resultados de um estudo experimental*. Loures: Lusociência

- Torres M., Torres R., Rodríguez A., & Dennis C. (2003). Translation and Validation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale Into Spanish: Data from a Puerto Rico Population, *Journal of Human Lactation*, 19 (1), 35-42.
- Whichelow, M. (1982). Factors associated with the duration of breast feeding in a privileged society. *Early Human Dev.*, 82 (7), 273-280.
- WHO & UNICEF (1989). *Protecting, Promoting and Supporting Breast-Feeding: The Special Role of Maternity Services*. Geneva, Suíça: OMS;
- WHO & UNICEF (1990). Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. Em: *Breastfeeding in the 1990s: A global initiative meeting in Florence, Italy and New York*. Geneva, Suíça: OMS/ Unicef.
- WHO & UNICEF (1992). *Baby-Friendly Hospital Initiative and program manual*. Geneva, Suíça: OMS/ UNICEF.

ANEXOS

ANEXO 1

Marta Parente de Figueiredo, enfermeira de nível I, com o número mecanográfico 2441, a desempenhar funções no Serviço de Medicina Materno – Fetal e no Espaço Amamentação da Maternidade, vem por este meio solicitar autorização para a realização de um estudo de investigação na área do aleitamento materno, subordinado ao tema – “Tradução e Validação da Escala de Auto-Eficácia na Amamentação para Português”, sendo este inserido no âmbito da sua tese de mestrado, em curso no Instituto Superior de Psicologia Aplicada de Lisboa.

Pretendo deste modo, solicitar a V. Ex.^a autorização para fazer a recolha de dados na Maternidade, nos serviços de Consulta de Referência e Medicina Materno Fetal, entre Fevereiro e Maio de 2006.

Este trabalho de investigação tem como objectivo, efectuar a tradução e a validação da BSES (Escala de Auto-Eficácia na Amamentação) para português, de forma a proceder à sua aplicação na população portuguesa. A referida escala, será certamente uma mais valia para que os profissionais de saúde, identifiquem com maior precisão as mães que apresentam menos confiança na amamentação, permitindo assim por parte destes uma intervenção mais adequada e atempada.

O projecto de investigação será disponibilizado, sempre que necessário para consulta ou esclarecimento.

Pede deferimento.

Lisboa, 24 de Janeiro de 2006

Atenciosamente

ANEXO 2

CARTA DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Exma. Sra.

Sou enfermeira e estou a realizar um trabalho de investigação na área da Psicologia da Gravidez e da Parentalidade no Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Venho por este meio solicitar a sua colaboração para preencher três questionários. Pretendo com estes questionários fazer a tradução e a validação de uma escala de amamentação e conhecer um pouco da realidade da Maternidade a nível de amamentação. Estes questionários serão aplicados pela primeira vez enquanto está grávida (a partir das 36 semanas) e posteriormente irão ser aplicados ao fim da 1.^a semana e ao fim do 1º e do 2º mês de vida do bebé. Existem duas escalas que são de auto-preenchimento e, para essas eu irei disponibilizar-lhe as cópias, os envelopes e os selos para serem reenviadas depois de preenchidas na altura certa. O outro questionário irá ser preenchido através de contacto telefónico feito por mim. Deverá ler com muita atenção as perguntas e responder da forma que achar mais apropriada.

Todas as suas respostas são tratadas de forma confidencial e nenhuma informação será publicada ou comunicada sem a sua permissão. Aos questionários será atribuído um código que só eu conheço e, por isso, os questionários são anónimos. Se em qualquer momento quiser sair do estudo é livre de o fazer, sem que a qualidade dos cuidados de que pode beneficiar seja afectada.

MUITO OBRIGADA PELA SUA DISPONIBILIDADE E COLABORAÇÃO

ANEXO 3

Código da mãe: _____

Data: _____

D. P. P.: _____

Questionário Sócio-Demográfico

1. Idade:

≤ 17 Anos 18 – 25 Anos 26 – 35 Anos
36 – 45 Anos > 46 Anos

2. Raça:

Caucasiana Negra Outra

3. Estado Civil:

Solteira Casada União de Facto

4. Habilitações Literárias:

≤ 6 Anos 7 – 9 Anos 9 – 12 Anos
Curso médio Curso superior

5. Situação Profissional:

Activa Activa (Baixa) Desempregada
Estudante Reformada Outra

6. Número de Filhos:

1 Filho 2 Filhos 3 Filhos ≥4 Filhos

7. Tipo de parto:

Primeiro Parto – Eutócico Distócico
Segundo Parto – Eutócico Distócico
Terceiro Parto – Eutócico Distócico
Quarto Parto – Eutócico Distócico

8. Tipo de anestesia:
Anestesia Geral Anestesia Epidural Raqui Anestesia
9. Peso do bebê ao nascer:
1500 – 2500 Gramas 2500 – 3500 Gramas
> 3500 Gramas
10. Índice de Apgar do bebê:
9 ao 1º minuto e 10 aos 5 minutos
8 ao 1º minuto e 10 aos 5 minutos
Outro
12. Idade Gestacional:
<27 Semanas 27 – 30 Semanas
31 – 36 Semanas > 36 Semanas
13. Tem hábitos tabágicos?
Sim Não
14. Vigiu a sua gravidez onde?
Centro de Saúde Médico Particular
MAC Outro
15. Qual é a sua intenção de amamentar (n.º de meses)?
Um Mês Dois Meses Três Meses
Quatro Meses Cinco Meses Seis Meses
> Seis Meses
16. Quando tomou a decisão de amamentar?
Antes de engravidar
Durante a gravidez
Depois do Parto

17. Qual foi a primeira vez que amamentou (n.º horas após o parto)?

Primeira Hora Segunda Hora

Entre 2 a 4 Horas > 4 Horas

18. Têm alguma experiência anterior de amamentação?

Sim Não

19. Até quando deu de mamar?

Primeiro Filho 0 meses até 3 meses

3 – 6 meses > 6 meses

Segundo Filho 0 meses até 3 meses

3 – 6 meses > 6 meses

Terceiro Filho 0 meses até 3 meses

3 – 6 meses > 6 meses

Quarto Filho 0 meses até 3 meses

3 – 6 meses > 6 meses

20. Porque é que deixou de dar de mamar?

Primeiro Filho

Opção materna Problemas relacionados com a mama

Problemas relacionados com o RN Orientação dos profissionais

Quantidade insuficiente de leite materno Regresso ao trabalho Outros

Segundo Filho

Opção materna Problemas relacionados com a mama

Problemas relacionados com o RN Orientação dos profissionais

Quantidade insuficiente de leite materno Regresso ao trabalho Outros

Terceiro Filho

Opção materna Problemas relacionados com a mama

Problemas relacionados com o RN Orientação dos profissionais

Quantidade insuficiente de leite materno Regresso ao trabalho Outros

Quarto Filho

Opção materna Problemas relacionados com a mama

Problemas relacionados com o RN Orientação dos profissionais

Quantidade insuficiente de leite materno Regresso ao trabalho Outros

ANEXO 4

Código da Mãe: _____
Data: _____

Escala de Auto-Eficácia na Amamentação – Versão Reduzida

Para cada uma das seguintes afirmações, escolha a resposta que melhor descreve o quão confiante está com a amamentação do seu bebé. Para assinalar a sua resposta faça um círculo à volta do número da afirmação que se assemelha mais ao seu sentimento. Não existem respostas certas ou erradas.

- 1 = Nada confiante
2 = Não muito confiante
3 = Confiante às vezes
4 = Confiante
5 = Muito Confiante

	Nada Confiante			Muito Confiante	
	1	2	3	4	5
1. Vou conseguir sempre perceber que o meu bebé receba leite suficiente	1	2	3	4	5
2. Vou conseguir sempre lidar bem com a amamentação tal como o fiz com outras situações desafiantes	1	2	3	4	5
3. Vou conseguir sempre amamentar o meu bebé sem usar suplemento	1	2	3	4	5
4. Vou conseguir sempre garantir que o meu bebé está bem adaptado à mama durante toda a mamada	1	2	3	4	5
5. Vou conseguir sempre gerir a amamentação de forma a sentir-me satisfeita	1	2	3	4	5
6. Vou conseguir sempre amamentar, mesmo quando o bebé está a chorar	1	2	3	4	5
7. Vou continuar sempre a querer amamentar	1	2	3	4	5
8. Vou conseguir sempre amamentar confortavelmente com os meus familiares presentes	1	2	3	4	5
9. Vou sentir-me sempre satisfeita com a minha experiência de amamentação	1	2	3	4	5
10. Vou conseguir sempre lidar com o facto de que a amamentação é uma actividade que leva algum tempo	1	2	3	4	5
11. Vou conseguir sempre terminar de amamentar o meu bebé com o leite de uma só mama antes de trocar para a outra	1	2	3	4	5
12. Vou conseguir sempre continuar a amamentar o meu bebé em cada mamada	1	2	3	4	5
13. Vou conseguir sempre adaptar-me às exigências do meu bebé, relativamente à amamentação	1	2	3	4	5
14. Vou conseguir sempre perceber quando o meu bebé terminou a mamada	1	2	3	4	5

ANEXO 5

Código da Mãe: _____
Data: _____

Escala de Auto-Eficácia na Amamentação – Versão Reduzida

Para cada uma das seguintes afirmações, escolha a resposta que melhor descreve o quão confiante está com a amamentação do seu bebé. Para assinalar a sua resposta faça um círculo à volta do número da afirmação que se assemelha mais ao seu sentimento. Não existem respostas certas ou erradas.

- 1 = Nada confiante
2 = Não muito confiante
3 = Confiante às vezes
4 = Confiante
5 = Muito Confiante

	Nada Confiante		Muito Confiante		
1. Consigo sempre perceber que o meu bebé está a receber leite suficiente	1	2	3	4	5
2. Consigo sempre lidar bem com a amamentação tal como o fiz com outras situações desafiantes	1	2	3	4	5
3. Consigo sempre amamentar o meu bebé sem usar suplemento	1	2	3	4	5
4. Consigo sempre garantir que o meu bebé está bem adaptado à mama durante toda a mamada	1	2	3	4	5
5. Consigo sempre gerir a amamentação de forma a sentir-me satisfeita	1	2	3	4	5
6. Consigo sempre amamentar, mesmo quando o bebé está a chorar	1	2	3	4	5
7. Continuo sempre a querer amamentar	1	2	3	4	5
8. Consigo sempre amamentar confortavelmente com os meus familiares presentes	1	2	3	4	5
9. Sinto-me sempre satisfeita com a minha experiência de amamentação	1	2	3	4	5
10. Consigo sempre lidar com o facto de que a amamentação é uma actividade que leva algum tempo	1	2	3	4	5
11. Consigo sempre terminar de amamentar o meu bebé com o leite de uma só mama antes de trocar para a outra	1	2	3	4	5
12. Consigo sempre continuar a amamentar o meu bebé em cada mamada	1	2	3	4	5
13. Consigo sempre adaptar-me às exigências do meu bebé, relativamente à amamentação	1	2	3	4	5
14. Consigo sempre perceber quando o meu bebé terminou a mamada	1	2	3	4	5

ANEXO 6

RSES

Segue-se uma lista de afirmações que dizem respeito ao modo como se sente acerca de si próprio(a). À frente de cada uma delas assinale com uma cruz (X), na respectiva coluna, a resposta que mais se lhe adequa.

	Concordo fortemente	Concordo	Discordo	Discordo fortemente
1. Globalmente, estou satisfeito(a) comigo próprio(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Por vezes penso que não sou bom/boa em nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sinto que tenho algumas qualidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Por vezes sinto-me, de facto, um(a) inútil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sinto-me uma pessoa de valor, pelo menos tanto quanto a generalidade das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gostaria de ter mais respeito por mim próprio(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bem vistas as coisas, inclino-me a sentir que sou um(a) falhado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Adopto uma atitude positiva para comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autoria original de Morris Rosenberg.
Tradução supervisionada por Paulo Jorge Santos. Utilização exclusiva para investigação.

ANEXO 7

EPDS

Desde há 7 dias:

1. Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas

- Tanto como dantes
- Menos do que antes
- Muito menos do que antes
- Nunca

2. Tenho tido esperança no futuro

- Tanta como sempre tive
- Bastante menos do que costumava ter
- Muito menos do que costumava ter
- Quase nenhuma

3. Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal

- Sim, a maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Raramente
- Não, nunca

4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo

- Não, nunca
- Quase nunca
- Sim, por vezes
- Sim, muitas vezes

5. Tenho-me sentido com medo, ou muito assustada, sem grande motivo

- Sim, muitas vezes
- Sim, por vezes
- Não, raramente
- Não, nunca

6. Tenho sentido que são coisas demais para mim

- Sim, a maioria das vezes não tenho conseguido resolvê-las
- Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como dantes
- Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente
- Não, resolvo-as tão bem como dantes

7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal

- Sim, quase sempre
- Sim, por vezes
- Raramente
- Não, nunca

8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz

- Sim, quase sempre
- Sim, muitas vezes
- Raramente
- Não, nunca

9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro

- Sim, quase sempre
- Sim, muitas vezes
- Só às vezes
- Não, nunca

10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma

- Sim, muitas vezes
 - Por vezes
 - Muito raramente
 - Nunca
-

ANEXO 8

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO

Código da Mãe: _____

Data: _____

Olá, _____, o meu nome é X. Sou a responsável pelo estudo sobre amamentação em que concordou em participar enquanto esteve internada no hospital. Gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre a sua experiência de amamentação com o seu filho. Vai levar aproximadamente entre 5 e 10 minutos. É conveniente falarmos agora? Se não for, por favor diga quando quer que lhe ligue: **Data:** _____ **Hora:** _____

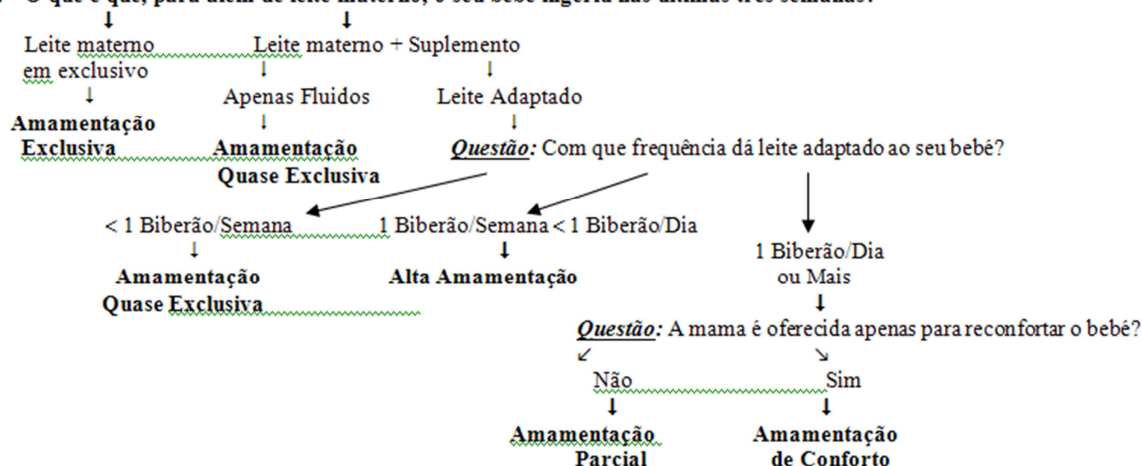
Parte I: Categoria Alimentação do Bebê

1. Como tem alimentado o seu bebé nas últimas três semanas?

- i. Amamentação exclusiva ou combinada com outro alimento.
- ii. Leite Adaptado ⇒ Há quantos dias deixou de amamentar? (Continua na Parte II, questão nº 5) _____ dias.

Se a mãe amamentar, siga a árvore até à categoria de amamentar correcta

2. O que é que, para além de leite materno, o seu bebé ingeriu nas últimas três semanas?



Depois de completar a árvore, por favor confirme com a mãe a categoria de alimentação do bebé e valide o resultado com ela.

Resposta da mãe	Categoria de alimentação do bebé	Requer que o bebé receba	Permite que o bebé receba	Não permite que o bebé receba
1 <input type="checkbox"/>	Amamentação Exclusiva	Leite Materno (incluindo leite tirado com bomba)	Vitaminas, Minerais ou Medicamentos	Mais Nada
2 <input type="checkbox"/>	Amamentação Quase Exclusiva	Leite Materno como a fonte predominante de nutrição do bebé	< 1 Biberão/Semana de leite não humano, água, bebidas à base de água, sumos de fruta, SRO, fluidos rituais	Mais Nada
3 <input type="checkbox"/>	Alta Amamentação	Leite Materno como a fonte predominante de nutrição do bebé	> 1 Biberão/Semana de leite não humano	1 Biberão/Dia de leite não humano
4 <input type="checkbox"/>	Amamentação Parcial	Leite Materno e qualquer comida ou líquido	1 Biberão/Dia de leite não humano ou qualquer comida ou líquido	
5 <input type="checkbox"/>	Amamentação de Conforto	Leite não humano ou qualquer comida ou líquido como a fonte predominante de nutrição do bebé	A mama é usada para conforto ou para consolo do bebé sem a mínima contribuição nutritiva	
6 <input type="checkbox"/>	Leite Adaptado	Qualquer comida ou líquido		

Se a mãe não amamenta em exclusivo, pergunte o seguinte:

1. É uma mudança comparativamente a quando teve alta da maternidade?

1. Sim (a próxima questão vai ajudar-nos a perceber como tomou a decisão acerca de como alimentar o seu bebé)
2. Não.

Parte II: Motivo do tipo de alimentação do Bebé

Se a mãe não amamenta em exclusividade, seleccione a categoria de alimentação do bebé a que pertence e faça-lhe a pergunta correspondente.

1. Amamentação Quase Exclusiva: Porque é que decidiu adicionar outros fluidos?

2. Alta Amamentação: Porque é que decidiu adicionar leite adaptado à dieta do seu bebé?

3. Amamentação Parcial: Porque é que decidiu adicionar leite adaptado à dieta do seu bebé?

4. Amamentação de Conforto: Porque é que decidiu mudar para uma alimentação principalmente à base de leite adaptado?

5. Leite Adaptado: Porque é que decidiu deixar de amamentar?

Muito obrigado por ter respondido a estas questões. Estou grata pelo tempo que me dispensou.