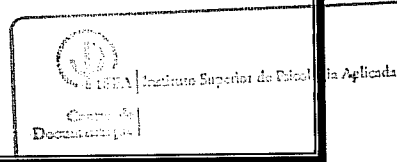


INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

**OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O
ALEITAMENTO MATERNO
UM ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE AS
ATTITUDES DE MÉDICOS E ENFERMEIROS**

CARLA SOFIA SOUSA MARTINS MARINHO

LISBOA, 2003



Registo: _____
Data: ____/____/____

Tel.: 21 661 17 50 • Biblioteca

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação da **Prof. Doutora Isabel Pereira Leal**, apresentada no **Instituto Superior de Psicologia Aplicada** para a obtenção do grau de **Mestre** na especialidade de **Psicologia da Saúde**, conforme Portaria nº 107/97 de 17 de Fevereiro, para dar satisfação ao ponto “b” do nº 2 do Artº5 do Decreto-Lei nº 216/92 de 13 de Outubro.



“Poucos sectores da vida humana são tão corrompidos por modismos e filosofias médicas como a gravidez, o parto e a amamentação.”

Hannah Lothrop

À Prof. Doutora Isabel Pereira Leal, pelo incentivo e atitude crítica que colocou na orientação deste trabalho

Ao Dr. Rui Alves, à Dra. Antónia Jourdant e à Dra. Maria Virgínia Munhá, pelo seu interesse e disponibilidade, que possibilitaram a recolha da amostra em tempo útil

À Direcção das instituições hospitalares que permitiram a recolha dos dados

A todos os médicos e enfermeiros que se disponibilizaram a participar neste estudo

A todos os que contribuíram com as suas sugestões, material bibliográfico e apoio no tratamento dos dados

Aos amigos e familiares que gastaram algum tempo com leituras atentas e sábios conselhos

Ao Júlio, pelo incondicional apoio e paciência, sempre presentes

RESUMO

O início e manutenção do aleitamento materno encontram-se relacionados com factores de ordem física, psicológica e social, sendo reconhecida a influência dos profissionais de saúde envolvidos neste processo. Este estudo, de carácter exploratório, transversal e descritivo tem como objectivo investigar as atitudes de técnicos de saúde em relação ao aleitamento materno.

A amostra é constituída por 64 enfermeiros e 43 médicos que desenvolvem actividades relacionadas com o aleitamento materno em contexto hospitalar, nos cuidados de saúde primários e na área da formação de Enfermagem (docentes), na região de Lisboa. Foi construído um questionário de auto-preenchimento, anónimo e confidencial com base na perspectiva de Ajzen (1988), composto por 43 itens perante os quais o sujeito se posiciona face ao seu grau de concordância, numa escala de tipo *Likert* com 5 pontos.

Os resultados obtidos revelam a existência de atitudes muito positivas face ao aleitamento materno entre os profissionais de saúde inquiridos. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) nas atitudes em função da profissão, do local de trabalho e da especialidade de enfermagem. Os enfermeiros demonstraram atitudes mais positivas do que os médicos e os técnicos que são docentes apresentaram atitudes mais positivas do que os que trabalham em centros de saúde. Entre enfermeiros especialistas e enfermeiros generalistas verificaram-se diferenças significativas nas atitudes em relação à aceitação da decisão da mulher face à amamentação, com os especialistas a terem atitudes mais positivas.

ABSTRACT

This study examined the attitudes towards breastfeeding of Portuguese health professionals working with pregnant or new mothers. An opportunistic sample of 64 nurses and 34 doctors answered an attitude questionnaire developed for this study. This questionnaire contained 43 items about breastfeeding and utilizes a five-point scale with levels of agreement between totally agree and totally disagree. Participants were selected from two maternities, three health centres and in a nursing school. The analysis of results showed that attitudes towards breastfeeding were very positive. Nurses were likely to have more positive attitudes than doctors and subjects working in school also had more positive attitudes than those who work at the health centres ($p < .05$).

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
AMAMENTAR.....	3
A SAÚDE, AS INSTITUIÇÕES E A AMAMENTAÇÃO.....	22
SOBRE AS ATITUDES.....	27
OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O ALEITAMENTO MATERNO - QUE ATITUDES? ...	43
MÉTODO.....	54
PARTICIPANTES.....	54
MATERIAL	59
PLANIFICAÇÃO.....	66
PROCEDIMENTO	67
RESULTADOS	68
DISCUSSÃO	99
REFERÊNCIAS.....	107
ANEXOS	
Anexo A: Questionário de Caracterização Sócio-Demográfica	112
Anexo B: Questionário de Avaliação das Atitudes dos Profissionais de Saúde Face ao Aleitamento Materno.....	114
Anexo C: Exemplar do Conjunto de Instrumentos Utilizados	118
Anexo D: Autorizações para a Recolha dos Dados	124
Anexo E: Base de Dados	129

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Distribuição dos Médicos e Enfermeiros por Local de Trabalho.....	58
Quadro 2: Caracterização da amostra relativamente à Existência de Filhos.....	58
Quadro 3: Caracterização da Amostra relativamente à Experiência Pessoal de Aleitamento Materno.....	58
Quadro 4: Consistência Interna do Questionário de Avaliação das Atitudes dos Profissionais de Saúde Face ao Aleitamento Materno	64
Quadro 5: Testes paramétricos e não paramétricos aplicados às variáveis em estudo	69
Quadro 6: Respostas aos Itens da Dimensão “Crenças sobre o Aleitamento”	70
Quadro 7: Respostas aos itens da Dimensão “Crenças acerca dos Benefícios da Amamentação”	72
Quadro 8: Respostas aos itens da Dimensão “Crenças sobre os Obstáculos à Amamentação”	72
Quadro 9: Respostas aos itens da Dimensão “Importância e Interesse em relação à Amamentação”	74
Quadro 10: Respostas aos itens da Dimensão “Atitudes Face à Decisão de Não Amamentar”	74
Quadro 11: Respostas aos itens da Dimensão “Respostas Comportamentais”	75
Quadro 12: Estatística Descritiva para o score total das Atitudes	77
Quadro 13: Dimensões onde as Atitudes são mais elevadas.....	78
Quadro 14: Correlação de Pearson – Relação entre as Diferentes Dimensões e o Score Total da Escala de Atitudes face ao Aleitamento Materno.....	79
Quadro 15: Grupo dos Médicos e dos Enfermeiros: Estatística Descritiva das Dimensões e Total da Escala das Atitudes Face ao Aleitamento Materno	80

Quadro 16: <i>T</i> de Student para Amostras Independentes: Comparação do Grupo dos Médicos e do Grupo dos Enfermeiros nas Dimensões e Total da Escala de Atitudes Face ao Aleitamento Materno.....	81
Quadro 17: Itens da Dimensão “Crenças sobre o Aleitamento ” onde se verificaram diferenças significativas entre Médicos e Enfermeiros.....	82
Quadro 18: Itens da Dimensão “Resposta Comportamentais” onde se verificaram diferenças significativas entre Médicos e Enfermeiros.....	82
Quadro 19: Testes de Normalidade para o Grupo de Enfermeiros Especialistas nos Factores e Total da Escala de Atitudes face ao Aleitamento Materno.....	83
Quadro 20 Grupo dos Enfermeiros Generalistas e Grupo dos Enfermeiros Especialistas: Estatística Descritiva das Dimensões e Total da Escala das Atitudes Face ao Aleitamento Materno.....	84
Quadro 21: <i>T</i> de Student para Amostras Independentes - Comparação do Grupo dos Enfermeiros Especialistas e do Grupo dos Enfermeiros Generalistas nas Dimensões (1, 3, 5, e, 6) e Total da Escala de Atitudes Face ao Aleitamento Materno.....	84
Quadro 22 Mann-Whitney : Comparação do Grupo dos Enfermeiros Especialistas e do Grupo dos Enfermeiros Generalistas nos Factores (2 e 4) da Escala de Atitudes Face ao Aleitamento Materno.....	85
Quadro 23: Testes de Normalidade para o Grupo de Docentes nos Factores e Total da Escala de Atitudes face ao Aleitamento Materno.....	85
Quadro 24: Teste de Levéne – Homogeneidade de Variâncias dos Três Grupos que trabalham no Hospital, Centro de Saúde e Docentes nas Dimensões e Total da Escala de Atitudes face ao Aleitamento Materno.....	86
Quadro 25: Estatística Descritiva para os Três Grupos consoante o Local de Trabalho nas Dimensões e Total da Escala das Atitudes Face ao Aleitamento Materno .	87
Quadro 26: ANOVA ONE -WAY : Comparação dos Três Grupos que Trabalham em Diferentes Locais nas Dimensões (3 e 6) e Total da Escala de Atitudes Face ao Aleitamento Materno.....	87

Quadro 27: Kruskal-Wallis : Comparação dos Três Grupos que Trabalham em Diferentes Locais nas Dimensões (1, 2, 4 e 5) da Escala de Atitudes Face ao Aleitamento Materno.....	88
Quadro 28: Testes de Normalidade para os Grupos com Diferentes Anos de Profissão e com n's inferiores a 30 nas Dimensões e Total da Escala de Atitudes face ao Aleitamento Materno.....	89
Quadro 29: Teste de Levéne – Homogeneidade de Variâncias dos Grupos com Diferentes Anos de Profissão nas Dimensões e Total da Escala de Atitudes face ao Aleitamento Materno.....	89
Quadro 30: Grupos com Diferentes Anos de Profissão: Estatística Descritiva das Dimensões e Total da Escala das Atitudes Face ao Aleitamento Materno	90
Quadro 31: ANOVA ONE-WAY -Comparação dos Grupos com Diferentes Anos de Profissão nas Dimensões (3, 5 e 6) e Total da Escala das Atitudes Face ao Aleitamento Materno.....	91
Quadro 32: Kruskal-Wallis : Comparação dos Grupos com Diferentes Anos de Profissão nos Factores (1, 2 e 4) da Escala das Atitudes Face ao Aleitamento Materno.....	91
Quadro 33: Testes de Normalidade para os Diferentes Grupos Etários e n's Inferiores a 30 nas Dimensões e Total da Escala de Atitudes face ao Aleitamento Materno	92
Quadro 34: Teste de Levéne – Homogeneidade de Variâncias dos Três Grupos nos Factores e Total da Escala de Atitudes face ao Aleitamento Materno.....	92
Quadro 35: Grupos Etários: Estatística Descritiva das Dimensões e Total da Escala das Atitudes Face ao Aleitamento Materno.....	93
Quadro 36: ANOVA ONE-WAY: Comparação dos Diferentes Grupos Etários nas Dimensões (3, 4, 5 e 6) da Escala das Atitudes Face ao Aleitamento Materno.	94
Quadro 37: Kruskal - Wallis : Comparação dos Diferentes Grupos de Idade nas Dimensões (1 e 2) e Total da Escala das Atitudes Face ao Aleitamento Materno	94

Quadro 38: Estado Civil: Estatística Descritiva das Dimensões e Total da Escala das Atitudes Face ao Aleitamento Materno.....	95
Quadro 39: Testes de Normalidade para o Grupo dos Solteiros nas dimensões e Total da Escala de Atitudes face ao Aleitamento Materno.....	96
Quadro 40:T de Student : Comparação do Grupo de Solteiros e do Grupo de Casados nas Dimensões (1, 3, 4, 5 e 6) e Total da Escala das Atitudes Face ao Aleitamento Materno.....	96
Quadro 41: Mann-Whitney : Comparação do Grupo de Solteiros e do Grupo de Casados no Factor 2 da Escala das Atitudes Face ao Aleitamento Materno.....	97
Quadro 42: Grupo que Tem Filhos e Grupo que Não Tem Filhos- Estatística Descritiva das Dimensões e Total da Escala das Atitudes Face ao Aleitamento Materno.....	97
Quadro 43 :T de Student para Amostras Independentes: Comparação do Grupo que Tem Filhos e do Grupo que Não tem Filhos nas Dimensões e Total da Escala de Atitudes Face ao Aleitamento Materno.....	98

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento.	23
Figura 2: Atitude como um estado inferido, com as respostas avaliativas divididas em três classes (cognitivas, afectivas e comportamentais) (Eagly & Chaiken, 1993, p.10).....	31
Figura 3: Respostas utilizadas para inferir atitudes (Ajzen, 1988, p.5).	32
Figura 4: Modelo da acção reflectida (adaptado de Ajzen & Fishbein, 1975, cit. por Neto, 1998).	41

Gráfico 1: Caracterização da Amostra relativamente à Idade	55
Gráfico 2: Caracterização da Amostra relativamente ao Estado civil	55
Gráfico 3: Caracterização da Amostra relativamente às Especialidades Médicas	56
Gráfico 4: Caracterização da Amostra Relativamente aos Anos de Exercício Profissional	57
Gráfico 5: Caracterização da Amostra relativamente ao Local de Trabalho	57
Gráfico 6: Caixa de Bigodes para a distribuição do score das atitudes	77

Introdução

Os benefícios do leite materno são múltiplos e mundialmente reconhecidos, existindo um consenso de que a prática exclusiva do aleitamento materno é a melhor forma de alimentar as crianças até aos 4/6 meses de idade. Actualmente, a tendência parece reflectir um interesse crescente pelo aleitamento materno mas assiste-se a um abandono precoce desta prática. Portugal segue também este curso, com os dados (Direcção Geral de Saúde, 1985, cit. por Levy, 1994) a apontarem para um declínio considerável após o 1º mês de vida (cerca de 50%).

Os profissionais de saúde que prestam cuidados materno-infantis encontram-se numa posição privilegiada para acompanhar as mães durante o período da amamentação; está-se actualmente a assistir a alguma deslocação da tradicional transmissão de conhecimentos de mãe para filha, para um papel cada vez mais relevante dos técnicos de saúde, que parecem ser a principal fonte de informação, principalmente nas mulheres mais jovens (Sharron, Hill & Spiegelberg, 1998).

A prática da amamentação tem sido ao longo da história influenciada por modas e mudanças das filosofias médicas e sócio-culturais. Diferentes hábitos, preconceitos, medos e lendas têm surgido nos mais diversos lugares do mundo (Lothrop, 2000). Os aspectos relacionados com a amamentação ultrapassam o domínio do biológico e abrangem os territórios do psicológico e do social, defrontando-se os profissionais que trabalham nesta área com as suas próprias crenças e sentimentos face à amamentação.

A investigação nesta área tem reconhecido que as atitudes dos técnicos de saúde exercem influência na decisão de amamentar (Kistin, Benton, Rao & Sullivan, 1990; Reiff & Essock-Vitale, 1985). Os estudos de Barnett, Sienkiewicz e Roholt (1995) reforçam que atitudes negativas e crenças desadequadas dos profissionais de saúde em relação ao aleitamento materno podem influenciar o apoio e o incentivo que estes podem dar às mulheres grávidas e às mães.

Pretende-se neste estudo de carácter exploratório investigar as atitudes de médicos e enfermeiros em relação à amamentação e deste modo contribuir para o conhecimento das atitudes daqueles que, na sua actividade profissional, mais de perto interagem com mães e bebés, influenciando o seu bem-estar num período da sua vida tão especial.

Actualmente em Portugal, a promoção da amamentação faz parte das estratégias para a saúde do recém-nascido e do lactente, assistindo-se a um reinvestimento por parte dos serviços de saúde na amamentação.

No entanto, deparamo-nos com um contexto social em que a população feminina trabalhadora é cada vez maior e a licença de parto tem uma duração de apenas 4 meses, o que coloca à mulher de hoje algumas dificuldades, impondo também aos profissionais de saúde desafios crescentes no apoio que prestam. A ajuda que os profissionais de saúde podem dar às mães, passa também por enquadrar o aleitamento na realidade individual de cada mãe e bebé e pela aceitação da sua opção, promovendo o bem-estar da díade.

Amamentar...

Pensar e reflectir sobre os aspectos relacionados com a gravidez e a maternidade implica ter presente a complexidade e a multidimensionalidade destes fenómenos. Como salienta Correia (1998) o modo como cada mulher vivencia estas experiências relaciona-se, não só com as suas características individuais, mas também com a atmosfera sócio-cultural que a rodeia.

A importância e as vivências associadas à gravidez e à maternidade variaram ao longo dos tempos, fortemente influenciadas pelos padrões culturais e pelos valores aceites num determinado momento histórico.

Nas sociedades ocidentais, o séc. XIX constituiu um importante momento de mudança na forma como era encarada a maternidade e o papel da figura materna, assistindo-se a uma valorização de um ideal de maternidade como útil e gratificante, sendo atribuída à mãe a responsabilidade do desenvolvimento e educação dos filhos, num sentido de dedicação exclusiva (Correia, 1998).

As implicações sociais da I Guerra Mundial e dos movimentos dos anos 60 conduziram a uma modificação do “*mito de passividade da mulher (...) e da teoria da mãe espontaneamente dedicada e sacrificada*” (Correia, 1998, p. 369). A maternidade começa a deixar de ser vista como a única razão para a felicidade e realização da mulher, que tem agora também outros ideais.

Paralelamente, os avanços científicos e as políticas vigentes, tornaram possível o acesso aos métodos de controlo da natalidade, o que concedeu à mulher um maior controlo sobre o seu corpo e conseqüentemente sobre a sua vida (Canavarro, 2001).

Actualmente o conceito de maternidade é perspectivado de uma nova forma, com o exercício da maternidade a ser realmente cada vez mais uma opção entre outras na vida das mulheres.

No entanto, ao nível do senso comum, a maternidade continua ainda muitas vezes a ser caracterizada como “natural” e “instintiva, mas, como sublinha Canavarro (2001), esta noção não ajuda as mulheres a conceptualizar a maternidade como um processo de decisão que deve implicar desenvolvimento pessoal e auto-conhecimento; principalmente para as mulheres que não sentem a maternidade como um apelo especial, esta concepção sugere-lhes apenas que a sua forma de sentir não é “normal” e que qualquer coisa de errado se passa com elas.

De referir ainda que actualmente um projecto de educação e profissionalização acompanha desde cedo a maior parte das crianças e adolescentes, independentemente de serem rapazes ou raparigas. A profissão ocupa, também para as mulheres uma fatia central da vida, podendo a maternidade e a actividade profissional, pelas exigências de tempo e de investimento pessoal que implicam, ser avaliadas como difíceis de conciliar (Figueiredo, 2001).

Assim como a gravidez e a maternidade, também os aspectos inerentes à prática da amamentação têm sido ao longo da história influenciados por modas e mudanças das filosofias médicas e sócio-culturais. Ao longo dos tempos surgiram diversos hábitos, preconceitos, medos e lendas em relação à prática do aleitamento materno (Lothrop, 2000).

Nas primeiras referências ao aleitamento materno encontramos testemunhos materiais e pictóricos que remontam ao ano 3000 a.C. Durante vários milénios muitas sociedades, cultural e socialmente distintas, encaravam as crianças de modo muito semelhante e os métodos de as criar desde o nascimento permaneceram relativamente constantes.

Desde o Egito à Antiga Grécia foram encontrados testemunhos sobre a alimentação infantil, existindo também documentos de filósofos romanos do séc. II d.C. a favor da prática da amamentação. São comuns no Antigo Egito as representações da deusa Íris amamentando o seu filho Horus, segurando-o sobre o braço esquerdo, perto do coração, aspecto este muito comum nas representações da amamentação e que permaneceu até à era cristã sob a designação de “Virgo Lactans”. Na Grécia, os poemas de Homero e os escritos de Hipócrates forneceram grande parte da informação que hoje possuímos sobre as práticas de aleitamento daquela época.

Nos primeiros tempos da República Romana, as mulheres nobres orgulhavam-se de criarem elas próprias os seus filhos mas com o início da época dos Césares, tornou-se usual confiar as crianças a camponesas para as amamentarem (Alves & Almeida, 1992).

Já nos séc. XVII e XVIII, observou-se uma queda importante nas taxas de amamentação, pois as mulheres das classes mais altas de França e Inglaterra deixaram de amamentar os seus filhos, devido não só a maiores exigências sociais, mas também ao não reconhecimento social do papel de mãe como prestadora de cuidados (Levy, 1994).

Há provas que as designadas “amas de leite” já existiam nas civilizações antigas da época anterior a Cristo e que se mantiveram ao longo dos séculos, mas é nesta altura que surgem de forma mais determinante mulheres (habitualmente de classes socioeconómicas mais baixas) que amamentavam os filhos de outras mulheres, mediante um pagamento.

Existiam muitas crenças relacionadas com a amamentação, desde as alterações que provocava na saúde e beleza das mulheres, pois as mulheres acreditavam que a amamentação envelhecia os seus corpos e deteriorava a sua silhueta mais rapidamente, até aos constrangimentos em relação ao vestuário adoptado na época.

Embora se verificassem algumas diferenças entre famílias e regiões, era prática corrente as mulheres “importantes” não amamentarem os seus filhos; não amamentar constituía também uma forma de afirmação social, pois as mulheres que podiam pagar davam os seus filhos para serem amamentados por outras.

Uma outra razão para a maioria das mulheres da alta sociedade não amamentarem relacionava-se com o facto de, naquela época, o principal papel de uma mulher nobre ser o de conceber herdeiros, e era sabido que a amamentação poderia impedir de ter filhos com maior frequência.

Outro argumento para o uso de amas de leite era a crença generalizada que a mulher que amamenta se deveria abster de ter relações sexuais, devido ao efeito nocivo do sémen no leite.

Existiam, no entanto, algumas razões consideráveis aceitáveis para as mulheres de qualquer classe social não amamentarem como problemas com os mamilos, doença e saúde frágil da mãe como “doenças nervosas” e tuberculose. De igual modo, alguns problemas relacionados com as crianças como icterícia, prematuridade, fenda palatina, e doenças cerebrais decorrentes do parto, eram considerados motivos aceites para a não amamentação (Alves & Almeida, 1992).

As crianças entregues às amas de leite eram sujeitas habitualmente a longas viagens após o nascimento, o que associado às deficientes condições de higiene da altura, contribuiu para aumentar significativamente a mortalidade infantil (Levy, 1994).

Foi só a partir do final do séc. XVIII que a opinião acerca do aleitamento materno começou a ser mais favorável, influenciada também pelas mudanças científicas e culturais que iam acontecendo, tornando visível os benefícios do aleitamento materno, principalmente na diminuição da mortalidade infantil. Em França, Jean-Jacques Rousseau tomou a iniciativa de incentivar as mães a voltarem a amamentar os seus filhos, valorizando o papel social da maternidade e da amamentação (Levy, 1994).

Num período mais recente, continuamos a assistir ao longo de décadas a variações cíclicas da incidência do aleitamento materno. A industrialização, a II Grande Guerra Mundial, a massificação do trabalho feminino, a publicidade crescente das indústrias produtoras de substitutos do leite, foram factores que influenciaram a diminuição da incidência e da prevalência do aleitamento materno (Levy e Bértolo, 2000). Efectivamente, o aleitamento artificial teve o seu grande incremento neste século e foi-se aperfeiçoando até aos dias de hoje, paralelamente ao declínio do aleitamento materno (Levy, 1994).

Historicamente é clara a diferença entre a frequência do aleitamento entre sociedades com maior acesso a bens de consumo e a tecnologia e outras onde isto não acontece. A amamentação entre zonas rurais e urbanas tem mostrado padrões diferentes, com as crianças das zonas rurais a serem amamentadas durante mais tempo, o mesmo acontecendo com as populações indígenas das mais variadas partes do mundo (Greiner, 2000).

A evolução do aleitamento materno foi muito semelhante nos países ditos desenvolvidos. Nos Estados Unidos da América assistiu-se a um declínio significativo na prevalência e duração do aleitamento materno logo após a II Guerra Mundial. Na década de 60 apenas 25% das mães amamentavam os seus filhos e só no início dos anos 70 se começou a verificar um retorno gradual à prática do aleitamento (Levy, 1994). A década de 60 surge como o período em que se verificaram as taxas de aleitamento materno mais baixas da história da humanidade motivando um movimento internacional para resgatar a “cultura da amamentação”.

Na Europa, o declínio do aleitamento materno foi semelhante e no final dos anos 60 em Londres, apenas um terço das mães amamentavam até aos 2 meses (Levy, 1994).

Entre os factores identificados como tendo influenciado negativamente o aleitamento materno encontramos as múltiplas crises ocorridas durante a 1ª e, sobretudo, a 2ª Guerra Mundial, a industrialização que motivou a urbanização e a evolução da família tradicional rural e alargada para a família urbana, nuclear e por vezes monoparental, bem como os movimentos de emancipação da mulher e o seu papel cada vez maior no mundo do trabalho, paralelamente aos progressivos avanços científicos das indústrias farmacêuticas na produção e divulgação dos leites artificiais.

Actualmente, apesar de existirem diferenças entre países desenvolvidos e não desenvolvidos, a tendência parece reflectir um interesse crescente pelo aleitamento materno mas assiste-se essencialmente a um abandono precoce desta prática.

Em Portugal, os dados encontrados são escassos, no entanto, a evolução do aleitamento materno parece ser semelhante à ocorrida noutros países da Europa (Levy, 1994).

Em 1979, na área urbana de Lisboa, 60% das mães iniciaram a amamentação mas aos 3 meses a prevalência era apenas de 15% e aos 7 meses de 5% (Levy, 1994).

Num estudo efectuado no concelho de Coimbra em 1982 (Torrado et al., 1982, cit. por Levy, 1994), a prevalência do aleitamento materno à nascença era de 93%, ao 1º mês de 77,4%, ao 2º mês de 53,4% e ao 4º mês descia para 31,9%. Em relação ao aleitamento materno exclusivo, só 57,5% da população total investigada foi amamentada durante o 1º mês de vida.

Em 1985, num estudo efectuado por Santos (1985, cit. por Levy, 1994) na maternidade do hospital de S. João no Porto, verificou-se que apesar da elevada prevalência do aleitamento materno durante a estadia na maternidade, cerca de 92,9%, apenas 14,7% das mães se encontravam esclarecidas sobre os benefícios da amamentação.

Um outro estudo levado a cabo também neste hospital pelo mesmo autor (Santos, 1985, cit. por Levy, 1994) incidiu sobre as crianças que frequentavam a consulta de Saúde Infantil do serviço de Pediatria e constatou que a prevalência à nascença do aleitamento materno era de 84%, baixando para 35% entre o 1º mês e os 3 meses e para 7,1% entre os 4 e os 6 meses de idade. Os factores encontrados relacionados com o abandono precoce foram falta de informação médica (21,4%), doença (13%), retorno ao trabalho (10%) e recusa alimentar por parte da criança (15,4%).

Em 1991, numa investigação desenvolvida no Centro de Saúde de S. Pedro do Sul (Pereira, 1991, cit. por Alves & Almeida, 1992) constataram que, entre as 153 mães incluídas no estudo, cerca de 94% iniciaram a amamentação logo após o parto; no entanto, 48,5 % das crianças foram amamentadas somente os primeiros 3 meses de vida. Verificou-se uma percentagem elevada de desmame precoce, com 25% das mães a deixar de amamentar antes do final do 1º mês de vida, continuando a haver um decréscimo progressivo.

De acordo com dados da Direcção Geral de Saúde (Levy, 1994), em 1985 a prevalência do aleitamento materno em Portugal era à nascença de 95%, 50% ao 1º mês, 33% ao 3º mês e 11% aos 4/6 meses de idade.

Através dos dados apresentados é possível constatar a existência de uma taxa de prevalência bastante elevada à nascença, embora se verifique uma queda acentuada nos primeiros tempos de vida, principalmente a partir do 1º mês. De referir ainda que o aleitamento decresce consideravelmente após os 4 meses de idade, altura que coincide com o término da licença de parto, que a legislação portuguesa prevê, dificultando o alcançar dos objectivos propostos pela OMS.

Actualmente as recomendações da OMS (OMS/UNICEF, 1990) preconizam que todas as mulheres devem ter oportunidade de alimentar os seus filhos, exclusivamente com leite materno durante os primeiros 4-6 meses e como complemento até pelo menos ao final do primeiro ano de vida.

Em Portugal foi definida como meta de saúde nacional para 2002 que “pelo menos 50% dos recém-nascidos deverão beneficiar de aleitamento materno até pelo menos aos 3 meses” (Ministério da Saúde, 1999). No sentido de atingir as metas nacionais para o aleitamento materno em 2002 foram definidas orientações de actuação que passam por:

- *“Desenvolver estratégias adequadas para a promoção do aleitamento materno, nomeadamente o apoio domiciliário durante o período neo-natal precoce e divulgar o projecto Hospitais Amigos dos Bebés.*
- *Efectuar uma avaliação da prática do aleitamento materno e da alimentação do lactente, por intermédio de um inquérito realizado às mães, de 3 em 3 meses.”* (Ministério da Saúde, 1999, p.19).

Recomenda-se que as mães amamentem os seus filhos imediatamente após o parto, se as suas condições e as da criança o permitirem. A amamentação deve ser em regime de horário livre, ou seja, sem horários pré-estabelecidos.

A importância do aleitamento materno é acentuada pela OMS, constituindo a sua promoção uma prioridade mundial; as suas implicações abrangem áreas como a antropologia, a epidemiologia, a nutrição, a economia e a demografia, podendo ser considerado um factor decisivo para o crescimento e o desenvolvimento (Levy, 1994). Através de uma declaração conjunta, designada “Declaração de Innocenti”, a OMS e a UNICEF, reconhecem que *“o aleitamento materno constitui um processo único e uma actividade que, mesmo considerado isoladamente, é capaz de reduzir a morbilidade e a mortalidade infantil ao diminuir a incidência de doenças infecciosas, proporcionar nutrição de alta qualidade para a criança, contribuindo para o seu crescimento e desenvolvimento, contribuir para a saúde da mulher reduzindo o risco de certos tipos de cancro e de anemia e aumentando o espaçamento entre os partos, proporcionar benefícios económicos para a família e para o país e quando bem adoptado, proporcionar satisfação à maioria das mulheres”* (OMS/UNICEF, 1990).

Os benefícios do leite materno são múltiplos e já mundialmente reconhecidos, existindo um consenso de que a prática exclusiva do aleitamento materno é a melhor forma de alimentar as crianças até aos 4/6 meses de idade (Levy & Bértolo, 2002).

O efeito mais significativo do aleitamento materno talvez se verifique na redução da mortalidade infantil, sendo que esta associação é mediada por factores de diversa ordem como demográfica, socioeconómica e ambiental (Giugliani, 2000). Como refere Levy (1994), para um recém-nascido oriundo de uma família com um bom nível socioeconómico e com bons cuidados de saúde, provavelmente não existiram diferenças em termos de mortalidade se for alimentado ao peito ou com leite artificial; “já para os recém-nascidos de países em desenvolvimento ou de famílias com baixo nível socioeconómico, ser amamentado pode fazer a diferença entre a vida e a morte” (p. 194).

No que se refere aos seus aspectos nutricionais o leite humano é considerado um alimento vivo, completo e natural, perfeitamente adaptado à insuficiência digestiva e à imaturidade do recém-nascido e à evolução das necessidades do lactente (Levy, 1994). Providencia uma melhor nutrição, pois contém todos os nutrientes essenciais para o crescimento e o desenvolvimento da criança, além de ser de mais fácil digestão, quando comparado com todos os outros tipos de leite artificiais (Kelly, 1999; Levy, 1994).

O leite materno proporciona uma ampla acção de protecção imunológica, possuindo factores anti-infecciosos específicos e não específicos, diminuindo a morbidade por infecções respiratórias e gastrointestinais. É referenciado ainda o seu efeito na redução das doenças alérgicas (Mota, 1983; Levy, 1994; American Academy of Pediatrics, 1997; Kelly, 1999; Lothrop, 2000; Giugliani, 2000).

Apesar de não estar ainda bem estabelecida a relação directa entre o leite materno e certas doenças crónicas, começam a aparecer na literatura estudos sobre o papel do aleitamento materno na redução do risco de certas doenças auto-imunes, tais como a doença celíaca, a doença de Crohn, a colite ulcerosa, Diabetes Mellitus e o linfoma (American Academy of Pediatrics, 1997; Kelly, 1999; Lothrop, 2000).

Assim como apresenta benefícios para o bebé o aleitamento materno também apresenta vantagens para a mãe, entre as quais se podem citar (American Academy of Pediatrics, 1997; IBFAN, 1998; Lothrop, 2000; Giugliani, 2000):

- Diminuição do risco de cancro da mama.
- Diminuição do risco de cancro do ovário.
- Estimulação da involução uterina.
- É benéfico para o controlo do peso, ajudando na redução do peso acumulado durante a gravidez.
- Aumenta a protecção contra a osteoporose.
- Contribui para uma sensação de bem-estar relacionada com a libertação de endorfinas.
- É mais económico e não necessita de cuidados relativos à sua preparação e manutenção, possibilitando igualmente o transporte do bebé para onde quer que a sua mãe vá.

Paralelamente aos benefícios de saúde para a mãe e bebé, o aleitamento materno pode trazer benefícios sociais e económicos, incluindo a redução dos custos com a saúde e o absentismo por motivo de doença dos filhos (Gartner, 1997).

São ainda citados benefícios relacionados com a interacção mãe-bebé, com vários autores a considerarem que a amamentação promove um maior vínculo afectivo entre mãe e filho. O acto de amamentar e de ser amamentado proporciona muito prazer quer para a mãe quer para a criança, o que favorece uma ligação afectiva muito forte entre elas. Trata-se de uma oportunidade ímpar de se criar uma intimidade, de troca de afecto, gerando sentimentos de segurança e de protecção na criança e de autoconfiança na mulher (Kitzinger, 1978).

Ao recém-nascido, o aleitamento materno proporciona a oportunidade de contacto íntimo com a mãe, com um contacto visual e experiências de cooperação mútua, de contingência e de ritmo, deveras importantes para a vinculação mãe-filho (Levy, 1994).

No entanto, por mais razões de ordem física ou emocional que existam a favor do aleitamento materno, uma mulher que não possa ou não queira amamentar não deverá ser culpabilizada, pois a relação mãe-bebé não se “esgota” na amamentação, sendo primordial uma mãe atenta, disponível e segura para o desenvolvimento de uma relação afectiva (Lothrop, 2000; Levy, 1994).

Entre as múltiplas mudanças que ocorrem após o nascimento do bebé as que intervêm no processo da lactação assumem particular importância. O estabelecimento da lactação na mulher é considerado por muitos um fenómeno complexo, no qual estão envolvidos mecanismos de adaptação fisiológicos da mama e a acção de diversas hormonas.

O processo inicia-se no início da gravidez com o desenvolvimento do tecido mamário, com uma proliferação e crescimento de células epiteliais e dos ductos mamários (mamogénese). Na segunda metade da gravidez ocorre a diferenciação do epitélio alveolar para a láctea (lactogénese). Entre as principais hormonas envolvidas neste processo destacam-se os estrogénios, a progesterona, a prolactina, a hormona lactogénica da placenta e o cortisol (Monteiro, 1983; Kaplan, 1990).

Com o nascimento da criança e a expulsão da placenta, o seio passa a produzir leite sob a acção da prolactina. A ocitocina age na contracção das células mioepiteliais que envolvem os alvéolos, provocando a saída do leite. A prolactina e a ocitocina são reguladas por dois importantes reflexos maternos: o da produção do leite (prolactina) e o da ejeção do leite (ocitocina).

Tais reflexos são activados pela estimulação dos mamilos, sobretudo pela sucção, ou seja, quanto mais o bebé suga, mais leite é produzido. O reflexo de saída do leite também responde a estímulos condicionados, tais como visão, cheiro e choro da criança, e a factores de ordem emocional, tais como motivação, autoconfiança e tranquilidade. Por outro lado, a dor, o desconforto, o stress, a ansiedade, o medo e a falta de autoconfiança podem inibir o reflexo da saída do leite prejudicando a lactação (Monteiro, 1993).

Recentemente foi ainda identificado um factor existente no leite que exerce uma acção inibitória local e directa, sobre a síntese do leite; se o leite não é removido da mama, o factor inibidor faz com que as células deixem de produzir leite. Este facto oferece uma explicação para a involução unilateral de uma das mamas, apesar da acção bilateral da prolactina. A importante consequência clínica daqui resultante é a de que, se o esvaziamento da mama não for otimizado nos primeiros dias após o parto, a produção do leite será mantida a níveis muito baixos, comprometendo a lactação a longo prazo (Levy, 1994; Levy e Bértolo, 2002).

A composição do leite materno vai variando de acordo com o estágio da lactação. O colostro é o primeiro tipo de leite produzido e surge entre o 1º e 7º dia da lactação, convertendo-se gradualmente em leite de transição. As principais características definidoras do colostro baseiam-se na sua alta concentração de proteínas e de células imunitárias. A este tipo de leite segue-se a produção do chamado leite de transição, em maior abundância e cuja composição se modifica rapidamente dando lugar ao leite maduro, normalmente cerca de 15 dias após o início da lactação. A variação das taxas de lípidos presentes no leite materno desde o início até ao fim de cada mamada são responsáveis pelas reacções de satisfação que a criança apresenta no final do esvaziamento de cada seio (Dubos, 1999).

Os primeiros quinze dias após o parto revelam-se fundamentais para a amamentação ser bem sucedida pois é nesse período que se estabelece a lactação, além de ser um período de intensa aprendizagem para mãe e bebé.

A amamentação deve ser iniciada logo que possível, preferencialmente na primeira hora após o parto, assim que as condições da mãe e as da criança o permitirem; a sucção frequente e o esvaziamento das glândulas mamárias constituem o estímulo mais satisfatório para a produção do leite.

Deve ser encorajado o aleitamento em horário livre, ou seja, sempre que o bebé tiver fome, não se lhe devendo impor um horário rígido para ser amamentado. Este aspecto será facilitado pela adopção na maternidade do “rooming-in”, em que mãe e bebé partilham o mesmo espaço, ao contrário do que acontece quando o bebé é colocado no berçário. O tempo de duração de cada mamada também deverá ser flexível, de acordo com as necessidades do bebé, tendo em conta que é importante o esvaziamento total de cada mama para uma adequada produção de leite, além de que o leite do final da mamada é mais rico em lípidos (Levy, 1994; Giuglianni, 2000).

Uma boa técnica de amamentação é indispensável para o seu sucesso, uma vez que previne o trauma nos mamilos e garante a retirada efectiva do leite pela criança. O bebé deve ser amamentado numa posição que seja confortável para ele e para a mãe, que não interfira com a sua capacidade de pegar na mama de modo a ter uma sucção eficaz, assim como de deglutir e respirar livremente (Giuglianni, 2000).

Actualmente sabe-se que a técnica da amamentação é importante para a saída efectiva do leite e para prevenir dor e traumatismo dos mamilos. Ao contrário do que ocorre com os outros mamíferos, a amamentação da espécie humana não é um acto puramente instintivo. Mães e bebés necessitam de aprender a amamentar e a ser amamentados (Giuglianni, 2000).

A mãe deve estar relaxada e segurar o bebé completamente voltado para si. A boca da criança deve apanhar a maior parte da aréola e dos tecidos que estão sob ela de modo a proporcionar uma correcta saída do leite. O bebé que pega incorrectamente no peito é capaz de obter o chamado leite anterior, mas tem dificuldade de retirar o leite posterior, mais nutritivo e rico em gorduras. As mamadas ineficazes dificultam a manutenção da produção adequada de leite, e uma má estimulação do mamilo pode diminuir o reflexo da saída do leite, além de provocar traumatismos (Giuglianni, 2000).

As principais dificuldades e problemas habitualmente associados à prática do aleitamento materno podem-se dividir em precoces e tardias. As dificuldades precoces referem-se àquelas que podem surgir nas primeiras semana de amamentação, entre as quais podemos destacar (King, 1991; Giuglianni, 2000; Levy & Bértolo, 2002):

- Ingurgitamento mamário - resulta do aumento da vascularização e congestão vascular das mamas e da acumulação de leite. Pode atingir apenas a aréola, o corpo da mama ou ambos. O ingurgitamento discreto é normal e ocorre habitualmente por volta do 2º ou 3º dia, quando se dá a “subida do leite”. O ingurgitamento excessivo ocorre com mais frequência entre as primíparas e aspectos como leite em abundância, início tardio da amamentação, baixa frequência das mamadas, e sucção ineficaz favorecem o aparecimento do ingurgitamento. Quando a aréola está ingurgitada, a criança não consegue uma boa pega, o que pode ser doloroso para a mãe e frustrante para a criança, pois, nestas condições, há dificuldade para a saída do leite.
- Bloqueio dos ductos - o bloqueio dos ductos (canais que drenam o leite) ocorre quando o leite produzido numa determinada área da mama não flui adequadamente, verificando-se a obstrução destes canais. A mulher pode sentir um nódulo doloroso numa parte da mama, não acompanhado de febre. Alguns dos factores predisponentes podem ser a existência de pressão local, como um soutien apertado ou amamentação pouco frequente.
- Mastite – no caso de ingurgitamento mamário grave ou de um ducto bloqueado não for desobstruído, o tecido mamário poderá infectar. Quando isto acontece, parte da mama fica ruborizada, quente, tumefacta e dolorosa; acompanha-se de febre e mal-estar geral. É uma situação que exige intervenção clínica. O tratamento é conduzido com e esvaziamento suave e completo da mama comprometida, prevenindo, assim, o ingurgitamento e mantendo o suprimento do leite. A amamentação não deve ser interrompida. Nos casos em que ocorrer a formação de um abscesso está indicada a drenagem cirúrgica e, frequentemente, a interrupção temporária da amamentação no seio afectado. A amamentação pode continuar na mama não afectada.

▪ Mamilos dolorosos – no início do aleitamento materno, a mulher pode sentir uma discreta dor ou desconforto no início das mamadas, o que pode ser considerado normal. No entanto, mamilos muito dolorosos e gretados, apesar de ser um problema comum, não é normal. A causa mais frequente é uma má adaptação do bebé à mama materna (má pega), em que o bebé suga apenas o mamilo. A amamentação torna-se dolorosa, podendo levar a mãe a amamentar com menor frequência e por menos tempo; por outro lado, a criança que suga apenas o mamilo não consegue retirar leite suficiente, o que poderá levar à diminuição da produção de leite e ao consequente desmame.

Entre os problemas mais comuns que podem surgir após algumas semanas de vida da criança destacam-se:

- “Pouco leite” – uma das queixas mais comuns durante a amamentação é a de que o leite é pouco ou fraco. Algumas mães pensam que o seu leite é insuficiente porque o bebé chora mais do que o habitual, quer sugar com maior frequência, demora muito a mamar ou adormece durante as mamadas. Muitas vezes essa percepção é o reflexo da sua insegurança quanto à sua capacidade de alimentar o seu filho. A ansiedade que tal situação gera na mãe e na família pode ser transmitida à criança que reage com mais choro. O complemento com leites artificiais muitas vezes alivia a tensão materna e essa tranquilidade vai repercutir-se no comportamento da criança, que passa a chorar menos, reforçando a ideia de que realmente estava com fome. Factores como um horário rígido de aleitamento e não deixar o bebé esvaziar completamente a mama, podem influenciar negativamente. O melhor indicador da insuficiência ou não de leite é o ganho ponderal da criança; o número de micções e de dejeções diárias são indicadores indirectos do volume de leite ingerido.

- Choro do bebé – o comportamento dos recém-nascidos é muito variável e depende de diversos factores, desde características individuais do bebé até factores ambientais, incluindo os estados emocionais da mãe. Torna-se importante lembrar à mãe que cada bebé é único, respondendo de formas diferentes às diversas experiências. Algumas crianças choram mais do que outras, frustrando com frequência as expectativas maternas, causando ansiedade e tensão na mãe, o que pode repercutir-se em maior descontentamento e mais choro por parte do bebé.
- Regresso ao trabalho – voltar a trabalhar constitui, na maioria das vezes, um motivo de alguma ansiedade e preocupação. O regresso à actividade laboral é sentido para muitas mães como o final do aleitamento. Neste contexto torna-se muito importante todo o apoio que a mãe possa obter, quer de familiares, quer de técnicos de saúde, nomeadamente sobre as possibilidades de armazenamento do leite, sobre a possibilidade de amamentar antes e logo após o regresso do trabalho, etc.

A maior parte das mulheres não tem contra-indicações para o aleitamento. Efectivamente, contra-indicações definitivas do leite materno não são muito frequentes mas existem e relacionam-se a existência de doença grave da mãe, crónica ou debilitante, uso de drogas por parte desta, infecção materna pelo HIV, hepatite B, necessidade de medicamentos que são nocivos para o bebé e ainda doenças metabólicas raras da criança como a galactosémia e a fenilcetonúria.

As contra-indicações temporárias referem-se a algumas doenças infecciosas como a varicela e tuberculose não tratada. A mastite, por si só, não é uma contra-indicação da amamentação, mas em casos de abcesso mamário, pode ser necessária a suspensão temporária da amamentação no seio afectado.

Para a mãe que pode amamentar a decisão de amamentar é uma decisão pessoal. Cabe à mãe a opção de amamentar ou não o seu filho. Esta decisão é, no entanto, sujeita a muitas influências.

A questão de quando é tomada a decisão de amamentar é uma questão importante; os dados apontam para que a mãe tome esta decisão numa fase bastante precoce da gravidez, muitas vezes ainda antes da concepção, sendo que no final da gravidez cerca de três quartos das mulheres já decidiu como vai alimentar o seu bebé (Losch, Dungy, Russel, & Dusdieher, 1995; Lazzaro, Anderson & Auld, 1995).

A investigação nesta área tem mostrado que as crenças e as atitudes da mulher e da sua rede familiar e social mais próxima desempenham um papel importante no início e duração do aleitamento materno (Kelly, 1999; Scott, 1999); os processos de socialização parecem afectar de forma importante as atitudes face ao aleitamento materno, principalmente a influência das próprias mães e de outras mulheres próximas. De acordo com Levy (1994) o facto da mãe pertencer a uma classe socioeconómica elevada, ter um nível de escolaridade elevado, ter atitudes mais positivas acerca da amamentação e ter tido uma anterior experiência positiva, são factores que parecem influenciar positivamente a decisão de amamentar.

Apesar de muitas vezes a amamentação ser considerada um acto natural, é um facto que muitas mulheres necessitam de ajuda para começar a amamentar, principalmente se for o seu primeiro filho ou se forem muito jovens. Inúmeras precisam igualmente de apoio para continuara a amamentar, especialmente se trabalham ou de a criança chora muito.

As razões mais frequentemente citadas pelas mulheres para não amamentar são o facto de achar que tem pouco leite, o bebé não conseguir sugar, embaraço, medo da dor ou desconforto, limitações à sua liberdade e vida social e a crença de que o pai não pode ser envolvido no processo do aleitamento da criança (Losh et al, 1995; King, 1991). De acordo com Matthews (1998) alguns dos motivos que conduzem ao abandono precoce do aleitamento materno relacionam-se com a dificuldade da tarefa, com a percepção de insatisfação do bebé relacionada com quantidade insuficiente de leite ou “leite fraco” e a necessidade de regressar à actividade laboral.

A alteração do estatuto da mulher, nomeadamente no que se refere ao emprego, constituiu uma das modificações mais profundas que ocorreram nas sociedades industriais do pós-guerra, com importantes repercussões na esfera familiar, social e política.

O número de mulheres que exerce uma profissão tem vindo a crescer a nível mundial, estimando-se que em Portugal a taxa de actividade feminina se situe nos 43%, um valor muito aproximado da masculina, cerca de 56,6% (dados de 1997 do Instituto Nacional de Estatística, cit. por Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres-CIDM, 1998).

Com uma representatividade significativa no mundo laboral, as mulheres portuguesas continuam ainda a sofrer penalizações pelo facto de serem mães, não só no acesso ao emprego, como também nas remunerações e no progresso na carreira (Lopes, 1992). Portugal é actualmente dos países da União Europeia que possui o maior número de mães trabalhadoras e onde as mães trabalham mais horas.

A contratação discriminatória em função de uma maternidade potencial constitui ainda uma realidade presente para muitas mulheres, podendo ser a gravidez uma potencial fonte de desemprego.

Presentemente em Portugal a regulamentação do direito à maternidade e à paternidade tem por base Lei n.º 4/84, de 5 de Abril, republicada com todas as alterações pelo Decreto-Lei n.º 70/2000, de 4 de Maio, e diplomas regulamentares, Decretos-Lei n.ºs 77/2000, de 9 de Maio, e 230/2000, de 23 de Setembro, onde é estabelecida às mulheres uma licença por maternidade de 120 dias e o direito a ser dispensada em cada dia de trabalho por 2 períodos distintos de duração máxima de uma hora para amamentação, até o filho perfazer 1 ano.

Após o gozo da licença de maternidade, a maior parte das mulheres tem que fazer frente à tarefa de conciliar a sua vida profissional com as suas novas funções familiares. Para algumas mulheres, o regresso à actividade profissional é esperado ansiosamente, sentem-se seguras na sua identidade de trabalhadoras e recebem valorização pelo seu desempenho profissional.

Para outras, voltar a trabalhar é sentido como uma violentação, ficando apavoradas com a necessidade de regressar ao emprego e ter de deixar o seu filho com alguém, muitas vezes uma ama ou o infantário, sentindo que estão a ser “arrancadas” do seu papel mais importante.

A maioria das jovens mães encontra-se preocupada com o cansaço que poderão sentir, ao ter de trabalhar e tomar conta do bebé, inclusive durante a noite (Colman & Colman, 1994).

Apesar dos progressos políticos alcançados ao longo dos anos, as mulheres que se encontram no período de amamentação deparam-se hoje em dia com dificuldades acrescidas no que se refere ao desempenho desta responsabilidade, com evidentes limitações a nível laboral e falta de apoios e incentivos sociais ao aleitamento.

A Saúde, as Instituições e a Amamentação

Para aumentar os índices de amamentação e prevenir o desmame precoce entre a população infantil, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) lançaram em 1990 um conjunto de metas chamado "Declaração de Innocenti", com a finalidade de apoiar, proteger e promover o aleitamento materno, mobilizando profissionais de saúde e funcionários de hospitais e maternidades para realizar mudanças em rotinas e condutas.

Nesta declaração é preconizado que "Todas as mulheres devem estar habilitadas a praticar o aleitamento materno exclusivo e todos os bebês devem ser amamentados exclusivamente com leite materno desde o nascimento até os primeiros 4 e 6 meses de vida", chamando a atenção para o facto de que isto só é possível "Através de um processo de consciencialização e de apoio para que as mães possam alimentar as crianças dessa maneira", que passa pelo desenvolvimento de políticas e estratégias adequadas.

Um comunicado conjunto da OMS/UNICEF (Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebês) contempla a definição de dez medidas para o sucesso do aleitamento materno que deveriam ser implementadas nos serviços de saúde vocacionados para a assistência a grávidas e recém-nascidos (WHO/UNICEF, 1989), definindo objectivos que, a serem cumpridos, confeririam a esses mesmos serviços a categoria de "Hospital Amigo dos Bebês".

Esse conjunto de medidas foi denominado de "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno". Todos os estabelecimentos que oferecem serviços obstétricos e cuidados a recém-nascidos deveriam seguir os passos descritos na figura 1:

Figura 1: Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento.

- 1.** Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, a qual deve ser rotineiramente transmitida a toda equipa de saúde.
- 2.** Treinar toda a equipa de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
- 3.** Informar as grávidas sobre as vantagens do aleitamento materno e seus procedimentos.
- 4.** Ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o parto.
- 5.** Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
- 6.** Não dar aos recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico.
- 7.** Praticar o alojamento conjunto - permitir que mães e bebés permaneçam juntos 24 horas por dia.
- 8.** Encorajar o aleitamento em horário livre.
- 9.** Não dar chupetas nem bicos artificiais.
- 10.** Encorajar a formação de grupos de apoio ao aleitamento, para onde as mães devem ser encaminhadas, por ocasião da alta do hospital ou ambulatório.

No documento "Protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis" WHO/UNICEF (1989) são apresentadas várias directrizes para a intervenção nos serviços de saúde com o objectivo de aumentar a compreensão do papel crítico desempenhado pelos serviços de saúde na protecção e promoção do aleitamento e descrever o que deve ser efectuado para fornecer informações adequadas e apoio às mães.

Os cuidados prestados durante a gravidez podem desempenhar um papel importante na promoção do aleitamento, nomeadamente na sua influência sobre a decisão de amamentar e num aumento de conhecimentos sobre o aleitamento que se podem reflectir num aumento da duração. A promoção do aleitamento materno deve também fazer parte da rotina do atendimento pré-natal

São exemplos de algumas práticas a desenvolver no período pré-natal (WHO/UNICEF, 1989):

- Exame físico (com despiste de lesões mamárias).
- Informação sobre as vantagens do aleitamento materno e das desvantagens da introdução precoce de leites artificiais.
- Informação sobre a fisiologia da lactação, dos cuidados com os mamilos e da técnica da amamentação.
- Alerta para as dificuldades que podem surgir e ensino de como preveni-las e superá-las.
- Desmistificação de certos tabus (ex.: “leite fraco”).

O contacto precoce após o parto deve ser encorajado bem como o início da amamentação, pois contribuem para reforçar a relação afectiva mãe/bebé e estimular a secreção láctea. São preconizados o alojamento conjunto e o aleitamento em horário livre (WHO/UNICEF, 1989).

Apesar de estas serem as directrizes actuais e as práticas adoptadas na maioria dos hospitais e maternidades em Portugal, durante algum tempo, as rotinas hospitalares, nomeadamente a separação da mãe e bebé, com colocação dos bebés nos berçários, a crença na necessidade de amamentar num determinado horário e algum incentivo à utilização dos leites artificiais, foram factores facilitadores do aparecimento de dificuldades na amamentação e conseqüente desmame precoce.

As mães, após o primeiro parto podem estar inseguras quanto à sua capacidade de amamentar e a criança, embora possa sugar, pode não o conseguir fazer da forma mais adequada. O apoio nas primeiras mamadas pode ser determinante para o sucesso da amamentação, revestindo-se de particular importância a estimulação da confiança da mãe e a orientação da técnica do aleitamento materno. O reforço de informações acerca do que é o colostro e da sua importância, do fenómeno da subida do leite, do aumento da secreção láctea e da sucção do bebé se encontrarem intimamente relacionados, pode ser particularmente útil nesta primeira fase.~

Apesar do aleitamento materno ser considerado como natural em qualquer mulher, este é um processo comportamental aprendido, que requer incentivo e orientações adequadas. “A amamentação é uma arte feminina aprendida e transmitida de geração em geração, não um acto instintivo” Spallicci, et al. (1999).

No momento da alta da maternidade é importante que a mãe saia com confiança e esclarecida sobre o que deve fazer para amamentar com sucesso, principalmente se for inexperiente. Este é considerado um período “crítico”, onde surgem muitas vezes as maiores dificuldades e onde o apoio pode ser insuficiente (King, 1991).

O regresso à actividade laboral é sentido, para muitas mães como o final do aleitamento. É uma realidade presente, nomeadamente na nossa sociedade e com um número crescente de mulheres trabalhadoras, onde os apoios em termos sociais e políticos não oferecem por vezes, possibilidade às mães de continuar a amamentar. Neste contexto pode ser muito pertinente o aconselhamento sobre, por exemplo, as possibilidades de armazenamento do leite e formas possíveis de manter a amamentação.

Os profissionais de saúde, transmitindo confiança e orientação à mãe durante a gravidez e no início do aleitamento, podem ajudá-la a esclarecer as suas dúvidas, identificar obstáculos e a encontrar as soluções mais adequadas, e as possíveis, para manter o aleitamento durante o maior período de tempo possível.

A identificação de mulheres com preocupações especiais e a ajuda sobre problemas que podem afectar os planos de amamentação, podem auxiliar na resolução de diversas questões tais como:

- Dificuldades anteriores na amamentação.
- Necessidade de retorno precoce a actividades profissionais (orientação quanto ao armazenamento do leite em refrigeração).
- Dificuldades familiares e/ou emocionais.
- Cirurgias mamárias anteriores e/ou uso de próteses mamárias que não contra-indicam a amamentação.

O sucesso da amamentação depende, mais do que qualquer outra coisa, do bem-estar da mulher, de como se sente em relação a si própria e da sua situação de vida. Como é a sua situação de trabalho? Que pessoas mais próximas podem apoiá-la? Como é que se sente face à sua capacidade de produzir leite e mesmo de cuidar do bebé?, são exemplos de aspectos que devem estar presentes numa abordagem personalizada com vista à promoção da amamentação

Sobre as Atitudes...

Ao procuramos investigar o fenómeno do aleitamento materno através das atitudes dos profissionais que trabalham nesta área, torna-se necessário reflectir também sobre o próprio conceito de atitude.

O problema do conhecimento das atitudes dos indivíduos é uma questão importante quer a nível individual quer interpessoal e tem assumido dimensões crescentes na esfera social. Apesar das divergências que alguns aspectos deste conceito têm suscitado, o seu estudo continua a revestir-se de interesse para os investigadores em ciências sociais e humanas.

O termo atitude, derivado da palavra latina “*aptitudo*”, que significa a disposição natural para realizar determinadas tarefas, designava a posição corporal dos modelos dos pintores italianos do renascimento. Mediante uma determinada expressão corporal era expresso um sentimento, um desejo, recebendo a atitude uma significação que é susceptível de ser compreendida pelas outras pessoas. Mais tarde o termo entrou na linguagem corrente em referência, não tanto a uma postura corporal mas a uma “postura da mente”. Actualmente, quer no domínio público, quer na Psicologia as atitudes referem-se a estados mentais (Neto, 1998).

No âmbito da Psicologia experimental o termo atitude surge relativamente cedo, com os trabalhos de Külpe, estendendo-se posteriormente à psicologia social e tornando-se num dos seus maiores pólos de interesse.

O conceito de atitude pretende ser um mediador entre a forma de agir e de pensar dos indivíduos; as atitudes são consideradas como conceitos hipotéticos, não observáveis directamente mas sim inferidas, pressupondo-se que têm relação com os comportamentos.

As tentativas de definição das atitudes propostas na literatura são tão numerosas que quase todos os autores que investigaram este tema avançaram com a sua própria definição.

Allport (1935, cit. por Eagly & Chaiken, 1993) elaborou uma das primeiras definições de atitude, merecendo por isso a nossa atenção “uma atitude é um estado neural de prontidão, organizado através da experiência, exercendo uma influência directa ou dinâmica nas respostas individuais a todos os objectos e situações a que se referem” (Eagly e Chaiken, 1993, p.6)

Para Rosenberg & Hovland (1960, cit por Lima, 1993, p. 186) referem-se às atitudes como “predisposições para responder a determinada classe de estímulos com determinada classe de respostas”.

Mortmollin (1984, cit. por Lima, 1993, p. 186) considera as atitudes como uma “predisposição permanente de um indivíduo para agir em determinado sentido, em função de qualquer coisa”.

Na sua teoria da acção reflectida Ajzen & Fishbein (1980) desenvolveram o conceito de atitude definindo-o como a força das crenças relativas a um determinado objecto, pesado pela avaliação que o sujeito faz dessas mesmas crenças.

Por crença pode ser entendida a informação que um indivíduo possui acerca do objecto, em relação à qual é possível associar uma probabilidade de veracidade. As crenças podem ser definidas como “opiniões que se adoptam com fé e convicção” (Sociedade de Língua Portuguesa, 1989, p.534); no entanto para se adoptar uma opinião é necessário existir o objecto sobre o qual recai essa opinião e depois uma “atitude pessoal” para a adoptar. As atitudes seriam suportadas pelas crenças, que constituem a sua componente cognitiva e racional; através das crenças é possível encontrar os argumentos para a defesa da posição atitudinal, que é essencialmente afectiva (Lima, 1993).

Apesar das diferentes posições face ao conceito de atitude, é possível, no entanto, encontrar alguns pontos em comum (Lima, 1993):

- As atitudes referem-se a experiências subjectivas; traduzem o posicionamento do indivíduo ou de um grupo, construído a partir da sua história, com um carácter aprendido.

- As atitudes referem-se sempre a um objecto, existe sempre uma atitude face a algo, está implícito um “objecto de atitude”.
- As atitudes incluem sempre uma dimensão avaliativa; a par de factores cognitivos, comportamentais ou outros está sempre presente uma dimensão afectivo-avaliativa, expressa pela positiva ou pela negativa, traduzindo uma posição face a um determinado objecto social.
- As atitudes são fruto da interacção social, de processos de identificação, comparação e diferenciação sociais, que permitem aos indivíduos situar a sua posição face à de outros num determinado contexto temporal.

Parece ser consensual que o atributo característico das atitudes é a sua natureza avaliativa. As atitudes podem ser consideradas como uma disposição para responder de forma favorável ou desfavorável face a um objecto, pessoa, instituição, acontecimento (Ajzen, 1988).

A multiplicidade de definições de atitudes deixa transparecer a dificuldade com que os diversos autores se têm deparado ao longo dos anos, constituindo um reflexo de que este conceito é uma realidade psicossocial ambígua e difícil de apreender.

Também na construção de modelos teóricos das atitudes assistimos a esta multiplicidade, pelo que faremos referência apenas a dois dos modelos que mais têm chamado a atenção dos investigadores.

Uma das abordagens tradicionais é o designado modelo tripartido clássico, proposto por Rosenberg e Hovland (1960, cit. por Lima, 1993), onde a atitude é considerada uma disposição para responder a um determinado tipo de estímulos com um determinado tipo de respostas: afectivas, cognitivas e comportamentais.

Os autores assumem a atitude como um construto multidimensional, em que cada categoria de resposta reflecte uma componente diferente das atitudes, resultando a atitude da organização destes três componentes: afectiva, cognitiva e comportamental.

A componente afectiva de uma atitude diz respeito aos sentimentos e às respostas fisiológicas que acompanham uma atitude. A componente cognitiva refere-se às crenças e opiniões através das quais a atitude é expressa e por último a componente comportamental diz respeito ao processo mental e físico que prepara o indivíduo para agir de determinada maneira (Neto, 2000).

Uma outra perspectiva teórica considera as atitudes como unidimensionais, ou seja, uma atitude representa a resposta avaliativa (afecto), favorável ou desfavorável, em relação ao objecto de atitude.

Eagly e Chaiken (1993) efectuaram uma revisão de literatura sobre o tema, tentando sintetizar as principais abordagens das atitudes. Para estes autores a atitude é considerada uma tendência psicológica que é expressa pela avaliação de uma entidade particular num determinado grau de concordância ou discordância.

De acordo com os mesmos autores, a tendência psicológica refere-se a um estado que é interno ao indivíduo e a avaliação diz respeito às várias classes de respostas avaliativas, sejam elas afectivas, cognitivas ou comportamentais, manifestas ou latentes.

Considerando a atitude enquanto realidade psicológica, ela pode ser encarada, segundo Neto (1998), como uma entidade que tem um começo e um termo, ressaltando deste *continuum* quatro características: a direcção, a intensidade, a dimensão e a acessibilidade.

A direcção designa o nível positivo ou negativo do objecto de atitude, oscilando as diferentes posições dos sujeitos entre dois extremos (favorável ou desfavorável). A intensidade da atitude é expressa pela força da atracção ou da repulsa em relação ao objecto. A dimensão permite-nos apreender se se trata de uma atitude que abarca um objecto complexo e que não está bem definido.

Assim, uma atitude pode ser unidimensional, se abarca um só domínio da actividade comportamental ou multidimensional se abrange vários domínios. A acessibilidade refere-se à solidez da associação entre o objecto de atitude e a sua avaliação afectiva.

De realçar que uma avaliação é sempre efectuada relativamente a algo, entidade ou coisa, que constitui o objecto da avaliação. Esta entidade produz o estímulo que por sua vez conduzirá às respostas avaliativas vistas como resultantes de uma atitude; entidades que são avaliadas são conhecidas como objectos de uma atitude.

Teoricamente qualquer coisa que seja discriminável pode tornar-se foco de avaliação e conseqüentemente funcionar como um objecto de atitude. Os objectos das atitudes podem, pois, ser abstractos ou concretos, ser entidades particulares ou classes, comportamentos ou classes de comportamentos.

Tendo em conta que as atitudes são um construto teórico inacessível à observação directa, têm de ser inferidas a partir de respostas mensuráveis. Dada a natureza deste construto, estas respostas devem reflectir avaliações positivas ou negativas em relação ao objecto atitudinal.

Com base neste pressuposto, os tipos de resposta a considerar são praticamente ilimitados; numa tentativa de simplificação, estas respostas têm sido categorizadas em vários subgrupos: cognitivas, afectivas e comportamentais (Ajzen, 1988; Eagly & Chaiken, 1993).

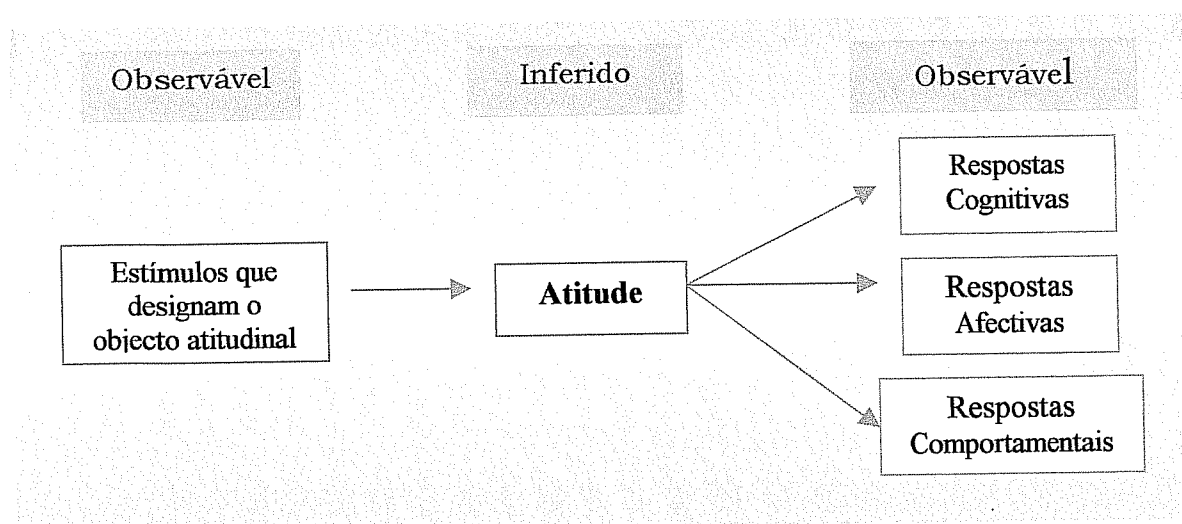


Figura 2: Atitude como um estado inferido, com as respostas avaliativas divididas em três classes (cognitivas, afectivas e comportamentais) (Eagly & Chaiken, 1993, p.10).

Apesar da multiplicidade de conceitos relativamente às atitudes, parece ser consensual a existência destes três tipos de respostas mensuráveis das atitudes.

Ajzen (1988) sinteriza da seguinte forma estas três categorias de resposta:

Figura 3: Respostas utilizadas para inferir atitudes (Ajzen, 1988, p.5).

Tipos de resposta	Categorias de resposta		
	Cognitivas	Afectivas	Comportamentais
Verbal	Expressão de crenças acerca do objecto atitudinal	Expressão de sentimentos acerca do objecto atitudinal	Expressão de intenções comportamentais acerca do objecto atitudinal
Não verbal	Reacções perceptivas para com o objecto atitudinal	Reacções fisiológicas para com o objecto atitudinal	Comportamentos abertos para com o objecto atitudinal

As respostas avaliativas de tipo cognitivo reflectem percepções do objecto atitudinal e informação acerca dele (Ajzen, 1988). Referem-se a pensamentos ou ideias que o indivíduo possui em relação ao objecto de atitude. Estes pensamentos são habitualmente conceptualizados como crenças, sendo as crenças entendidas como associações que o sujeito estabelece entre o objecto de atitude e vários atributos.

Incluem respostas encobertas, que ocorrem quando estas associações são inferidas ou percebidas e respostas explícitas da exposição verbal das crenças individuais (Fishbein & Ajzen, 1975, cit. por Eagly & Chaiken, 1993). Os atributos associados ao objecto de atitude expressam avaliações positivas ou negativas e podem situar-se num continuum de avaliação em qualquer posição, desde o extremamente positivo ao extremamente negativo, incluindo uma posição neutra.

De uma forma geral os indivíduos que avaliam um objecto de atitude favoravelmente tendem a associá-lo mais a atributos positivos e menos a atributos negativos, verificando-se o inverso quando a avaliação é desfavorável (Eagly & Chaiken, 1993).

A segunda categoria de respostas diz respeito a respostas afectivas, relacionadas com sentimentos, emoções, face ao objecto atitudinal. Tem a ver com o sentimento de agrado ou desagrado, experimentado pelo indivíduo face ao objecto da atitude. Aqui pode-se detectar a emoção do sujeito, que pode ser positiva ou negativa e mais ou menos intensa. Também nesta categoria as respostas podem variar do extremamente positivo ao extremamente negativo e igualmente localizar-se numa posição central. Expressões faciais, reacções fisiológicas como o ritmo cardíaco, dimensão pupilar e contracções musculares são assumidas como um reflexo afectivo numa forma não verbal.

As respostas de natureza comportamental referem-se a tendências comportamentais, intenções e acções respeitantes ao objecto de atitude. São consideradas respostas que reflectem aquilo que os indivíduos dizem que fazem, o que planeiam fazer e o que fazem ou fariam em determinadas circunstâncias (Ajzen, 1988). Também elas podem oscilar do extremamente positivo ao extremamente negativo e igualmente localizar-se numa posição central, sendo que os sujeitos que avaliam de forma favorável o objecto de atitude desenvolvem comportamentos que o facilitam ou apoiam e os que avaliam desfavoravelmente, desenvolvem comportamentos de oposição ou negligência.

A conceptualização que os autores fazem das atitudes também exerce influência sobre o modo como abordam a sua formação.

Em relação à formação das atitudes foi possível encontrar perspectivas distintas, que realçam diferentes aspectos: uma centrada nos processos cognitivos, relacionada com a aquisição de crenças, outra alicerçada num processo afectivo sem necessidade de um suporte racional e ainda uma outra que realça os aspectos comportamentais.

Consonante com a ideia que as respostas atitudinais podem ser divididas em três classes (cognitivas, afectivas e comportamentais) é igualmente assumido que possuem três tipos diferentes de antecedentes. O pressuposto que as atitudes se formam a partir de processos cognitivos, afectivos e comportamentais tem sido proposto em numerosas discussões acerca das atitudes (Breckler, 1984; Greenwald, 1968; Triandis, 1971; Zanna & Rempel, 1988; cit. por Eagly & Chaiken, 1993).

A primeira abordagem, seguindo uma orientação teórica cognitivista, realça que é a informação que temos disponível sobre um objecto que define as atitudes. É assumido que as atitudes derivam de um processo de aprendizagem cognitiva que ocorre quando a pessoa adquire informação acerca do objecto atitudinal e em seguida constrói crenças. Esta informação pode ser obtida através da experiência directa com os objectos atitudinais ou através da experiência indirecta (Eagly & Chaiken, 1993).

Neste contexto a teoria da acção reflectida (Ajzen & Fishbein, 1980) considera exactamente que as atitudes são resultantes do trabalho cognitivo de avaliação das crenças, crenças estas que podem ter origem em informação obtida directamente (através da experiência pessoal) ou indirectamente (através da interacção com outros).

Outras perspectivas teóricas relacionam a formação das atitudes com experiências emocionais ou afectivas. Uma das primeiras manifestações da ideia que a formação das atitudes consiste num processo afectivo surgiu nos trabalhos de Staats e Staats (1958, cit por Eagly & Chaiken, 1993), que ilustra o uso dos princípios básicos do condicionamento clássico para desenvolver um modelo de formação da atitude. De acordo com esta perspectiva, a atitude é considerada um produto da combinação entre um objecto atitudinal (o estímulo condicionado) e um estímulo que provoca uma resposta afectiva (estímulo não condicionado). Como resultado da associação repetida, o objecto atitudinal faz emergir uma resposta afectiva e conseqüentemente forma-se a atitude.

Também Zajonc (1968, cit. por Lima, 1993) propõe o “efeito da mera exposição” para descrever o facto da exposição repetida a um estímulo melhorar a atitude do indivíduo a esse estímulo pelo aparecimento de sentimentos positivos face a um objecto inicialmente neutro. De acordo com esta perspectiva não ocorre uma modificação das crenças relativamente ao objecto mas sim uma mudança no posicionamento do sujeito face ao objecto.

A ideia de que as avaliações também podem ser baseadas em respostas comportamentais foi um aspecto central nas investigações desenvolvidas por Bem (1972, cit. por Eagly & Chaiken, 1993) que defendeu que as atitudes derivam do comportamento passado.

De acordo com esta perspectiva, as pessoas tendem a inferir atitudes que são consistentes com o seu comportamento anterior. O autor sublinha que as pessoas têm em conta as condições sob as quais desenvolveram determinados comportamentos, nomeadamente se o comportamento foi ou não influenciado por factores externos.

Paralelamente, também os seguidores das teorias da aprendizagem descreveram as atitudes como sendo derivadas de respostas comportamentais, quer através dos princípios do condicionamento clássico, do condicionamento operante e da aprendizagem social.

A aprovação social pode funcionar como um reforço para determinadas atitudes, aumentando ou não a sua expressão futura. Bandura (1977, cit. por Neto, 1998) mostrou que muitas vezes aprendemos novas atitudes observando e tentando imitar o comportamento de modelos. Os pais, a escola, os *mass media* são modelos que podem afectar a formação de atitudes.

As nossas atitudes podem ser resultantes das nossas experiências de vida e ser influenciadas pelas pessoas que desempenham papéis significativos na nossa vida bem como pelo modo como processamos a informação acerca do mundo que nos rodeia (Neto, 1998).

Autores como Eagly e Chaiken (1993) defendem que as atitudes se podem formar a partir exclusivamente de um destes três processos (cognitivo, afectivo e comportamental), não sendo necessária a sua presença em simultâneo.

Uma outra forma de se obter uma compreensão mais aprofundada das atitudes relaciona-se com a resposta à questão “Para que servem as atitudes?”

Têm sido desenvolvidas diversas teorias, cada uma salientando um tipo de funções das atitudes: funções motivacionais, funções cognitivas, funções sociais e funções de orientação para a acção.

Funções motivacionais:

As primeiras abordagens tiveram origem em autores de orientação psicanalítica como Katz (1960, cit. Por Lima, 1993) que pretenderam evidenciar a importância do estudo das atitudes no contexto das funções que têm para o indivíduo que as professa. Katz (1960, cit. Por Lima, 1993) na sua perspectiva funcionalista, considera que as razões que levam as pessoas a manter as suas atitudes encontram-se ao nível das motivações psicológicas e não ao nível de factores externos.

Katz (1960, cit. por Eagly & Chaiken, 1993) salienta que uma das funções das atitudes é a de organizar e simplificar as experiências das pessoas, a que chamou de “funções de conhecimento”. O mesmo autor propôs ainda mais três funções específicas das atitudes: funções de ajustamento ou utilitárias, funções de defesa do ego e funções expressivas.

As primeiras relacionavam-se com uma avaliação de custos/benefícios da atitude, optando o indivíduo pela atitude que possibilitasse um melhor ajustamento social, maximizando as recompensas sociais e minimizando as punições. Presume-se uma tendência para as pessoas formarem atitudes favoráveis sobre estímulos associados à satisfação de necessidades e atitudes desfavoráveis acerca de estímulos associados a punições.

As funções de defesa do ego permitiriam às pessoas protegerem-se contra as suas próprias realidades desagradáveis, derivando essa função das ideias psicanalíticas acerca dos mecanismos de defesa.

As funções expressivas prendem-se com a utilização das atitudes enquanto forma de transmitir os valores ou a identidade do sujeito, possibilitando a protecção contra conflitos internos e externos e a preservação da sua auto-imagem. A teorização sobre estas funções deriva das teorias da personalidade (Katz, 1960, cit. por Eagly & Chaiken, 1993).

Funções cognitivas:

Autores mais recentes têm salientado as funções cognitivas das atitudes, relacionadas com a forma como as atitudes influenciam o modo como é processada a informação. Estas abordagens suportaram-se nos estudos cognitivistas da década de 50 e, partindo de pressupostos motivacionais, procuraram apontar a importância de determinados princípios gerais na forma como se organiza a cognição humana, nomeadamente as atitudes (Lima, 1993).

Um destes princípios, o “princípio da redução da dissonância cognitiva”, foi definido por Festinger (1957, cit. por Lima, 1993) para explicar a necessidade dos indivíduos encontrarem consonância entre as diversas cognições que têm a respeito de um mesmo objecto.

Este princípio postula que um estado de dissonância cognitiva (existência simultânea de cognições que não se ajustam entre si) é psicologicamente desagradável, constituindo uma motivação no sentido da redução ou da eliminação da dissonância.

A redução da dissonância é uma actividade cognitiva que consiste no aumento do número ou da importância das cognições consonantes e/ou na diminuição do número ou da importância das cognições dissonantes.

Desta forma, o processo de redução da dissonância constitui um exemplo de como as atitudes influenciam o processamento da informação através da procura activa de informação relativamente ao objecto de atitude (Lima, 1993).

Um outro princípio o “princípio do equilíbrio” apresentado por Heider (1958, (1957, cit. por Lima, 1993) para definir o princípio organizador do “ambiente subjectivo” do indivíduo, ou seja, a forma como ele percepção o ambiente em que vive.

Na descrição deste ambiente subjectivo são utilizados os conceitos de *indivíduo*, que percepção e que constrói o ambiente subjectivo e activamente procura dar sentido ao que o rodeia, o de *entidade*, a pessoa ou o objecto físico ou social existente no meio que envolve o sujeito, e o de *relação*, considerada como o sentimento positivo ou negativo que une duas pessoas ou uma pessoa e um objecto.

Assim, o ambiente subjectivo é descrito como um conjunto de entidades e das suas relações, tal como são percebidos por um indivíduo. Cada situação poderá ser definida graficamente em termos de tríades, situando as relações percebidas pelo indivíduo entre si próprio e duas entidades.

As situações podem ser equilibradas ou desequilibradas, sendo definido um estado equilibrado como “um estado harmonioso em que as entidades que estão na situação e os seus sentimentos se ajustam sem tensão” (Heider, p. 205, cit. por Lima, 1993). É postulado que as situações equilibradas são preferidas a situações desequilibradas por serem *gestalts* perceptivas e por evitarem a tensão.

Estas duas teorias permitem-nos suportar o facto que as atitudes ajudam a estruturar a informação com que o indivíduo se depara no dia-a-dia, desempenhando um papel de organização da percepção do mundo que o rodeia. Permitem, através do processo cognitivo de categorização, uma sinalização do mundo circundante em termos de dimensões avaliativas, facilitando ainda a procura activa de informação que apoie a posição escolhida (Lima, 1993).

Funções sociais:

O facto de as atitudes se referirem a experiências subjectivas não implica a sua abordagem como uma variável individual ou idiossincrática. A investigação no âmbito da psicologia social tem demonstrado a influência da posição dos outros na formação de opiniões. Neste sentido, as atitudes podem ser vistas como um posicionamento face a um estímulo ambíguo e, nesta perspectiva, sobressai o seu carácter eminentemente social, tanto no processo de apropriação das atitudes sociais ao nível individual, como nas funções que desempenham.

As funções sociais das atitudes salientam-se particularmente nos domínios da identificação grupal e da diferenciação intergrupal. A formação das atitudes pode desempenhar um papel importante na construção e preservação das identidades grupais e na integração dos indivíduos nos grupos sociais. As atitudes devem ser também enquadradas nos processos mais gerais de dinâmica das relações entre os diversos grupos sociais.

Verificamos pois, que as atitudes têm uma base importante de construção social e grupal e que há regularidades importantes nas atitudes manifestadas por membros do mesmo grupo social. As atitudes podem funcionar como elementos distintivos de um determinado grupo social. Além disso, e numa perspectiva construtivista, enquanto sistemas de crenças e opiniões socialmente construídas e partilhadas podem ser encaradas como concretizações e parcializações de representações sociais mais globais (Lima, 1993).

Funções de orientação para a acção:

As funções das atitudes descritas até aqui situam-se numa perspectiva compreensiva e descritiva mas não respondem ainda à questão fundamental de saber como é que as atitudes se relacionam com a forma como as pessoas reagem, se se pode prever o comportamento se conhecermos as atitudes de um indivíduo?

O interesse no estudo das atitudes esteve, em grande parte motivado pela possibilidade de se poder prever o comportamento a partir delas. Durante anos a investigação procurou encontrar uma relação entre as atitudes e a forma como as pessoas reagem, saber se é possível prever o comportamento de um indivíduo se conhecermos as suas atitudes.

Vários foram os investigadores que se dedicaram ao estudo da consistência entre as atitudes e o comportamento, tendo sido desenvolvidas diversas teorias. Um dos aspectos onde tem recaído a sua atenção foram as condições em que atitude e comportamento são mais ou menos consistentes, tendo identificado alguns factores como a experiência directa, factores pessoais e situacionais e diferenças individuais (Neto, 1998).

Podemos salientar alguns desses factores, sendo que a experiência directa parece contribuir para aumentar a consistência atitude/comportamento (Fazio et al, 1986; Fazio, 1989, cit. por Neto, 1998).

Um segundo aspecto relaciona-se com a pertinência pessoal, isto é, se os acontecimentos em questão tiverem um forte efeito na própria vida do indivíduo, aumenta a consistência entre atitude/comportamento. Esta relação também pode estar condicionada pelo modo como é esperado que nos comportemos em determinadas situações sociais.

Constatamos que a relação entre atitude e comportamento tem sido controversa, surgindo dificuldades em encontrar relações significativas principalmente entre atitudes muito gerais e comportamentos mais específicos (Eagly & Chaiken, 1993).

Fishbein e Ajzen (1975) admitem que as atitudes são factores determinantes na previsão do comportamento mas realçam a existência de atitudes gerais face a um objecto e atitudes específicas face a um comportamento relacionado com o objecto atitudinal.

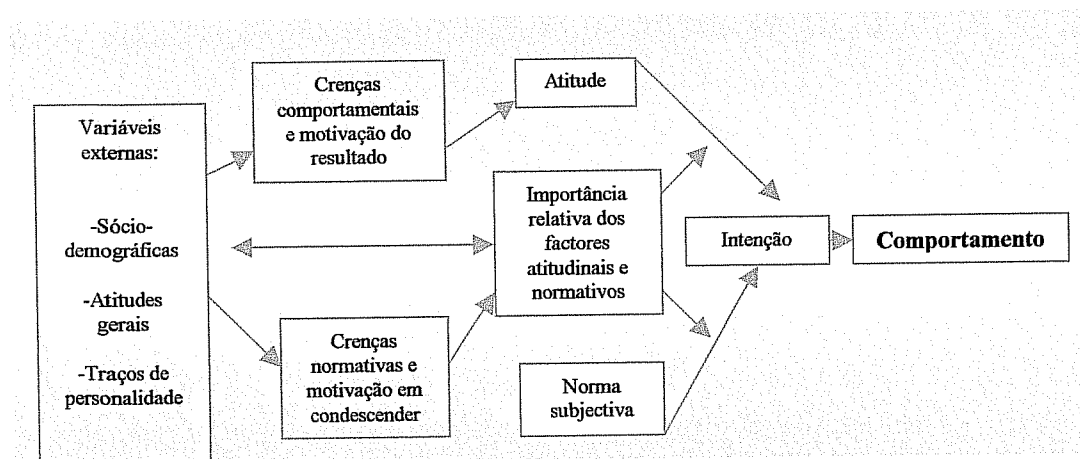
O segundo grupo de atitudes desempenharia um papel importante na previsão do comportamento enquanto que as primeiras só exerceriam uma influência indirecta. Segundo os mesmos autores o comportamento é considerado como uma escolha, sendo o melhor preditor do comportamento a intenção comportamental.

Na sua teoria da acção reflectida, o comportamento é considerado uma escolha, uma opção ponderada entre várias alternativas, sendo o melhor preditor do comportamento a intenção comportamental.

Esta teoria procura descrever as relações entre crenças, atitudes e comportamento, definindo que as crenças influenciam as atitudes em relação a um comportamento específico e as normas subjectivas (entendida como a percepção que o indivíduo tem acerca da forma como os outros pretendem que ele haja numa situação, pressões grupais e inter-pessoais). Estes componentes influenciam as intenções comportamentais (predisposições face à realização de um comportamento específico), que por sua vez influenciam o comportamento (Neto, 1988).

Certas variáveis externas também podem influenciar a intenção comportamental, mas de modo indirecto, por meio de outras componentes do modelo; entre elas encontramos os traços de personalidade, dados sócio-demográficos e atitudes gerais. O modelo inclui ainda uma variável intermédia, referente ao peso relativo das atitudes e das normas na definição da intenção comportamental (Lima, 1993).

Figura 4: Modelo da acção reflectida (adaptado de Ajzen & Fishbein, 1975, cit. por Neto, 1998).



Ao longo do tempo têm sido encontradas algumas insuficiências neste modelo, nomeadamente “o facto de ignorar a importância do comportamento anterior do sujeito, da formação das atitudes e do envolvimento pessoal do sujeito com o objecto de atitude” (Lima, 1993).

Em 1985, Ajzen (1985) propõe a teoria do comportamento planeado que acrescenta uma variável preditora ao modelo da acção reflectida. Esta é denominada de controlo comportamental percebido e é determinado pelas experiências passadas de um indivíduo e pelas crenças sobre como é susceptível de ser fácil ou difícil a realização do comportamento. Desta forma, quanto mais a atitude e a norma subjectiva forem favoráveis a um comportamento e maior a impressão de controlo sobre esse comportamento, mais forte será a intenção comportamental.

Os Profissionais de Saúde e o Aleitamento Materno - Que atitudes?

O início e manutenção do aleitamento materno encontram-se relacionados com factores de ordem física, psicológica e social, encontrando-se os profissionais de saúde que prestam cuidados materno-infantis numa posição privilegiada para apoiar as mães ao longo de todo este processo.

Estamos a assistir a alguma deslocação da tradicional transmissão de conhecimentos de mãe para filha para um papel cada vez mais relevante dos técnicos de saúde, que parecem ser a principal fonte de informação, principalmente nas mulheres mais jovens (Sharron et al, 1998). Mulheres primíparas, sem modelos familiares de aleitamento, podem estar particularmente dependentes da atenção e do apoio dos profissionais.

Neste contexto, o interesse no estudo das atitudes face à amamentação esteve, em grande parte motivado pela possibilidade de se poder prever o comportamento a partir delas. Apesar de durante anos a investigação ter procurado encontrar uma relação entre as atitudes e a forma como as pessoas reagem, esta continua ainda a ser algo controversa, principalmente quando se tenta avaliar atitudes muito gerais face a comportamentos específicos (Ajzen, 1988; Eagly & Chaiken 1992). Ajzen e Fishbein (1980) admitem que as atitudes são factores determinantes na previsão do comportamento mas realçam que apenas as atitudes específicas desempenhariam um papel importante na previsão do comportamento.

A investigação nesta área tem reconhecido que as atitudes dos técnicos de saúde exercem influência na decisão de amamentar (Jones et al, 1977; Losh et al, 1995, Kistin, et al.,1990; Reiff & Essock-Vitale, 1985; Barnett et al, 1995) .

Lawrence (1982) num estudo com 1386 profissionais de saúde que incluía pediatras, obstetras, médicos de família e enfermeiros procurou investigar as suas práticas e atitudes relativamente ao aleitamento materno tendo constatado que o aleitamento materno é incentivado pela maior parte destes técnicos (com variações entre os 72% para os obstetras e 92% para os pediatras).

A autora salienta que, apesar deste resultado, uma percentagem de cerca de 34% não inicia a abordagem deste tema com as mães. A maior parte dos médicos e enfermeiros inquiridos neste estudo considera muito importantes alguns dos aspectos considerados como benefícios da amamentação, como o facto de ser “natural”, um maior “bem-estar emocional” e o valor nutricional e imunológico do leite materno. Verificou que a maior parte também reconhece como sendo um motivo muito importante para o abandono precoce o facto da mãe ter de regressar ao trabalho ou à escola.

Relativamente ao papel dos vários técnicos, a maior parte dos pediatras partilha da opinião que a promoção e o apoio relativos à amamentação deve ser da responsabilidade do pediatra, enquanto que os médicos de família consideram que esta deve ser do médico que segue a mãe. Este aspecto de alguma confusão face às responsabilidades dos vários grupos profissionais foi igualmente encontrado no estudo de Howard et al,(1997, cit. por Sharron et al., 1998).

Os resultados do estudo de Lowe (1990) que pretendeu investigar os conhecimentos e as atitudes de 300 profissionais de saúde de uma comunidade rural australiana, demonstraram também uma concordância generalizada em relação aos benefícios do aleitamento materno.

Constataram a existência de um declínio nos conhecimentos com o aumento da idade nestes profissionais, reflectindo o autor sobre a necessidade de investir na sua formação contínua. Verificaram ainda que os sujeitos que tinham tido experiências pessoais positivas de amamentação apresentavam atitudes mais positivas.

O instrumento utilizado foi um questionário composto por questões que pretendiam estudar as atitudes e por questões para avaliar os conhecimentos sobre a amamentação (incluía conhecimentos sobre fisiologia, epidemiologia, técnica da amamentação, resolução de problemas e emoções maternas). A fidelidade do questionário foi avaliada através do Coeficiente R Pearson cujo valor (0,96 para $p < 0,05$) confirmou a sua boa consistência interna. A estabilidade temporal foi avaliada pelo teste-reteste, sendo o questionário final composto por 4 questões de atitudes e 35 questões de conhecimentos.

Barnett et al, (1995) reforçaram que atitudes negativas e crenças desadequadas dos profissionais face ao aleitamento materno podem influenciar o apoio e o incentivo que estes podem oferecer às mulheres grávidas e às mães.

Com o objectivo de estudar as crenças de uma amostra de 2209 profissionais de saúde face à amamentação, os mesmos autores (Barnett et al, 1995) desenvolveram uma investigação onde incluíram enfermeiros, médicos de várias especialidades, nutricionistas e “educadores de saúde”. As crenças foram avaliadas através de uma escala com 10 afirmações perante as quais os sujeitos respondiam numa escala de tipo Likert. Os temas incluídos relacionavam-se com: benefícios para a saúde do bebé, suplementos lácteos, idade da mãe, baixo grau de formação da mãe, mãe fumadora, compatibilidade com a situação profissional, relação emocional mãe/bebé.

Constataram que apesar da maioria possuir crenças positivas, os pediatras e nutricionistas apresentavam crenças mais positivas do que os enfermeiros. Os sujeitos que apresentavam as crenças mais negativas aconselhavam o abandono total da amamentação antes dos 9 meses de idade. Encontraram ainda uma relação positiva entre a experiência pessoal de aleitamento e crenças mais positivas. Entre os enfermeiros, o ambiente de trabalho e as rotinas hospitalares relacionaram-se com as crenças acerca da amamentação. Apesar da existência de crenças positivas sobre o aleitamento materno, os autores reforçam a necessidade de programas de formação específica nesta área e implementação de directrizes institucionais que promovam o aleitamento materno.

A investigação nesta área tem contribuído para demonstrar que as atitudes dos técnicos de saúde exercem influência na decisão das mães de amamentar (Kistin et al, 1990; Reiff. & Essock-Vitale, 1985).

Lazzaro et al. (1995) reforçam que a influência dos profissionais de saúde é mais notória antes da mulher já ter tomado uma decisão definitiva em relação à amamentação. Esta é feita, na maior parte das vezes, muito precocemente, antes mesmo da concepção ou durante o primeiro trimestre da gravidez, o que leva a que os técnicos necessitem de discutir o assunto durante estes períodos. Para os autores, a transmissão de informação adequada e consistente durante a gravidez e uma abordagem directa das eventuais dificuldades após o nascimento são aspectos fundamentais na prática clínica. A compreensão das atitudes destes técnicos torna-se importante para melhorar o seu apoio.

Estes autores desenvolveram uma investigação no estado do Colorado (EUA), onde pretenderam estudar as atitudes de 151 profissionais de saúde que acompanhavam mulheres durante a gravidez e puerpério. Dos resultados do seu estudo sobressai o seguinte:

- A maior parte recomenda o aleitamento materno a uma mulher que ainda não tomou uma decisão quanto à forma de alimentar o seu bebé (valores de 77%).
- Quando se trata de uma mulher que já se decidiu pela alimentação artificial, os resultados descem, oscilando entre os 7% nas enfermeiras que trabalham em hospitais e o 60% para os nutricionistas (diferenças significativas para $p < 0.001$).
- Uma pequena minoria das enfermeiras que trabalham em hospitais discute o aleitamento materno durante o primeiro trimestre da gravidez (7%, N=33).
- Uma percentagem superior a 50% em todas as categorias profissionais referiu recomendar a utilização de leites artificiais como complemento.
- O regresso da mãe à actividade profissional foi considerado como o factor que mais influencia o abandono precoce da amamentação.

Os autores recomendam como medidas para aumentar a prevalência do aleitamento materno, a educação pré-natal, a participação em grupos de apoio e a promoção da amamentação nos meios de comunicação social.

Patton, Beaman, Csar e Lewinski (1996) chamam a atenção para o facto de que nos últimos anos se tem assistido a um crescente investimento por parte das organizações de saúde no aleitamento materno, numa tentativa de colmatar o decréscimo ocorrido na década de setenta. Num contributo para aprofundar esta temática, os autores realizaram um estudo numa amostra de 230 enfermeiros, cujos objectivos eram investigar as suas atitudes face ao aleitamento materno e como é fornecido o apoio às mães após a saída da maternidade.

O instrumento utilizado foi um questionário desenvolvido por Lewinski (1992, cit. por Patton et al., 1996) composto por 19 questões distribuídas por uma parte referente a atitudes e comportamentos relacionados com o papel dos enfermeiros na promoção aleitamento materno e outra relacionada com os obstáculos percebidos em relação ao início e manutenção do aleitamento materno. Os principais resultados obtidos nesta investigação foram os seguintes ($p < 0,05$):

- 64% da amostra mostrou-se muito interessada em ajudar as mulheres a amamentar.
- As principais dificuldades sentidas pelos enfermeiros em fornecer apoio às mulheres encontravam-se relacionadas com uma curta permanência destas na maternidade, staff reduzido e outras tarefas prioritárias.
- Consideraram que os principais obstáculos ao aleitamento materno eram um deficit de conhecimentos da mãe e um fraco suporte psicossocial.
- O grau de formação em enfermagem correlacionou-se positivamente com o apoio activo à amamentação ($p=0,024$) e com a experiência pessoal de amamentação ($p=0,02$). Estes dados suportam a ideia que os técnicos com mais formação têm mais conhecimentos acerca da amamentação e que se torna necessário um investimento no apoio e formação contínuos.

Considerando que a investigação sobre as práticas e atitudes dos profissionais em relação ao aleitamento materno tem ainda uma dimensão reduzida, Reiff e Essock-Vitale (1985) propuseram-se a desenvolver um estudo em que avaliaram paralelamente as atitudes e práticas profissionais relativas ao aleitamento (natural/artificial) e a percepção das mães face às suas próprias experiências hospitalares após o parto.

A amostra de profissionais de saúde era constituída por 50 enfermeiros aos quais foi aplicado um questionário de auto-preenchimento composto por 25 itens que pretendia avaliar as suas atitudes em relação ao aleitamento artificial e natural, como se sentiam em relação ao aconselhamento da amamentação e qual o conteúdo desse aconselhamento. Os resultados demonstraram que a maioria dos sujeitos era a favor do aleitamento materno, considerando que é a melhor forma de alimentar um bebé; 92% dos enfermeiros referiu discutir com as mães as vantagens do aleitamento materno.

A amostra de mães era constituída por 77 mulheres seguidas na “UCLA Well Infant Nursery” (Los Angeles) que foram sujeitas a uma entrevista estruturada (com 69 itens) onde era solicitado que descrevessem as suas experiências em relação à amamentação, intercorrências peri e pós parto e aspectos relacionados com a influência do aconselhamento profissional acerca do aleitamento. Dos resultados relacionados com o impacto dos profissionais de saúde no processo da amamentação destaca-se o facto que embora a maioria das mulheres tivesse recebido aconselhamento sobre o aleitamento materno, a sua percepção foi de que este não teve grande influência. O aconselhamento por parte dos médicos foi sentido como não incentivando nenhum método em especial. No caso dos enfermeiros, das 54% mães que referiram ter recebido aconselhamento, 67% interpretaram-no como incentivador do aleitamento materno. Os autores salientam que os técnicos de saúde e as rotinas hospitalares exercem uma maior influência na decisão da mãe amamentar através de processos de comunicação não verbal (a “imagem e o modelo” de apoio à amamentação) do que através de aconselhamento directo.

Segundo Shanler, O'Conner e Lawrence (1999) parece ser consensual a existência de uma opinião favorável em relação ao aleitamento materno por parte da maioria dos profissionais de saúde envolvidos nesta área.

Tendo por base a experiência de alguns profissionais que manifestaram algumas dificuldades e deficits na sua confiança em lidar com esta temática na sua prática diária, os autores realizaram um estudo com o objectivo de identificar as necessidades de formação de uma amostra de pediatras (N=1138) da American Academy of Pediatrics (USA). O instrumento utilizado foi um questionário de auto-resposta. Os principais resultados foram os seguintes:

- O aleitamento materno foi recomendado por cerca de 65% dos pediatras da amostra.
- Apenas 37% recomendaram a adopção do aleitamento materno durante todo o 1º ano de vida do bebé.
- A maior parte concordou ou manifestou uma opinião neutra com a afirmação “o aleitamento materno e artificial são métodos igualmente aceitáveis de alimentar uma criança”.
- A maior parte (72%) não se mostrou familiar com os conteúdos da “Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés”.

A maior parte dos estudos desenvolvidos na área do aleitamento materno e mais especificamente em relação ao envolvimento dos profissionais de saúde, tem optado por incidir sobre as profissões que estão mais comumente ligadas a esta prática: médicos e enfermeiros, nas suas várias especialidades.

Em Portugal parecem ser também estes grupos profissionais aqueles cuja prática clínica se encontra mais ligada ao aleitamento materno. Existem, no entanto, outros contextos de saúde em que outros profissionais também desempenham um papel importante nesta área, como é o caso dos dietistas.

Foi neste sentido que Bagwell, Kendrick, Stitt, e Leeper (1993) procuraram estudar os conhecimentos e as atitudes de uma amostra constituída por dietistas, enfermeiros e médicos (N=289). O instrumento utilizado foi um questionário com várias afirmações perante as quais os sujeitos expressavam o seu grau de concordância numa escala de tipo Likert com 5 posições, em que o valor de 5 reflectia uma atitude positiva e 1 uma atitude negativa face ao aleitamento materno.

Os resultados mais pertinentes deste estudo mostraram que os dietistas expressaram um maior interesse e conhecimentos que os enfermeiros, no entanto as diferenças entre os scores finais das atitudes e dos conhecimentos não foram estatisticamente diferentes ($p < 0,05$).

No total da amostra as atitudes foram consideradas positivas, constatando-se que os dietistas e os enfermeiros recomendavam mais a amamentação a mulheres que já se tinham decidido pelo aleitamento artificial do que os médicos.

Os médicos concordavam menos com o facto da mãe estar a trabalhar ou a estudar ser incompatível com a amamentação do que os enfermeiros. Os médicos e os enfermeiros manifestaram maior concordância com o facto dos pais se sentirem mais próximos emocionalmente se o bebé for alimentado com leite artificial.

Verificaram também que os profissionais da amostra demonstraram possuir mais conhecimentos sobre os benefícios do aleitamento materno para o bebé do que sobre aspectos relacionados com as mães.

Com o objectivo de identificar as atitudes em relação à amamentação numa amostra de enfermeiros em Porto Rico, Torres, Parrilla e Peralta (2000) desenvolveram um instrumento constituído por 19 afirmações construídas com base na revisão de literatura, utilizando uma escala de Likert com quatro posições (desde o concordo totalmente ao discordo totalmente). Os participantes no estudo (N=186) eram maioritariamente mulheres, com uma média de idades de 35 anos, 47,3% eram casadas e 71,2% tinham filhos. Relativamente à experiência pessoal de aleitamento materno apenas 3,1% adoptaram a amamentação exclusiva, 56,5% utilizaram aleitamento materno e artificial e 40,5% recorreram ao aleitamento artificial.

Os autores procederam à análise das características psicométricas do instrumento da qual se destaca:

- A análise de conteúdo foi avaliada recorrendo a cinco peritos na área da amamentação que avaliaram cada item em função da sua adequação à área da amamentação bem como da sua construção semântica.

O painel de peritos foi concordante em que todas as premissas se encontravam relacionadas com atitudes identificadas na literatura e que a linguagem utilizada era adequada às características culturais da população a estudar.

- A validade de construto foi avaliada através de análise de componentes principais (com rotação varimax) tendo sido identificados quatro factores que explicaram 50,1% da variância total. Os factores foram designados por “Atitudes em relação a mitos associados com a amamentação e com as mães”, “Atitudes em relação a outros mitos associados com a amamentação”, “Atitudes em relação a mitos associados com a amamentação e com os bebés”, “Atitudes em relação a mitos associados com o aleitamento artificial e com os bebés”. Os itens foram considerados como pertencentes a um factor se o seu peso fosse superior a 0,30.
- A avaliação da consistência interna através do Coeficiente Alfa de Cronbach revelou um valor de 0,83 para o total da escala e valores oscilantes entre 0,64 e 0,73 para as subescalas.

Freed, Clark, Sorenson, Lohr, Cefalo e Curtis (1995) desenvolveram um estudo no estado de Carolina do Norte (EUA) com o objectivo de identificar os conhecimentos, atitudes, preparação e experiências relacionadas com a amamentação de uma amostra representativa a nível nacional de médicos especialistas em medicina familiar, obstetria/ginecologia e pediatria (incluindo médicos do internato) constituída por 3275 sujeitos.

Os principais resultados apontaram para uma deficiente preparação na área da amamentação nas várias especialidades médicas, com mais de 50% dos participantes a considerarem a sua formação insuficiente.

Relativamente à confiança no aconselhamento, metade dos médicos do internato e cerca de 70% dos restantes se sentiam confiantes na sua capacidade de aconselhar as mulheres sobre a amamentação.

Também Burglehaus, Smith, Sheps e Green (1997) desenvolveram uma investigação numa maternidade inglesa, com o objectivo de avaliar aspectos relacionados com as atitudes dos médicos face ao aleitamento materno, utilizando uma amostra por 325 obstetras, pediatras e médicos de medicina familiar. O instrumento utilizado foi um questionário constituído por 40 questões fechadas baseadas nos aspectos relacionados com o aconselhamento da amamentação referenciados na literatura. Os resultados apontaram para a não existência de diferenças significativas entre as várias especialidades médicas em função do sexo ou da experiência pessoal de aleitamento materno.

Em relação aos benefícios do aleitamento materno, os médicos de família demonstraram uma maior crença nas qualidades nutricionais do leite materno do que os das outras especialidades. Os pediatras revelaram discordância ou indiferença em relação à crença que a amamentação protege a criança de doenças.

Verificaram ainda que o incentivo ao aleitamento materno se encontrava relacionado com a confiança nas suas capacidades de aconselhamento e com a crença nas propriedades imunológicas do leite materno.

Da revisão de literatura efectuada constatamos que o início e manutenção do aleitamento materno se encontram relacionados com factores de diversa natureza no âmbito individual, inter-pessoal e social (Lowe, 1990), sendo considerada a influência dos profissionais de saúde envolvidos neste processo.

A concordância entre os profissionais de saúde de que os benefícios do aleitamento materno são inequívocos parece ser generalizada. Actualmente, assistimos a um interesse crescente e a uma assunção do seu papel na promoção do aleitamento, que se reflectem, de uma forma geral, em atitudes muito positivas.

O estudo nesta área tem reconhecido que as atitudes dos técnicos de saúde exercem influência na decisão de amamentar (Kistin, et al., 1990; Reiff & Essock-Vitale, 1985) e que atitudes negativas e crenças desadequadas em relação ao aleitamento materno podem influenciar o apoio e o incentivo que estes podem dar às mulheres grávidas e às mães (Barnett et al, 1995).

Objectivo do Estudo

Sendo a investigação nesta área ainda muito reduzida em Portugal, pretendemos com este estudo de carácter exploratório conhecer as atitudes de médicos e enfermeiros que, na sua prática profissional, desenvolvem actividades relacionadas com o aleitamento materno.

Pretendemos ainda investigar se as atitudes dos profissionais de saúde diferem em função do grupo e categoria profissional, local de trabalho, anos de profissão, grupo etário, estado civil, ter ou não filhos e experiência pessoal de aleitamento materno.

Método

Participantes

A população do estudo é constituída por profissionais de saúde que desenvolvem actividades relacionadas com o aleitamento materno no contexto dos cuidados de saúde primários ou a nível hospitalar (maternidade) ou ainda na área da formação (docentes).

Os participantes constituem uma amostra não probabilística, de conveniência, com 107 médicos e enfermeiros de três Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, duas instituições hospitalares que prestam cuidados obstétricos na região de Lisboa e de uma escola de Enfermagem de Lisboa.

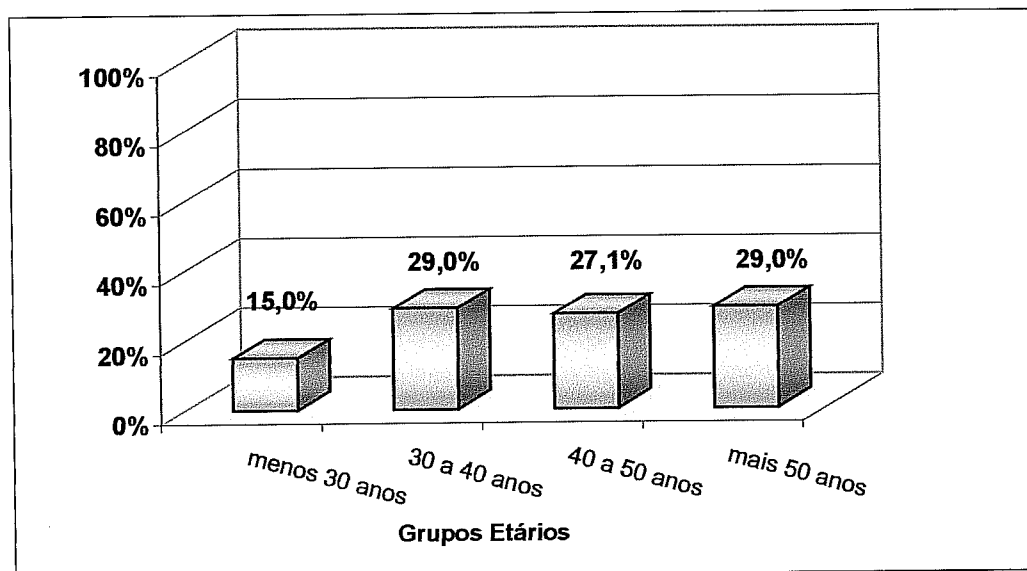
A escolha por estes dois tipos de classes profissionais recaiu no facto de, no contexto de saúde português, serem aquelas que mais directamente intervêm na prestação de cuidados de saúde à mulher durante a gravidez e após o parto e, portanto, mais directamente abordam o assunto do aleitamento materno.

Os critérios de inclusão na amostra foram ser médico ou enfermeiro e desenvolver actividades relacionadas com o aleitamento materno, no período antes do nascimento ou após.

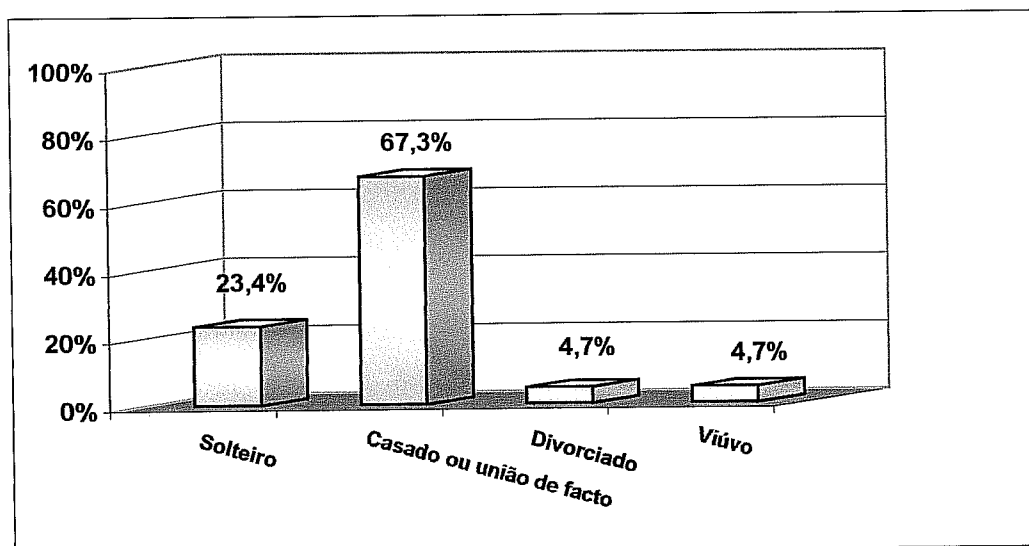
Caracterização da Amostra

Dos 107 sujeitos que constituem a amostra, 93 (86,9%) são do sexo feminino e 14 são do sexo masculino (13,1%).

Em relação à idade podemos observar no gráfico que existe uma distribuição muito uniforme pelos grupos etários com idade superior a 30 anos. As idades dos sujeitos situam-se entre 21 e 67, com uma média de 41,94 anos.

Gráfico 1: Caracterização da Amostra relativamente à Idade

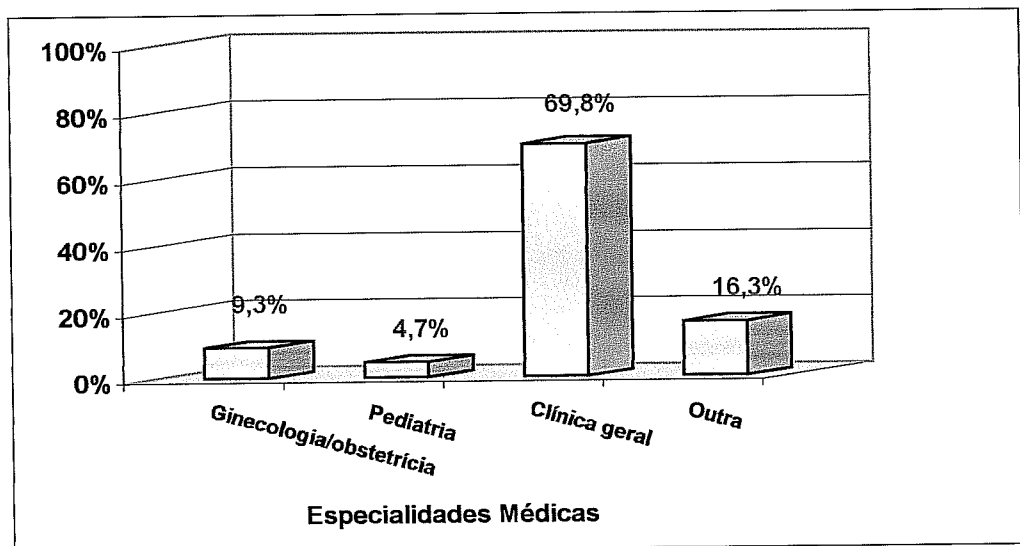
No que se refere ao estado civil, a grande maioria dos participantes é casado ou vive em união de facto, sendo o estado civil solteiro o segundo mais frequente.

Gráfico 2: Caracterização da Amostra relativamente ao Estado civil

Relativamente à profissão constatamos que 64 sujeitos são enfermeiros (59,8%) e 43 são médicos (40,2%).

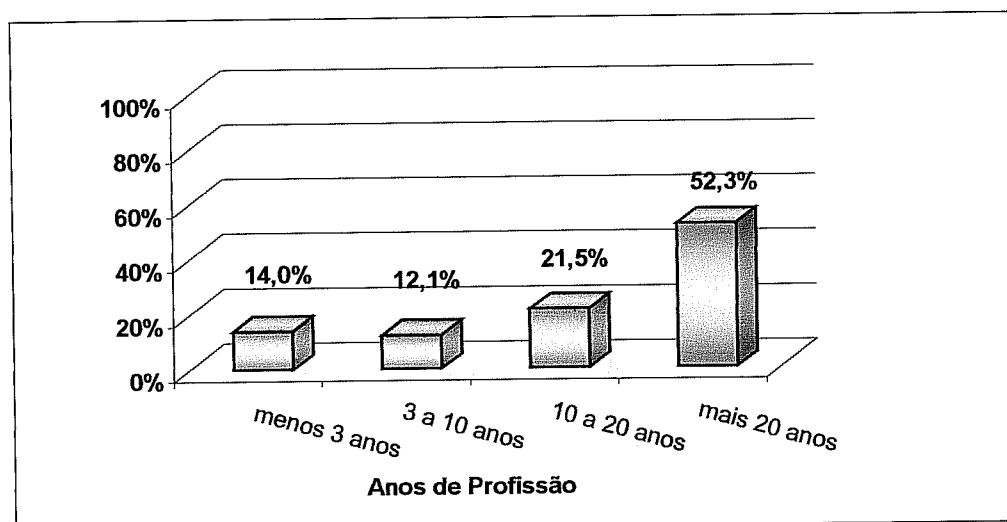
Face ao número de médicos da amostra (43), verificamos que eles se distribuem maioritariamente pela especialidade de Clínica Geral (69,8%). A 9,3% corresponde a especialidade de Ginecologia/Obstetria e a 4,7% a especialidade de Pediatria. Os restantes 16,3% recaíram na opção Outra, não especificada pela maioria dos sujeitos.

Gráfico 3: Caracterização da Amostra relativamente às Especialidades Médicas

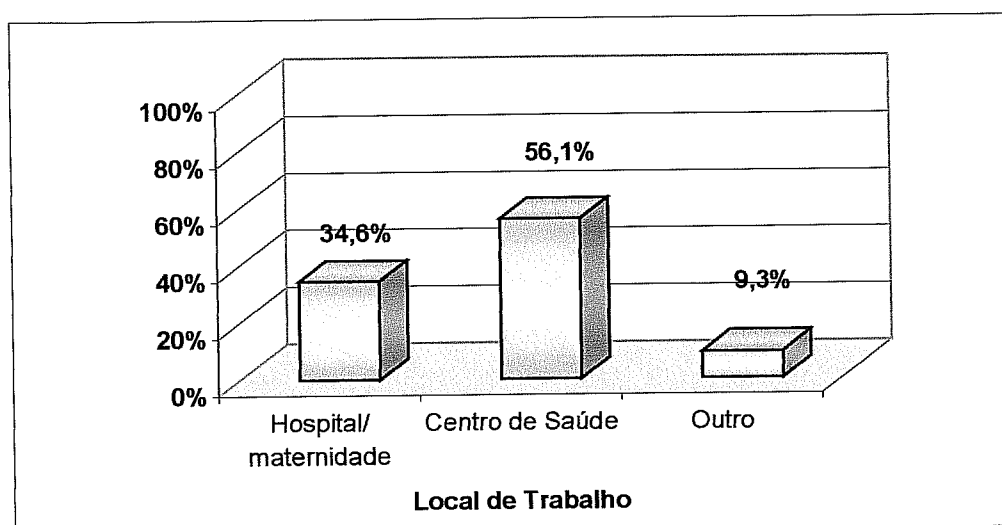


No caso dos enfermeiros (63) estes repartem-se entre enfermeiros generalistas (65,1%) e enfermeiros com a especialidade de Saúde Materno-Infantil/Pediatria (34,9%).

Em relação aos anos de exercício profissional podemos observar no gráfico 4 que mais de metade dos inquiridos tem mais de 20 anos de profissão seguindo-se os que têm entre 10 e 20 anos de actividade profissional. A opção de definir o primeiro intervalo com apenas 3 anos deveu-se ao facto deste corresponder a um período inicial da carreira, de adaptação à vida profissional e por conseguinte conseguir isolar-se este aspecto.

Gráfico 4: Caracterização da Amostra Relativamente aos Anos de Exercício Profissional

Relativamente ao local de trabalho dos sujeitos da amostra, podemos observar que a maioria trabalha ao nível dos cuidados de saúde primários (Centro de Saúde) seguindo-se os que desenvolvem a sua actividade profissional numa instituição hospitalar/maternidade. Apenas 9,3% se encontram a trabalhar na área da docência de Enfermagem, ao nível da Saúde Materno/Infantil.

Gráfico 5: Caracterização da Amostra relativamente ao Local de Trabalho

A distribuição dos médicos e enfermeiros pelo seu local de trabalho é a seguinte:

Quadro 1: Distribuição dos Médicos e Enfermeiros por Local de Trabalho

	Local de Trabalho			Total	
	Hospital/ maternidade	Centro de Saúde	Escola		
Profissão					
	Médico	23,4% (10)	76,6% (33)	0%	100% (43)
	Enfermeiro	42,1% (27)	42,1% (27)	15,8% (10)	100% (64)

Em relação à existência ou não de filhos constatamos que 45 dos sujeitos (68,2%) refere ter filhos e 21 (31,8%) não.

Quadro 2: Caracterização da amostra relativamente à Existência de Filhos

	Frequência	Percentagem
Sim	74	69,2
Não	33	30,8
Total	107	100

Dos 74 sujeitos que referiram ter filhos, a grande maioria diz ter amamentado os seus filhos ou que a sua companheira amamentou.

Quadro 3: Caracterização da Amostra relativamente à Experiência Pessoal de Aleitamento Materno.

	Frequência	Percentagem
Sim	68	91,9
Não	6	8,1
Total	74	100

Material

O instrumento utilizado foi um questionário de auto-preenchimento, anónimo, desenvolvido para o estudo, que incluía:

➤ **Questionário Sócio-Demográfico (Anexo A)**

Onde se pretendia caracterizar as variáveis sexo, idade, estado civil, profissão e categoria profissional, local de trabalho, anos de profissão, existência de filhos e experiência pessoal de aleitamento materno.

- ▣ O primeiro item referia-se ao sexo dos sujeitos.
- ▣ O segundo item avaliava a idade (em anos).
- ▣ O item correspondente ao estado civil era composto por quatro opções de resposta – solteiro, casado/união de facto, divorciado e viúvo.
- ▣ O item correspondente à profissão continha duas opções principais, médico ou enfermeiro, que subdividiam em várias especialidades – ginecologia/obstetria, pediatria, clínica geral e outra, para os médicos e generalista ou especialista para os enfermeiros, existindo ainda a possibilidade de especificar qual a especialidade de enfermagem em questão aberta.
- ▣ O item seguinte diz respeito aos anos de exercício profissional (em anos).
- ▣ O item que se refere à avaliação do local de trabalho possibilita quatro opções de resposta – hospital, maternidade, centro de saúde e outra não mencionada anteriormente.
- ▣ O item seguinte pretendia averiguar se os profissionais inquiridos tinham ou não filhos e o último se amamentou (ou a esposa/companheira) amamentou algum dos filhos por mais de quatro semanas.

➤ Questionário de Avaliação das Atitudes dos Profissionais de Saúde face ao Aleitamento Materno (Anexo B)

Este é composto por um conjunto de afirmações, perante os quais os sujeitos se posicionam face ao seu grau de concordância, numa escala de tipo Likert com cinco posições “discordo totalmente”, “discordo”, “não concordo nem discordo”, “concordo” e “concordo totalmente”.

A definição dos vários itens a incluir partiu da revisão bibliográfica, procurando-se identificar os temas mais relevantes sobre as atitudes acerca do aleitamento materno entre os profissionais de saúde.

A elaboração das questões baseou-se ainda em instrumentos relacionados com esta temática, tendo sido adaptadas algumas questões de instrumentos que avaliaram o mesmo construto – atitudes de técnicos de saúde face ao aleitamento materno.

As seguintes questões foram adaptadas de Torres et al. (2000):

- “O aleitamento materno não permite ao pai envolver-se no processo da alimentação do bebé”.
- “O aleitamento materno é muito doloroso”.
- “O aleitamento materno é o mais saudável para a criança”.
- “O aleitamento materno é um processo difícil”.
- “As mães muito ansiosas não deviam amamentar”.
- “O aleitamento materno condiciona a liberdade da mãe”.
- “O aleitamento materno é a melhor forma de alimentar um recém-nascido”.

As questões apresentadas em seguida foram adaptadas de Barrett et al. (1995):

- “A maior parte dos bebés necessita de leite artificial para aumentar de peso”.

- “O aleitamento materno possibilita o estabelecimento de uma relação mais forte entre a mãe e o bebê”.
- “A maior parte das mulheres tem capacidade para produzir leite suficiente para alimentar o seu bebê”.

As questões abaixo designadas foram adaptadas de Lawrence (1982):

- “Se uma mulher já decidiu alimentar o seu filho com leite artificial, não tento incentivá-la ao aleitamento materno”.
- “Quando uma mulher ainda não se decidiu pelo aleitamento materno, tento sempre incentivá-la a optar por este método”.
- “Se a mulher não inicia o tema da amamentação acho que não é necessário falar no assunto”.

Apesar de terem sido encontradas referências na literatura a instrumentos que avaliavam as atitudes dos profissionais de saúde face ao aleitamento materno, não foi possível a sua obtenção na íntegra, pelo que foi necessária a elaboração de um instrumento para esta investigação.

A construção deste questionário teve por base a perspectiva de Ajzen (1988) em que são consideradas três tipos de respostas atitudinais: cognitivas, afetivas e comportamentais.

O questionário inicial era constituído por 49 itens que foram distribuídos de forma aleatória e foi aplicado a 15 sujeitos, sob a forma de pré-teste, aos quais foram solicitadas sugestões e críticas ao questionário. A partir da análise do pré-teste foram retiradas 6 questões que foram consideradas ambíguas, pouco claras, redundantes ou em que a distribuição das respostas se centrou apenas numa das opções definidas.

O questionário final ficou assim composto por 43 questões que se distribuíram da seguinte forma pelas três categorias de respostas atitudinais:

- A categoria de respostas cognitivas incluía 21 questões distribuídas pelos seguintes temas: Crenças sobre o Aleitamento, Crenças acerca dos Benefícios da Amamentação e Crenças sobre os Obstáculos à Amamentação.
- A categoria de respostas afectivas era composta por 10 questões que expressavam sentimentos face ao aleitamento materno em duas áreas: Importância e Interesse em relação à Amamentação e Atitudes face à Decisão de Não Amamentar.
- A categoria de Respostas Comportamentais incluía 12 itens relacionados com o aconselhamento geral sobre aleitamento materno e directrizes referentes aos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento preconizados pela WHO/UNICEF (1989).

Desta forma foram constituídas seis dimensões:

1. Crenças sobre o Aleitamento (questões 2, 3, 12, 19, 29, 32, 35)
2. Crenças acerca dos Benefícios da Amamentação (questões 4, 8, 13, 23, 42)
3. Crenças sobre os Obstáculos à Amamentação (questões 1, 5, 7, 9, 11, 16, 21, 28, 36)
4. Importância e Interesse em Relação à Amamentação (questões 10, 24, 30, 37, 39)
5. Atitudes face à Decisão de Não Amamentar (questões 17, 31, 34, 40, 43)
6. Respostas Comportamentais (questões 6, 14, 15, 18, 20, 22, 25, 26, 27, 33, 38, 41).

As respostas às frases consideradas favoráveis (itens 4, 8, 13, 15, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 32, 33, 35, 37, 39, 42) foram cotadas atribuindo o valor 1 à resposta “discordo totalmente” e o valor 5 à resposta “concordo totalmente”. Nas frases formuladas de forma negativa (as restantes), a cotação foi feita de forma inversa, atribuindo-se o valor 1 à resposta “concordo totalmente” e o valor 5 à resposta “discordo totalmente”.

As notas finais do questionário podem oscilar entre 43 e 215. Resultados elevados reflectem atitudes positivas face ao aleitamento materno (Likert, 1932, cit. por Lima, 1993).

Características métricas do questionário de Atitudes dos Profissionais de Saúde face ao Aleitamento Materno:

➤ **Fidelidade** - de acordo com Anastasi (1990) a fidelidade significa que se obtêm resultados semelhantes quando os mesmos sujeitos são avaliados em diferentes ocasiões com os mesmos testes (ou com conjuntos equivalentes de itens). É expressa por um coeficiente de correlação, uma vez que todos os tipos de fidelidade se interessam pelo grau de consistência ou concordância entre dois conjuntos de notas independentes (Ribeiro, 1999).

A fidelidade do questionário desenvolvido para este estudo foi avaliada com recurso à consistência interna, mais especificamente ao coeficiente Alpha de Cronbach, cujo valor foi de 0,87 e que foi considerado como revelador de uma boa consistência interna.

No quadro 4 podemos observar os valores de Alpha de Cronbach para as várias dimensões:

Quadro 4: Consistência Interna do Questionário de Avaliação das Atitudes dos Profissionais de Saúde Face ao Aleitamento Materno

	Alfa de Cronbach
1-Crenças sobre o Aleitamento	0,68
2-Crenças acerca dos Benefícios da Amamentação	0,63
3-Crenças sobre os Obstáculos à Amamentação	0,69
4-Importância e Interesse em Relação à Amamentação	0,66
5- Atitudes face à Decisão de Não Amamentar	0,67
6-Respostas Comportamentais	0,74
TOTALIDADE DAS QUESTÕES	0,87

Face aos valores apresentados consideramos que os itens de cada dimensão medem o mesmo construto, e que os itens da escala total também medem o mesmo construto.

➤ **Validade** - A validade de um teste é uma questão básica relativamente ao valor real do teste. É a garantia que o teste mede o que se propõe medir (Ribeiro, 1999).

A validade de conteúdo é basicamente um julgamento e é estabelecida a partir da evidência de que os atributos incluídos no teste constituem uma amostra representativa do que se pretende medir, ou seja, avaliam os domínios que se propõem.

Para a construção dos itens deste questionário procurou-se suporte teórico na revisão bibliográfica, com recurso também a outros instrumentos já existentes, e foi solicitado a profissionais da área do aleitamento materno que fizessem uma apreciação que possibilitou a sua reformulação e reajustamento.

Não foi possível recorrer à análise factorial no sentido de estudar a estrutura factorial da escala e confirmar a existência de seis factores, dado não termos um número de sujeitos suficiente (pelo menos cinco por item). Contudo, e seguindo as indicações dos autores Hill e Hill (2000), por cada dimensão foram calculadas correlações entre o item e o valor total da dimensão (menos o valor para o item). Os mesmos autores referem que as correlações entre os itens e os scores totais das dimensões devem ser relativamente elevadas (entre 0,40 e 0,70) e os valores devem ser todos positivos e significativos, devendo remover-se os itens onde tal não se verifique.

Constatou-se que todos os itens que integram cada dimensão se correlacionaram de forma positiva com o total da dimensão. Experimentou-se em cada dimensão excluir os itens que apresentaram correlações abaixo de 0,40, no entanto, ao calcular-se o alfa de Cronbach (para averiguar a consistência interna) não se verificaram ganhos pela exclusão desses itens, acontecendo nalguns casos uma diminuição do alfa (embora muito pequena), pelo que se optou pela não exclusão de itens das dimensões. A sustentar esta decisão esteve também o facto dos alfas das dimensões e do total da escala serem adequados.

Planificação

O estudo apresentado é um estudo observacional, descritivo e transversal, pois pretende-se fornecer informação acerca da população em estudo descrevendo os acontecimentos tal como eles ocorrem, sem qualquer manipulação de variáveis, sendo os dados recolhidos num único momento. O seu carácter exploratório justifica-se pelo facto de ser um estudo em que se pretende fazer uma primeira abordagem das atitudes dos técnicos de saúde face à amamentação em Portugal, com vista a aumentar o conhecimento nesta área.

Como variáveis principais deste estudo temos as atitudes face ao aleitamento materno.

- Atitudes: As atitudes são consideradas como uma disposição para responder de forma favorável ou desfavorável face a um objecto, pessoa, instituição, acontecimento (Ajzen, 1988).

A variável Atitudes face ao Aleitamento Materno é operacionalizada por um questionário desenvolvido para o estudo.

Neste estudo foram consideradas como variáveis secundárias que podem exercer influência nas atitudes dos profissionais de saúde acerca do aleitamento materno as seguintes variáveis:

- Variáveis sócio-demográficas: Sexo, Idade, Estado civil.
- Variáveis relacionadas com a profissão: Profissão, Categoria profissional, Local de trabalho, Anos de profissão.
- Variáveis relacionadas com a amamentação: Existência de filhos e Experiência pessoal de aleitamento materno. A sua inclusão tem por base as investigações de Lowe (1990) e Barnett et al (1995) onde se constatou a influência destas variáveis nas atitudes face ao aleitamento materno.

Procedimento

Foram efectuados contactos com as entidades responsáveis nas instituições de saúde onde iria ser aplicado o questionário e obtidas as autorizações necessárias para a aplicação do instrumento de recolha de dados (Anexo D). Foram escolhidas instituições e serviços que prestam cuidados obstétricos e, no caso dos centros de saúde, os sujeitos que desenvolvem actividades na área materno-infantil foram identificados pelos seus superiores hierárquicos. Na escola de Enfermagem foram seleccionados os docentes ligados também à área materno-infantil.

O momento de aplicação do pré-teste foi precedido de contacto pessoal com os participantes no seu local de trabalho, após o que se disponibilizaram para o preenchimento do questionário, tendo sido solicitada a sua opinião e sugestões de eventuais correcções a efectuar.

Os sujeitos da amostra foram contactados e convidados pessoalmente a participar no estudo ou foram informados através do seu superior hierárquico, médico ou enfermeiro, que se disponibilizou para tal. A aplicação foi precedida de uma breve explicação sobre os objectivos do estudo, garantindo-se o anonimato e a confidencialidade. Sendo o questionário de auto-preenchimento não presencial, optou-se pela entrega e posterior recolha.

Os dados foram colhidos no período entre Maio de 2002 e Janeiro de 2003. Dos 170 questionários entregues foram devolvidos 107, o que perfaz 63%.

Resultados

Em primeiro lugar serão apresentados os resultados relativos à distribuição das respostas pelos vários itens referentes a cada dimensão do questionário de Atitudes dos Profissionais de Saúde face ao Aleitamento Materno (sob a forma de percentagens) e posteriormente os resultados dos testes utilizados na comparação entre grupos.

No tratamento dos dados foi utilizado o programa estatístico “Statistical Package for the Social Sciences – SPSS”, versão 11.

Recorreu-se a estatística descritiva e inferencial tendo-se utilizado testes paramétricos e não paramétricos; a estatística paramétrica foi usada preferencialmente, sempre que todos os requisitos para a sua utilização se encontravam preenchidos; esta opção deveu-se ao facto dos testes paramétricos serem geralmente considerados mais poderosos - o poder de um teste é a sua capacidade para detectar diferenças significativas entre dois conjuntos de medidas.

Para se utilizar a estatística paramétrica são necessárias as seguintes condições (Hill & Hill , 2000; Pestana & Gageiro, 2000):

➤ ***A Escala de Medida da Variável Dependente ser de Intervalo ou de Razão:*** Neste estudo as variáveis dependentes são as dimensões e o total da escala de atitudes face ao aleitamento materno. Estas variáveis são scores que resultam de somatórios de itens, sendo portanto de natureza intervalar.

➤ ***A Distribuição dos Resultados:*** os testes paramétricos só podem ser utilizados com dados normalmente distribuídos (ou com aproximação à normalidade). A normalidade pode ser averiguada através do teste de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk.

Neste estudo sempre que se pretendeu comparar dois grupos com dimensão superior a 30 sujeitos aplicou-se directamente uma prova paramétrica – T de Student para Amostras Independentes. Nestes casos dada a dimensão da amostra a teoria do limite central é aplicável havendo uma aproximação à distribuição normal.

Quando algum dos grupos apresentava uma dimensão inferior a 30 averiguou-se a normalidade, e quando esta não se verificava aplicou-se uma prova não paramétrica (Teste Mann-Whitney quando se comparou dois grupos e o teste Kruskal-Wallis quando se comparou mais do que dois grupos).

➤ **A Dispersão dos Resultados:** os conjuntos dos resultados em estudo devem ter variâncias semelhantes ou seja deve haver homogeneidade de variâncias. A homogeneidade de variâncias pode ser averiguada através do teste de Levéne.

Na comparação de dois grupos em que havia normalidade, aplicou-se directamente o teste paramétrico *T* de Student, mesmo não havendo variâncias semelhantes, uma vez que o SPSS neste teste introduz um coeficiente de correcção quando este parâmetro não está preenchido. Quando se pretendeu comparar mais do que dois grupos foi necessário testar a homogeneidade de variâncias, uma vez que a ANOVA ONE-WAY (teste paramétrico que permite comparar três grupos) não efectua essa correcção. Nos casos em que se provou não haver homogeneidade de variâncias aplicou-se o teste não paramétrico alternativo, o teste Kruskal-Wallis.

As comparações entre grupos foram efectuadas relativamente ao score total da escala de atitudes e às várias dimensões, tendo-se recorrido aos seguintes testes:

Quadro 5: Testes paramétricos e não paramétricos aplicados às variáveis em estudo

TESTES	GRUPOS COMPARADOS	VARIÁVEIS
Não paramétricos		
Teste Mann-Whitney	Enf. Especialistas e generalistas	Dimensões 2 e 4
	Casados e Solteiros	Dimensão 2
Teste Kruskal-Wallis	Hospital, Centro de Saúde e Ensino	Dimensões 1, 2 e total da escala
	Grupos etários Grupos de anos de experiência profissional	Dimensões 1 e 2 e Total da escala Dimensões 1, 2 e 4

TESTES	GRUPOS COMPARADOS	VARIÁVEIS
Paramétricos		
Teste T de Student	Médicos e Enfermeiros	Todas as dimensões e total da escala
	Enf. Especialistas e generalistas	Dimensões 1,3,5 e 6 e total da escala
	Ter ou não filhos.	Todas as dimensões e total da escala
	Casados e Solteiros	Dimensões 1, 3, 4, 5 e 6 e total da escala
	Hospital, Centro de Saúde e Ensino	Dimensões 3 e 6 e total da escala
ANOVA ONE-WAY	Grupos etários	Dimensões 3, 4, 5 e 6
	Grupos de anos de Profissão	Dimensões 3, 5, e 6 e total da escala

- Correlação de Pearson para averiguar a existência de uma relação significativa entre o total da escala e as diferentes dimensões.
- ANOVA para Amostras Dependentes ou Emparelhadas para comparar as seis dimensões da escala.

O nível de significância utilizado para a interpretação dos resultados foi de 0,05.

Em seguida apresentam-se as distribuições por item em cada uma das dimensões do questionário de atitudes.

Quadro 6: Respostas aos Itens da Dimensão “Crenças sobre o Aleitamento” (N=107)

QUESTÕES	Discordo Totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
“A maior parte dos bebês necessita de leite artificial para aumentar de peso”	56,9%	33,6%	2,8%	4,7%	0%
“A alimentação com leite artificial é mais fácil para a mãe e para o bebê”	49,5%	38,3%	6,5%	5,6%	0%
“As mães muito ansiosas não deviam amamentar”	37,4%	49,5%	12,1%	0,9%	0%
“O aleitamento materno é emocionalmente mais satisfatório”	0,9%	2,8%	12,1%	29,9%	54,2%

QUESTÕES	Discordo Totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
"Actualmente a alimentação com leite materno é tão saudável como com leite artificial"	30,8%	51,4%	9,3%	6,5%	1,9%
"O conhecimento e a motivação da mãe são essenciais para amamentar com sucesso"	0%	0%	0,9%	43%	56,1%
"A maior parte das mulheres tem capacidade para produzir leite suficiente para alimentar o seu bebé"	0,9%	12,1%	8,4%	50,5%	28%

Quando questionados sobre alguns dos motivos mais citados para a adopção do aleitamento artificial (ser necessário para o aumento de peso do bebé, ser mais fácil e ser tão saudável como o aleitamento materno), mais de dois terços dos profissionais inquiridos demonstrou opiniões discordantes sobre a sua importância.

Relativamente à crença de que "as mulheres muito ansiosas não devem amamentar" a maior parte dos sujeitos discordou, existindo uma percentagem de 12% que opta pela alternativa "não concordo nem discordo".

Constatamos ainda que a quase totalidade da amostra reconheceu a importância dos factores informação e motivação por parte da mãe para que o aleitamento materno seja bem sucedido. Perante a afirmação "A maior parte das mulheres tem capacidade para produzir leite suficiente para alimentar o seu bebé" as respostas foram mais diversificadas e, embora com claro predomínio de opiniões concordantes, há 12,1% da amostra que discordou.

Quadro 7: Respostas aos itens da Dimensão “Crenças acerca dos Benefícios da Amamentação” (N=107)

QUESTÕES	Discordo Totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
“O aleitamento materno possibilita o estabelecimento de uma relação mais forte entre a mãe e o bebê”	0,9%	3,7%	2,8%	23,4%	69,2%
“O aleitamento materno é o mais saudável para a criança”	0,9%	3,7%	0%	15%	80,4%
“O leite materno é o alimento mais adequado e completo para as crianças durante os primeiros meses de vida”	0,9%	0%	0%	15,9%	83,2%
“As propriedades imunológicas do leite materno são extremamente importantes para o bebê”	0%	0%	0%	19,6%	80,4%
“O aleitamento materno é a melhor forma de alimentar um recém-nascido”	0%	0%	4,7%	29%	66,4%

Relativamente aos benefícios do leite materno a grande maioria dos inquiridos (mais de 90%) situou as suas respostas nos níveis “concordo” e “concordo totalmente”, considerando o aleitamento materno como a melhor forma de alimentar um recém-nascido e reconhecendo o valor das suas propriedades nutricionais e imunológicas do leite materno, bem como o importante papel que a amamentação pode desempenhar na promoção do bem-estar emocional da mãe e do bebê.

Quadro 8: Respostas aos itens da Dimensão “Crenças sobre os Obstáculos à Amamentação” (N=107)

QUESTÕES	Discordo Totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
“O aleitamento materno não permite ao pai envolver-se no processo da alimentação do bebê”	34,6%	47,7%	10,3%	5,6%	1,9%
“O aleitamento materno é muito doloroso”	28%	40,2%	16,8%	15%	0%
“Se a mãe está a estudar, é impossível amamentar”	41,1%	45,2%	4,7%	0%	0%

QUESTÕES	Discordo Totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
“O aleitamento materno produz alterações estéticas irreversíveis nos seios”	41,1%	44,9%	9,3%	4,7%	0%
“O aleitamento materno é um processo difícil”	47,7%	43,9%	6,5%	12,9%	0%
“O aleitamento materno é embaraçoso”	54,2%	37,4%	5,6%	1,9%	0,9%
“Se a mãe trabalha é preferível alimentar o bebé com leite artificial”	29%	57%	11,2%	1,9%	0,9%
“O aleitamento materno condiciona a liberdade da mãe”	24,3%	37,4%	13,1%	25,2%	0%
“O aleitamento materno produz modificações negativas na imagem da mulher”	29%	60%	6,5%	2,8%	0,9%

Nas afirmações que remetiam para os obstáculos mais frequentemente citados em relação ao aleitamento materno podemos constatar que a distribuição é mais diversificada, embora o número de respostas na categoria “discordo totalmente” seja muito reduzido.

A maioria dos técnicos de saúde achou que o facto da mãe se encontrar a estudar ou a trabalhar não era incompatível com a amamentação. No entanto, um dos obstáculos com os quais houve mais concordância foi a limitação da liberdade da mãe, a par da dor e dificuldade da tarefa. A exclusão do pai do envolvimento na alimentação do filho e eventuais modificações negativas produzidas pela amamentação no corpo da mulher, não foram considerados pela grande maioria dos sujeitos.

Quadro 9: Respostas aos itens da Dimensão “Importância e Interesse em relação à Amamentação” (N=107)

QUESTÕES	Discordo Totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
“Sinto-me inseguro(a) em abordar algumas questões nesta área do aleitamento materno”	47,7%	35,5%	10,3%	5,6%	0,9%
“Acho importante investir-se no aleitamento materno”	0%	0%	0,9%	18,7%	80,4%
“Não me sinto particularmente interessado(a) pela área do aleitamento materno”	35,5%	46,7%	13,1%	2,8%	1,9%
“Fico satisfeito(a) quando uma mulher toma a decisão de amamentar”	0%	0%	3,7%	45,5%	50,5%
“Sinto-me à vontade quando se fala de aleitamento materno”	0%	5,6%	11,2%	47,7%	35,5%

Constatámos que a maior parte dos participantes da amostra demonstra interesse pela área do aleitamento materno, sentindo-se confiante na sua abordagem com as mães. A quase totalidade da amostra manifesta sentimentos de satisfação perante uma mãe que decidiu amamentar.

Quadro 10: Respostas aos itens da Dimensão “Atitudes Face à Decisão de Não Amamentar” (N=107)

QUESTÕES	Discordo Totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
“Irrita-me o facto de algumas mulheres decidirem não amamentar por questões estéticas”	8,4%	14%	42,1%	23,4%	12,1%
“Muitas mães que não querem amamentar são <i>más mães</i> ”	49,5%	42,1%	8,4%	0%	0%
“Não querer amamentar é um acto egoísta”	19,6%	37,4%	32,7%	9,3%	0,9%
“Acho incompreensível uma mulher não querer amamentar o seu bebé”	10,3%	47,7%	28%	13,1%	0,9%
“Surpreender-me-ia o facto de uma mãe não saber amamentar”	23,4%	49,5%	16,8%	10,3%	0%

Quando confrontados com a ocorrência de sentimentos de irritabilidade perante uma mulher que não deseja amamentar apenas por questões estéticas, 42,1% dos profissionais opta pela resposta “não concordo nem discordo”, sendo que 35,5% refere a presença destes sentimentos.

Verificamos ainda que 14% considera “incompreensível uma mulher não querer amamentar o seu bebé” e que cerca de 10% acha que “não querer amamentar é um acto egoísta”. Neste item constatamos que cerca de 30% da amostra optou pela alternativa “não concordo nem discordo”. Cerca de 10,3% dos sujeitos manifestam surpresa pelo facto de uma mulher não saber amamentar.

Quadro 11: Respostas aos itens da Dimensão “Respostas Comportamentais” (N=107)

QUESTÕES	Discordo Totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
“Não encorajaria uma mulher a amamentar logo na 1ª meia-hora após o parto (parto eutócico)”	47,7%	34,6%	4,7%	12,1%	0,9%
“Se uma mulher já decidiu alimentar o seu filho com leite artificial, não tento incentivá-la ao aleitamento materno”	33,6%	44,9%	12,1%	9,3%	0%
“Sou a favor da amamentação em horário livre após o nascimento”	2,8%	7,5%	13,1%	35,5%	41,1%
“A forma de alimentar o bebé é um assunto que abordo sempre na minha prática profissional”	0,9%	4,7%	15,9%	37,4%	41,1%
“Discuto com as mães as vantagens do aleitamento materno e as desvantagens da introdução precoce de leites artificiais”	0%	0,9%	10,35	46,7%	42,1%
“Costumo dialogar com outros técnicos sobre questões relacionadas com o aleitamento materno”	0%	0,9%	20,6%	55,1%	22,4%
“Quando uma mulher ainda não se decidiu pelo aleitamento materno, tento sempre incentivá-la a optar por este método”	0%	0%	5,6%	30,8%	63,6%
“Não incentivo uma mulher que desenvolveu uma mastite a continuar a amamentar”	15%	33,6%	19,6%	26,2%	5,6%

QUESTÕES	Discordo Totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
“Não considero muito importante informar as mulheres sobre a fisiologia da lactação”	39,3%	50,5%	3,7%	3,7%	2,8%
“Compreender os motivos que levam uma mãe a não querer amamentar torna-se primordial para promover o aleitamento materno”	0%	1,9%	0,9%	43%	54,2%
“Se a mulher não inicia o tema da amamentação acho que não é necessário falar no assunto”	43%	44,9%	2,8%	8,4%	0,9%
“Não consigo apoiar uma mulher que não quer amamentar apenas por questões estéticas”	18,7%	43%	20,6%	14%	3,7%

A maior parte dos profissionais refere que a discussão com as mães sobre a forma de alimentar o bebé está sempre presente na sua prática profissional, salientando-se que 87,9% concordam com o facto de que o tema do aleitamento materno é sempre abordado mesmo que a iniciativa não parta da grávida/mãe. As vantagens do aleitamento materno são aspectos que também são referenciados como presentes nas práticas profissionais da grande maioria dos sujeitos.

Quando questionados se incentivam o aleitamento materno a mulheres que ainda não tomaram uma decisão quanto à forma de alimentar o seu bebé, a quase totalidade dos inquiridos referiram que o fazem; no entanto, constatamos que ocorre um decréscimo no caso da mulher já se ter decidido pela alimentação artificial.

A maioria mostra-se a favor do início precoce do aleitamento (primeira meia hora após o parto) embora exista uma percentagem de 13% que manifesta discordância. Em relação ao horário da amamentação salienta-se a ausência de concordância com o horário livre da amamentação por parte de 23,4% dos técnicos da amostra.

Observa-se também que na amostra estudada as respostas à questão “Não incentivo a amamentação a uma mulher que desenvolveu uma mastite” se distribuem pelas cinco opções possíveis.

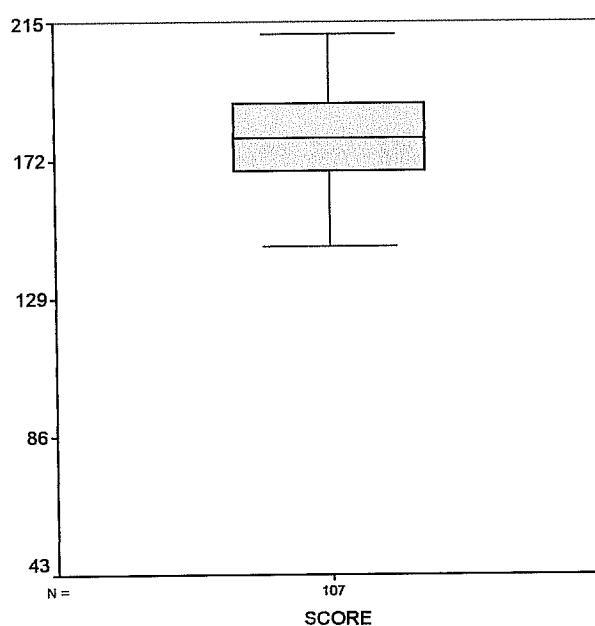
Quando confrontados com a dificuldade em apoiar uma mulher que não quer amamentar apenas por questões estéticas, cerca de 60% dos profissionais da amostra manifesta a sua discordância, no entanto assiste-se à escolha da opção “Não concordo nem discordo” por parte de 20%, sendo os restantes aqueles que manifestam esta dificuldade.

Nesta escala os resultados relativos ao score global das atitudes podem oscilar entre 43 e 215. Na amostra estudada os valores individuais das atitudes distribuíram-se entre 145 (Mínimo) e 211 (Máximo), reflectindo atitudes muito positivas.

Quadro 12: Estatística Descritiva para o score das Atitudes

	<i>N</i>	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio padrão
Score global	107	145	211	179	179,48	14,35

Gráfico 6: Caixa de Bigodes para a distribuição do score das atitudes



O quadro 13 mostra as dimensões da escala onde os sujeitos apresentaram atitudes mais positivas:

Quadro 13: Dimensões onde as Atitudes são mais elevadas

	Média	Desvio Padrão
2 - Crenças acerca dos Benefícios da Amamentação	4,69	0,39
4 - Importância e Interesse acerca à Amamentação	4,34	0,48
1 - Crenças sobre o Aleitamento	4,26	0,47
3 - Crenças sobre os Obstáculos à Amamentação	4,12	0,44
6 - Respostas Comportamentais	4,08	0,43
5 - Atitudes face à Decisão de Não Amamentar	3,65	0,59

Verificou-se que dimensões onde as atitudes foram mais favoráveis foram “Crenças Acerca dos Benefícios da Amamentação” e “Importância e Interesse em Relação à Amamentação” e “Crenças sobre o Aleitamento”. A dimensão onde se demonstrou existirem atitudes menos positivas foi “Atitudes face à Decisão de Não Amamentar”. A ANOVA para amostras dependentes revelou a existência de diferenças significativas entre as seis dimensões ($F= 19,48; p<0,000$).

No sentido de investigar a correlação entre as várias dimensões e o total da escala de Atitudes face ao aleitamento Materno, utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson.

Quadro 14: Correlação de Pearson – Relação entre as Diferentes Dimensões e o Score Total da Escala de Atitudes face ao Aleitamento Materno

		Score Total das Atitudes
1-Crenças sobre o Aleitamento	Correlação de Pearson	0,755
	<i>P</i> <	0,000
	N	107
2-Crenças acerca dos Benefícios da Amamentação	Correlação de Pearson	0,489
	<i>P</i> <	0,000
	N	107
3-Crenças sobre os Obstáculos à Amamentação	Correlação de Pearson	0,786
	<i>P</i> <	0,000
	N	107
4-Importância e Interesse em Relação à Amamentação	Correlação de Pearson	0,782
	<i>P</i> <	0,000
	N	107
5- Atitudes face à Decisão de Não Amamentar	Correlação de Pearson	0,358
	<i>P</i> <	0,000
	N	107
6-Respostas Comportamentais	Correlação de Pearson	0,899
	<i>P</i> <	0,000
	N	107
SCORE TOTAL DAS ATITUDES	Correlação de Pearson	1,000
	<i>P</i> <	0,000
	N	107

A dimensão que revela uma correlação mais elevada com o score total da escala ou seja, com a atitude geral face ao aleitamento materno, é a dimensão “Respostas Comportamentais” ($R = 0,89, p < 0,000$).

Outras dimensões que também revelam correlações elevadas são “Crenças sobre os Obstáculos à Amamentação” ($R = 0,78, p < 0,000$), “Importância e Interesse em Relação à Amamentação” ($R = 0,78, p < 0,000$) e “Crenças sobre o Aleitamento” ($R = 0,75, p < 0,000$).

As dimensões que têm correlações mais baixas com o score total das atitudes são : “Atitudes face à Decisão de Não Amamentar ($R = 0,36, p < 0,000$) e “Crenças acerca dos benefícios da amamentação” ($R = 0,48, p < 0,000$).

Em seguida apresentam-se os resultados dos testes efectuadas para encontrar diferenças nas atitudes nos vários grupos estudados. Nos casos em que se verificou ser necessário apresenta-se também a estatística utilizada para aferir a normalidade.

Relação entre a Profissão e as Atitudes

Para comparar os grupos dos Enfermeiros e dos Médicos recorreu-se ao teste *T* de Student para Amostras Independentes.

Quadro 15: Grupo dos Médicos e dos Enfermeiros: Estatística Descritiva das Dimensões e Total da Escala das Atitudes Face ao Aleitamento Materno

	Profissão	N	Média	Desvio Padrão
1-Crenças sobre o Aleitamento	Médicos	43	29,37	3,52
	Enfermeiros	64	30,19	3,17
2-Crenças acerca dos Benefícios da Amamentação	Médicos	43	22,91	2,20
	Enfermeiros	64	23,88	1,76
3-Crenças sobre os Obstáculos à Amamentação	Médicos	43	36,19	4,34
	Enfermeiros	64	37,77	3,74
4-Importância e Interesse em Relação à Amamentação	Médicos	43	21,26	2,65
	Enfermeiros	64	22,06	2,27
5- Atitudes face à Decisão de Não Amamentar	Médicos	43	17,47	3,02
	Enfermeiros	64	18,84	2,84
6-Respostas Comportamentais	Médicos	43	48,12	5,18
	Enfermeiros	64	49,55	5,24
SCORE TOTAL DAS ATITUDES	Médicos	43	175,30	14,37
	Enfermeiros	64	182,28	13,75

Os enfermeiros apresentam atitudes face ao aleitamento materno mais positivas do que os médicos, quer no que se refere ao total da escala (Média dos enfermeiros = 182,28; Média dos médicos = 175,30), quer nas várias dimensões.

Quadro 16: T de Student para Amostras Independentes: Comparação do Grupo dos Médicos e do Grupo dos Enfermeiros nas Dimensões e Total da Escala de Atitudes Face ao Aleitamento Materno

	<i>T de Student</i>	
	t	p<
1-Crenças sobre o Aleitamento	-1,247	0,215
2-Crenças acerca dos Benefícios da Amamentação	-2,413	0,018
3-Crenças sobre os Obstáculos à Amamentação	-2,006	0,047
4-Importância e Interesse em Relação à Amamentação	-1,686	0,095
5- Atitudes face à Decisão de Não Amamentar	-2,403	0,018
6-Respostas Comportamentais	-1,391	0,167
SCORE TOTAL DAS ATITUDES	-2,528	0,013

O teste T de Student revelou a existência de diferenças significativas, para $p \leq 0,05$ entre o grupo dos enfermeiros e o grupo dos médicos nas seguintes dimensões:

- “Crenças acerca dos Benefícios da Amamentação” ($t = -2,41; p < 0,02$).
- “Crenças sobre os Obstáculos à Amamentação”, ($t = -2,00; p < 0,05$).
- “Atitudes face à Decisão de Não Amamentar” ($t = -2,40; p < 0,02$).
- Score Total das Atitudes ($t = -2,53; p < 0,01$).

O grupo dos enfermeiros revela uma maior crença nos benefícios da amamentação (Média = 23,88) do que o grupo dos médicos (Média = 22,91) bem como atitudes mais positivas perante a decisão de não amamentar (Média dos Enfermeiros = 18,84, Média dos Médicos = 17,47). O grupo dos enfermeiros apresenta ainda menos crenças sobre os obstáculos à amamentação (Média dos Enfermeiros = 18,84, Média dos Médicos = 17,47).

Nas dimensões onde não se verificaram diferenças estatisticamente significativas tentou-se averiguar se existiriam diferenças entre alguns dos itens que constituíam essas dimensões, em função da variável profissão.

Quadro 17: Itens da Dimensão “Crenças sobre o Aleitamento” onde se verificaram diferenças significativas entre Médicos e Enfermeiros

	Média das ordens		Mann-Whitney	
	Médicos	Enfermeiros	<i>U</i>	<i>p</i> <
P.2	51,52	55,66	1269,50	0,437
P.3	50,41	56,41	1221,50	0,279
P.12	51,85	55,45	1283,50	0,517
P.19	48,49	57,70	1139,00	0,095
P.29	54,12	53,92	1371,00	0,972
P.32	49,15	57,26	1167,50	0,125
P.35	50,76	56,18	1236,50	0,336

Também entre os tens não se verificaram diferenças significativas, para $p < 0,05$, na dimensão “Crenças acerca do aleitamento” entre médicos e enfermeiros.

Quadro 18: Itens da Dimensão “Resposta Comportamentais” onde se verificaram diferenças significativas entre Médicos e Enfermeiros

	Média das ordens		Mann-Whitney	
	Médicos	Enfermeiros	<i>U</i>	<i>p</i> <
P6	54,33	53,78	1362,00	0,923
P14	49,64	56,93	1188,50	0,201
P15	46,45	59,07	1051,50	0,028
P18	53,88	54,08	1371,00	0,973
P20	48,57	57,65	1142,50	0,102
P22	49,88	56,77	1199,00	0,212
P25	56,60	52,25	1264,00	0,400
P26	57,53	51,63	1224,00	0,317
P27	54,15	53,90	1369,50	0,963
P33	48,35	57,80	1133,00	0,077
P38	49,07	57,31	1164,00	0,139
P41	44,47	60,41	966,00	0,006

Na dimensão “Respostas Comportamentais” verificaram-se diferenças estatisticamente significativas para $p < 0,05$ nos itens “Sou a favor da amamentação em horário livre após o nascimento” ($U = 10051,50$; $p < 0,028$) e “Não consigo apoiar uma mulher que não quer amamentar por questões estéticas” ($U = 966,00$; $p < 0,006$), também com os enfermeiros a demonstrarem atitudes mais positivas.

Relação entre a Especialidade de Enfermagem e as Atitudes

Para averiguar a existência de diferenças significativas entre Enfermeiros Generalistas e Especialistas foi necessário verificar a existência de distribuição normal no grupo dos especialistas ($n = 22$).

Quadro 19: Testes de Normalidade para o Grupo de Enfermeiros Especialistas nos Factores e Total da Escala de Atitudes face ao Aleitamento Materno

Especialistas (n= 22)	Kolmogorov - Smirnov		Shapiro - Wilk	
	Valor	$p <$	Valor	$p <$
Dimensão 1	0,146	0,200	0,922	0,087
Dimensão 2	0,298	0,000	0,622	0,010
Dimensão 3	0,112	0,200	0,966	0,613
Dimensão 4	0,192	0,033	0,893	0,021
Dimensão 5	0,179	0,065	0,937	0,227
Dimensão 6	0,142	0,200	0,976	0,825
SCORE TOTAL	0,079	0,200	0,971	0,710

Os testes de normalidade Kolmogorov- Smirnov e Shapiro – Wilk revelaram a existência de normalidade no grupo dos enfermeiros especialistas nas dimensões 1, 3, 5, 6 e no score total e revelaram a ausência de normalidade nas dimensões 2 e 4.

Face a estes resultados recorreu-se ao teste paramétrico T de Student para averiguar a existência de diferenças significativas entre os dois grupos nas dimensões 1, 3, 5, e 6, bem como no score total das atitudes e ao teste não paramétrico Mann-Whitney para averiguar a existência de diferenças significativas entre os dois grupos nas dimensões 2 e 4.

Quadro 20 Grupo dos Enfermeiros Generalistas e Grupo dos Enfermeiros Especialistas: Estatística Descritiva das Dimensões e Total da Escala das Atitudes Face ao Aleitamento Materno

	Especialidade Enfermagem	N	Média	Desvio Padrão
1-Crenças sobre o Aleitamento	Generalista	41	30,10	2,96
	Especialista	22	30,50	3,58
2-Crenças acerca dos Benefícios da Amamentação	Generalista	41	23,95	1,32
	Especialista	22	23,68	2,42
3-Crenças sobre os Obstáculos à Amamentação	Generalista	41	37,39	3,75
	Especialista	22	38,45	3,81
4-Importância e Interesse em Relação à Amamentação	Generalista	41	21,95	2,40
	Especialista	22	22,18	2,06
5- Atitudes face à Decisão de Não Amamentar	Generalista	41	18,27	2,77
	Especialista	22	20,05	2,65
6-Respostas Comportamentais	Generalista	41	49,00	5,56
	Especialista	22	50,68	4,61
SCORE TOTAL DAS ATITUDES	Generalista	41	180,66	14,25
	Especialista	22	185,55	12,78

Quadro 21: T de Student para Amostras Independentes - Comparação do Grupo dos Enfermeiros Especialistas e do Grupo dos Enfermeiros Generalistas nas Dimensões (1, 3, 5, e, 6) e Total da Escala de Atitudes Face ao Aleitamento Materno

	<i>T de Student</i>	
	t	p <
1-Crenças sobre o Aleitamento	-0,477	0,635
3-Crenças sobre os Obstáculos à Amamentação	-1,068	0,290
5- Atitudes face à Decisão de Não Amamentar	-2,468	0,016
6-Respostas Comportamentais	-1,211	0,231
SCORE TOTAL DAS ATITUDES	-1,344	0,184

O teste *T* de Student revelou uma diferença significativa para $p \leq 0,05$ entre os dois grupos na dimensão “Atitudes Face à Decisão de Não amamentar” ($t = -2,47$, $p < 0,016$) com os enfermeiros generalistas (Média = 18,27) a manifestarem atitudes menos positivas perante a decisão de não amamentar (Média = 20,05).

Quadro 22 Mann-Whitney : Comparação do Grupo dos Enfermeiros Especialistas e do Grupo dos Enfermeiros Generalistas nos Factores (2 e 4) da Escala de Atitudes Face ao Aleitamento Materno

	Crenças acerca dos Benefícios da Amamentação	Importância e Interesse em Relação à Amamentação
Mann-Whitney U	419,000	437,000
Z	-0,499	-0,295
p <	0,618	0,838

O teste Mann-Whitney não revelou a existência de diferenças significativas entre os dois grupos nas dimensões 2 e 4 da escala de atitudes face ao aleitamento materno.

Relação entre o Local de Trabalho e as Atitudes

Seguidamente apresentam-se os resultados relativos à existência de diferenças significativas entre os profissionais de saúde consoante o seu Local de Trabalho: Hospital/Maternidade, Centro de Saúde e Escola (Docentes). Uma vez que o grupo dos docentes (n = 10) tem uma dimensão inferior a 30, foi necessário averiguar-se a existência de distribuição normal neste grupo.

Quadro 23: Testes de Normalidade para o Grupo de Docentes nos Factores e Total da Escala de Atitudes face ao Aleitamento Materno

Grupo de Docentes (n=10)	Kolmogorov - Smirnov		Shapiro-Wilk	
	Valor	p <	Valor	p <
Dimensão 1	0,14	0,20	0,97	0,89
Dimensão 2	0,44	0,000	0,41	0,01
Dimensão 3	0,19	0,20	0,94	0,55
Dimensão 4	0,15	0,20	0,92	0,41
Dimensão 5	0,27	0,04	0,84	0,05
Dimensão 6	0,16	0,20	0,96	0,76
Total	0,20	0,20	0,94	0,49

Os testes de normalidade Kolmogorov- Smirnov e Shapiro – Wilk revelaram a existência de normalidade no grupo dos docentes nas dimensões 1, 3, 4, 6 e score total e revelaram a ausência de normalidade nas dimensões 2 e 5.

Para saber se havia homogeneidade de variâncias nos grupos dos três locais de trabalho utilizou-se o teste de Levéne.

Quadro 24: Teste de Levéne – Homogeneidade de Variâncias dos Três Grupos que trabalham no Hospital, Centro de Saúde e Docentes nas Dimensões e Total da Escala de Atitudes face ao Aleitamento Materno

	Teste de Levéne	<i>P</i> <
Dimensão 1	3,790	0,026
Dimensão 2	0,505	0,605
Dimensão 3	0,578	0,563
Dimensão 4	4,102	0,019
Dimensão 5	0,187	0,830
Dimensão 6	1,000	0,371
SCORE TOTAL	0,890	0,414

O teste de Levéne revelou a ausência de homogeneidade de variâncias entre os três grupos nas dimensões 1 e 4.

Baseando-nos nos resultados dos testes de normalidade e nos resultados do teste de homogeneidade, recorremos a uma prova paramétrica para comparar os três grupos (ANOVA-ONE WAY) nas dimensões 3 e 6 e no score total e à prova não paramétrica Kruskal-Wallis para comparar os três grupos nas outras dimensões.

Quadro 25: Estatística Descritiva para os Três Grupos consoante o Local de Trabalho nas Dimensões e Total da Escala das Atitudes Face ao Aleitamento Materno

	Profissão	N	Média	Desvio Padrão
1-Crenças sobre o Aleitamento	Hospital	37	29,86	3,08
	Centro de Saúde	60	29,48	3,53
	Docentes	10	32,10	1,91
2-Crenças acerca dos Benefícios da Amamentação	Hospital	37	23,43	1,75
	Centro de Saúde	60	23,45	1,93
	Docentes	10	23,90	3,14
3-Crenças sobre os Obstáculos à Amamentação	Hospital	37	37,65	3,71
	Centro de Saúde	60	35,53	4,26
	Docentes	10	38,80	3,55
4-Importância e Interesse em Relação à Amamentação	Hospital	37	21,89	2,08
	Centro de Saúde	60	21,43	2,72
	Docentes	10	23,00	1,49
5- Atitudes face à Decisão de Não Amamentar	Hospital	37	19,49	2,64
	Centro de Saúde	60	17,10	2,70
	Docentes	10	21,00	2,26
6-Respostas Comportamentais	Hospital	37	49,81	4,32
	Centro de Saúde	60	47,75	5,46
	Docentes	10	53,20	4,57
SCORE TOTAL DAS ATITUDES	Hospital	37	182,14	11,92
	Centro de Saúde	60	175,75	14,61
	Docentes	10	192,00	12,80

Quadro 26: ANOVA ONE -WAY : Comparação dos Três Grupos que Trabalham em Diferentes Locais nas Dimensões (3 e 6) e Total da Escala de Atitudes Face ao Aleitamento Materno

	F	p<
3-Crenças sobre os Obstáculos à Amamentação	1,834	0,165
6-Respostas Comportamentais	5,851	0,004
SCORE TOTAL DAS ATITUDES	7,221	0,001

A ANOVA – ONE WAY revelou a existência de diferenças significativas entre os três grupos na dimensão: “Respostas Comportamentais” ($F = 5,85$; $p < 0,004$) e no Score Total das Atitudes ($F = 7,22$; $p < 0,001$).

Recorremos ao teste de Comparações Múltiplas – teste de Scheffé (dado os n dos três grupos serem diferentes) no sentido de averiguar quais dos três grupos diferem entre si nesta dimensão e no score total. Na dimensão: “Respostas Comportamentais” o teste de Scheffé mostrou diferenças significativas (teste de Scheffé – $p < 0,008$) entre o grupo de docentes (Média = 53,20) e o grupo que trabalha no centro de saúde (Média = 47,75). É também o grupo de docentes que revela uma atitude mais favorável face ao aleitamento materno (Média do Score Total = 192,00) quando comparado com o grupo do centro de saúde (Média = 175,75) (teste de Scheffé – $p < 0,003$).

Quadro 27: Kruskal-Wallis : Comparação dos Três Grupos que Trabalham em Diferentes Locais nas Dimensões (1, 2, 4 e 5) da Escala de Atitudes Face ao Aleitamento Materno

	Crenças sobre o Aleitamento	Crenças acerca dos Benefícios da Amamentação	Importância e Interesse em Relação à Amamentação	Atitudes face à Decisão de Não Amamentar
Kruskal-Wallis	5,198	3,772	3,258	23,913
$p <$	0,074	0,152	0,196	0,000

O teste Kruskal – Wallis revelou a existência de uma diferença significativa entre os três grupos na dimensão “Atitudes face à Decisão de Não Amamentar” ($p < 0,000$). O grupo do centro de saúde (Média = 17,10) é o grupo que apresenta uma atitude menos positiva perante a decisão de não amamentar comparativamente com o grupo do Hospital/Maternidade (Média = 19,49) e com o grupo de docentes (Média = 21,00).

Relação entre os Anos de Experiência Profissional e as Atitudes

Uma vez que os grupos com menos de 3 anos ($n = 15$), o grupo com 3 a 10 anos de experiência ($n = 13$) e o grupo com 10 a 20 anos de experiência ($n = 23$) têm uma dimensão inferior a 30, foi necessário averiguar-se a existência de distribuição normal nestes grupos, para se poder decidir entre estatística paramétrica e estatística não paramétrica.

Quadro 28: Testes de Normalidade para os Grupos com Diferentes Anos de Profissão e com n's inferiores a 30 nas Dimensões e Total da Escala de Atitudes face ao Aleitamento Materno

	Anos de Profissão	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
		Valor	p	Valor	p
Dimensão 1	Menos de 3 anos	0,224	0,042	0,868	0,035
	3 a 10 anos	0,120	0,200	0,917	0,302
	10 a 20 anos	0,143	0,200	0,954	0,402
Dimensão 2	Menos de 3 anos	0,287	0,002	0,786	0,010
	3 a 10 anos	0,334	0,000	0,655	0,010
	10 a 20 anos	0,258	0,000	0,716	0,010
Dimensão 3	Menos de 3 anos	0,236	0,024	0,940	0,417
	3 a 10 anos	0,150	0,200	0,923	0,342
	10 a 20 anos	0,144	0,200	0,943	0,275
Dimensão 4	Menos de 3 anos	0,233	0,027	0,913	0,195
	3 a 10 anos	0,210	0,121	0,858	0,041
	10 a 20 anos	0,205	0,013	0,892	0,018
Dimensão 5	Menos de 3 anos	0,207	0,084	0,944	0,455
	3 a 10 anos	0,192	0,200	0,939	0,456
	10 a 20 anos	0,156	0,156	0,921	0,074
Dimensão 6	Menos de 3 anos	0,174	0,200	0,904	0,128
	3 a 10 anos	0,210	0,121	0,916	0,293
	10 a 20 anos	0,117	0,200	0,978	0,830
SCORE TOTAL	Menos de 3 anos	0,227	0,036	0,904	0,123
	3 a 10 anos	0,226	0,068	0,900	0,180
	10 a 20 anos	0,148	0,200	0,971	0,691

Segundo o teste de Shapiro não há distribuição normal nos três grupos em simultâneo, nas dimensões 1, 2 e 3, havendo distribuição normal em ambos os grupos nas restantes dimensões, bem como no score total.

Restava saber se havia homogeneidade de variâncias nos quatro grupos, tendo-se recorrido ao teste de Levéne.

Quadro 29: Teste de Levéne – Homogeneidade de Variâncias dos Grupos com Diferentes Anos de Profissão nas Dimensões e Total da Escala de Atitudes face ao Aleitamento Materno

	Teste de Levéne	P<
Dimensão 1	1,264	0,291
Dimensão 2	5,527	0,001
Dimensão 3	0,617	0,606
Dimensão 4	1,076	0,363
Dimensão 5	0,643	0,589
Dimensão 6	0,661	0,578
SCORE TOTAL	1,822	0,148

Segundo o teste de Levéne não existe homogeneidade de variâncias nos quatro grupos com diferentes anos de experiência profissional na dimensão 2.

Baseando-nos nos resultados dos testes de normalidade e nos resultados do teste de homogeneidade, recorreremos a uma prova paramétrica para comparar os quatro grupos (ANOVA-ONE WAY) nas dimensões 3, 5 e 6 e no score total das atitudes e à prova não paramétrica Kruskal-Wallis para comparar os quatro grupos nas outras dimensões da escala.

Quadro 30: Grupos com Diferentes Anos de Profissão: Estatística Descritiva das Dimensões e Total da Escala das Atitudes Face ao Aleitamento Materno

	Anos de Profissão	N	Média	Desvio Padrão
1-Crenças sobre o Aleitamento	Menos de 3 anos	15	30,20	2,54
	3 a 10 anos	13	31,00	3,27
	10 a 20 anos	23	30,26	3,17
	Mais de 20 anos	56	29,34	3,55
2-Crenças acerca dos Benefícios da Amamentação	Menos de 3 anos	15	24,27	0,80
	3 a 10 anos	13	24,15	1,46
	10 a 20 anos	23	23,35	2,42
	Mais de 20 anos	56	23,18	2,08
3-Crenças sobre os Obstáculos à Amamentação	Menos de 3 anos	15	37,80	3,45
	3 a 10 anos	13	37,85	3,83
	10 a 20 anos	23	37,78	3,93
	Mais de 20 anos	56	36,52	4,29
4-Importância e Interesse em Relação à Amamentação	Menos de 3 anos	15	22,00	2,00
	3 a 10 anos	13	22,54	2,18
	10 a 20 anos	23	22,00	2,35
	Mais de 20 anos	56	21,38	2,63
5- Atitudes face à Decisão de Não Amamentar	Menos de 3 anos	15	18,67	2,97
	3 a 10 anos	13	19,00	3,31
	10 a 20 anos	23	19,13	3,00
	Mais de 20 anos	56	17,86	3,03
6-Respostas Comportamentais	Menos de 3 anos	15	49,73	4,15
	3 a 10 anos	13	50,08	4,68
	10 a 20 anos	23	49,26	5,79
	Mais de 20 anos	56	48,39	5,43
SCORE TOTAL DAS ATITUDES	Menos de 3 anos	15	182,76	10,29
	3 a 10 anos	13	184,62	12,80
	10 a 20 anos	23	181,78	13,26
	Mais de 20 anos	56	176,48	15,61

Quadro 31: ANOVA ONE-WAY -Comparação dos Grupos com Diferentes Anos de Profissão nas Dimensões (3, 5 e 6) e Total da Escala das Atitudes Face ao Aleitamento Materno

	<i>F</i>	<i>P</i>
3-Crenças sobre os Obstáculos à Amamentação	0,895	0,446
5- Atitudes face à Decisão de Não Amamentar	1,765	0,159
6-Respostas Comportamentais	0,542	0,654
SCORE TOTAL DAS ATITUDES	1,856	0,142

A ANOVA – ONE WAY não revelou a existência de diferenças significativas para $p \leq 0,05$ entre os quatro grupos com diferentes anos de experiência nas dimensões nem no total da escala..

Quadro 32: Kruskal-Wallis : Comparação dos Grupos com Diferentes Anos de Profissão nos Factores (1, 2 e 4) da Escala das Atitudes Face ao Aleitamento Materno

	Crenças sobre o Aleitamento	Crenças acerca dos Benefícios da Amamentação	Importância e Interesse em Relação à Amamentação
Kruskal-Wallis	3,655	2,090	2,037
p	0,301	0,554	0,565

O Teste Kruskal-Wallis não revelou a existência de diferenças significativas para $p \leq 0,05$ entre os quatro grupos com diferentes anos de experiência profissional nestas dimensões da escala.

Relação entre a Idade e as Atitudes

Uma vez que o grupo etário com menos de 30 anos e o grupo com idade entre os 40 e os 50 anos (n 's = 16 e a 29 respectivamente) têm uma dimensão inferior a 30, foi necessário averiguar a existência de distribuição normal nestes grupos, para se poder decidir entre estatística paramétrica e estatística não paramétrica.

Quadro 33: Testes de Normalidade para os Diferentes Grupos Etários e n's Inferiores a 30 nas Dimensões e Total da Escala de Atitudes face ao Aleitamento Materno

	Grupo de Docentes (n=10)	Kolmogorov - Smirnov		Shapiro-Wilk	
		Valor	P <	Valor	P <
Dimensão 1	<i>Menos 30 anos</i>	0,208	0,062	0,924	0,258
	<i>40 a 50 anos</i>	0,164	0,052	0,917	0,032
Dimensão 2	<i>Menos 30 anos</i>	0,272	0,002	0,789	0,010
	<i>40 a 50 anos</i>	0,267	0,000	0,807	0,010
Dimensão 3	<i>Menos 30 anos</i>	0,197	0,096	0,958	0,601
	<i>40 a 50anos</i>	0,166	0,039	0,953	0,316
Dimensão 4	<i>Menos 30 anos</i>	0,213	0,050	0,900	0,085
	<i>40 a 50 anos</i>	0,127	0,200	0,926	0,044
Dimensão 5	<i>Menos 30 anos</i>	0,191	0,124	0,961	0,653
	<i>40 a 50 anos</i>	0,151	0,07	0,956	0,336
Dimensão 6	<i>Menos 30 anos</i>	0,157	0,200	0,939	0,391
	<i>40 a 50 anos</i>	0,121	0,200	0,970	0,569
SCORETOTAL	<i>Menos30 anos</i>	0,223	0,033	0,936	0,365
	<i>40 a 50 anos</i>	0,091	0,200	0,978	0,779

Segundo o teste de Shapiro não há distribuição normal em ambos os grupos simultaneamente, nas dimensões 1 e 2 (uma vez que $p > 0,05$) havendo distribuição normal em ambos os grupos nas restantes dimensões e no score total.

Restava saber se havia homogeneidade de variâncias nos quatro grupos de idade, tendo-se recorrido ao teste de Levéne.

Quadro 34: Teste de Levéne – Homogeneidade de Variâncias dos Três Grupos nos Factores e Total da Escala de Atitudes face ao Aleitamento Materno

	Teste de Levéne	P <
Dimensão 1	3,497	0,018
Dimensão 2	3,836	0,012
Dimensão 3	1,740	0,163
Dimensão 4	1,155	0,331
Dimensão 5	1,000	0,396
Dimensão 6	1,375	0,255
SCORE TOTAL	3,182	0,027

Segundo o teste de Levéne não existe homogeneidade de variâncias nos quatro grupos de idade nas dimensões 1, 2 e score total da escala.

Baseando-nos nos resultados dos testes de normalidade e nos resultados do teste de homogeneidade, recorreremos a uma prova paramétrica para comparar os quatro grupos (ANOVA-ONE WAY) nas dimensões 3, 4, 5 e 6 e à prova não paramétrica Kruskal-Wallis para comparar os quatro grupos nas outras dimensões e no score total.

Quadro 35: Grupos Etários: Estatística Descritiva das Dimensões e Total da Escala das Atitudes Face ao Aleitamento Materno

	Idade	N	Média	Desvio Padrão
1-Crenças sobre o Aleitamento	Menos de 30 anos	16	30,44	2,68
	30 a 40 anos	31	30,42	3,07
	41 a 50 anos	29	29,86	4,09
	Mais de 50 anos	31	29,00	3,02
2-Crenças acerca dos Benefícios da Amamentação	Menos de 30 anos	16	24,19	0,83
	30 a 40 anos	31	23,65	2,26
	41 a 50 anos	29	23,07	2,12
	Mais de 50 anos	31	23,35	1,99
3-Crenças sobre os Obstáculos à Amamentação	Menos de 30 anos	16	37,69	3,81
	30 a 40 anos	31	37,65	3,57
	41 a 50 anos	29	37,41	4,85
	Mais de 50 anos	31	36,06	3,78
4-Importância e Interesse em Relação à Amamentação	Menos de 30 anos	16	22,19	2,04
	30 a 40 anos	31	22,00	2,32
	41 a 50 anos	29	21,79	2,30
	Mais de 50 anos	31	21,19	2,87
5- Atitudes face à Decisão de Não Amamentar	Menos de 30 anos	16	19,31	2,09
	30 a 40 anos	31	19,00	2,97
	41 a 50 anos	29	17,76	3,05
	Mais de 50 anos	31	17,55	3,11
6-Respostas Comportamentais	Menos de 30 anos	16	50,19	4,48
	30 a 40 anos	31	49,03	4,98
	41 a 50 anos	29	48,52	6,47
	Mais de 50 anos	31	48,71	4,70
SCORE TOTAL DAS ATITUDES	Menos de 30 anos	16	184,00	11,25
	30 a 40 anos	31	181,74	12,17
	41 a 50 anos	29	178,41	17,90
	Mais de 50 anos	31	175,87	13,66

Quadro 36: ANOVA ONE-WAY: Comparação dos Diferentes Grupos Etários nas Dimensões (3, 4, 5 e 6) da Escala das Atitudes Face ao Aleitamento Materno

	<i>F</i>	<i>P</i> <
3-Crenças sobre os Obstáculos à Amamentação	1,032	0,382
4-Importância e Interesse em Relação à Amamentação	0,811	0,491
5- Atitudes face à Decisão de Não Amamentar	2,246	0,087
6-Respostas Comportamentais	0,380	0,767

A ANOVA-ONE WAY não revelou a existência de diferenças significativas para $p \leq 0,05$ entre os quatro grupos de idade nestas dimensões da escala de atitudes face ao aleitamento materno.

Quadro 37: Kruskal - Wallis : Comparação dos Diferentes Grupos de Idade nas Dimensões (1 e 2) e Total da Escala das Atitudes Face ao Aleitamento Materno

	Crenças sobre o Aleitamento	Crenças acerca dos Benefícios da Amamentação	Score Total das Atitudes
Kruskal-Wallis	3,655	2,090	4,889
<i>p</i> <	0,301	0,554	0,180

O Teste Kruskal-Wallis não revelou a existência de diferenças significativas para $p \leq 0,05$ entre os quatro grupos de idade nestas dimensões e no total da escala de atitudes face ao aleitamento materno.

Relação entre o Estado Civil e as Atitudes

De seguida fomos averiguar a existência de diferenças significativas entre os profissionais de saúde em função do seu estado civil. Em termos de estatística descritiva apresentamos os resultados dos quatro grupos (solteiro, casado/união de facto, divorciado e viúvo), contudo a nível de estatística inferencial fomos apenas comparar o grupo dos solteiros com o grupo dos casados, excluindo os outros dois grupos por apenas terem 5 sujeitos.

Quadro 38: Estado Civil: Estatística Descritiva das Dimensões e Total da Escala das Atitudes Face ao Aleitamento Materno

	Estado civil	N	Média	Desvio Padrão
1-Crenças sobre o Aleitamento	Solteiro	25	29,00	2,75
	Casado ou união de facto	72	30,21	3,48
	Divorciado	5	30,00	3,54
	Viúvo	5	29,00	3,39
2-Crenças acerca dos Benefícios da Amamentação	Solteiro	25	23,96	1,27
	Casado ou união de facto	72	23,39	2,13
	Divorciado	5	23,80	1,64
	Viúvo	5	22,20	2,95
3-Crenças sobre os Obstáculos à Amamentação	Solteiro	25	37,36	3,93
	Casado ou união de facto	72	37,08	4,16
	Divorciado	5	35,60	4,39
	Viúvo	5	38,20	3,35
4-Importância e Interesse em Relação à Amamentação	Solteiro	25	21,36	2,45
	Casado ou união de facto	72	21,88	2,45
	Divorciado	5	21,20	2,77
	Viúvo	5	22,20	2,59
5- Atitudes face à Decisão de Não Amamentar	Solteiro	25	18,36	2,91
	Casado ou união de facto	72	18,32	3,12
	Divorciado	5	19,00	2,55
	Viúvo	5	16,80	1,10
6-Respostas Comportamentais	Solteiro	25	47,76	5,96
	Casado ou união de facto	72	49,49	5,00
	Divorciado	5	49,00	6,20
	Viúvo	5	47,60	3,91
SCORE TOTAL DAS ATITUDES	Solteiro	25	177,80	15,41
	Casado ou união de facto	72	180,36	13,96
	Divorciado	5	178,60	18,37
	Viúvo	5	176,00	13,86

Uma vez que o grupo dos solteiros (n= 25) tem uma dimensão inferior a 30, foi necessário averiguar-se a existência de distribuição normal neste grupo, para se poder decidir entre estatística paramétrica e estatística não paramétrica.

Quadro 39: Testes de Normalidade para o Grupo dos Solteiros nas dimensões e Total da Escala de Atitudes face ao Aleitamento Materno

	Kolmogorov - Smirnov		Shapiro-Wilk	
	Valor	<i>p</i> <	Valor	<i>p</i> <
<i>Dimensão 1</i>	0,166	0,073	0,927	0,086
Dimensão 2	0,233	0,001	0,792	0,10
Dimensão 3	0,197	0,200	0,945	0,272
Dimensão 4	0,203	0,009	0,934	0,138
Dimensão 5	0,153	0,133	0,969	0,625
Dimensão 6	0,122	0,200	0,964	0,500
Total	0,183	0,031	0,946	0,282

Segundo o teste de Shapiro o grupo dos solteiros apenas não tem distribuição normal na dimensão 2 da escala de atitudes. Face a este resultado utilizou-se estatística não paramétrica, nomeadamente o teste Mann-Whitney, para comparar solteiros e casados na dimensão 2 e estatística paramétrica (T de Student) para comparar os dois grupos nas restantes dimensões e no total da escala.

Quadro 40: T de Student : Comparação do Grupo de Solteiros e do Grupo de Casados nas Dimensões (1, 3, 4, 5 e 6) e Total da Escala das Atitudes Face ao Aleitamento Materno

	T de Student	
	t	<i>p</i> <
1-Crenças sobre o Aleitamento	0,905	0,368
3-Crenças sobre os Obstáculos à Amamentação	-1,89	0,850
4-Importância e Interesse em Relação à Amamentação	1,582	0,117
5- Atitudes face à Decisão de Não Amamentar	-1,016	0,312
6-Respostas Comportamentais	1,082	0,282
SCORE TOTAL DAS ATITUDES	0,446	0,656

O Teste *T* de Student não revelou a existência de diferenças significativas para $p \leq 0,05$ entre o grupo dos solteiros e dos casados nestes factores e no total da escala de atitudes face ao aleitamento materno.

Quadro 41: Mann-Whitney : Comparação do Grupo de Solteiros e do Grupo de Casados no Factor 2 da Escala das Atitudes Face ao Aleitamento Materno

	Crenças acerca dos Benefícios da Amamentação
Mann-Whitney U	843,000
Z	-0,500
p<	0,617

O Teste Mann-Whitney não revelou a existência de diferenças significativas para $p \leq 0,05$ entre o grupo dos solteiros e dos casados nesta dimensão da escala de atitudes face ao aleitamento materno.

Relação entre a Existência de Filhos e as Atitudes

Quadro 42: Grupo que Tem Filhos e Grupo que Não Tem Filhos- Estatística Descritiva das Dimensões e Total da Escala das Atitudes Face ao Aleitamento Materno

	Tem filhos?	N	Média	Desvio Padrão
1-Crenças sobre o Aleitamento	Sim	74	30,05	3,55
	Não	33	29,42	2,75
2-Crenças acerca dos Benefícios da Amamentação	Sim	74	23,34	2,17
	Não	33	23,82	1,51
3-Crenças sobre os Obstáculos à Amamentação	Sim	74	37,08	4,09
	Não	33	37,42	4,01
4-Importância e Interesse em Relação à Amamentação	Sim	74	21,99	2,46
	Não	33	21,18	2,36
5-Atitudes face à Decisão de Não Amamentar	Sim	74	18,09	2,94
	Não	33	18,73	3,05
6-Respostas Comportamentais	Sim	74	49,34	5,04
	Não	33	48,15	5,66
SCORE TOTAL DAS ATITUDES	Sim	74	179,89	14,20
	Não	33	178,55	14,86

Quadro 43 :T de Student para Amostras Independentes: Comparação do Grupo que Tem Filhos e do Grupo que Não tem Filhos nas Dimensões e Total da Escala de Atitudes Face ao Aleitamento Materno

	T de Student	
	<i>t</i>	<i>p</i> <
1-Crenças sobre o Aleitamento	0,905	0,368
2-Crenças acerca dos Benefícios da Amamentação	-1,151	0,252
3-Crenças sobre os Obstáculos à Amamentação	-0,189	0,850
4-Importância e Interesse em Relação à Amamentação	1,582	0,117
5- Atitudes face à Decisão de Não Amamentar	-1,016	0,312
6-Respostas Comportamentais	1,082	0,282
Score Total das Atitudes	0,446	0,656

O teste T de Student não revelou a existência de diferenças significativas, para $p \leq 0,05$ entre o grupo que tem filhos e o grupo que não tem filhos nas dimensões e score total das atitudes face ao aleitamento.

Discussão

Os resultados do presente estudo, embora sendo válidos apenas para o grupo específico de sujeitos estudados, revelaram que as atitudes dos profissionais de saúde face ao aleitamento materno se inscrevem num registo muito positivo, com valores acima da média em todas as dimensões.

A dimensão onde se verificaram atitudes mais elevadas foi “Crenças acerca dos benefícios da amamentação” e a dimensão onde se demonstrou existirem atitudes menos positivas foi “Atitudes face à decisão de não amamentar”. Genericamente os resultados mostram diferenças significativas nas atitudes entre médicos e enfermeiros, com os enfermeiros a demonstrarem atitudes mais positivas. Nos enfermeiros, os enfermeiros generalistas apresentaram atitudes mais positivas na dimensão “Atitudes face à decisão de não amamentar” do que os enfermeiros generalistas. Em relação à influência do local de trabalho nas atitudes, constatou-se a existência de diferenças significativas entre os profissionais que trabalham na Maternidade/Hospital, no Centro de Saúde e ao nível da docência de Enfermagem, no score total das atitudes e nas dimensões “Respostas comportamentais” e “Atitudes face à Decisão de Não Amamentar”, com os docentes a revelarem atitudes mais positivas.

Como referem Shanler et al. (1999), parece ser consensual na literatura a existência de uma opinião favorável em relação ao aleitamento materno por parte da maioria dos profissionais envolvidos nesta área. Em Portugal, e paralelamente ao que se passou na maioria dos países desenvolvidos, após um período de expansão e incentivo à utilização do leite artificial, assiste-se a um crescente interesse e reinvestimento por parte dos serviços de saúde na amamentação, constituindo actualmente a sua promoção uma das estratégias para a saúde do recém-nascido e do lactente. Os dados obtidos neste estudo vão ao encontro desta tendência, com os técnicos que desenvolvem actividades relacionadas com o aleitamento materno a manifestarem atitudes muito positivas.

A dimensão “Crenças acerca dos benefícios da amamentação” foi aquela onde se observaram as atitudes mais elevadas, o que se encontra em conformidade com as investigações desenvolvidas por Lawrence (1982), Lowe (1990) e Barnett et al (1995) em que a grande maioria dos técnicos de saúde se mostrava concordante com os benefícios da amamentação, considerando muito importantes aspectos como o valor nutricional e imunológico do leite materno e o facto de promover um maior bem-estar emocional (Lawrence, 1982). A quase totalidade dos sujeitos inquiridos (95,4%) considerou que “O aleitamento materno é a melhor forma de alimentar um recém-nascido” tendo sido observados resultados semelhante no estudo desenvolvido por Reiff et al. (1995).

Na dimensão referente aos obstáculos mais frequentemente citados em relação ao aleitamento materno a maior da amostra não considera que estes sejam um impedimento para a amamentação. A “limitação da liberdade da mãe” foi o principal obstáculo identificado (25% dos sujeitos), no entanto os resultados relativos a aspectos específicos como a mãe trabalhar ou estudar não foram tidos como incompatíveis com a amamentação para a grande maioria dos técnicos.

O facto destes resultados não encontrarem paralelo nos estudos de Lawrence (1982) onde a maioria da amostra (constituída também por médicos e enfermeiros) considerou o regresso ao trabalho ou à escola um motivo muito importante para o abandono precoce da amamentação, remete-nos para a necessidade de aprofundar este domínio, uma vez que se encontra fortemente condicionado pelo contexto social.

Seria interessante em investigações futuras confrontar este tipo de dados com dados provenientes das próprias mães, com a experiência pessoal de aleitamento dos próprios técnicos (o que não foi possível efectuar neste estudo pelo facto de apenas 6 sujeitos não terem amamentado) e com a forma como é feito o aconselhamento a mães estudantes/trabalhadoras, no sentido de enquadrar estes resultados num contexto mais alargado.

Relativamente à dimensão “Crenças sobre o aleitamento” onde foram incluídas questões que abordavam crenças sobre a alimentação natural/artificial dos bebés, os resultados obtidos reflectem uma clara tendência para a discordância com o facto de que “A maior parte dos bebés necessita de leite artificial para aumentar de peso”, “A alimentação com leite artificial é mais fácil para a mãe e para o bebé” e “Actualmente a alimentação com leite materno é tão saudável como com leite artificial”, evidenciando a valorização do aleitamento materno em relação ao aleitamento artificial. Face às crenças na capacidade de produção de leite das mães, as respostas encontradas vão no sentido da confiança nesta capacidade (78% dos inquiridos).

Estes dados são corroborados pelo estudo de Barrett et al. (1995) onde cerca de 80% dos profissionais de saúde da amostra discordaram que os bebés necessitam de leite artificial para aumentar de peso e 71% acharam que quase todas as mulheres têm capacidade para produzir leite para alimentar o seu bebé. Os médicos e enfermeiros da amostra deste estudo mostraram reconhecer a importância dos factores informação e motivação por parte da mãe para que o aleitamento materno seja bem sucedido, aspecto este que se reveste de particular importância se tivermos em conta que a técnica da amamentação é importante para a saída efectiva do leite e que é um processo que requer informação e aprendizagem (Giuglianni, 2000).

A área do aleitamento materno parece ser uma área de interesse para a maioria dos profissionais deste estudo, que se sentem confiantes na sua abordagem com as mães e referem sentimentos de satisfação perante uma mãe que decidiu amamentar. Também na investigação de Patton et al. (1996), 64% dos enfermeiros revelaram interesse em ajudar as mulheres a amamentar; resultados semelhantes foram encontrados por Freed et al. (1995) em que metade dos médicos do internato e cerca de 70% dos restantes sentiam-se confiantes na sua capacidade de aconselhar as mulheres sobre a amamentação.

Na dimensão “Atitudes face à decisão de não amamentar” e que implicavam uma maior expressão afectiva, principalmente de sentimentos negativos, assistiu-se a uma tendência maior para a utilização da resposta “não concordo nem discordo”. Esta poderá ser uma estratégia que possibilita uma menor exposição emocional e que, por outro lado, poderá reflectir a ideia de que em contextos profissionais “não há lugar” para sentimentos negativos face aos outros.

Esta foi a dimensão onde se observaram as atitudes menos positivas, nomeadamente encontraram-se respostas na ordem dos 10% que mostram concordância com as afirmações “Acho incompreensível uma mulher não querer amamentar o seu bebé” e “Não querer amamentar é um acto egoísta”, denotando algumas dificuldades na aceitação da decisão de não querer amamentar.

O apoio que os profissionais de saúde podem dar às mães passa também por enquadrar o aleitamento na realidade individual de cada mãe e bebé e pela aceitação da sua opção. Este processo deve ser visto a partir da mulher e, os profissionais de saúde, devem olhá-lo a partir dos olhos maternos, das suas emoções, crenças, dificuldades e desejos, para que possam actuar e ajudá-la na decisão, compreendendo que normas e disciplinas rígidas não condizem com um relacionamento a dois (Spallicci., 1999).

Para a dimensão “Respostas comportamentais” os dados obtidos sugerem o conhecimento e a prática das directivas da OMS/UNICEF referentes aos “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” e das recomendações das intervenções preconizadas para o período pré-natal (WHO/UNICEF, 1989).

Relativamente à informação que os técnicos fornecem à grávida/mãe, constatámos que a grande maioria discute o modo de alimentação do bebé, incentivando o aleitamento materno e informando sobre as suas vantagens. Estes dados vão no mesmo sentido dos resultados encontrados em estudos realizados noutros países como os de Lawrence (1982), Lazzaro et al (1995) e Hull et al (1989).

De salientar que 87,9% concordam com o facto de que o tema do aleitamento materno é sempre abordado mesmo que a iniciativa não parta da grávida/mãe, valor um pouco superior ao encontrado por Lawrence (1982) numa amostra de 1836 médicos e enfermeiros (76%). O facto de se ter verificado um ligeiro decréscimo face ao número de sujeitos que incentiva o aleitamento materno a uma mãe que já optou pela alimentação artificial face a uma mãe ainda indecisa, também encontrou paralelo no estudo de Lazzaro et al (1995), que consideram que incentivar o aleitamento materno a uma mãe que já optou pelo aleitamento artificial constitui um melhor indicador de uma atitude favorável à amamentação.

Apesar da maioria da amostra se mostrar a favor do início precoce do aleitamento materno (primeira meia hora após o parto), existe uma percentagem de 13% que manifesta discordância, o mesmo acontecendo com a directiva “Sou a favor da amamentação em horário livre após o nascimento” em que cerca de 10% manifestou claramente a sua discordância. Estas minorias devem merecer a nossa atenção, tendo em conta a importância que estas normas têm para o reforço da relação afectiva mãe/bebé e para a estimulação da secreção láctea (WHO/UNICEF, 1989).

Continuar a amamentar quando surge uma mastite é um tema que tem gerado alguma controvérsia ao longo do tempo e cujas indicações têm sofrido influências da constante evolução da ciência médica. Actualmente é preconizada a manutenção do aleitamento, paralelamente ao tratamento da infecção (Lothrop, 1998; Hull et al 1989). Os resultados deste estudo parecem reflectir também esta ambivalência, com os indivíduos a repartirem-se de forma equilibrada entre as opções recomendar e não recomendar o aleitamento quando a mulher desenvolveu uma mastite, constatando-se semelhante distribuição no estudo de Hull et al (1989).

A análise estatística revelou que das variáveis estudadas, a profissão, a especialidade de enfermagem e o local de trabalho foram aquelas que influenciaram significativamente as atitudes dos profissionais de saúde da amostra.

Os enfermeiros demonstram possuir atitudes mais positivas em relação aos médicos, quer no total da escala, quer nas dimensões “Crenças sobre os benefícios da amamentação”, “Crenças sobre os obstáculos face à amamentação” e “Atitudes face à decisão de não amamentar”.

Os enfermeiros mostraram ainda atitudes mais positivas em relação à adopção da amamentação em horário livre e ao apoio que podem dar a uma mulher que não quer amamentar por razões estéticas, do que os médicos. Este resultado encontra paralelo no estudo de Bagwell et al. (1993) mas não no de Barnett et al. (1995) onde os pediatras e os nutricionistas apresentaram atitudes mais positivas que os enfermeiros.

Esta diversidade de resultados poderá estar relacionada não só com as diferenças metodológicas, uma vez que não foi possível neste estudo efectuar comparações com as várias especialidades médicas dado o número reduzido de sujeitos nos grupos de pediatria e obstetrícia, mas também com as diferenças que possam existir entre os vários países nas funções inerentes a cada grupo profissional. O facto de, no seu desempenho profissional, os sujeitos terem uma intervenção mais activa e um maior investimento nas questões do aleitamento materno (há que considerar que médicos e enfermeiros poderão intervir de formas diferentes na promoção do aleitamento materno), poderá reflectir-se nas suas atitudes.

Um outro aspecto a considerar é que estes dados podem ter sido contaminados pela variável local de trabalho, pois cerca de 76 % dos médicos deste estudo trabalham ao nível dos cuidados de saúde primários, onde além da sua actividade ser mais diversificada, não intervêm directamente no período peri-natal, onde os aspectos da amamentação assumem maior expressão.

Este aspecto é reforçado pela existência de diferenças nas atitudes em função do local de trabalho (score total das atitudes e dimensão “Respostas comportamentais”). O facto das diferenças se terem registado nesta dimensão, poderá remeter-nos para a influência dos diferentes contextos profissionais e das diferentes práticas institucionais. A influência do contexto hospitalar é sugerida por Barnett et al. (1995), tendo por base a sua investigação, onde o ambiente de trabalho e as rotinas hospitalares se relacionaram com as crenças dos enfermeiros acerca da amamentação.

No estudo aqui desenvolvido, o grupo de docentes da escola de enfermagem apresentou atitudes mais elevadas do que os profissionais que trabalham nos centros de saúde. Também aqui há que ter em conta a possível contaminação pela variável profissão, pois todos os docentes são enfermeiros com a especialidade de Saúde Materna/Infantil, o que pressupõe formação específica em temas relacionados com os cuidados às mães e bebés.

Também entre os enfermeiros generalistas e os enfermeiros com uma especialidade se registaram diferenças significativas nas suas atitudes face à decisão de uma mãe não amamentar, sendo os enfermeiros especialistas aqueles que demonstram mais compreensão e aceitação perante esta opção. As diferenças na formação poderão estar relacionadas com este resultado, o que é corroborado por Patton et al. (1996), que encontrou uma relação positiva entre o grau de formação em enfermagem e o apoio prestado às mulheres na área do aleitamento.

Os resultados encontrados neste estudo revelaram, em conformidade com outros autores, a existência de atitudes positivas face ao aleitamento materno entre os profissionais que trabalham nesta área. No entanto, os dados apenas são válidos para a amostra em estudo, não sendo possível a sua generalização. O facto do método de amostragem utilizado ter sido não aleatório e a recolha da amostra ter sido efectuada apenas em instituições da grande Lisboa, poderá constituir uma limitação ao estudo, bem como a impossibilidade de encontrar e utilizar um instrumento já construído e validado para a população portuguesa.

A reduzida dimensão da amostra, e em particular de alguns grupos - sexo masculino, especialidades de pediatria e obstetrícia, sujeitos que não amamentaram, conduziu à impossibilidade de avaliar o efeito destas variáveis e confrontar os resultados com os de outras investigações. Além disso, pelo facto de ter sido utilizado um instrumento de auto-preenchimento, há que contar o possível efeito da deseabilidade social, ainda mais porque a promoção do aleitamento materno constitui uma directiva que os próprios técnicos têm conhecimento que faz parte das suas funções.

Para que o início e a manutenção do aleitamento ocorram com sucesso, as mães necessitam de apoio activo durante a gravidez e após o parto, não apenas da sua família e pares mas também do sistema de saúde. A OMS e a UNICEF acreditam que, entre os muitos factores que influenciam o aleitamento materno, as práticas de saúde se destacam como uma das formas mais promissoras de aumentar a prevalência e a duração da amamentação (WHO/UNICEF, 1989).

Considerando que as atitudes dos profissionais de saúde acerca do aleitamento materno podem estar relacionadas com o apoio e o incentivo que estes podem dar às mulheres grávidas e às mães (Barnett et al., 1995) e influenciar mesmo a decisão de amamentar (Kistin et al., 1990; Reiff & Essock-Vitale, 1985), torna-se importante a investigação sobre as atitudes, conhecimentos e práticas acerca do aleitamento materno, para definir temas de sensibilização/acção, principalmente para aumentar a duração da amamentação.

Os resultados encontrados levam-nos a reforçar a necessidade de, em investigações posteriores, abordar variáveis como as especialidades médicas, a formação recebida na área do aleitamento materno e as intervenções específicas de cada grupo profissional nesta área. Uma outra linha de investigação que poderá fornecer um importante contributo para o aprofundamento deste domínio, prende-se com a avaliação do impacto das atitudes dos profissionais de saúde, das variáveis institucionais e da percepção das mulheres das suas experiências nos serviços de saúde, na decisão de amamentar.

Referências

- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, Personality and Behaviour*. Milton Keynes: Open University Press.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes And Predicting Social Behavior*. New Jersey: Prentice Hall.
- Alves, A. M., & Almeida, M. D. (1992). Aleitamento Materno: Breve Perspectiva Histórica. *Revista Portuguesa de Nutrição*, 4 (2), 8-33.
- American Academy of Pediatrics (1997). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 100 (6), 1035-1039. Consultado em 19 de Setembro de 2002 através de: [http:// www.pediatrics.org/cont/abstract](http://www.pediatrics.org/cont/abstract)
- Anastasi, A. (1990). *Psychological testing* (6ª ed.). Nova Iorque : Macmillan Publishing Company.
- Bagwell, J. E., Kendrick, O. W., Stitt, K. R. & Leeper, J. D. (1993). Knowledge and Attitudes Toward Breastfeeding: Differences among Dieticians, Nurses and Physicians Working with WIC Clients. *Journal of the American Dietetic Association*, 93 (7), 801-804.
- Barnett, E., Sienkiewicz, M. & Roholt, S. (1995). Beliefs About Breastfeeding: A Statewide Survey of Health Professionals. *Birth*, 22 (1), 15-20.
- Canavarro, C. (2001). Gravidez e Maternidade – Representações e Tarefas de Desenvolvimento. In M. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp.17-49). Coimbra: Quarteto.
- CIDM (1998). *Portugal- Situação das mulheres 1997*. Lisboa: Ministério do Emprego e Segurança Social.
- Correia, M. J. (1998). Sobre a Maternidade. *Análise Psicológica*, 3 (XVI) 365-371.

- Eagly, A. & Chaiken, S. (1993). *Psychology of Attitudes*. Forth Worth: Harcourt Brace Jovanovich.
- Figueiredo, B. (2001). Perturbações psicopatológicas do puerpério. In M. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp.161-188). Coimbra: Quarteto.
- Freed, G., Clark, S., Sorenson, J., Lohr, J., Cefalo, R. & Curtis, P. (1995). National Assessment of Physicians' Breastfeeding Knowledge, Attitudes, Training and Experience. *JAMA*, 273 (6), 472-476.
- Gartner, L. (1997). Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*, 100 (6), 1035-1039.
- Giuglianni, E. (2000). O aleitamento materno na prática clínica. Consultado em 10 de Outubro de 2002 através de: <http://www.aleitamento.org.br/arquivos/index.htm>
- Greiner, T. (2000). *O aleitamento materno ao longo da história*. Consultado em 20 de Julho de 2002 através de: <http://www.aleitamento.org.br/arquivos/hist.htm>
- Hill, M. M. & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Hull, V. J., Thapa, S. & Wiknjastro, G. (1989). Breastfeeding and Health Professionals: a Study in Hospitals in Indonesia. *Social, Science and Medicine*, 28 (4), 355-364.
- Kaplan, C. (1990). Endocrinology of the breast. In G. Mitchell & L. Bassett (Eds.). *The female breast and its disorders* (pp. 22-44). New-York: Williams & Wilkins.
- Kelly, M. (1999). Child Health Breast Feeding The Advantages For Baby And Mother. Consultado em 20 de Julho de 2002 através de: http://www.medicalnet.pt/2dedos/amamentacao/o_aleitamento_materno.htm

- King, F. (1991). *Como ajudar as mães a amamentar*. Londrina: Universidade Estadual de Londrina.
- Kistin, N., Benton, D., Rao, S. & Sullivan, M. (1990). Breastfeeding Rates Among Black Urban Low-Income Women: Effect of Prenatal Education. *Pediatrics*, 86 (5), 741-746.
- Jones, D. et al (1977). Breastfeeding in an inner London borough: a study of cultural factors. *Social Science & Medicine*, 11, 175-179.
- Lawrence, R. A. (1982). Practices and Attitudes Toward Breastfeeding Among Medical Professionals. *Pediatrics*, 70 (6), 912-920.
- Lazzaro, E., Anderson, J. & Auld, G. (1995). Medical Professionals' Attitudes Toward Breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 11 (2), 97-101.
- Levy, L. (1994). A Alimentação no Primeiro Ano de Vida. *Revista Portuguesa de Pediatria*, 25 (3), 191-204.
- Levy, L. e Bértolo, H. (2000). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- Lima, M. (1993). Atitudes. In Jorge Vala e Maria Benedicta Monteiro (Eds.), *Psicologia Social* (pp.167-199) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lopes, C. B. (1992). A maternidade: lacunas da legislação. In: Comissão para a Igualdade dos Direitos das Mulheres (Eds.), *Maternidade: Muitos e Realidades* (pp. 91-95). Lisboa: Comissão para a Igualdade e Direitos das Mulheres.
- Losch, M., Dugny, C. I., Russel, D. & Dusdieher, L. B. (1995). Impact of Attitudes on Maternal Decisions Regarding Infant Feeding. *The Journal of Pediatrics*, 126 (4), 507-514.
- Lothrop, H. (1998). *O Livro da Amamentação*. Lisboa: Paz Editora.

- Lowe, T. (1990). Breastfeeding: Attitudes and Knowledge of Health Professionals. *Australian Family Physician*, 19 (3), 394-398.
- Monteiro, M. (1983). Fisiologia da lactação. In J. Sousa & C. Carvalho (Eds.), *Nutrição em Pediatria* (pp. 27-30). Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Mota, H. (1983). Aleitamento materno. In J. Sousa & C. Carvalho (Eds.), *Nutrição em Pediatria*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Ministério da Saúde (1999). *Estratégia de Saúde Regional. Plano de Acção 1999*. Lisboa: Ministério da Saúde, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.
- Neto, F. (1998). *Psicologia Social*. Lisboa: Universidade Aberta.
- OMS/UNICEF (1990). *Declaração de Innocenti Sobre a Protecção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno*. Florencia: Autor.
- Patton, C. B., Beaman, M., Csar, N. & Lewinsky, C. (1996). Nurses' Attitudes and Behaviors that Promote Breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 12 (2), 111-115.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2000). *Análise de Dados para Ciências Sociais* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Reiff, M. I. & Essock-Vitale, S. M. (1985). Hospital Influences on Early Infant-Feeding Practices. *Pediatrics*, 76 (6), 208-215.
- Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Shanler, R. J., O'Conner, K. G. & Lawrence, R. (1999). Pediatricians' Practices and Attitudes Regarding Breastfeeding Promotion. *Pediatrics*, 103 (3), 1-5.
- Sharron, S. H. Hill, P. D. & Spiegelberg, P. L. (1998). Breastfeeding and Health Professional Encouragement. *Journal of Human Lactation*, 14 (4), 305-310.

-
- Spallicci, M. (1999). *Aspectos Péri-Natais do Aleitamento Materno*. Consultado em 3 de Setembro de 2002 através de: <http://www.ibfan.org/portuguese/resource/who/whares.htm>
- Torres, R. Parrilla, A. e Peralta, J. (2000). Reliability and Validity of a Breastfeeding Attitudes Instrument for Nursing Staff, *PRHSJ*, 19 (3), 263-267.
- WHO/UNICEF (1989). *Protection, Promotion and Supporting Breastfeeding: The Important Role of Maternity Services*. Geneva: Autor.

Anexo A: Questionário de Caracterização Sócio-Demográfica

Sexo: Masculino Feminino

Idade: _____ anos

Estado Civil:

- Solteiro(a).....
 Casado(a)/União de Facto.....
 Divorciado(a).....
 Viúvo(a).....

Profissão:

- Médico(a) | Ginecologia/Obstetrícia.....
 | Pediatría.....
 | Clínica Geral.....
 | Outra..... Qual? _____
- Enfermeiro(a) | Generalista.....
 | Especialista..... Qual? _____

Tempo de Profissão: _____ anos.

Local de trabalho:

- Hospital
 Centro de Saúde.....
 Maternidade.....
 Outro..... Qual? _____

Serviço/Área _____

▪ **Tem filhos?** Sim Não.....

▪ **Se sim, amamentou algum dos seus filhos ou a sua esposa/companheira amamentou algum dos seus filhos (por mais de quatro semanas)?**

Sim..... Não.....

**Anexo B: Questionário de Avaliação das Atitudes dos Profissionais
de Saúde Face ao Aleitamento Materno**

A seguir vai encontrar um conjunto de afirmações relacionadas com o Aleitamento Materno.

Assinale com uma cruz no quadrado que melhor traduz o seu grau de concordância com cada uma das afirmações.

Por favor, não deixe nenhuma por responder.

	Discordo Totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
O aleitamento materno não permite ao pai envolver-se no processo da alimentação do bebé.					
A maior parte dos bebés necessita de leite artificial para aumentar de peso.					
A alimentação com leite artificial é mais fácil para a mãe e para o bebé.					
O aleitamento materno possibilita o estabelecimento de uma relação mais forte entre a mãe e o bebé.					
O aleitamento materno é muito doloroso.					
Não encorajaria uma mulher a amamentar logo na 1ª meia hora após o parto (parto eutócico).					
Se a mãe está a estudar, é impossível amamentar.					
O aleitamento materno é o mais saudável para a criança.					
O aleitamento materno produz alterações estéticas irreversíveis nos seios.					
Sinto-me inseguro(a) em abordar algumas questões nesta área do aleitamento materno.					
O aleitamento materno é um processo difícil.					
As mães muito ansiosas não deviam amamentar.					
O leite materno é o alimento mais adequado e completo para as crianças durante os primeiros meses de vida.					
Se uma mulher já decidiu alimentar o seu filho com leite artificial, não tento incentivá-la ao aleitamento materno.					
Sou a favor da amamentação em horário livre após o nascimento.					
O aleitamento materno é embaraçoso.					
Irrita-me o facto de algumas mulheres decidirem não amamentar por questões estéticas.					
A forma de alimentar o bebé é um assunto que abordo sempre na minha prática profissional.					
O aleitamento materno é emocionalmente mais satisfatório.					

	Discordo Totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Discuto com as mães as vantagens do aleitamento materno e as desvantagens da introdução precoce de leites artificiais.					
Se a mãe trabalha é preferível alimentar o bebé com leite artificial.					
Costumo dialogar com outros técnicos sobre questões relacionadas com o aleitamento materno.					
As propriedades imunológicas do leite materno são extremamente importantes para o bebé.					
Acho importante investir-se no aleitamento materno.					
Quando uma mulher ainda não se decidiu pelo aleitamento materno, tento sempre incentivá-la a optar por este método.					
Não incentivo uma mulher que desenvolveu uma mastite a continuar a amamentar.					
Não considero muito importante informar as mulheres sobre a fisiologia da lactação.					
O aleitamento materno condiciona a liberdade da mãe.					
Actualmente a alimentação com leite materno é tão saudável como com leite artificial.					
Não me sinto particularmente interessado(a) pela área do aleitamento materno.					
Muitas mães que não querem amamentar são "más mães".					
O conhecimento e a motivação da mãe são essenciais para amamentar com sucesso.					
Compreender os motivos que levam uma mãe a não querer amamentar torna-se primordial para promover o aleitamento materno.					
Não querer amamentar é um acto egoísta.					
A maior parte das mulheres tem capacidade para produzir leite suficiente para alimentar o seu bebé.					
O aleitamento materno produz modificações negativas na imagem da mulher.					
Fico satisfeito(a) quando uma mulher toma a decisão de amamentar.					
Se a mulher não inicia o tema da amamentação acho que não é necessário falar no assunto.					
Sinto-me à vontade quando se fala de aleitamento materno.					
Acho incompreensível uma mulher não querer amamentar o seu bebé.					
Não consigo apoiar uma mulher que não quer amamentar apenas por questões estéticas.					

	Discordo Totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
O aleitamento materno é a melhor forma de alimentar um recém-nascido.					
Surpreender-me-ia o facto de uma mãe não saber amamentar.					

Obrigada pela sua colaboração.

Anexo C: Exemplar do Conjunto de Instrumentos Utilizados

O questionário que se segue destina-se a um trabalho de investigação no âmbito do Mestrado em Psicologia da Saúde. O objectivo do estudo consiste em compreender a forma como as pessoas pensam acerca do tema “Aleitamento Materno”, pelo que a sua participação é fundamental.

Agradecemos a sua colaboração, garantindo desde já a confidencialidade das respostas.

Muito Obrigada.

Sexo: Masculino Feminino

Idade: _____ anos

Estado Civil:

- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| Solteiro(a)..... | <input type="checkbox"/> |
| Casado(a)/União de Facto..... | <input type="checkbox"/> |
| Divorciado(a)..... | <input type="checkbox"/> |
| Viúvo(a)..... | <input type="checkbox"/> |

Profissão:

- | | | |
|-------------|------------------------------|--------------------------------------|
| ▪ Médico(a) | Ginecologia/Obstetrícia..... | <input type="checkbox"/> |
| | Pediatria..... | <input type="checkbox"/> |
| | Clínica Geral..... | <input type="checkbox"/> |
| | Outra..... | <input type="checkbox"/> Qual? _____ |

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------------------------|
| ▪ Enfermeiro(a) | Generalista..... | <input type="checkbox"/> |
| | Especialista..... | <input type="checkbox"/> Qual? _____ |

Tempo de Profissão: _____ anos.

Local de trabalho:

- | | |
|----------------------|--------------------------------------|
| Hospital | <input type="checkbox"/> |
| Centro de Saúde..... | <input type="checkbox"/> |
| Maternidade..... | <input type="checkbox"/> |
| Outro..... | <input type="checkbox"/> Qual? _____ |

Serviço/Área _____

▪ **Tem filhos?** Sim Não.....

▪ **Se sim, amamentou algum dos seus filhos ou a sua esposa/companheira amamentou algum dos seus filhos (por mais de quatro semanas)?**

Sim..... Não.....

A seguir vai encontrar um conjunto de afirmações relacionadas com o Aleitamento Materno.

Assinale com uma cruz no quadrado que melhor traduz o seu grau de concordância com cada uma das afirmações.

Por favor, não deixe nenhuma por responder.

	Discordo Totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
O aleitamento materno não permite ao pai envolver-se no processo da alimentação do bebé.					
A maior parte dos bebés necessita de leite artificial para aumentar de peso.					
A alimentação com leite artificial é mais fácil para a mãe e para o bebé.					
O aleitamento materno possibilita o estabelecimento de uma relação mais forte entre a mãe e o bebé.					
O aleitamento materno é muito doloroso.					
Não encorajaria uma mulher a amamentar logo na 1ª meia hora após o parto (parto eutócico).					
Se a mãe está a estudar, é impossível amamentar.					
O aleitamento materno é o mais saudável para a criança.					
O aleitamento materno produz alterações estéticas irreversíveis nos seios.					
Sinto-me inseguro(a) em abordar algumas questões nesta área do aleitamento materno.					
O aleitamento materno é um processo difícil.					
As mães muito ansiosas não deviam amamentar.					
O leite materno é o alimento mais adequado e completo para as crianças durante os primeiros meses de vida.					
Se uma mulher já decidiu alimentar o seu filho com leite artificial, não tento incentivá-la ao aleitamento materno.					
Sou a favor da amamentação em horário livre após o nascimento.					
O aleitamento materno é embaraçoso.					
Irrita-me o facto de algumas mulheres decidirem não amamentar por questões estéticas.					
A forma de alimentar o bebé é um assunto que abordo sempre na minha prática profissional.					
O aleitamento materno é emocionalmente mais satisfatório.					

	Discordo Totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Discuto com as mães as vantagens do aleitamento materno e as desvantagens da introdução precoce de leites artificiais.					
Se a mãe trabalha é preferível alimentar o bebé com leite artificial.					
Costumo dialogar com outros técnicos sobre questões relacionadas com o aleitamento materno.					
As propriedades imunológicas do leite materno são extremamente importantes para o bebé.					
Acho importante investir-se no aleitamento materno.					
Quando uma mulher ainda não se decidiu pelo aleitamento materno, tento sempre incentivá-la a optar por este método.					
Não incentivo uma mulher que desenvolveu uma mastite a continuar a amamentar.					
Não considero muito importante informar as mulheres sobre a fisiologia da lactação.					
O aleitamento materno condiciona a liberdade da mãe.					
Actualmente a alimentação com leite materno é tão saudável como com leite artificial.					
Não me sinto particularmente interessado(a) pela área do aleitamento materno.					
Muitas mães que não querem amamentar são “más mães”.					
O conhecimento e a motivação da mãe são essenciais para amamentar com sucesso.					
Compreender os motivos que levam uma mãe a não querer amamentar torna-se primordial para promover o aleitamento materno.					
Não querer amamentar é um acto egoísta.					
A maior parte das mulheres tem capacidade para produzir leite suficiente para alimentar o seu bebé.					
O aleitamento materno produz modificações negativas na imagem da mulher.					
Fico satisfeito(a) quando uma mulher toma a decisão de amamentar.					
Se a mulher não inicia o tema da amamentação acho que não é necessário falar no assunto.					
Sinto-me à vontade quando se fala de aleitamento materno.					
Acho incompreensível uma mulher não querer amamentar o seu bebé.					
Não consigo apoiar uma mulher que não quer amamentar apenas por questões estéticas.					

	Discordo Totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
O aleitamento materno é a melhor forma de alimentar um recém-nascido.					
Surpreender-me-ia o facto de uma mãe não saber amamentar.					

Obrigada pela sua colaboração.

Anexo D: Autorizações para a Recolha dos Dados



Instituto Superior de Psicologia Aplicada

EMEPG
Escola de Mestrados
e Estudos Pós-Graduados

Ex.mo Senhor Coordenador

Sub- Região de Saúde de Lisboa

Lisboa, 28 de Junho de 2002

ASSUNTO: Pedido de autorização para aplicação de um instrumento de recolha de dados nos Centros de Saúde de Alvalade e S. João e Graça.

Ex.mo Senhor,


Carla Sofia de Sousa Martins Marinho, aluna do Mestrado em Psicologia da Saúde no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, está a desenvolver uma investigação que constituirá a sua Dissertação de Mestrado, intitulada "Atitudes dos Técnicos de Saúde em relação ao Aleitamento Materno", sob a orientação da Prof. Dra. Isabel Leal.

Para a sua consecução necessita da vossa autorização para efectuar a aplicação de um instrumento de recolha de dados nas referidas instituições. O instrumento utilizado consiste num questionário de auto-preenchimento, anónimo e confidencial.

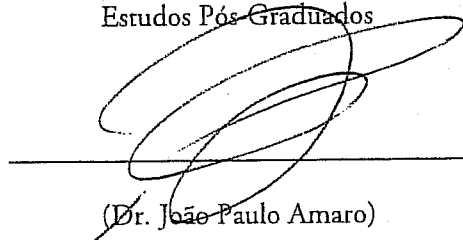
Os participantes serão médicos e enfermeiros que desenvolvem actividades relacionadas com o Aleitamento Materno. A recolha dos dados terá lugar no período de Julho a Setembro de 2002.

Envia-se em anexo resumo do trabalho e instrumento de recolha de dados.

Agradecemos desde já a atenção dispensada na análise do pedido, com os melhores cumprimentos,

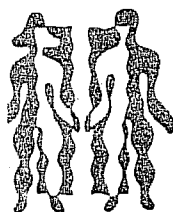
 Direcção da Escola de Mestrados e

Estudos Pós-Graduados



(Dr. João Paulo Amaro)

Administração
Regional de Saúde
de Lisboa
e Vale do Tejo
Sub-Região
de Saúde
de Lisboa



Ministério da Saúde

Exmo. Senhor
Dr. João Paulo Amaro.
Escola de Mestrados e Estudos Pós Graduados
Rua Jardim do Tabaco, 34

1149-041 LISBOA

Sua referência

Sua comunicação

Nossa referência

Data

DSS

024702 23.JUL.02

ASSUNTO:

"Atitudes dos Técnicos de Saúde em relação ao Aleitamento Materno"

Face ao solicitado a 28 de Junho passado, informa-se que foi autorizado, pelo Coordenador Sub-Regional, a aplicação de um instrumento de recolha de dados nos Centros de Saúde de Alvalade, São João e Graça para um trabalho de investigação sobre "Atitudes dos Técnicos de Saúde em relação ao Aleitamento Materno".

Devem ser contactadas as Direcções dos respectivos Centros de Saúde, que já aceitaram essa colaboração.

Com os melhores cumprimentos

A DIRECTORA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

(Dra. Maria Manuela Peleteiro)



Instituto Superior de Psicologia Aplicada

EMEPG

Escola de Mestrados
e Estudos Pós-Graduados

**Ao Conselho de Administração do
Hospital de D. Estefânia**

ASSUNTO: Pedido de autorização para aplicação de um instrumento de recolha de dados.

Carla Sofia de Sousa Martins Marinho, aluna do Mestrado em **Psicologia da Saúde** no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, está a desenvolver uma investigação que constituirá a sua Dissertação de Mestrado, intitulada “**Atitudes dos Técnicos de Saúde em relação ao Aleitamento Materno**”, sob a orientação da Prof. Dra. Isabel Leal.

Para a sua consecução necessita da vossa autorização para efectuar a aplicação de um instrumento de recolha de dados nesta instituição. O instrumento utilizado consiste num **questionário** de auto-preenchimento, anónimo e confidencial, que envia em anexo.

Os participantes serão **médicos e enfermeiros** que desenvolvem actividade nos **Serviços de Obstetrícia e Bloco de Partos**.

Agradece desde já a atenção dispensada na análise do pedido,

Com os melhores cumprimentos,

Lisboa, 23 de Maio de 2002

Carla Sofia Marinho

A Orientadora da Tese

Isabel Leal

(Prof. Dra. Isabel Leal)

Contacto:
Carla Sofia Marinho
R. Leite Vasconcelos 16, 3º Dto.
1170-200 Lisboa
Telf.: 962943702

Rua Jardim do Tabaco, 34
1149-041 Lisboa
Tel.: 218 811 700
Fax: 218 860 954

Autorizado
[Signature]
12/5/02



Ministério da Saúde
Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Telefone 213184000

Telefax 213184029 (Administração)
 213184047 (Aprovisionamento)



Ex. Sr.:

Professora Dr.ª Isabel Leal

ISPA
 Rua Jardim do Tabaco, 34

1149-041 LISBOA

Sua Referência

Sua Comunicação

Nossa referência

Data

002560 02JUN17

**ASSUNTO: Autorização para aplicação de um instrumento de trabalho de recolha de dados
 - aluna Carla Sofia de Sousa Martins Marinho**

No seguimento do pedido de autorização para que a aluna referenciada possa aplicar um questionário de auto - preenchimento para a elaboração da sua Dissertação de Mestrado; cumpre-nos informar que, no que respeita ao pessoal de enfermagem, o mesmo foi autorizado por despacho de 12 do corrente.

Com os melhores cumprimentos

A Chefe de divisão do Serviço de Pessoal

(Ana Paula Rodrigues)

Anexo E: Base de Dados

	id	sexo	idade	idadegr	estcivil	prof	esp_med
1	1	2	53	4,00	2	2	.
2	2	2	35	2,00	2	2	.
3	3	2	47	3,00	2	1	3
4	4	1	44	3,00	2	1	3
5	5	2	35	2,00	1	2	.
6	6	2	27	1,00	2	2	.
7	7	1	24	1,00	1	1	4
8	8	2	31	2,00	2	2	.
9	9	2	60	4,00	4	1	3
10	10	2	44	3,00	2	2	.
11	11	2	45	3,00	2	1	3
12	12	2	48	3,00	2	1	3
13	13	2	57	4,00	2	2	.
14	14	2	46	3,00	3	1	3
15	15	2	38	2,00	2	2	.
16	16	2	57	4,00	2	2	.
17	17	2	45	3,00	2	2	.
18	18	2	38	2,00	2	2	.
19	19	2	52	4,00	2	2	.
20	20	2	55	4,00	2	2	.
21	21	2	51	4,00	2	1	3
22	22	1	46	3,00	2	1	3
23	23	2	53	4,00	2	1	3
24	24	2	36	2,00	2	2	.
25	25	1	33	2,00	2	2	.
26	26	2	50	4,00	3	1	3
27	27	1	51	4,00	1	1	3
28	28	2	31	2,00	2	1	3
29	29	2	51	4,00	2	2	.
30	30	2	45	3,00	3	2	.
31	31	2	37	2,00	3	2	.
32	32	2	54	4,00	2	2	.
33	33	2	46	3,00	2	2	.
34	34	2	47	3,00	2	1	3
35	35	1	57	4,00	1	2	.
36	36	2	53	4,00	4	1	3
37	37	2	54	4,00	2	1	3
38	38	2	26	1,00	1	1	4
39	39	2	52	4,00	2	1	4
40	40	1	46	3,00	3	1	1
41	41	2	47	3,00	2	1	4
42	42	2	24	1,00	2	2	.

	esp_enfe	espenf	anos_pro	anosprog	loc_trab	serviço
1	Generalista	1,00	32	4,00	2	.
2	Generalista	1,00	13	3,00	2	S.Infant
3	.	.	25	4,00	2	.
4	.	.	21	4,00	2	.
5	Generalista	1,00	10	3,00	2	.
6	Generalista	1,00	7	2,00	2	.
7	.	.	1	1,00	1	.
8	Generalista	1,00	6	2,00	2	.
9	.	.	26	4,00	2	.
10	Generalista	1,00	20	4,00	2	.
11	.	.	20	4,00	2	.
12	.	.	26	4,00	2	.
13	S.Mental	2,00	36	4,00	2	.
14	.	.	20	4,00	2	.
15	Generalista	1,00	12	3,00	2	.
16	S.Materna	2,00	33	4,00	3	Dp.S.M.I
17	S.Materna	2,00	20	4,00	3	Dp.S.M.I
18	Obst.Ginec	2,00	18	3,00	3	Dp.S.M.I
19	S.Infantil	2,00	30	4,00	3	Dp.S.M.I
20	S.Infantil	2,00	32	4,00	3	Dp.S.M.I
21	.	.	21	4,00	2	.
22	.	.	25	4,00	2	.
23	.	.	26	4,00	2	.
24	S.Materna	2,00	12	3,00	1	Puerpera
25	Generalista	1,00	11	3,00	1	.
26	.	.	22	4,00	2	.
27	.	.	22	4,00	2	.
28	.	.	7	2,00	2	.
29	S.Materna	2,00	25	4,00	3	Dp.Obste
30	S.Infantil	2,00	26	4,00	3	Dp.S.M.I
31	S.Infantil	2,00	14	3,00	3	Dp.S.M.I
32	S.Materna	2,00	32	4,00	3	Dp.S.M.I
33	S.Infantil	2,00	24	4,00	3	Dp.Enf.P
34	.	.	24	4,00	2	.
35	Generalista	1,00	32	4,00	2	.
36	.	.	25	4,00	2	.
37	.	.	29	4,00	2	.
38	.	.	1	1,00	1	B. Parto
39	.	.	24	4,00	1	B. Parto
40	.	.	20	4,00	1	B. Parto
41	.	.	22	4,00	1	B. Parto
42	Generalista	1,00	3	1,00	1	B. Parto

30-03-200317:51:24

1/30

Atitudes Prof. Saúde Amamentação

	filhos	amament	p1	p2	p3	p4	p5
1	1	1	2	4	4	5	4
2	1	1	4	5	5	5	5
3	1	1	5	5	5	3	5
4	1	1	5	5	5	5	5
5	2	.	4	4	5	5	2
6	2	.	5	5	5	5	4
7	2	.	4	5	4	5	4
8	1	1	5	5	4	5	5
9	1	1	4	4	4	5	2
10	1	1	4	4	4	5	5
11	1	1	4	5	5	5	4
12	1	1	5	4	4	4	3
13	1	2	4	4	4	2	3
14	1	1	4	4	4	4	2
15	1	1	4	5	5	5	2
16	1	1	4	4	4	5	3
17	1	1	4	5	5	5	4
18	1	1	5	5	5	2	4
19	1	1	4	5	4	5	5
20	2	.	4	5	5	5	5
21	1	2	5	5	5	5	3
22	1	1	2	5	4	5	4
23	1	1	3	4	2	4	4
24	1	1	5	4	3	3	3
25	2	.	5	5	4	4	3
26	1	1	4	5	5	5	4
27	2	.	5	5	5	5	5
28	1	1	5	5	5	5	5
29	2	.	4	5	5	4	3
30	1	1	5	5	5	5	4
31	1	1	4	5	5	5	4
32	1	1	5	5	4	5	2
33	1	1	5	5	5	5	5
34	1	1	4	4	4	4	3
35	2	.	5	3	4	4	3
36	1	1	4	5	4	4	4
37	1	1	4	4	4	4	2
38	2	.	4	3	4	5	3
39	1	2	3	5	4	4	4
40	1	1	3	5	2	5	2
41	1	1	5	5	5	5	4
42	2	.	4	5	4	5	4

30-03-200317:51:24

3/30

30-03-200317:51:24

2/30

Atitudes Prof. Saúde Amamentação

	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12
1	2	4	5	4	5	5	4
2	5	5	5	4	5	5	5
3	5	5	5	5	5	5	5
4	5	5	5	5	5	5	4
5	2	4	5	4	2	4	4
6	5	5	5	5	5	5	5
7	4	3	5	5	4	4	5
8	4	4	5	4	5	5	5
9	4	4	4	4	4	4	4
10	4	4	2	5	4	5	5
11	4	5	5	5	4	5	4
12	2	4	5	4	4	5	3
13	4	4	5	4	2	4	4
14	2	4	4	4	3	4	4
15	5	5	5	2	5	5	5
16	4	4	5	4	4	4	4
17	5	5	5	5	5	5	5
18	4	4	2	4	5	3	4
19	5	5	5	4	5	5	4
20	5	4	5	5	4	5	4
21	5	5	5	5	5	5	5
22	4	4	5	5	5	4	3
23	4	4	4	4	3	4	4
24	4	4	5	3	5	3	3
25	4	5	5	5	2	4	4
26	2	4	5	4	4	4	4
27	5	4	5	5	4	5	4
28	5	5	5	5	5	5	5
29	5	4	5	4	4	4	4
30	5	4	5	5	5	5	5
31	5	5	5	5	5	4	4
32	5	4	5	4	4	5	4
33	5	5	5	5	5	5	5
34	4	4	4	4	4	4	4
35	3	4	5	4	4	4	4
36	3	4	2	4	4	4	3
37	4	4	5	5	2	3	4
38	2	4	5	3	2	4	4
39	2	4	4	4	1	4	5
40	5	4	5	3	5	4	4
41	5	5	1	5	5	5	5
42	5	5	5	4	4	4	4

30-03-200317:51:24

4/30

	p13	p14	p15	p16	p17	p18	p19
1	5	4	4	4	3	4	4
2	5	3	5	5	3	5	5
3	5	4	3	5	1	5	5
4	5	5	5	5	2	4	5
5	5	2	4	2	3	2	4
6	5	5	5	5	3	4	5
7	5	5	2	3	3	5	5
8	5	4	5	5	2	4	5
9	4	4	3	4	2	4	4
10	5	4	1	5	1	4	5
11	5	4	4	4	1	4	5
12	5	3	4	4	1	4	3
13	5	4	4	4	4	4	3
14	5	3	4	4	3	3	2
15	5	5	5	5	1	5	5
16	5	4	5	4	5	5	5
17	5	5	5	5	3	5	5
18	4	2	4	4	5	4	3
19	5	5	2	5	2	5	5
20	5	3	4	5	3	5	5
21	5	5	5	5	1	5	5
22	5	4	4	4	5	1	5
23	5	3	3	4	3	4	3
24	5	5	5	3	5	5	3
25	4	2	3	5	5	3	5
26	4	4	4	4	5	2	4
27	5	4	5	5	5	5	5
28	5	5	5	5	3	5	5
29	5	5	5	5	3	5	3
30	5	4	5	5	5	4	3
31	5	3	5	5	2	5	5
32	5	2	5	5	3	4	5
33	5	4	5	5	4	4	5
34	4	4	4	4	4	4	3
35	5	2	4	4	1	4	4
36	4	4	4	4	3	4	4
37	5	3	4	3	2	3	4
38	5	4	2	3	3	3	4
39	4	3	3	4	3	3	3
40	5	4	5	4	2	5	4
41	5	5	3	5	4	3	5
42	5	4	4	5	2	2	4

	p20	p21	p22	p23	p24	p25	p26
1	5	4	4	5	5	5	4
2	5	5	5	5	5	5	4
3	4	5	4	5	5	5	5
4	2	4	5	5	5	5	4
5	4	4	3	4	4	4	2
6	5	5	5	5	5	5	3
7	5	4	4	5	5	5	3
8	4	5	4	5	5	4	2
9	4	4	4	5	5	5	2
10	4	1	4	5	5	4	1
11	4	5	4	5	5	5	4
12	3	3	4	5	5	5	1
13	4	4	4	5	4	4	2
14	4	4	4	5	4	4	2
15	5	5	4	5	5	5	2
16	5	4	4	5	5	4	2
17	5	5	5	5	5	5	5
18	4	4	4	4	3	3	2
19	5	4	4	5	5	5	4
20	4	3	4	5	5	4	4
21	5	5	5	5	5	5	3
22	4	3	4	5	5	5	1
23	4	4	3	4	4	4	4
24	5	4	5	4	5	3	4
25	5	5	4	5	5	5	5
26	4	4	5	4	5	5	5
27	5	4	5	5	5	5	3
28	5	5	5	5	5	5	5
29	5	3	5	5	5	5	4
30	5	4	5	5	5	5	4
31	4	4	5	5	5	5	4
32	5	4	4	5	5	5	2
33	5	5	5	5	5	5	5
34	4	3	4	4	4	4	3
35	4	3	4	4	4	4	3
36	4	4	4	4	4	4	4
37	4	2	3	5	4	4	3
38	3	3	3	5	5	5	3
39	3	3	3	4	4	4	3
40	4	4	4	5	5	5	2
41	4	4	3	5	5	5	1
42	4	5	4	5	5	5	2

30-03-200317:51:25

5/30

30-03-200317:51:25

6/30

Atitudes Prof. Saúde Amamentação

Atitudes Prof. Saúde Amamentação

	p27	p28	p29	p30	p31	p32	p33
1	2	2	4	4	4	4	5
2	4	2	5	5	3	5	5
3	5	5	4	5	5	5	5
4	4	4	4	4	5	5	5
5	4	4	4	3	4	5	4
6	5	5	5	5	5	5	5
7	5	3	4	5	5	5	5
8	5	3	2	4	5	5	4
9	4	3	3	2	4	4	4
10	5	4	4	4	4	5	5
11	5	4	4	4	4	5	5
12	4	3	4	4	4	4	5
13	4	2	4	4	4	4	5
14	4	2	4	3	4	4	4
15	4	2	4	4	5	5	5
16	4	3	4	4	5	5	5
17	5	5	5	5	5	4	5
18	5	3	3	3	5	5	5
19	5	4	4	4	4	5	5
20	4	4	4	4	5	4	4
21	5	4	5	5	4	5	2
22	2	4	5	4	5	5	5
23	4	3	3	3	4	4	4
24	1	4	3	4	5	5	5
25	5	4	5	4	5	5	5
26	4	4	4	2	5	4	5
27	5	5	4	5	5	5	5
28	5	5	5	5	5	5	5
29	4	4	5	5	5	5	4
30	5	5	5	4	5	5	5
31	4	2	5	5	5	5	5
32	5	4	4	4	5	5	4
33	5	5	5	5	5	5	5
34	4	4	2	4	5	4	4
35	4	2	3	4	4	4	4
36	4	4	4	4	4	4	4
37	4	2	4	3	4	4	5
38	5	3	4	5	5	5	5
39	4	4	4	3	4	4	4
40	4	4	4	4	4	4	4
41	5	2	5	3	4	5	5
42	4	5	5	4	4	4	4

	p34	p35	p36	p37	p38	p39	p40
1	3	2	4	5	4	5	2
2	3	5	5	4	5	5	3
3	4	5	5	5	1	5	3
4	3	4	5	5	5	5	2
5	4	4	4	4	2	2	2
6	3	5	5	5	5	4	3
7	4	5	5	5	5	4	4
8	4	4	4	5	4	5	2
9	4	4	5	4	4	4	4
10	5	4	5	4	4	4	4
11	2	4	4	5	4	4	2
12	3	5	4	5	4	4	4
13	5	4	4	4	4	2	4
14	4	4	4	4	3	3	4
15	2	4	2	5	5	3	4
16	4	4	4	4	4	5	4
17	5	5	5	5	5	5	5
18	5	4	5	5	5	5	4
19	2	4	3	5	5	5	4
20	4	4	4	4	4	4	4
21	1	5	5	5	5	5	1
22	4	5	5	5	5	5	4
23	4	3	3	4	4	2	4
24	5	2	4	4	5	5	5
25	5	4	5	5	5	3	5
26	4	4	4	5	4	4	2
27	2	3	5	5	5	3	3
28	4	5	5	5	5	5	4
29	5	5	4	5	4	4	5
30	4	5	5	5	5	5	4
31	3	5	4	4	4	4	4
32	4	5	4	5	4	4	4
33	5	5	5	5	5	5	4
34	4	2	4	4	4	4	4
35	2	2	4	5	2	4	4
36	3	4	4	4	2	4	3
37	4	4	4	4	3	4	3
38	3	3	4	4	4	3	5
39	3	2	4	4	3	3	3
40	3	4	3	4	4	4	3
41	3	5	1	5	5	3	3
42	3	2	4	4	5	4	3

30-03-200317:51:25

7/30

30-03-200317:51:25

8/30

	p41	p42	p43	score	cr_geral	cr_bene	cr_obst
1	3	5	4	170,00	3,71	5,00	3,67
2	4	5	4	195,00	5,00	5,00	4,44
3	5	5	4	195,00	4,86	4,60	5,00
4	5	5	4	194,00	4,71	5,00	4,67
5	3	4	3	152,00	4,29	4,60	3,56
6	5	5	5	204,00	5,00	5,00	4,89
7	2	5	4	186,00	4,71	5,00	3,89
8	3	5	4	183,00	4,29	5,00	4,44
9	3	4	4	165,00	3,86	4,40	3,78
10	2	4	4	171,00	4,43	4,20	4,22
11	2	5	2	179,00	4,57	5,00	4,44
12	2	5	4	165,00	3,86	4,80	3,89
13	5	5	5	169,00	3,86	4,40	3,67
14	4	4	4	157,00	3,71	4,40	3,56
15	5	5	5	184,00	4,71	5,00	3,56
16	4	5	4	183,00	4,29	5,00	3,78
17	5	5	5	210,00	4,86	5,00	4,78
18	4	3	5	170,00	4,14	3,00	4,11
19	5	5	4	190,00	4,43	5,00	4,33
20	4	5	4	185,00	4,43	5,00	4,33
21	1	5	3	188,00	5,00	5,00	4,67
22	4	5	2	180,00	4,57	5,00	4,00
23	4	4	4	157,00	3,29	4,20	3,67
24	5	3	5	176,00	3,29	4,00	3,67
25	5	5	5	191,00	4,57	4,60	4,56
26	2	4	4	174,00	4,29	4,40	4,00
27	4	5	3	195,00	4,43	5,00	4,78
28	2	5	4	207,00	5,00	5,00	5,00
29	4	5	5	192,00	4,57	4,80	3,89
30	5	5	4	203,00	4,71	5,00	4,67
31	4	5	5	191,00	4,86	5,00	4,11
32	4	5	4	185,00	4,57	5,00	4,11
33	5	5	5	211,00	5,00	5,00	5,00
34	4	3	4	164,00	3,29	3,80	3,78
35	4	4	2	155,00	3,43	4,40	3,67
36	3	4	3	162,00	4,00	3,60	4,00
37	3	5	4	158,00	4,00	4,80	3,22
38	3	3	4	162,00	3,86	4,60	3,44
39	3	4	4	151,00	3,86	4,00	3,78
40	2	5	3	168,00	3,86	5,00	3,44
41	5	5	5	181,00	5,00	4,20	4,00
42	3	4	4	175,00	4,00	4,80	4,44

	r_afe_im	r_afe_re	r_comp
1	4,80	3,20	3,83
2	4,80	3,20	4,58
3	5,00	3,40	4,25
4	4,80	3,20	4,50
5	3,00	3,20	3,00
6	4,80	3,80	4,75
7	4,60	4,00	4,17
8	4,80	3,40	3,92
9	3,80	3,60	3,75
10	4,20	3,60	3,50
11	4,40	2,20	4,08
12	4,40	3,20	3,42
13	3,20	4,40	4,08
14	3,40	3,80	3,42
15	4,40	3,40	4,58
16	4,40	4,40	4,17
17	5,00	4,60	5,00
18	4,20	4,40	3,83
19	4,80	3,20	4,58
20	4,20	4,00	4,08
21	5,00	2,00	4,25
22	4,80	3,20	3,92
23	3,20	3,80	3,75
24	4,60	5,00	4,33
25	3,80	5,00	4,25
26	4,00	4,00	3,83
27	4,40	3,60	4,67
28	5,00	4,00	4,75
29	4,60	4,60	4,58
30	4,80	4,40	4,75
31	4,60	3,80	4,42
32	4,40	4,00	4,08
33	5,00	4,60	4,83
34	4,00	4,20	3,92
35	4,20	2,60	3,50
36	4,00	3,20	3,67
37	3,40	3,40	3,58
38	3,80	4,00	3,50
39	3,00	3,40	3,17
40	4,40	3,00	4,00
41	4,20	3,80	4,08
42	4,20	3,20	3,83

30-03-200317:51:26

9/30

30-03-200317:51:26

10/30

Atitudes Prof. Saúde Amamentação

Atitudes Prof. Saúde Amamentação

	id	sexo	idade	idadegr	estcivl	prof	esp_med
43	43	2	23	1,00	1	2	.
44	44	2	35	2,00	2	1	1
45	45	2	35	2,00	2	2	.
46	46	2	52	4,00	2	2	.
47	47	2	22	1,00	1	2	.
48	48	2	45	3,00	4	2	.
49	49	2	39	2,00	1	2	.
50	50	2	30	2,00	2	2	.
51	51	2	21	1,00	1	2	.
52	52	2	38	2,00	2	1	4
53	53	2	22	1,00	1	2	.
54	54	2	38	2,00	2	2	.
55	55	2	24	1,00	1	2	.
56	56	2	31	2,00	2	1	1
57	57	2	51	4,00	2	1	1
58	58	2	34	2,00	1	2	.
59	59	2	24	1,00	1	2	.
60	60	2	23	1,00	1	2	.
61	61	2	35	2,00	1	2	.
62	62	2	45	3,00	2	2	.
63	63	2	40	3,00	2	2	.
64	64	2	30	2,00	2	2	.
65	65	2	39	2,00	2	2	.
66	66	2	25	1,00	1	2	.
67	67	2	51	4,00	2	1	3
68	68	2	24	1,00	1	1	4
69	69	2	36	2,00	2	1	4
70	70	2	50	4,00	2	1	3
71	71	2	67	4,00	4	2	.
72	72	2	66	4,00	4	2	.
73	73	1	30	2,00	1	1	3
74	74	2	48	3,00	2	1	3
75	75	2	51	4,00	1	1	3
76	76	1	50	4,00	2	1	3
77	77	1	38	2,00	1	2	.
78	78	2	45	3,00	2	1	3
79	79	2	46	3,00	2	1	3
80	80	2	49	3,00	2	1	3
81	81	2	62	4,00	1	1	2
82	82	2	31	2,00	2	2	.
83	83	2	38	2,00	1	2	.
84	84	2	60	4,00	1	2	.

	esp_enfe	espenf	anos_pro	anosprog	loc_trab	serviço
43	Generalista	1,00	1	1,00	1	B. Parto
44	Generalista	.	12	3,00	1	S. obste
45	Generalista	1,00	10	3,00	1	.
46	S.Matema	2,00	28	4,00	1	S. obste
47	Generalista	1,00	1	1,00	1	B. Parto
48	S.Matema	2,00	25	4,00	1	B. Parto
49	S.Matema	2,00	15	3,00	1	B. Parto
50	Generalista	1,00	8	2,00	1	B. Parto
51	Generalista	1,00	1	1,00	1	B. Parto
52	Generalista	.	12	3,00	1	B. Parto
53	Generalista	1,00	1	1,00	1	S. obste
54	Generalista	1,00	15	3,00	1	S. obste
55	Generalista	1,00	1	1,00	1	S. obste
56	Generalista	.	6	2,00	1	S. obste
57	Generalista	.	23	4,00	1	S. obste
58	Generalista	1,00	7	2,00	1	S. obste
59	Generalista	1,00	1	1,00	1	S. obste
60	Generalista	1,00	1	1,00	1	S. obste
61	Generalista	1,00	6	2,00	1	S. obste
62	s. Infantil	2,00	20	4,00	1	S. obste
63	Generalista	1,00	15	3,00	1	S. obste
64	Generalista	1,00	8	2,00	1	S. obste
65	Generalista	1,00	10	3,00	1	S. obste
66	Generalista	1,00	1	1,00	1	S. obste
67	Generalista	.	24	4,00	2	.
68	Generalista	.	1	1,00	1	.
69	Generalista	.	8	2,00	2	.
70	Generalista	.	24	4,00	2	.
71	s.infantil	2,00	26	4,00	2	.
72	Generalista	.	45	4,00	2	.
73	Generalista	.	1	1,00	2	.
74	Generalista	.	22	4,00	2	.
75	Generalista	.	24	4,00	2	.
76	Generalista	.	23	4,00	2	.
77	s. idoso	2,00	17	3,00	2	.
78	Generalista	.	21	4,00	2	.
79	Generalista	.	20	4,00	2	.
80	Generalista	.	22	4,00	2	.
81	Generalista	.	34	4,00	2	.
82	Generalista	1,00	9	2,00	2	.
83	Generalista	1,00	13	3,00	2	.
84	Generalista	1,00	33	4,00	2	.

30-03-200317:51:26

11/30

30-03-200317:51:26

12/30

	filhos	amament	p1	p2	p3	p4	p5
43	2	.	5	4	5	5	5
44	1	1	4	5	5	5	5
45	1	1	5	5	5	5	4
46	1	1	5	5	5	4	2
47	2	.	3	5	4	5	3
48	1	1	4	5	5	5	5
49	2	.	4	5	2	5	5
50	1	1	4	5	5	5	2
51	2	.	5	5	4	5	4
52	2	.	5	5	4	4	3
53	2	.	4	5	5	5	2
54	1	1	5	5	5	5	4
55	2	.	5	5	4	5	4
56	1	1	5	4	4	4	4
57	1	1	4	4	5	4	3
58	1	2	4	4	4	5	4
59	2	.	3	4	3	5	4
60	2	.	4	5	4	5	5
61	2	.	4	4	4	5	4
62	1	1	5	5	5	5	4
63	1	2	5	5	4	2	5
64	1	1	4	4	4	5	4
65	1	1	3	4	5	5	5
66	2	.	4	5	5	5	5
67	1	1	1	2	5	5	5
68	2	.	4	4	3	5	4
69	1	1	2	4	5	5	4
70	1	1	2	5	4	5	4
71	1	1	5	5	5	5	2
72	1	1	3	4	4	5	4
73	2	.	4	5	3	5	4
74	2	.	4	4	4	4	4
75	2	.	5	5	4	5	4
76	1	1	5	3	3	5	5
77	2	.	4	4	5	5	5
78	1	2	3	4	2	4	3
79	1	1	5	5	5	5	4
80	1	1	4	4	4	4	2
81	2	.	5	5	5	2	4
82	2	.	5	5	4	5	4
83	2	.	5	5	4	4	5
84	2	.	2	2	2	5	4

	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12
43	5	5	5	5	5	5	4
44	5	5	5	2	4	5	5
45	5	5	5	5	5	5	5
46	5	5	5	5	5	5	5
47	4	5	5	5	5	4	3
48	5	5	5	5	5	5	5
49	5	5	5	4	5	5	5
50	5	4	5	5	5	5	5
51	5	4	5	3	4	4	4
52	5	5	5	3	4	4	4
53	5	5	5	4	4	5	5
54	4	4	5	3	5	3	4
55	4	5	5	5	4	2	4
56	4	4	4	4	5	4	4
57	5	4	4	4	4	4	3
58	4	4	5	4	5	5	5
59	5	5	5	4	3	3	3
60	5	5	5	4	5	4	4
61	4	4	5	3	4	4	3
62	4	4	5	5	5	5	5
63	5	5	5	5	4	5	5
64	4	4	5	4	4	4	4
65	5	5	5	4	5	5	5
66	5	5	5	5	5	5	4
67	5	4	5	5	4	5	4
68	4	5	4	4	5	4	5
69	5	4	5	4	5	5	5
70	4	4	5	4	5	4	4
71	4	5	5	5	5	5	3
72	3	3	5	5	5	4	3
73	5	4	5	5	3	5	5
74	4	4	4	4	4	4	4
75	5	4	5	4	4	4	4
76	4	4	4	5	5	5	4
77	5	5	5	5	5	5	2
78	2	4	4	4	4	3	3
79	5	5	5	4	5	5	4
80	5	5	4	5	5	4	4
81	5	5	5	5	5	5	5
82	4	4	5	2	2	4	5
83	4	4	5	4	3	4	4
84	2	4	5	4	3	4	4

30-03-200317:51:26

13/30

Atitudes Prof. Saúde Amamentação

	p13	p14	p15	p16	p17	p18	p19
43	5	4	5	4	3	4	5
44	5	4	4	5	3	4	4
45	5	5	5	5	5	3	5
46	5	5	5	5	3	3	5
47	5	4	2	4	2	3	3
48	5	5	5	5	1	5	5
49	5	5	4	5	3	4	4
50	5	5	4	5	4	5	5
51	5	5	3	5	3	4	5
52	4	2	2	1	3	3	4
53	5	5	4	5	3	4	4
54	5	5	5	5	2	5	5
55	5	5	4	5	3	5	5
56	4	4	4	5	3	5	4
57	4	2	4	4	2	5	4
58	5	2	5	5	3	4	4
59	5	5	5	5	4	5	4
60	4	4	4	5	4	5	5
61	5	4	5	4	3	5	5
62	5	4	5	5	2	5	4
63	5	5	5	5	4	5	2
64	5	4	5	4	3	5	5
65	5	5	5	4	3	5	4
66	5	5	2	5	1	5	5
67	5	5	5	4	5	5	4
68	5	5	5	5	3	4	3
69	5	4	4	4	2	3	4
70	5	5	4	5	1	5	5
71	1	5	1	5	3	1	1
72	5	5	4	5	3	3	3
73	5	4	3	5	2	5	5
74	4	4	3	4	2	4	4
75	5	4	4	2	2	4	5
76	5	4	4	5	4	5	5
77	5	5	1	5	4	5	5
78	4	3	3	4	3	4	4
79	5	5	5	5	1	5	5
80	4	4	4	4	5	4	4
81	5	3	5	5	4	5	3
82	5	4	3	5	3	3	5
83	5	4	4	4	2	4	4
84	5	3	5	4	3	5	5

30-03-200317:51:27

15/30

30-03-200317:51:27

14/30

Atitudes Prof. Saúde Amamentação

	p20	p21	p22	p23	p24	p25	p26
43	5	5	3	5	5	5	4
44	4	4	2	5	5	5	4
45	3	5	4	5	5	5	2
46	3	5	4	4	5	5	2
47	3	4	4	4	5	3	2
48	5	4	4	5	5	5	4
49	4	5	5	5	4	4	1
50	5	5	4	5	5	5	2
51	4	4	4	5	5	5	4
52	5	4	3	4	4	4	5
53	5	5	3	5	5	5	4
54	5	5	4	5	5	5	2
55	5	5	4	5	5	5	2
56	5	4	4	4	5	4	3
57	4	3	4	4	4	5	4
58	4	4	4	4	5	5	2
59	5	4	3	5	5	5	5
60	5	4	4	5	5	4	3
61	4	4	4	5	5	3	2
62	5	4	4	5	5	5	4
63	5	5	5	5	5	5	5
64	5	4	4	5	5	5	3
65	5	5	4	5	5	5	2
66	5	4	5	5	5	5	1
67	5	4	3	5	5	5	4
68	5	4	3	5	5	5	5
69	3	5	3	5	5	5	4
70	5	4	5	5	5	5	5
71	5	5	5	5	5	5	4
72	3	5	3	5	5	5	4
73	5	4	4	5	5	5	3
74	4	4	4	4	4	4	3
75	4	4	4	5	5	5	2
76	4	4	3	5	4	4	4
77	4	4	4	5	5	4	2
78	4	3	2	4	4	3	3
79	5	5	5	5	5	5	4
80	4	2	4	4	4	4	4
81	5	5	5	5	5	5	5
82	3	4	3	5	5	3	4
83	3	4	3	5	5	4	3
84	4	4	4	5	5	4	4

30-03-200317:51:27

16/30

	p27	p28	p29	p30	p31	p32	p33
43	5	4	4	5	5	5	5
44	3	2	5	5	3	4	4
45	5	2	5	3	5	5	5
46	5	5	5	3	5	5	5
47	4	4	3	4	3	5	5
48	5	5	5	4	5	5	5
49	5	5	4	5	5	4	5
50	5	5	5	5	5	5	5
51	5	2	4	4	5	5	5
52	5	4	4	4	5	5	4
53	4	5	5	5	5	4	5
54	3	4	4	5	5	4	5
55	4	4	5	5	5	4	5
56	4	5	2	4	5	5	4
57	4	3	3	4	4	4	4
58	5	4	4	4	5	4	4
59	5	4	4	4	3	4	2
60	4	4	5	5	5	5	4
61	4	4	3	4	3	3	4
62	4	4	4	4	4	5	5
63	5	5	2	5	5	5	5
64	4	4	4	5	4	4	4
65	3	5	4	5	5	4	4
66	4	4	4	5	5	5	5
67	4	3	5	4	4	4	4
68	5	5	4	3	5	4	5
69	4	2	4	4	5	5	4
70	5	2	5	5	5	5	5
71	5	5	5	5	3	5	5
72	5	5	5	5	3	4	4
73	5	3	5	5	4	5	5
74	4	4	4	4	4	4	4
75	4	2	4	2	4	4	4
76	4	3	2	4	4	4	4
77	1	4	2	4	4	5	5
78	2	2	4	3	5	4	4
79	5	5	5	5	4	5	5
80	4	4	4	4	5	4	4
81	5	5	5	5	5	5	5
82	4	2	4	3	5	4	4
83	1	4	4	3	4	4	4
84	2	4	5	1	4	5	5

	p34	p35	p36	p37	p38	p39	p40
43	4	4	5	5	5	5	4
44	3	4	4	3	4	4	3
45	4	4	5	5	5	4	4
46	5	5	5	5	5	4	4
47	3	4	5	3	5	2	4
48	4	5	4	5	2	4	3
49	5	4	5	5	2	4	4
50	5	5	5	5	5	5	4
51	5	4	4	5	5	4	5
52	5	2	4	4	5	5	4
53	3	3	4	5	5	4	3
54	3	2	3	4	4	5	3
55	4	5	4	5	5	4	4
56	4	3	4	4	5	4	5
57	4	4	4	4	4	4	4
58	4	4	4	4	4	4	4
59	3	5	4	5	5	5	4
60	5	2	4	5	5	4	4
61	3	4	3	4	4	4	3
62	3	4	4	4	4	4	4
63	4	5	5	5	5	5	5
64	3	2	4	3	5	5	4
65	4	4	5	5	5	5	3
66	5	3	5	4	4	5	3
67	3	2	4	5	4	4	2
68	4	3	4	4	5	5	5
69	4	4	4	5	4	5	4
70	4	5	4	5	5	5	5
71	3	4	4	5	5	5	3
72	3	4	4	4	5	5	3
73	3	5	5	5	5	4	3
74	4	4	4	4	4	4	4
75	4	2	4	4	4	2	2
76	4	4	4	4	2	4	2
77	4	4	4	4	2	4	4
78	5	3	4	3	2	4	3
79	2	5	4	5	5	5	2
80	5	1	4	4	4	2	4
81	5	5	5	5	5	5	5
82	5	4	4	4	4	3	4
83	4	2	4	4	4	3	3
84	3	4	2	5	4	5	3

30-03-200317:51:27

17/30

Atitudes Prof. Saúde Amamentação

30-03-200317:51:27

18/30

Atitudes Prof. Saúde Amamentação

	p41	p42	p43	score	cr_geral	cr_bene	cr_obst
43	4	4	5	198,00	4,43	4,80	4,78
44	2	5	4	175,00	4,57	5,00	4,00
45	5	5	3	185,00	4,86	5,00	4,56
46	5	5	5	196,00	5,00	4,80	4,67
47	3	5	3	164,00	3,86	4,80	4,11
48	4	5	5	197,00	5,00	5,00	4,67
49	4	5	4	188,00	4,00	5,00	4,78
50	5	5	5	203,00	5,00	5,00	4,44
51	4	5	5	189,00	4,43	5,00	3,89
52	4	3	5	171,00	4,00	4,00	3,67
53	4	5	5	190,00	4,43	5,00	4,33
54	2	4	4	179,00	4,14	4,80	4,00
55	4	5	4	191,00	4,57	5,00	4,33
56	5	4	4	179,00	3,71	4,00	4,33
57	4	4	4	167,00	3,86	4,00	3,67
58	4	4	4	179,00	4,14	4,60	4,22
59	2	5	3	179,00	3,86	5,00	4,00
60	4	5	4	190,00	4,29	4,80	4,33
61	2	4	3	165,00	3,71	4,80	3,78
62	4	5	4	189,00	4,57	5,00	4,44
63	5	5	5	202,00	4,00	4,40	5,00
64	5	5	4	181,00	3,86	5,00	4,00
65	5	5	4	193,00	4,29	5,00	4,56
66	2	4	4	187,00	4,43	4,80	4,67
67	1	4	2	173,00	3,71	4,80	3,89
68	4	4	4	186,00	3,71	4,60	4,33
69	4	5	5	181,00	4,43	5,00	3,78
70	4	5	5	193,00	4,71	5,00	3,67
71	3	5	4	179,00	4,00	4,20	4,56
72	3	5	4	177,00	3,86	5,00	4,22
73	4	5	4	188,00	4,71	5,00	4,33
74	4	4	3	167,00	4,00	4,00	4,00
75	2	5	2	163,00	4,00	5,00	3,67
76	2	4	2	169,00	3,57	4,60	4,44
77	4	4	4	176,00	3,86	4,80	4,56
78	3	4	2	145,00	3,43	4,00	3,33
79	1	5	3	193,00	4,86	5,00	4,67
80	4	4	3	169,00	3,57	4,00	3,78
81	5	5	5	206,00	4,71	4,40	4,89
82	4	4	4	170,00	4,43	4,80	3,78
83	3	5	3	164,00	3,86	4,80	4,22
84	4	5	4	166,00	3,86	5,00	3,66

30-03-200317:51:28

19/30

	r_afe_lm	r_afe_re	r_comp
43	5,00	4,20	4,50
44	4,20	3,20	3,75
45	4,40	4,20	4,33
46	4,40	4,40	4,33
47	3,80	3,00	3,50
48	4,60	3,60	4,50
49	4,60	4,20	4,00
50	5,00	4,60	4,58
51	4,40	4,60	4,42
52	4,20	4,40	3,92
53	4,80	3,80	4,42
54	4,80	3,40	4,08
55	4,60	4,00	4,33
56	4,40	4,20	4,25
57	4,00	3,60	4,08
58	4,40	4,00	3,92
59	4,40	3,40	4,33
60	4,80	4,40	4,25
61	4,20	3,00	3,75
62	4,40	3,40	4,42
63	4,80	4,60	5,00
64	4,40	3,60	4,42
65	5,00	3,80	4,42
66	4,80	3,60	4,00
67	4,40	3,20	4,17
68	4,40	4,20	4,58
69	4,80	4,00	3,92
70	5,00	4,00	4,75
71	5,00	3,20	4,00
72	4,80	3,20	3,92
73	4,40	3,20	4,42
74	4,00	3,40	3,83
75	3,40	2,80	3,83
76	4,20	3,20	3,67
77	4,40	4,00	3,50
78	3,60	3,60	2,92
79	5,00	2,40	4,58
80	3,80	4,40	4,08
81	5,00	4,80	4,83
82	3,40	4,20	3,58
83	3,60	3,20	3,42
84	3,80	3,40	3,83

30-03-200317:51:28

20/30

	id	sexo	idade	idadegr	estcivl	prof	esp_med
85	85	2	52	4,00	2	2	.
86	86	2	63	4,00	2	2	.
87	87	2	43	3,00	2	2	.
88	88	1	47	3,00	2	1	3
89	89	2	52	4,00	2	1	3
90	90	2	45	3,00	1	2	.
91	91	2	42	3,00	2	2	.
92	92	2	27	1,00	2	2	.
93	93	2	59	4,00	2	2	.
94	94	2	36	2,00	2	2	.
95	95	2	42	3,00	2	2	.
96	96	2	39	2,00	2	2	.
97	97	2	38	2,00	1	2	.
98	98	2	52	4,00	2	1	2
99	99	2	33	2,00	2	2	.
100	100	2	33	2,00	2	1	3
101	101	1	48	3,00	2	1	3
102	102	1	42	3,00	2	1	3
103	103	1	43	3,00	2	1	3
104	104	2	29	1,00	2	2	.
105	105	2	44	3,00	2	2	.
106	106	2	29	1,00	2	2	.
107	107	2	36	2,00	2	2	.

	esp_enfe	espenf	anos_pro	anosprog	loc_trab	serviço
85	Generalista	1,00	32	4,00	2	
86	Obst.Ginec	2,00	36	4,00	2	
87	Reabilitação	2,00	24	4,00	2	
88		.	23	4,00	2	
89		.	24	4,00	2	
90	Generalista	1,00	22	4,00	2	
91	Generalista	1,00	20	4,00	2	
92	Generalista	1,00	4	2,00	2	
93	Generalista	1,00	31	4,00	2	
94	Generalista	1,00	16	3,00	2	
95	Generalista	1,00	19	3,00	2	
96	Generalista	1,00	14	3,00	2	
97	s. idoso	2,00	16	3,00	2	
98		.	29	4,00	2	
99	Generalista	1,00	10	3,00	2	
100		.	3	1,00	2	
101		.	25	4,00	2	
102		.	5	2,00	2	
103		.	18	3,00	2	
104	Generalista	1,00	3	1,00	1	pediatri
105	s. infantil	2,00	20	4,00	1	pediatri
106	Generalista	1,00	8	2,00	1	pediatri
107	Generalista	1,00	11	3,00	1	pediatri

30-03-200317:51:28

21/30

Atitudes Prof. Saúde Amamentação

	filhos	amament	p1	p2	p3	p4	p5
85	1	1	4	2	4	5	3
86	2	.	3	4	5	5	3
87	1	1	4	2	2	5	2
88	1	1	4	5	5	5	4
89	1	1	3	4	5	1	4
90	2	.	4	4	4	4	3
91	1	1	4	4	3	4	5
92	1	1	1	5	5	5	5
93	1	1	4	2	5	5	5
94	1	1	4	4	5	4	2
95	1	1	4	5	5	5	5
96	1	1	4	5	5	5	4
97	2	.	4	5	5	5	4
98	1	1	5	5	5	5	2
99	1	1	4	5	5	5	5
100	1	1	5	4	5	5	5
101	1	1	2	4	4	4	4
102	1	1	5	5	5	5	4
103	1	1	4	4	3	4	4
104	1	1	3	5	5	4	3
105	1	1	4	5	4	5	5
106	1	1	4	5	5	3	5
107	1	1	5	4	5	4	2

30-03-200317:51:28

23/30

30-03-200317:51:28

22/30

Atitudes Prof. Saúde Amamentação

	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12
85	2	4	5	4	5	5	5
86	4	4	5	3	3	4	4
87	5	5	5	4	4	4	4
88	5	5	5	4	3	4	4
89	5	4	5	5	4	5	5
90	2	4	4	4	4	4	4
91	3	4	4	4	4	4	5
92	5	4	5	4	5	5	4
93	1	4	5	3	4	5	4
94	4	4	5	4	5	5	4
95	4	4	5	5	5	5	5
96	4	4	5	4	5	4	4
97	4	4	5	4	4	4	5
98	5	5	5	5	5	4	4
99	5	5	5	5	5	5	5
100	5	5	5	5	5	4	5
101	4	3	4	2	4	3	3
102	3	3	5	5	3	5	5
103	4	4	4	4	4	4	3
104	5	5	5	3	3	2	4
105	4	5	5	5	4	5	4
106	2	5	5	5	5	5	4
107	2	3	2	2	3	4	5

30-03-200317:51:28

24/30

	p13	p14	p15	p16	p17	p18	p19
85	5	5	4	4	2	4	4
86	5	4	4	4	2	4	5
87	4	4	3	5	2	3	4
88	5	4	4	3	3	3	4
89	5	4	5	5	3	4	5
90	4	2	2	4	2	2	2
91	5	3	4	4	3	4	5
92	5	4	5	4	3	5	5
93	5	5	5	5	4	5	5
94	5	4	4	4	4	4	4
95	5	5	5	5	2	5	5
96	5	4	4	5	3	4	5
97	5	4	5	4	2	2	5
98	5	3	5	4	3	5	5
99	5	4	5	5	2	4	5
100	5	5	5	5	1	4	5
101	4	4	2	4	4	4	4
102	5	4	3	4	3	5	5
103	5	4	3	4	3	4	4
104	5	2	5	5	4	3	5
105	5	4	4	4	2	4	5
106	5	5	4	3	3	3	5
107	5	4	4	4	3	5	5

	p20	p21	p22	p23	p24	p25	p26
85	4	4	4	5	5	5	3
86	4	3	4	5	5	5	3
87	4	4	3	5	5	4	4
88	4	4	3	5	5	5	4
89	4	4	4	5	5	5	4
90	4	4	3	4	4	4	2
91	4	4	4	4	5	4	3
92	4	4	5	5	5	5	4
93	5	4	4	5	5	5	4
94	4	4	4	5	5	4	4
95	5	4	4	5	5	5	5
96	4	4	3	5	5	4	3
97	4	4	4	5	4	4	4
98	5	4	5	5	5	5	4
99	5	5	4	5	5	5	5
100	4	5	4	5	5	4	5
101	4	3	4	4	4	4	2
102	5	4	4	5	5	5	2
103	3	4	4	5	5	5	2
104	4	5	3	5	4	4	2
105	4	4	4	5	5	4	2
106	4	5	5	5	5	5	3
107	5	4	5	5	5	5	5

30-03-200317:51:28

25/30

Atitudes Prof. Saúde Amamentação

30-03-200317:51:29

26/30

Atitudes Prof. Saúde Amamentação

	p27	p28	p29	p30	p31	p32	p33
85	4	2	4	4	4	4	4
86	4	4	3	4	5	5	4
87	4	4	3	3	4	4	4
88	4	2	5	4	4	4	4
89	4	3	4	4	4	5	5
90	4	2	2	4	5	4	4
91	4	4	4	5	5	4	4
92	4	2	4	4	4	5	5
93	4	2	4	1	4	5	5
94	4	5	4	4	4	4	4
95	5	5	5	5	4	5	5
96	3	4	4	5	4	5	4
97	4	4	4	5	4	4	4
98	5	5	1	5	3	5	5
99	5	5	4	5	5	5	5
100	4	2	5	5	4	5	4
101	4	2	4	4	4	4	4
102	5	2	5	4	4	4	3
103	4	3	4	4	3	4	4
104	5	2	4	4	5	5	5
105	4	4	4	4	4	5	4
106	4	2	4	5	5	5	5
107	5	5	1	4	4	5	5

	p34	p35	p36	p37	p38	p39	p40
85	2	4	4	4	4	4	2
86	3	4	3	5	5	4	3
87	4	3	4	4	4	3	4
88	3	4	2	4	4	3	4
89	3	4	5	5	4	4	4
90	2	4	4	4	4	4	4
91	3	4	3	4	4	4	3
92	4	4	4	4	4	4	4
93	2	5	4	5	2	5	3
94	3	4	4	4	4	4	4
95	4	5	5	5	5	5	2
96	3	4	4	4	4	4	2
97	4	4	4	4	4	4	4
98	3	4	4	5	5	5	3
99	5	5	5	5	5	5	4
100	3	4	4	5	4	4	2
101	4	4	4	4	4	4	4
102	2	4	4	5	4	4	3
103	3	4	4	5	4	4	3
104	5	5	4	4	4	3	4
105	4	4	4	4	4	4	4
106	3	5	5	4	5	5	3
107	4	4	4	4	5	5	4

30-03-200317:51:29

27/30

30-03-200317:51:29

28/30

	p41	p42	p43	score	cr_geral	cr_bene	cr_obst
85	3	5	4	168,00	3,86	5,00	3,78
86	3	5	3	171,00	4,29	5,00	3,44
87	4	4	4	164,00	3,14	4,60	4,00
88	3	5	4	172,00	4,43	5,00	3,56
89	4	5	3	182,00	4,57	4,20	4,22
90	4	4	2	149,00	3,43	4,00	3,67
91	3	5	3	170,00	4,14	4,40	4,00
92	4	5	4	185,00	4,57	5,00	3,67
93	4	5	2	175,00	4,29	5,00	4,00
94	4	5	4	178,00	4,14	4,80	4,00
95	3	5	4	169,00	5,00	5,00	4,67
96	4	4	4	177,00	4,57	4,80	4,11
97	2	5	4	177,00	4,57	5,00	4,00
98	3	5	4	188,00	4,14	5,00	4,22
99	4	5	5	205,00	4,86	5,00	4,89
100	1	5	2	183,00	4,71	5,00	4,56
101	4	4	4	158,00	3,86	4,00	3,00
102	4	5	3	177,00	4,71	5,00	4,00
103	3	5	3	165,00	3,71	4,60	3,89
104	4	4	2	172,00	4,71	4,60	3,56
105	4	4	4	180,00	4,43	4,80	4,44
106	3	5	5	186,00	4,71	4,60	4,33
107	4	5	5	178,00	4,14	4,20	3,67

30-03-200317:51:29

29/30

	r_afe_im	r_afe_re	r_comp
85	4,40	2,80	3,83
86	4,20	3,20	4,00
87	3,80	3,60	3,83
88	3,80	3,60	3,92
89	4,40	3,40	4,33
90	4,00	3,00	3,08
91	4,40	3,40	3,67
92	4,40	3,80	4,50
93	4,00	3,00	4,08
94	4,40	3,80	4,00
95	5,00	3,20	4,67
96	4,60	3,20	3,75
97	4,20	3,60	3,75
98	5,00	3,20	4,58
99	5,00	4,20	4,67
100	4,60	2,40	4,08
101	4,00	4,00	3,67
102	4,20	3,00	3,92
103	4,40	3,00	3,67
104	3,60	4,00	3,83
105	4,20	3,60	3,83
106	4,60	3,80	4,00
107	4,20	4,00	4,50

30-03-200317:51:29

30/30