

**UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA**  
**Departamento de Psicología y Antropología**



## **TESIS DOCTORAL**

### **AMAMANTAMIENTO: Sentimientos y vivencias experimentados por la madre**

**Sónia Isabel Horta Salvo Moreira de Almeida Ramalho**

**BADAJOZ, Julio 2010**



## **TESIS DOCTORAL**

# **AMAMANTAMIENTO: Sentimientos y vivencias experimentados por la madre**

**Sónia Isabel Horta Salvo Moreira de Almeida Ramalho**

Trabajo de investigación presentado por  
**Sónia Isabel Horta Salvo Moreira de Almeida  
Ramalho**

Dirigido por el doctor D. FLORENCIO VICENTE CASTRO  
Catedrático de Psicología Evolutiva y de la Educación  
de la Universidad de Extremadura y  
La Doctora Dña. DULCE MARIA PEREIRA GARCIA GALVÃO

Visto Bueno para su defensa.  
El Director del trabajo

Fdo. Florencio Vicente Castro



UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA  
Departamento de Psicología y Antropología  
**BADAJOS**

**FLORENCIO VICENTE CASTRO,**  
Catedrático de Psicología Evolutiva y de la Educación  
de la Universidad de Extremadura

**CERTIFICO:**

Que el presente trabajo de investigación titulado  
**AMAMANTAMIENTO: Sentimientos y vivencias  
experimentados por la madre** constituye el trabajo de  
investigación, original e inédito que presenta  
**Dña Sónia Isabel Horta Salvo Moreira de Almeida  
Ramalho** para optar a la consecución del Diploma de  
SUFICIENCIA INVESTIGADORA.

Para que conste  
Badajoz Octubre 2009

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos e expressamos o profundo reconhecimento a todos os que com o seu apoio, colaboração e amizade tornaram possível a realização deste trabalho.

Ao Professor Doutor Florêncio Vicente Castro, o modo sempre inteligente como me orientou em todas as fases desta dissertação e ainda a cordialidade inestimável e a liberdade de acção que me proporcionou.

À Professora Doutora Dulce Garcia Galvão, um profundo agradecimento por ter aceitado ser co-orientadora e pelo permanente estímulo, ensinamentos e disponibilidade no apoio científico.

Ao Hospital Santo André EPE de Leiria e Serviço de Obstetrícia pelo apoio e autorização na realização do estudo.

Ao grupo de puérperas, pelo consentimento e participação, sem a qual não teria sido possível a concretização do presente estudo.

À minha família, que em nós confiou e a quem agradecemos tudo.

## **RESUMO**

A segurança, a protecção e a regulação emocional são muito importantes na construção da relação mãe-bebé. O aconselhamento individual no pós-parto deve ser fornecido por profissionais de saúde bem treinados para poderem identificar e activamente solucionar as dificuldades e necessidades particulares de cada um.

O presente estudo que seguiu a metodologia quantitativa, de natureza descritiva, e onde se procedeu à aplicação de entrevistas, observação participante e questionários, procurou dar resposta à grande questão que orienta toda a pesquisa: Quais as vivências e sentimentos experienciados pela mãe na relação que estabelece com o bebé na amamentação? Teve como objectivos: descrever as vivências e os sentimentos experienciados pela mãe na relação com o bebé na amamentação; compreender os conteúdos fantasmáticos, ansiedades, medos e fantasias que emergem na mãe na relação com o bebé na amamentação. Desenvolveu-se num primeiro momento, no período de Março a Agosto de 2009, numa amostra de 793 díades mãe-bebé do Serviço de Obstetrícia do Hospital Santo André, EPE de Leiria, seleccionadas por conveniência durante o internamento na maternidade, onde se detectaram 44 puérperas com antecedentes de perturbação do humor e perturbação de ansiedade as quais foram alvo de nova intervenção aos 4 meses pós-parto.

Podemos concluir, nas observações foi detectada muita dificuldade por parte das mães em estabelecer uma relação que corresponda às necessidades e solicitações do bebé (13% ignora as solicitações) e a maioria refere temor de incapacidade de cuidar bem do bebé. E nas entrevistas no internamento as mães verbalizaram angústias, medos e sentimentos.

Na comparação dos dados obtidos nos dois momentos que as mães no internamento, fazem uma avaliação mais positiva da amamentação, ao nível do estilo de vida e imagem corporal, do que aos 4 meses de idade do bebé.

O afecto materno que as mães evidenciam aos 4 meses de idade do bebê não é significativamente influenciado pela avaliação da amamentação ou pela auto-estima que evidenciam no internamento.

Palavras chave: pós-parto; amamentação; vivências; sentimentos; mãe.

## **ABSTRACT**

The safety, protection and emotional regulation are very important in the construction of the mother-baby relation. The individual counseling during the postpartum period must be provided by health professionals trained to enable them to actively identify and resolve the difficulties and needs of each one of them.

This study followed the quantitative methodology, of descriptive nature, and where the application of interviews was proceeded, participant observation and questionnaires, we tried to answer the big question that guides all of the research: What are the experiences and feelings experienced by mothers in relation to the baby during breastfeeding? It had as objectives: to describe the experiences and feelings experienced by mothers in relation to the baby during breastfeeding, to understand the fantasy content, anxieties, fears and fantasies that emerge in the mother in relation to the baby during breastfeeding. Developed initially during the period of March to August 2009, a sample of 793 mother-infant dyads from the Obstetrics Service, Hospital Santo André, Leiria EPE, selected for convenience during the maternity stay in hospital, where they found 44 mothers with a history of mood disorder and anxiety disorder which were the subject of further intervention at 4 months postpartum.

We may conclude that great difficulty was detected in the observations in mothers to establish a relationship that meets the needs and demands of the baby (13% ignore the requests) and most of them state fear the inability to take good care of the baby. And in the inpatient mothers' interviews they verbalized anxieties and fears and feelings.

Comparing the data obtained in two moments, when mothers were in hospital, they made a more positive assessment of breastfeeding, the level of lifestyle and body image than at the baby's 4 months of age.

The maternal affection that mothers show at 4 months of age of the baby is not

significantly influenced by the evaluation of breast-feeding or self-esteem that evidence in the hospital.

Keywords: postpartum, breastfeeding, experiences, feelings, mother

## RESUMEN ALARGADO

En nuestros días observamos que la lactancia materna no esta totalmente privilegiada y apoyada, las tasas de interés bajan y su interrupción temprana supone, para la salud de las mujeres y los niños, condiciones adversas con repercusiones sobre ellas mismas, sobre los niños y para la comunidad y la estructura social. Por otra parte la seguridad, la protección y el control de las emociones son realidades muy importantes en la construcción de la díada madre-bebé.

Por todas estas razones, la lactancia debe ser protegida, promovida y apoyada. Para eso son fundamentales la información, la educación y la comunicación, adecuadas para restablecer una cultura de la lactancia materna, permitiendo a la madre tomar decisiones fundamentadas.

La orientación individual durante el período post-parto debe ser prestada por profesionales de la salud capacitados permitiendo identificar de forma activa las dificultades para su posterior resolución atendiendo a las necesidades específicas de cada caso.

Este trabajo tiene como objetivo describir las experiencias y los sentimientos experimentados por las madres en relación con el bebé durante la lactancia, comprender el contenido fantasmático, las ansiedades, miedos y fantasías que surgen en la relación de la madre con el bebé durante la lactancia.

Teniendo en cuenta los objetivos indicados y tratando de captar la totalidad de la situación y para describir la complejidad de estas situaciones se utilizaron, como metodología, entrevistas, cuestionarios, observación participante, entrevistas en profundidad y recopilación de datos secundarios.

El estudio fue descriptivo y longitudinal, utilizando un enfoque cuantitativo que busca responder a la gran pregunta que guía la investigación: ¿Cuáles son las experiencias y sentimientos vividos por la madre en la relación con el bebé durante la lactancia?

Con el fin de hacer este gran interrogante más específico y teniendo en cuenta el problema que el estudio propone, formulando hipótesis, planteamos algunas preguntas de investigación con la intención de obtener respuestas.

- ¿Habrá armonía en la relación entre la madre y el bebé?
- ¿Qué comportamientos adopta la madre en la relación con su bebé?
- ¿Qué tipo de contenido fantasmático, ansiedades, miedos y fantasías surgen en la lactancia materna?
- ¿Qué cambios se producen en la madre en la relación emocional con el bebé durante la lactancia?
- ¿Qué siente la madre acerca de su hijo?

Después de formalizar el estudio oficial en la Universidad de Extremadura, se estableció contacto con el Dr. Vicente Castro - Director del Departamento de Psicología de la Educación y la Sociología y responsable del programa de doctorado "Nuevos Contextos de Intervención Psicológica en Educación, Salud y Calidad de Vida", y se les pidió su cooperación en la orientación del estudio.

Fue contactada la Dra. Dulce María García Pereira Galvão -Profesora Coordinador del Área de Pediatría y Salud Infantil de la Escuela Superior de Enfermería Bissaya Barreto, Doctora en Ciencias de la Enfermería y autor del libro "*La lactancia materna exitosa: Entre los factores determinantes*"-; se pidió su colaboración en la co-orientación del ámbito científico y específico del amamantamiento, y en la disponibilidad para compartir su conocimiento.

También se solicitó a la Dra. Dulce Galvão en el uso y aplicación de instrumentos para la recolección de datos: Inventario de Autoestima Materna, Escala de Valoración Materna de Amamantamiento e Inventario de afecto materno. La Dra. gentilmente puso

a nuestra disposición una copia de los instrumentos que fueron adaptados a la población portuguesa.

Fue pedida al Presidente de la Junta del Hospital Santo André, EPE de Leira la autorización para la aplicación del Inventario de Autoestima Materna y la Escala de Valoración Materna de Amamantamiento en el servicio de Obstetricia –Internamiento y también acceso a la base de datos de la Línea de Apoyo pos-parto- Línea Buáa. Las solicitudes fueron aceptadas por la Junra después de las aclaraciones formales a la Comisión de Ética.

La selección de participantes para el estudio fue hecha a conveniencia, entre las mujeres después del parto en el Servicio de Obstetricia del Hospital de Santo André, EPE de Leiria.

El Servicio de Obstetricia - Hospitalización (Sala A) Hospital de San Andrés de Leiria, EPE, tiene una capacidad de 30 camas, que son distribuidas en ocho salas y dos habitaciones individuales, específicas para las mujeres (parto normal o distocia, fórceps o vacío o cesárea). La duración de la estancia es de 48 horas para parto eutócicos y distocia (aspiración y fórceps sin complicaciones) y 96 horas para las cesáreas. En promedio al año son atendidas 2.200 a 2.300 madres.

En cuanto a los recursos humanos, está formado por un equipo multidisciplinario. El método de trabajo utilizado por el equipo de enfermería es el método individual, basado en la metodología científica, teniendo como base el proceso de enfermería. Por lo tanto, cada enfermera se encarga de proporcionar cuidados pertinentes a un número de madres y sus recién nacidos que se encuentran en rooming-in (alojamiento conjunto).

En nuestro trabajo integramos los métodos cualitativos y cuantitativos. La combinación de datos cualitativos y cuantitativos en un solo proyecto, por su representación en palabras y números, son los dos idiomas principales de la comunicación humana. La evaluación cuantitativa trató de medir, o mejor dicho, de medir las variables. Por otra parte, la evaluación cualitativa buscó comportamientos, actitudes y situaciones.

En nuestro estudio, durante el período de hospitalización de las madres, mantuvimos como criterios de inclusión: madres hospitalizadas en el alojamiento conjunto y que practicaran la lactancia materna, ya que era necesario observar la díada para el desarrollo del estudio.

Las madres fueron informadas de los procedimientos y los objetivos del estudio, se garantizó la participación voluntaria y el proceso de consentimiento informado, haciendo hincapié en el respeto por el tratamiento confidencial de los datos recogidos.

Se consideró la fase inicial de recopilación de datos, de marzo a agosto de 2009 y la muestra consistió de 793 parejas madre-hijo. Aplicamos la *Escala de Validación del Amamantamiento Materno y el Inventario de Autoestima Materna*. Para la aplicación del inventario se tuvo en cuenta el consentimiento informado de todos los participantes. Y para este fin, se puso por escrito la solicitud formal de participación en el estudio. Los participantes acordaron verbalmente cooperar.

**La Escala de validación de amamantamiento/ Maternal Breastfeeding Evaluation Scale (MBFES)** de Ellen Leff, 1994, versión portuguesa de Galvão (2000).

El MBFES, desarrollado por Ellen Leff (1994), permite evaluar diferentes aspectos relacionados con el amamantamiento, basándose en criterios identificados, por las madres que amamantan, como fundamentales para la percepción del éxito en la lactancia. Se trata de un instrumento válido y real para medir aspectos de la lactancia materna que las madres identifican como importante en la definición de una lactancia exitosa.

Permite medir la evaluación total que las madres hacen sobre su experiencia de amamantamiento, teniendo en cuenta los factores maternos y de crianza y, además la satisfacción en el amamantamiento, y determinar la percepción materna sobre la calidad de su experiencia, teniendo en cuenta el comportamiento del niño como parte integrante. Según el autor, su uso es adecuado tanto para después del final del amamantamiento como para después del 1º, 2º o 3º mes de amamantamiento y puede ser usada en

combinación con otras escalas, a fin de evaluar a fondo la experiencia de la lactancia materna.

El MBFES consta de 30 ítems divididos en 3 sub-escalas, que tratan por separado factores de éxito del amamantamiento y permiten identificar la precepción de un amamantamiento exitoso por las madres, cada ítems cuenta con cinco respuestas posibles, según el autor, que van desde el 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo). Los ítems negativos de la escala obedecen a la transformación de las puntuaciones (de 1 a 5, de 2 a 4, etc.).

**Inventario de la autoestima materna / The Maternal Self-Report Inventory (MSI)** de Shea e Tronick (1988), versión en portugués Mendes (1992), versión adaptada de Galvão (2000) para medir, evaluar válida y objetivamente la autoestima y conocer algunos factores que la afectan. Es un instrumento destinado a evaluar la autoestima como un orden psicológico, mediada por los efectos de los factores bio-sociales que afectan a la adaptación de las mujeres a la maternidad.

En su construcción, los autores tuvieron en consideración algunos cuestionarios existentes: "Child Rearing attitudes " por Schaefer y Bell (1958), " Maternal attitudes Toward Pregnancy " de Blau (1962), el Inventario de Greenberg y Hurley (1971), " The Mathernal Personality Inventory" y, por último, una entrevista estructurada de Barnard y Gortner (1977) " Maternal Adaptation ", identificado siete dimensiones conceptual primarias - la capacidad de la madre para satisfacer las necesidades básicas del niño; la capacidad de asumir el papel de la madre, la aceptación del bebé; relación que espera tener con el bebé; los sentimientos durante el embarazo, parto y posparto; la aceptación de los padres, la imagen corporal y la salud de la madre – que suponen un elevado número de afirmaciones, todos en primera persona, en relación con cada una de las dimensiones identificadas.

Para la dimensión "*capacidad de la madre para satisfacer las necesidades básicas del bebé,*" las afirmaciones fueron elaboradas con el fin de medir posibles conflictos relativos a la decisión de amamantar, la capacidad de tratar al bebé (de bañarlo y

cambiar pañales), la capacidad para mostrar afecto por el bebé (para calmarlo y abrazarlo), siendo igualmente abordada la irritabilidad de la madre al llanto de su hijo.

Para la segunda dimensión, "*capacidad de asumir el papel de la madre*", los ítems se hicieron con el sentido de permitir medir sentimientos generales de competencia materna.

En relación con "*aceptación del bebé*," las afirmaciones escogidas fueron destinadas a medir la satisfacción de la madre en relación con el género, la apariencia y la confianza en relación al desarrollo normal de su bebé.

Para medir "*relación que espera tener con el bebé*", las preguntas tratan de centrarse en la capacidad de la madre para desarrollar una relación cariñosa con su hijo y sus expectativas sobre el bebé. También abarcan los sentimientos durante el embarazo, el trabajo de parto y parto, así como la aceptación paterna.

Finalmente, en cuanto a "*imagen corporal y la salud de la madre*", las afirmaciones colocadas procuraron medir los sentimientos acerca de la apariencia pos-parto, salud y energía.

Dada la dificultad de la aplicación de la versión original de MSI, por su tamaño y la duración, los autores desarrollaron posteriormente una versión reducida con sólo 26 preguntas, considerada por los autores como altamente correlacionada con los resultados de la totalidad del inventario, que abarca las primeras cinco dimensiones. La dimensión referente a la aceptación parental y a la imagen corporal y salud fueron retiradas teniendo en cuenta que los resultados obtenidos no tenían correlaciones significativas con otra escala.

Por lo tanto, las dimensiones de este inventario exploran los sentimientos de competencia/incompetencia de la madre sobre el cuidado de los recién nacidos, tanto en términos de bienestar físico o emocional, la capacidad y la confianza para asumir el rol materno, adaptación al bebé real y el duelo del bebé idealizado, la satisfacción obtenida en la relación con su bebé y los sentimientos con los que vivió el embarazo y el parto.

El intervalo de clasificación de cada ítems de la escala va de 1 a 5; donde 1 puede responder a "totalmente en desacuerdo", cuando el ítems sea positivo o negativo, verificándose exactamente lo mismo con la calificación de 5. Según los autores se pueden obtener subtotales en cada dimensión, que a su vez puede dar lugar, además, a una puntuación total de la escala correspondiente a la puntuación más baja, por una baja auto-estima.

La versión en portugués fue traducida y adaptada por Mendes (1992) con el permiso de los autores y posteriormente utilizada en otros estudios en Portugal.

En el estudio de Galvão (2006) la escala utilizada fue construida a partir de " Maternal Self-Report Inventory" de Shea Tronick (1988) versión en portugués Mendes (1992). En el estudio y análisis detallado de las preguntas de la versión original y la forma corta, Galvão llevó a realizar un ajuste de 47 ítems utilizando preguntas que le parecían más significativas para los objetivos y la muestra de su trabajo; mateniendo la totalidad de las preguntas de forma abreviada, incluidos ítems de la forma original.

Durante el internamiento y para la recogida de datos y recopilación de información sobre las experiencias durante el pos-parto, se utilizó la entrevista y la observación participante. Para la observación se realizó una red de observación madre-bebé (Ramalho, 2010).

Las entrevistas y la observación en el hospital incluyen a las madres con antecedentes de trastorno del estado de ánimo y trastorno de ansiedad, según el DSM IV-TR, pero no con fines de diagnóstico, más como investigación e intervención.

En la observación participante, el investigador - observador se convirtió en parte integrante y, en la relación face to face con los sujetos de la investigación, se desarrolló la recogida de datos e información. Para las entrevistas se prepararon flexibles redes orientadoras. El resultado de una investigación de esta naturaleza se refleja en la riqueza, profundidad y originalidad de las descripciones obtenidas.

En nuestro estudio, la investigación durante el internamiento se hizo con una entrevista a la madre que permitió proceder a la recogida de datos, tal consta en la ficha que sirvió como base para el desarrollo de la línea de investigación.

A las 24 horas después del alta hospitalaria se aplicó a las madres el cuestionario de línea de Unidad de asesoramiento y apoyo en casa, que incluye preguntas abiertas y cerradas. Los cuestionarios se llevaron a cabo mediante entrevista telefónica. La entrevista fue planeada cuidadosamente, esbozó los objetivos que deben alcanzarse y que un investigador obtiene en una pre-entrevista en el hospital (el día del alta) contando con el conocimiento previo de la persona entrevistada.

Para continuar con el tratamiento de la información generada por la observación participante y las entrevistas realizamos un análisis de contenido acorde a las técnicas de análisis de contenido de Laurence Bardin (2004).

En el análisis de contenido tuvimos en cuenta las tres etapas del proceso:

- Pre-análisis (recogida y organización del material a analizar)
- Descripción analítica (estudio profundo del material, basado en la referencia teórica. La construcción de categorías se realizó de acuerdo a las preguntas de investigación y los objetivos de nuestro estudio. Las unidades de registro fueron escogidas por tema - unidades de significado o contenido- y de forma natural en el texto. Los resultados obtenidos, la comparación sistemática con el material y el tipo de inferencias alcanzados, sirvieron de base para el análisis. El análisis de la frecuencia de las categorías surgió como marco de referencias).
- Interpretación inferencial (como marco de referencia, el contenido –manifiesto y latente- fueron revelados a la luz de los propósitos del estudio.

A los 4 meses después del parto las mujeres con antecedentes de trastorno del estado de ánimo y trastorno de ansiedad desarrollaron entrevistas no estructuradas a través del teléfono, respondiendo a la Escala de Valoración de Lactancia Materna (ya aplicado en el hospital) y el Inventario de Afecto-Materno.

**El inventario de afecto materno / Maternal Attachment inventory (MAI)** de Mary y Muller, de 1994, versión en portugués por Galvão (2000).

Mary y Muller (1994) definen el vínculo materno como una única relación afectiva que se desarrolla entre una mujer y un niño que persiste a través del tiempo, con la correspondiente definición de la noción de que la ligazón afectuosa es justamente un elemento de adaptación del papel materno, considerando como la mayor contribución al crecimiento y desarrollo saludable de los niños y señalado que muchos estudios han operacionalizado por la observación de la conducta maternal o la interacción de decenas de padres e hijos y han medido con menos frecuencia en forma de cuestionarios dirigidos a la percepción materna sobre sus sentimientos acerca de los niños, ha desarrollado el Maternal Attachment Inventory (AMI) para proporcionar una medida práctica de la participación materna como un componente de la relación madre-hijo.

El MAI fue diseñado para ser auto-administrados implicando un nivel de lectura ajustada y colocando, al principio del cuestionario, las instrucciones para su relleno. Las posibles respuestas de los ítems que componen la escala son cuatro: a = casi siempre; b = muchas veces c = a veces, d = casi nunca, que se convierten en: a = 4; b = 3; c = 2; d = 1. Todos los ítems juntos forman una sola puntuación con una oscilación de 26 a 104 puntos, sugiere la consecución de un valor elevado un fuerte vínculo maternal.

Para el estudio de la fiabilidad de las escalas aplicadas en el trabajo se examinó la consistencia interna mediante el cálculo de la correlación ítem-total y el coeficiente alfa de Cronbach si el ítem fue retirado de la escala. El estudio se llevó a cabo en cada una de las dimensiones y también para cada una de las escalas globales.

Los resultados nos permiten conocer la consistencia interna de las dimensiones y de la escala global de validación materna de amamantamiento (MBFES). Como podemos comprobar todos los ítems se correlacionan positivamente con el total de las dimensiones a la que pertenecen y con el total global, y sólo los ítems número 15 y 22, respectivamente, "cuando amamanto me preocupó por el aumento de peso de mi bebé" y " cuando amamanto ansiaba retornar a mi forma física", presentan correlación inferior a 0.200 (valor indicado por varios autores como el mínimo aceptable para cualquier

ítems perteneciente a la escala), la primera dimensión **satisfacción y crecimiento del niño** global y sólo segunda en la general.

Los valores del coeficiente alfa de Cronbach oscilaron entre 0.886 y 0.906 en la dimensión de **placer y la función materna**, entre 0.654 y 0.758, en dimensión **satisfacción y crecimiento del niño** y entre 0.663 y 0.740, en la dimensión **estilo de vida e imagen corporal materna**. En una escala global, el coeficiente alfa mostró valores que oscilaron entre 0.889 y 0.902. Para el global de las dimensiones y para el global de la escala total observamos valores de 0.900, 0.722, 0.723 y 0.896. Dado que en los estudios desarrollados por Galvão (2006), estos valores fueron 0,93, 0,88, 0,80 y 0,93, respectivamente, podemos afirmar que en el presente estudio la escala evidencia una consistencia interna ligeramente inferior, pero que se considera adecuada, en la medida en que valores de coeficiente de alfa están por encima de 0.700.

Analizando los resultados de consistencia interna de Inventario de Auto-Estima Materna (MSI) verificamos que las dimensión **capacidad para cuidar al bebé**, hay tres ítems que tienen una correlación ítem-total inferior a 0.200. Concretamente, los ítems número 23, 36 y 37, "me siento competente para alimentar a mi bebé", "estoy dispuesto a amamantar a mi bebé" y "siento que tengo mucho amor para dar a mi bebé". El valor del coeficiente alfa varió entre 0.612 y 0.687, siendo el valor global 0.671.

En la dimensión **capacidad y preparación general para la función materna**, sólo el ítem número 24 "espero que no importe quedarse en casa para cuidar a mi bebé" había bajas correlaciones con el total. Para el coeficiente alfa global observar valores comprendidos entre 0.473 y 0.650, siendo que, para el conjunto de ocho ítems que componen esta dimensión el coeficiente mostro un valor de 0.552.

En lo que concierne a la **aceptación de la madre**, verificamos que los ítems números 2, 8, 11, 39 y 42, "estoy decepcionado con el sexo del bebé de mi", "me encantó la primera vez que vi a mi bebé", "creo que mi bebé es hermoso", "estoy seguro de que mi bebé será fuerte y saludable" y "tengo grandes expectativas sobre cómo será mi bebé", presentaron la correlación ítem-total inferior de 0.200. Los valores del coeficiente alfa

variaron entre 0.452 y 0.546 y, en términos general, el coeficiente presentó un valor de 0.550.

En la dimensión **relación esperada con el bebé** se encuentran dos ítems con valores bajos de correlaciones con el total, concretamente, los ítems números 14 y 47, "pienso que agarrar y abrazar a mi bebé es muy agradable para mí" y "estoy seguro de que mi bebé me gusta mucho." El coeficiente alfa, si el ítem fuese eliminado, presentó valores comprendidos entre 0.516 y 0.586, siendo el valor global 0.580.

Los ítems números 15, 21 y 28, respectivamente, "cuando supe que estaba embarazada, tuve sentimientos encontrados acerca de tener un bebé", "mientras yo estaba embarazada, esperaba ansiosamente el nacimiento de mi bebé" y "en el embarazo tuve cuidado conmigo" fueron las que presentaron correlación más baja en el total de las dimensiones **sentimientos relacionados con el embarazo, el parto y el alumbramiento**. Los valores del coeficiente alfa, si estos ítems fuesen eliminados, se situaron entre 0.646 y 0.729, siendo el valor global 0.708.

Para el total de la escala nos encontramos con nueve ítems con la correlación ítem-total inferior a 0.200, es decir, los ítems número 11, 14, 21, 24, 25, 28, 36, 37 y 42, "creo que mi bebé es muy bonito" "pensar en agarrar y abrazar a mi bebé es muy agradable para mí", "mientras que yo estaba embarazada, esperaba ansiosamente el nacimiento de la bebé de mi", "espero que no me importe quedarme en casa para cuidar a mi bebé", "consideré la experiencia de parto muy emocionante", "durante el embarazo tuve cuidado conmigo", "Estoy deseosa de amamantar a mi bebé", "siento que tengo mucho amor para dar a mi bebé" y "tengo grandes expectativas acerca de cómo será mi bebé." El coeficiente alfa presentó valores comprendidos entre 0.827 y 0.840 y para el conjunto de 47 ítems observados valores 0.836.

Cómo podemos comprobar la escala tuvo alta consistencia interna en general, buena consistencia interna en la dimensión **sentimientos relacionados con el embarazo, el parto y alumbramiento**, consistencia razonable en la dimensión **capacidad para cuidar al bebé** y baja consistencia interna en restantes dimensiones. En comparación

con los resultados observados por Galvão (2006) se concluyen que, en nuestro estudio, la escala mostró una menor consistencia interna, pero aceptable.

Para sistematizar la información proporcionada por los datos, utilizamos técnicas de estadística descriptiva y estadística inferencial. El tratamiento estadístico de los datos fue realizado por ordenador utilizando el programa Statistical Package for the Social Science (SPSS) versión 17.0 de 2009.

Aplicamos y utilizamos las siguientes medidas y técnicas estadísticas:

- Frecuencias: absolutas (n) y relativas (%);
- Medidas de tendencia central: média aritmética ( $\bar{x}$ ), média de las posiciones ( $\bar{x}_p$ ), mediana (Md) y moda (Mo);
- Medidas de dispersión o variabilidad: el valor mínimo ( $x_{\min}$ ), valor máximo ( $x_{\max}$ ) y la desviación típica (s);
- Coeficientes: alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) y correlación de Spearman ( $r_s$ );
- Testes de hipótesis: test U de Mann-Whitney, test Kruskal-Wallis, test de significación de coeficiente de correlación de Spearman y test Kolmogorov-Smirnov.

La elección de pruebas no paramétricas se justifica por el hecho de que las variables fundamentales de los resultados de nuestro estudio no presentaron distribución normal, como podemos verificar en el análisis de los resultados de la aplicación de test Kolmogorov-Smirnov como test de normalidad.

En todas los test fijamos el valor de 0.050 como nivel máximo de significación, es decir, la probabilidad máxima aceptable para la ocurrencia del error tipo I.

Los resultados del internamiento muestran que de las 793 madres que colaboraron en el estudio tenían edades comprendidas entre 17 y 46 años, siendo la edad media de 30,16 años con una desviación típica de 5.17 años. Como se muestra, el 37,5% de las madres tenían entre 30 y 35 años, seguido de 29,8% con edades comprendidas entre 25 y 30 años y el 15,6% pertenecía al grupo etario de 35 a 40 años. La mitad de las madres tienen por lo menos 30,00 años (mediana).

Para la profesión / ocupación consta que 29,8% de las madres pertenecen al grupo V, es decir, eran el personal de servicios y vendedores, seguido por el 15,9% que pertenece al grupo IV (empleados administrativos o similares) y el 12,9% eran amas de casa.

La mayoría de las madres, concretamente el 85,5% dice que están casadas.

También se encontró que el 43,3% vivía en ciudades, seguido por el 40,2% que residen en zonas rurales.

Las 44 madres estudiadas a los 4 meses de edad del bebé estaban comprendidas entre 21 y 41 años de edad, siendo la edad media 31,73 años con una desviación típica de 05,48 años. La mitad de estas madres tenían al menos 33,00 años y el 54,6% pertenecía al grupo de edad 30 a 40 años.

También se encontró que 31,8% de las madres tenían un empleo que pertenece al grupo V, es decir, que estaban trabajando en el sector servicios o como vendedoras. La mayoría, concretamente, el 79,5%, dice ser casada y el 45,5% vivía en zonas rurales.

Con respecto a la historia obstétrica de las madres encuestadas en el hospital, encontramos que la mayoría, es decir, un 61,4%, declaró que no era pertinente. Verificamos además que el 12,4% mostró infecciones y el 11,7% informó de haber tenido abortos involuntarios.

En lo que concierne a los antecedentes personales, encontramos que el 66,0% dijo que no tenía ningún significado, seguido de un 15,6% que lo refirieron a las enfermedades crónicas, el 8,6% que fueron sometidos a operaciones quirúrgicas y el 6,6% que dijo que tenían alergias a los medicamentos.

La mayoría de las madres (58,1%) hicieron el seguimiento del embarazo con los médicos especialistas, seguido en un 24,6% que fueron supervisadas en los Centros de Salud y el 16,1% que eran vigiladas en el hospital.

En relación a la experiencia previa de lactancia materna, se encontró que 59,3% de las madres manifestaron no haber tenido ese tipo de experiencia.

Respecto a la duración del período de lactancia materna en el último hijo, sólo hemos podido obtener esta información en 66 casos. Los valores referidos se sitúan entre 1 y 30 meses, siendo la media de 6,33 meses y con una desviación típica de 7,16 meses. La mitad de estas madres amamantó a su último hijo por lo menos hasta los 5,50 meses.

En cuanto a las madres entrevistadas a los 4 meses se encontró también que en la mayoría (59,1%) no se referían antecedentes obstétricos, que el 38,6% tampoco mostraban antecedentes personales de significado, pero sí la mitad dijo padecer enfermedades crónicas (20,5%), problemas psiquiátricos (15,9%) o depresión (13,6%).

En lo que respecta a la vigilancia durante el embarazo, verificamos que un 43,2% de las madres dice haberlo hecho con médicos privados. También se encontró que 52,3% no tenían experiencia previa de lactancia materna, y 80,9% desconocía la duración de la lactancia materna del último hijo. Las cuatro madres que indicaron el tiempo de la alimentación del último hijo, reportaron valores entre 1 y 28 meses siendo la media 12 meses y la desviación típica 12.57 meses.

La mayoría de las madres entrevistadas en el ingreso (91,3%) dijeron que contaban con el apoyo del esposo o el padre del bebé, el 27,1% dijo que el apoyo fue dado por su madre, un 8,3% fueron apoyadas por la suegra y 7,6% reportó haber recibido apoyo de otros familiares, normalmente hermanos, hijos, abuelas o tías. También se encontró que casi todas las madres (95,8%) no necesitan apoyo social.

Al igual, se encontró que la mayoría (88,6%) de las madres encuestadas a los 4 meses afirmaron contar con el apoyo del esposo o el padre del bebé y 97,7% dijeron que no tenían necesidad de apoyo social.

Basado en datos recogidos durante la hospitalización, se encontró que 48,5% de las madres sólo tuvieron un embarazo, seguido de un 35,9% que tuvo dos embarazos y 10,3% que había tenido tres embarazos. La mayoría de las madres, exactamente el

55,6%, 35,9% eran primerizas y había dado a luz dos veces. Como pudo verse, el 53,7% de las madres tuvieron un parto normal, seguido de un 34,6% que dieron a luz por cesárea.

En lo referente a las madres entrevistadas a los 4 meses, encontramos que en el 43,2% tuvieron un segundo embarazo seguido del 40,9% que eran primerizas. También se encontró que 47,7% fueron madres por primera vez y el 43,2% tenía dos hijos. La mayoría de estas madres, es decir, el 52,3%, tuvo un parto normal.

La información que recogemos en el hospital en cuanto a los recién nacidos muestra que hubo nueve casos de gemelos. Dado que estos casos no son necesariamente representativos, los datos se refieren únicamente al hijo que naciese antes.

Como se puede observar la proporción de varones recién nacidos fue ligeramente superior (50,2%) a la de mujeres (49,8%).

El peso al nacer osciló entre 1925 y 4600 gramos siendo la media 3.227,01 gramos y la desviación típica de 448.18 gramos. La mitad de los recién nacidos presentó un peso igual o superior a los 3.210,00 gramos. También se encontró que 40,7% de los bebés nacieron con un peso comprendido entre 3.000 y 3500 gramos, seguidos de un 28.2% que tuvieron un peso entre 2500 y 3000 gramos y el 21.7% con un peso comprendido entre 3500 y 4000 gramos.

La mayoría de los recién nacidos, es decir, 91,7%, mostró una puntuación en el índice de Apgar al minuto entre 8 y 9, en el quinto minuto el 73,7% tenían un Apgar de 10, seguido de 26,0% que continuaron con tasas de entre el 8 y 9.

En cuanto al tipo de alimentación del recién nacido, la mayoría de las madres (94,3%) dice que se basó exclusivamente en la lactancia materna.

Los datos recogidos a los 4 meses mostraron que el 52,3% de los niños eran del sexo femenino y que el peso al nacer se situó entre 2.440 y 4.600 gramos, siendo el peso promedio de 3.224 gramos con una desviación típica de 440,75 gramos. Como puede

verse, el 45,5% de los bebés nacieron con un peso comprendido entre 3.000 y 3500 gramos y la mitad tenían un peso igual o superior a 3.240 gramos.

En el primer minuto el 90,9% de estos bebés tenían un Apgar de 8 ó 9 y en el quinto minuto el 72,7% tuvo un APGAR igual a 10. Casi todos los bebés (93,2%) fueron amamantados exclusivamente con leche materna.

En los contactos con la unidad de cuidados en el hogar, el 75,4% de las madres tenía dudas o quejas y el 20,8% no presentaban ni una cosa ni la otra.

Cerca de tres cuartas partes de los contactos con esa unidad, es decir, el 76,0% de los casos, fueron enseñanzas, y como podemos ver, las enseñanzas más frecuentes fueron relativas al vaciado de mama (61,0%), el cuidado de los pezones (34,5%) técnicas de la lactancia materna (23,7%), el alivio del dolor (16,6%), la necesidad de la vigilancia del recién nacido (15,8%), la necesidad de despertar al bebé para mamar (13,6%) y horario de la alimentación (10,1%).

A los 4 meses, el 77,3% de las madres informaron que los contactos con la unidad de atención domiciliaria, se referían a dudas o quejas y un porcentaje igual informó de que estos contactos establecieron las enseñanzas. Los que se llevaron a cabo con mayor frecuencia fueron las técnicas de vaciado de mama (38,6%), el cuidado de los pezones (29,5%), técnicas de lactancia materna y el alivio del dolor, ambos con un porcentaje de 18,2%.

#### **Datos obtenidos de la aplicación de la escala de calificación de la lactancia materna en el hospital:**

En la dimensión placer y papel de la madre observamos valores comprendidos entre 20 y 70 puntos, siendo la media 60,57 y la desviación típica promedio de 7,8 puntos y la mitad de las madres tuvieron puntajes mayores o iguales a 62,00 puntos.

Para la dimensión satisfacción y crecimiento del niño, los valores oscilaron entre 11 y 40 puntos, con un promedio de 31,27 puntos, con una desviación típica de 4.82 puntos. Con resultados iguales o superiores a 32,00 puntos se situaron el 50,0% de las madres.

Las puntuaciones observadas en la dimensión estilo de vida e imagen corporal de la madre se situaron entre 13 y 40 puntos y 50,0% de las madres recibieron al menos 32,00 puntos. La media se sitúa en 31,82 puntos y la desviación típica en 4.67 puntos.

En general, los resultados fueron de entre 64 y 150 puntos y la mitad de las madres presentaron resultados iguales o superiores a 125,00 puntos. La media se situó en 123,66 puntos con una desviación típica de 13,61 puntos.

A través del valor medio ponderado del número de ítems, podemos concluir que las madres lactantes consideran en primer lugar la dimensión placer y la función materna, seguido por la de estilo de vida y la satisfacción de la imagen corporal y por la de satisfacción y crecimiento del niño. En general, podemos decir que las madres tienden a evaluar la lactancia exitosa.

Cómo podemos comprobar los datos acerca de las madres entrevistadas a los 4 meses de edad de los bebés, en la dimensión placer y función maternal obtuvieron una puntuación entre 15 y 70 puntos, siendo la media 56,32 puntos y la desviación típica de 12,91 puntos. La mitad de las madres obtuvo valores iguales o superiores a 58,50.

En la dimensión la satisfacción y crecimiento del niño observa las puntuaciones entre 21 y 40 puntos, un promedio de 32,36 puntos con una desviación típica de 5.17 puntos. La mitad de las madres obtuvo resultados iguales o superiores a 33,00 puntos.

Para la dimensión estilo de vida e imagen corporal de la madre, los valores oscilaron entre 13 y 54 puntos y la mitad de las madres recibieron al menos 26,00 puntos. El promedio fue de 26,70 puntos con una desviación típica de 8,02 puntos.

A escala global, encontramos resultados que van entre 51 y 152 puntos con un promedio de 115,39 puntos y los puntos de desviación típica 23,51. La mitad de las madres mostraron resultados superiores o iguales a 118,00 puntos.

El promedio ponderado de los elementos, nos permiten comprobar que las madres considera como los mejores ítems la satisfacción por la lactancia materna y crecimiento de los niños, seguido por el placer y la función materna. Los estilos de vida y la imagen corporal de la madre fueron los ítems que las madres evaluaron con puntuaciones más bajas. En general, se concluye que las madres a los 4 meses, hicieron una valoración razonable de la lactancia materna.

**Datos recogidos a través del inventario de la autoestima materna aplicados a las madres durante la hospitalización:**

Hemos encontrado que los valores de la capacidad de cuidar bebés osciló entre 19 y 50 puntos, siendo la media 35,67 puntos y la desviación típica de 5,65 puntos. La mitad de las madres obtuvo en esta dimensión por lo menos 35,00 puntos.

En términos de capacidad y la preparación general para la función materna, observamos puntuaciones comprendidas entre 21 y 49 puntos y el 50,0% de las madres obtuvo resultados superiores o iguales a 34,00 puntos. El promedio fue de 33,55 puntos con una desviación típica de 3.44 puntos.

La dimensión aceptación materna mostró valores comprendidos entre 22 y 50 puntos, la media 38,36 puntos y la desviación típica 4,11 puntos. La mitad de las madres tuvieron puntuaciones iguales o superiores a 38,00 puntos.

En cuanto a la relación esperada con el bebé se observan valores comprendidos entre 22 y 45 puntos y el 50,0% de las madres reciben por lo menos 40,00 puntos. La media se sitúa en 39,05 puntos con una desviación típica de 4.57 puntos.

En la dimensión sentimientos relacionados con el embarazo y el parto, los valores observados estaban comprendidos entre 13 y 50 puntos y la mitad de los elementos de la muestra de estudio obtuvo resultados iguales o superiores a 36,00 puntos. La puntuación media fue de 35,99 puntos con una desviación típica de 6.46 puntos.

En general, las madres tenían puntuaciones de entre 134 y 231 puntos, con 182.62 puntos con una desviación típica promedio de 17,00 puntos. La mitad de las madres tuvo resultados superiores o iguales a 183,00 puntos.

Comparando los valores de los promedios ponderados se encontró que las madres mostraron una mayor autoestima en la relación esperada con el bebé, es decir, en la capacidad y la preparación general para la función materna. Por otra parte, mostraron una baja autoestima en la capacidad de cuidar al bebé y los sentimientos relacionados con el embarazo, el parto y el alumbramiento. En general, las madres demostraron una autoestima razonable.

La aplicación del Inventario de afecto materno, a los 4 meses, mostró que las madres obtuvieron resultados que oscilan entre 76 y 104 puntos, y el promedio de puntuación de 91,20 puntos con una desviación típica de 10.01. La mitad de las madres tenían valores superiores o iguales a 95.00 puntos y, dado que la escala puede variar entre 26 y 104 puntos, se puede concluir que estas madres mostraron un elevado afecto maternal.

Los resultados para el estudio de las relaciones entre las variables en estudio se obtuvieron a partir de datos recogidos durante la hospitalización.

Los resultados del estudio de correlación entre la valoración de la lactancia materna y autoestima materna se hicieron con todas sus dimensiones globales y, mediante el cálculo del coeficiente de correlación de Spearman y su prueba de significación. Como podemos ver todas las correlaciones son positivas y la mayoría son estadísticamente significativas ( $p < 0.050$ ). Estos resultados permiten concluir que las madres con mayor autoestima tienden a mostrar una mayor satisfacción con la lactancia materna y la calidad de esa experiencia.

También hemos estudiado la relación de la valoración de la lactancia materna y autoestima materna en la edad de las madres. Para ello recurrimos al cálculo del coeficiente de correlación de Spearman y la aplicación de su prueba de significación. Se encontró que sólo hay correlaciones estadísticamente significativas entre la edad materna y la autoestima en su conjunto ( $p = 0,021$ ) y también las dimensiones de la

relación esperada con el bebé ( $p = 0,030$ ) y los sentimientos relacionados con el embarazo y el parto ( $p = 0,002$ ).

Dado que, en estos casos, los coeficientes tienen un valor positivo, podemos concluir que las madres mayores tienden a mostrar una mejor autoestima.

A través de la aplicación de la prueba U de Mann-Whitney se llevó a cabo una comparación de la relación de la lactancia materna y autoestima materna en función del estado civil de las madres. Para ello, hemos considerado a las madres agrupadas en dos categorías, las casadas y no casadas, incluyendo en este último grupo las mujeres solteras y divorciadas.

Los resultados muestran que sólo hay diferencias estadísticamente significativas en la autoestima global ( $p = 0,009$ ) y en las dimensiones relación esperada con el bebé ( $p = 0,004$ ) y los sentimientos relacionados con el embarazo y el parto ( $p = 0,015$ ). Comparando los valores de las medidas de tendencia central se encontró que las madres casadas muestran una mejor autoestima global y también en la relación esperada con el bebé y en los sentimientos relacionados con el embarazo, el parto y el alumbramiento.

También se procederá a la comparación de la valoración de la lactancia materna y autoestima materna en función de la zona de residencia de las madres. Este estudio se llevó a cabo mediante la aplicación de la prueba de Kruskal-Wallis y los resultados muestran que apenas se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los estilos de vida e imagen corporal de la madre ( $p = 0,005$ ), en la valoración de la lactancia materna y en la dimensión de sentimientos respecto al embarazo, el trabajo y el parto ( $p = 0,026$ ) de la autoestima materna. Analizando comparativamente los valores de la media y la mediana, podemos decir que las madres que viven en las ciudades (áreas urbanas) tienden a una peor valoración de la lactancia materna, en términos de estilo de vida y la imagen corporal materna, y que las madres que residen en las aldeas mostraron una menor autoestima cuando se trata de sentimientos relacionados con el embarazo, el parto y el alumbramiento.

El estudio diseñado para comparar la valoración de la lactancia materna y autoestima materna debido a la existencia o no de la historia obstétrica anterior se hizo mediante la

aplicación de la prueba U de Mann-Whitney. Los resultados revelaron que no hubo diferencia estadísticamente significativa ( $p > 0,050$ ) y por lo tanto la conclusión de que la historia obstétrica no influyó significativamente en la valoración de las madres en período de experiencia de lactancia o su autoestima.

Procediendo de manera similar para comparar la valoración de la lactancia materna y autoestima materna en términos de la historia personal, también se encuentra la ausencia de diferencias estadísticamente significativas ( $p > 0,050$ ) por lo que consideramos, igualmente, que este tipo de historia parecen no tener ninguna influencia sobre la valoración de la lactancia materna o sobre la autoestima materna.

Una comparación de la valoración de la lactancia materna y la autoestima materna en función de la vigilancia del embarazo, realizada por la prueba de Kruskal-Wallis, nos lleva a afirmar que ninguna de las diferencias observadas pueden ser consideradas estadísticamente significativas ( $p > 0,050$ ) y por lo tanto se obtiene como conclusión que el lugar donde las madres realicen el seguimiento del embarazo no influye significativamente en la apreciación que hacen de la experiencia de la lactancia materna o su autoestima.

Aplicando de nuevo la prueba de Mann-Whitney U procedimos a la comparación de la valoración de la lactancia materna y de la autoestima materna en función de la experiencia previa de lactancia materna. Se concluye que existen diferencias estadísticamente significativas en la valoración global de la lactancia materna ( $p < 0,001$ ) y el tamaño y el crecimiento de la satisfacción del niño ( $p < 0,001$ ) y en la autoestima global materna y todas las dimensiones. .

Comparando los valores de las medidas de tendencia central se encontró que las madres que han tenido experiencias anteriores de la lactancia materna tienden a evaluar mejor la experiencia actual y demostrar una mayor autoestima.

Una comparación de la valoración de la lactancia materna y autoestima materna en función de la situación gestacional de las madres (test Kruskal-Wallis) reveló la existencia de diferencias significativas en la valoración global de la lactancia materna ( $p$

= 0,001) y en la dimensión satisfacción del tamaño y el crecimiento niños ( $p < 0,001$ ) y también diferencias significativas en la autoestima global y sus dimensiones, salvo en lo que se refiere a los sentimientos relacionados con el embarazo, el parto y el alumbramiento.

El análisis comparativo de los valores de la media y la mediana revela que la valoración de la lactancia materna y la autoestima tiende a aumentar para las madres que tenían más embarazos.

Aplicando el criterio, U de Mann-Whitney se procedió a la comparación de la valoración de la lactancia materna y autoestima materna en función de la cantidad de partos de la madre. A excepción de la dimensión de placer y la función materna ( $p = 0,076$ ), en los demás casos las diferencias son estadísticamente significativas y al comparar los valores de las medidas de la muestra con la tendencia central de las madres multíparas, tienden a hacer una mejor valoración de la experiencia de la lactancia materna y se evidencia una mayor autoestima.

Una comparación de la valoración de la lactancia materna y autoestima materna en función del tipo de parto (test Kruskal-Wallis) concluyó con que no existe ninguna diferencia estadísticamente significativa ( $p > 0,050$ ) en la valoración de la lactancia materna, pero si en la autoestima, observando diferencias significativas en la autoestima global ( $p < 0,001$ ) y en las dimensiones de la capacidad de cuidar al bebé ( $p < 0,001$ ) y los sentimientos relacionados con el embarazo y el parto ( $p < 0,001$ ). Los valores de las medidas de tendencia central muestra que las madres que dieron a luz de manera natural tienden a mostrar una mayor autoestima, mientras que los que habían experimentado partos asistidos mostraron una baja autoestima.

Al comparar la valoración de la lactancia materna y autoestima materna en función del sexo del recién nacido mediante la aplicación de la prueba U de Mann-Whitney se revelan diferencias estadísticamente significativas sólo en lo global ( $p = 0,029$ ), y en la dimensión del placer y papel maternal ( $p = 0,017$ ) de la escala de la valoración de la lactancia materna. Los valores observados para la media y la mediana nos indican y nos

llevan a concluir que las madres de recién nacidos de sexo femenino tienden a hacer una mejor valoración de la experiencia de la lactancia materna.

Al calcular el coeficiente de correlación de Spearman y la ejecución de su prueba de significación, se estudió la relación de la valoración de la lactancia materna y la autoestima materna con el peso del recién nacido. Apenas en la dimensión de la satisfacción y el crecimiento por la alimentación de los niños en la escala de valoración, la correlación es estadísticamente significativa ( $p = 0,014$ ). Siendo positivo el valor del coeficiente, podemos concluir que las madres de los bebés con mayor peso al nacer tienden a hacer una mejor valoración del crecimiento de los niños y la satisfacción.

Basado en datos recogidos de las madres entrevistadas cuando sus bebés tenían 4 meses de edad, obtuvimos los resultados que presentamos a continuación y que iremos analizando.

La correlación entre la valoración de la lactancia de las madres a los 4 meses y la muestra de afecto maternal. Cómo podemos comprobar el papel de las correlaciones son positivas y estadísticamente significativas en las dimensiones de placer y papel maternal ( $p = 0,046$ ), y estilos de vida e imagen corporal de la madre ( $p = 0,004$ ). Se observó la misma situación en términos de valoración global ( $p = 0,022$ ). Estos resultados nos permiten concluir que las madres que mostraron mayor afecto materno tienden a valorar más positivamente la lactancia materna.

El estudio de correlación entre la valoración de la lactancia materna y el afecto con la edad materna, revela que en ninguno de los casos, la correlación puede ser considerada estadísticamente significativa ( $p > 0,050$ ). Estos resultados nos llevan a concluir que la edad de la madre no influye en su valoración de la lactancia materna o mostrar afecto hacia el bebé.

La comparación de la valoración de la lactancia materna y el afecto, tomando como base el estado civil de las madres, que se agrupan en dos categorías (casada o no) reveló que sólo en la dimensión estilo de vida e imagen corporal de la madre es donde se observó diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,044$ ). Esto nos permite afirmar

que el estado civil de la madre no influye en el cariño demostrado hacia el niño, pero tiene influencia en la valoración de la lactancia materna en términos de estilo de vida y la imagen corporal. Los valores de las medidas de tendencia central muestran que las madres casadas tienen una valoración más positiva de la lactancia materna.

La comparación de la valoración de la lactancia materna y el afecto sobre la base de la zona de residencia no reveló diferencias estadísticamente significativas ( $p > 0,050$ ). Esto nos llevó a concluir que el área donde la madre reside no afecta significativamente la valoración que hace la madre de la lactancia materna y su muestra de afecto a los 4 meses de edad del bebé.

Al comparar los resultados de la valoración de la lactancia materna y el afecto, sobre la base de la historia obstétrica, también encontramos que no hay diferencias estadísticamente significativas ( $p > 0,050$ ). Con base en estos resultados, nos lleva a concluir que la existencia o no de antecedentes obstétricos no influye en la valoración del amamantamiento o el afecto que ella muestra a su hijo.

Llegamos a la misma conclusión al comparar la valoración de la lactancia materna y el afecto materno sobre la base de la historia personal. También en este caso no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p > 0,050$ ).

El lugar donde las madres hicieron de vigilancia durante el embarazo no influyó significativamente en la valoración de la atención de enfermería que hacen y ni en la muestra de afecto materno a los 4 meses de edad de los niños. Ninguna de las diferencias es estadísticamente significativa ( $p > 0,050$ ).

La comparación de la valoración de la lactancia materna y el afecto, a los 4 meses de edad del bebé, dependiendo de la experiencia previa de lactancia materna, revela que apenas la dimensión placer y función materna muestran diferencia observada y son estadísticamente significativa ( $p = 0,045$ ). El análisis de los valores de las medidas de tendencia central muestran que las madres que habían tenido experiencias previas de lactancia materna valorar más positivamente el placer y la función materna.

La situación de las madres durante el embarazo no influye significativamente en su valoración de la lactancia materna o el afecto. Ninguna de las diferencias es estadísticamente significativa ( $p > 0,050$ ).

La misma conclusión sacamos al comparar la valoración de la lactancia materna y el afecto, sobre la base de la paridad. No se observaron diferencias estadísticamente significativas ( $p > 0,050$ ).

Los resultados obtenidos mediante la comparación de la valoración de la lactancia materna y el tipo de nacimiento muestran ninguna de las diferencias observadas pueden considerarse estadísticamente significativa ( $p > 0,050$ ). Esto lleva a concluir que el tipo de parto no influyó significativamente en la valoración realizada por las madres de la lactancia materna o en el cariño mostrado a los bebés a los 4 meses de edad.

El sexo del bebé no parece influir en la valoración que las madres hacen del período de lactancia materna o el amor que demuestran. Los resultados muestran que ninguna de las diferencias observadas pueden ser consideradas estadísticamente significativas ( $p > 0,050$ ).

También hemos de estudiar la correlación del peso que el bebé presenta en el nacimiento con la valoración de la lactancia materna y el afecto maternal que las madres muestran a los 4 meses de edad de los niños. Las correlaciones son débiles y no es estadísticamente significativa ( $p > 0,050$ ).

El hecho de que las madres habían recibido las enseñanzas de la unidad de apoyo en el hogar no influyó significativamente en la valoración de los cuidados de enfermería que hacen y en las muestras de afecto materno a los 4 meses de edad de los niños. Ninguna de las diferencias es estadísticamente significativa ( $p > 0,050$ ).

Con el fin de saber si existen cambios en la valoración de las madres que amamantan al estar en el hospital y a los 4 meses de edad de los bebés se procedió a comparar los datos obtenidos en dos pasos. Sólo en el estilo de vida y dimensión de la imagen corporal de la madre se observa diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,006$ ).

Los valores observados para las medidas de tendencia central muestra que las madres en el hospital, hacen una valoración más positiva de la lactancia materna, en términos de estilo de vida y de la imagen corporal que a los 4 meses de edad del bebé.

Por último, se procedió a estudiar la correlación de los datos relacionados con el afecto maternal mostrado por las madres a los 4 meses de edad los bebés con la valoración de la lactancia materna que hicieron y con la autoestima que presentaron en el hospital. Los resultados mostraron correlaciones débiles y no significativas ( $p > 0,050$ ). Estos resultados nos llevan a concluir que el cariño que las madres muestran a los 4 meses de edad del bebé no está significativamente influenciado por la valoración de la lactancia materna o la autoestima que evidencian en el internamiento.

En la observación de las díadas durante la hospitalización, había los siguientes criterios de inclusión de madres con antecedentes de trastorno del estado de ánimo y trastornos de ansiedad según el DSM-IV TR (2006), pero no con fines de diagnóstico, sino como investigación e intervención, creamos una red orientadora de observación de la madre-bebé (Ramalho, 2010), teniendo como elementos de la observación:

- Sentimientos acerca de las necesidades y demandas del bebé, ansiedad, inseguridad, falta de experiencia, la preocupación, la incompetencia, la incapacidad, la tranquilidad, la seguridad, con experiencia, el descuido y la falta de paciencia.

- Los sentimientos sobre la lactancia materna a sus bebés: el miedo, la inseguridad, la vergüenza, la falta de confianza, la devaluación del calostro o leche, la seguridad, la confianza y la subida del calostro o leche.

- Experiencias durante la hospitalización: cambios emocionales (ansiedad, irritabilidad, tristeza, fatiga, trastornos del sueño, sentimientos de soledad, pérdida de memoria, labilidad emocional, dolor de cabeza, pérdida de memoria, apatía y anorexia) y quejas somáticas.

- Comportamiento de posparto diferentes: la hostilidad (familiares, cuidadores y el personal del hospital); fobia al acompañante (madre, hermana, amiga o de otro tipo), la necesidad urgente de permanecer en el hospital (permanecer internado) o que requieren darse de alta), los mecanismos maníacos ( euforia, locuaz, muy preocupado por la apariencia, ropa y decoración, recibe con satisfacción a las visitas o las celebraciones o declara sentirse bien), la ansiedad depresiva y paranoide (llanto, el aburrimiento, la

impaciencia, la envidia, el despotismo, la falta de afecto o descuidada apariencia e higiene) y el miedo y temor (el robo de RN, incapacidad de su cuidado, perder el RN).

- El comportamiento del recién nacido (hipotónico, hiperactivo, irritado, llorón e inconsolable), (mama con vigor, somnoliento, tranquilo).
- Relación con el bebé durante la lactancia (con o sin dificultad), en contacto cuerpo con cuerpo (con o sin manipulación excesiva) y la comunicación (exceso o déficit).
- La armonía de la relación durante el periodo posparto (caricias, coger en brazos al bebe, besarlo, la vocalización o movimientos de la cabeza y la cara), la cara del recién nacido y la expresión de posparto (relajado, feliz o triste y tenso) y la mirada (feliz o triste, tensa o con miedo).
- Respuesta a la atención del recién nacido (responder, ignorar o exagerar).

De las 44 madres observadas con alteraciones del estado de ánimo, el 56,8% mostró sentimientos de inseguridad y ansiedad, 47,7% falta de experiencia respecto a las necesidades y demandas del bebé. En relación a la lactancia materna, 93,1% mostró incertidumbre y la falta de confianza, a pesar de que el 63.6% apreciaran el calostro.

En la experiencia post-parto durante la internación, 93,1% de las mujeres reportaron quejas somáticas, 54,5% y 27,2% trastorno de ansiedad del sueño.

De la muestra del estudio, el 20,4% de las mujeres presentaron comportamientos de hostilidad hacia el personal del hospital, de los cuales el 6,8% de las mujeres tenía fobia al acompañante donde destacó la madre. A pesar de estos comportamientos el 45,4% demostraron una necesidad imperiosa de permanecer hospitalizadas.

Algunas madres tenían mecanismos maníacos, un 22,7% se mostraban muy preocupadas por la apariencia, la ropa y el arreglo, el 18,1% recibió con gusto a las visitas o las festividades. Mientras otras madres mostraron las ansiedades depresivas y paranoides, llanto fácil el 40,9%, el 29,5% impaciencia, el 31,8% descuido de la apariencia y la higiene y en el 34% parece haber una falta de afecto. El 54,5% de las madres mencionó temor a no poder cuidar bien del bebé.

En cuanto al comportamiento de los niños en relación con la madre, el 40,9% tenían un buen tono muscular y mamaban con vigor, el 38.6%.Ouvir

En la relación con el bebé, se observó que 65,9% de las mujeres establecieron contacto cuerpo a cuerpo con el bebe, pero a pesar de esto 59,0% tenía una mala comunicación, ya que los momentos de contacto, tan solo un 56,8% cogía al bebé en brazos y el 47 7% hacía movimientos con la cabeza y la cara. Del total, el 52.2% tenían una expresión de la cara tensa y el 36, 3% mostraba tristeza.

En relación con el cuidado de los recién nacidos, el 65% responde a las llamadas de atención del recién nacido, el 25% exagerar la respuesta y el 13% ignoró las peticiones.

En las entrevistas, los participantes expresaron las inquietudes, temores y sentimientos. Los temas que surgieron fueron: los sentimientos experimentados por las madres (sensaciones agradables y sentimientos desagradables), las dificultades experimentadas por las madres (quejas somáticas y las dificultades del recién nacido); contenidos fantasmales expresados por las madres (temores maternos, ansiedad y celos), las necesidades del puerperio (necesitan apoyo, necesitan saber, la necesidad de identificación y la necesidad de comodidad y adaptación) y la relación con el niño (el apego y la evitación)

Atendiendo a la valoración de todo el proceso de las investigaciones realizadas, los resultados nos muestran que en el hospital, las madres:

- Mostraron una mayor auto-estima en la relación esperada con el bebé, seguido del la mayor capacidad y preparación general para la función materna. Por otra parte, mostraron una baja autoestima en la capacidad de cuidar al bebé y los sentimientos relacionados con el embarazo, el parto y el alumbramiento. En general, las madres demostraron una razonable autoestima.
- Expresar la lactancia materna más exitosa en términos de placer y de la función materna, seguido por el estilo de vida y la satisfacción de la imagen corporal y el crecimiento materno-infantil.
- Con una mejor autoestima tienden a mostrar una mayor satisfacción con la lactancia materna y la calidad de esa experiencia.

- Las madres casadas mostraron una mejor autoestima global y también en la relación esperada con el bebé y los sentimientos relacionados con el embarazo, el parto y el alumbramiento.
- Los residentes en las ciudades (áreas urbanas) tienden a una peor valoración de la lactancia materna, en términos de estilo de vida y la imagen corporal de la madre, y que las madres que residen en aldeas mostraron autoestima más baja cuando se trata de sentimientos relacionados con el embarazo, el trabajo y el parto.
- Las madres multíparas que han tenido experiencias anteriores de lactancia materna tienden a evaluar mejor la experiencia actual y demostrar una mayor auto-estima.
- Quién dio a luz de forma eutocia tienden a mostrar una mayor autoestima, mientras que los que habían experimentado instrumentado en el parto mostraron una baja autoestima.
- En la experiencia de lactancia materna, se suele hacer una mejor valoración de las niñas que de los niños. En cuanto a las madres de los bebés con mayor peso al nacer tienden a hacer una mejor valoración del crecimiento de los niños y la satisfacción.
- Los antecedentes personales y obstétricos de las madres y la vigilancia local del embarazo no influyó significativamente en la valoración de las madres en la experiencia del período de lactancia o su autoestima.

#### **A los 4 meses después del parto:**

- Las madres que amamantan han clasificado mejor el nivel de satisfacción y el crecimiento del niño, seguido por el placer y la función materna. Los estilos de vida y los factores de la imagen del cuerpo fueron los puntos que las madres evaluaron con puntuaciones más bajas. En general, se hizo una valoración razonable de la lactancia materna y mostró afecto maternal.
- Las madres que mostraron mayor afecto materno tienden a valorar más positivamente la lactancia materna.
- La edad materna no influye en su valoración de la lactancia materna o en mostrar afecto hacia el bebé.
- Madres casadas tienen una valoración más positiva de la lactancia materna.
- El área donde reside la madre, la historia obstétrica o en el sitio de vigilancia del embarazo, el tipo de nacimiento, el sexo o el peso del bebé y si la madre recibió las

enseñanzas de la Unidad de Apoyo postparto no influyeron significativamente en la valoración de la madre en período de lactancia materna y el afecto que ella muestra a su hijo.

- Las madres que han tenido experiencia previa de lactancia materna valoran más positivamente el placer y la función materna.

Podemos concluir, al comparar los datos obtenidos en dos momentos que las madres en el hospital, hacen una valoración más positiva de la lactancia materna, en términos de estilo de vida y de la imagen corporal que a los 4 meses de edad del bebé.

El afecto que las madres muestran a los 4 meses de edad del bebé no es significativamente influenciado por la valoración de la lactancia materna o la autoestima que se evidencian durante el internamiento.

Somos conscientes de algunas limitaciones de nuestro estudio. Las conclusiones son válidas sólo para las muestras en estudio, por lo que no se hacen generalizaciones. Asimismo, debido al diseño de la investigación y su naturaleza, no se hacen interpretaciones causales.

Desde el punto de vista de las contribuciones derivadas de los hallazgos de este estudio, se destacan algunas áreas de intervención:

♣ Asesoramiento y acompañamiento desde el embarazo hasta el pos-parto que incluyan sesiones en pareja, con familiares, o con la persona más significativa.

♣ Establecimiento de centros de asesoramiento en amamantamiento y pos-parto. Un área de apoyo post-parto para que las madres pueden exponer a los temores, ansiedades, fantasías y las dificultades del amamantamiento; que les proporcione la adquisición de habilidades y la autonomía, haciéndolos menos vulnerables y más capaces de hacer frente a las dificultades del amamantamiento y la maternidad.

♣ Los programas de asesoramiento posparto deberían incluir:

- Asesoramiento y asistencia en el amamantamiento
- Cursos de recién nacido

-Curso de masaje infantil

-Cursos de seguridad para niños

Para la consejería post-parto debe tener en cuenta: No debe existir la libertad de ser intrusivo, quien aconseja debe conocer muy bien los fantasmas del embarazo, puerperio y etapas del comportamiento del niño, es necesario preparar los pasos anticipadamente y establecer bien las barreras para la selección de las personas que participar en las sesiones y excluir a las personas con trastornos psiquiátricos.

El masaje infantil es un momento de expresión y comunicación entre padres e hijos. Este curso consta de cuatro sesiones, clases teórico-prácticas y tiene como objetivos: crear un espacio para compartir con otras madres, bebés y parejas y proporcionar habilidades y la autonomía en el cuidado del bebé. Con los beneficios fisiológicos y psicosociales para todos pero sobre todo los beneficios generales (estimulación, relajación, alivio e interacción) para el bebé: promueve la armonía y el equilibrio, mejora la circulación sanguínea, estimula el sistema nervioso y alivia los calambres y la tensión.

♣ Los grupos prioritarios de intervención son: madres primerizas, solteras, las madres más jóvenes, las residentes en zonas urbanas, las madres que no tenían experiencia previa con el amamantamiento, las madres que tuvieron partos distócicos, las madres de recién nacidos del sexo masculino, madres de bebés con bajo peso al nacer.

También las madres con cambios de humor y cambios emocionales que demuestran sentimientos de inseguridad, ansiedad, inexperiencia, incapacidad con relación al amamantamiento y las necesidades y demandas del bebé, que refieran quejas somáticas y trastornos del sueño, o que presenten hostilidad al personal hospitalario, que tienen un compañero fóbico o comportamiento maníaco, falta de comunicación con el bebé, baja autoestima o afecto maternal.

♣ Formación de profesionales de la salud en asesoramiento en lactancia materna y el reconocimiento institucional como una actividad de salud pública.

♣ Implementación de visitas de enfermería a domicilio, soporte técnico, en la diada relacional en el período posparto.

♣ La formación de grupos de apoyo con conocimientos necesarios.

Después de completar este trabajo, consideramos fundamental desarrollar estudios sobre las experiencias y sentimientos vividos por las madres en el amamantamiento. Creemos que es importante incluir en futuras investigaciones:

- Un estudio más largo, es decir, el seguimiento desde el embarazo hasta el 1 ° año del bebé.
- Hacer un estudio longitudinal con todas las madres que entran en el estudio.
- Estudio comparativo entre madres sin alteraciones y madres con cambios en el estado de ánimo y cambios emocionales en pos-parto.

Creemos que la investigación y la formación deben ir de la mano, porque constituyen puntos clave para la adquisición de conocimientos, cambios actitudinales y habilidades imprescindibles en la diada madre-bebé.

Durante este proceso de investigación procuramos divulgar parte de nuestro trabajo y nuestros resultados. Hemos intentado así, por un lado, compartir el conocimiento que hemos adquirido y, por el otro lado, gracias a la información obtenida, adquirir nuevos conocimientos, nuevas formas de pensar sobre el mismo problema, nuevas soluciones y adquirir la confianza necesaria para viajar por el camino.

Con estas consideraciones finales y los temas que dejamos abiertos, estamos convencidos que todavía hay mucho por hacer en este ámbito y que abrirá caminos para nuevos descubrimientos.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>48</b>
-------------------------	-----------

### **PARTE I –MARCO TEÓRICO**

<b>1. AMAMENTAÇÃO .....</b>	<b>52</b>
1.1. VIVÊNCIAS PÓS-PARTO.....	53
1.2. CONSTRUÇÃO DA RELAÇÃO MÃE-BEBÉ.....	58
1.3. ANSIEDADES MATERNAS: FANTASIAS, MITOS E TABÚS.....	67
<b>2. APOIO E ACONSELHAMENTO EM ALEITAMENTO MATERNO.....</b>	<b>74</b>
2.1. ACONSELHAMENTO PÓS-PARTO.....	80
2.2. LINHAS TELEFÓNICAS DE APOIO.....	85
2.3. VISITAS DOMICILIÁRIAS .....	88

### **PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**

<b>1. RAZÕES PARA O ESTUDO .....</b>	<b>92</b>
<b>2. OBJECTIVOS DO ESTUDO .....</b>	<b>94</b>
<b>3. METODOLOGIA .....</b>	<b>96</b>
3.1. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE .....	97
3.2. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS .....	99
<b>3.2.1.- Inventário de Auto-Estima Materna / The Maternal Self-Report</b>	
<b>Inventory .....</b>	<b>99</b>
<b>3.2.2.- Escala de Avaliação Materna da Amamentação / Maternal</b>	
<b>Breastfeeding Evaluation Scale (MBFES) .....</b>	<b>104</b>

3.2.3.- Questionário da linha da unidade de aconselhamento e	
<b>Apoio domiciliário</b> .....	<b>107</b>
3.2.4.- Inventário do Afecto. Materno/ Maternal Attachment	
<b>Inventory</b> .....	<b>110</b>
<b>3.2.4 – Entrevista</b> .....	<b>120</b>
<b>3.2.6. – Grelha de Observação mãe-bebé</b> .....	<b>120</b>
3.3. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS .....	122
3.4. RECURSOS MATERIAIS .....	123
3.5. TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO.....	124
<b>4. ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS/RESULTADOS</b> .....	<b>128</b>
4.1- DADOS RELATIVOS AO INTERNAMENTO .....	128
4.2 – OBSERVAÇÕES .....	151
4.3 – ENTREVISTAS .....	153
4.4 - DADOS RELATIVOS AOS 4 MESES .....	170
<b>5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>192</b>
5.1- NO INTERNAMENTO .....	192
5.2- OBSERVAÇÕES .....	195
5.3- AOS 4 MESES .....	202
<b>6. CONCLUSÃO</b> .....	<b>206</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>213</b>
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO I – Cópia do pedido para utilização das escalas à Doutora Dulce Garcia Galvão	
ANEXO II – Cópia da autorização para aplicação das escalas dada pela Doutora Dulce Garcia Galvão	

ANEXO III – Instrumentos de colheita de dados

ANEXO IV – Grelha de Observação Mãe - bebé

ANEXO V – Cópia do pedido de autorização para aplicação das escalas ao Conselho de Administração do Hospital Santo André EPE de Leiria

ANEXO VI – Cópia do esclarecimento da Comissão de Ética do Hospital Santo André EPE de Leiria

ANEXO VII – Cópia da resposta ao pedido de esclarecimento da Comissão de Ética do Hospital Santo André EPE de Leiria

ANEXO VIII- Autorização para aplicação das escalas no Hospital Santo André EPE de Leiria

## ÍNDICE DOS QUADROS

Quadro 1	Consistência interna das dimensões e do global da MBFES (no internamento) .....	113
Quadro 2	Consistência interna das dimensões e do global do MSI.....	116
Quadro 3	Consistência interna das dimensões e do global do MSI (continuação).....	117
Quadro 4	Consistência interna das dimensões e do global da MBFES (aos 4 meses).....	118
Quadro 5	Consistência interna das dimensões e do global do MAI (aos 4 meses)	119
Quadro 6	Normalidade da distribuição dos resultados da Avaliação Materna da Amamentação e da Auto-estima Materna .....	125
Quadro 7	Distribuição da amostra segundo os dados sócio-demográficos.....	129
Quadro 8	Distribuição da amostra segundo os dados relativos aos antecedentes .	131
Quadro 9	Distribuição da amostra segundo os dados referentes ao apoio .....	132
Quadro 10	Distribuição da amostra segundo os dados obstétricos .....	132
Quadro 11	Dados referentes aos recém-nascidos.....	134
Quadro 12	Dados referentes ao contacto com a unidade de apoio domiciliário ....	135
Quadro 13	Medidas descritivas observadas para as dimensões e global da Escala de Avaliação Materna da Amamentação (no internamento)....	136
Quadro 14	Medidas descritivas observadas para as dimensões e global do Inventário da Auto-estima Materna .....	137
Quadro 15	Correlação da Avaliação Materna da Amamentação com a Auto-estima Materna .....	138
Quadro 16	Correlação da Avaliação Materna da Amamentação e da Auto-estima Materna com a idade da mãe .....	139

Quadro 17	Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e da Auto-estima Materna em função do estado civil da mãe .....	140
Quadro 18	Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e da Auto-estima Materna em função da área de residência da mãe .....	141
Quadro 19	Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e da Auto-estima Materna em função dos antecedentes obstétricos da mãe.....	142
Quadro 20	Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e da Auto-estima Materna em função dos antecedentes pessoais da mãe .....	143
Quadro 21	Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e da Auto-estima Materna em função do local onde a mãe fez a vigilância da gravidez .....	144
Quadro 22	Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e da Auto-estima Materna em função da mãe ter experiência anterior de amamentação .....	145
Quadro 23	Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e da Auto-estima Materna em função da situação da mãe em termos gestacionais .....	146
Quadro 24	Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e da Auto-estima Materna em função da situação da mãe em termos de paridade .....	147
Quadro 25	Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e da Auto-estima Materna em função do tipo de parto que a mãe teve.....	149
Quadro 26	Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e da Auto-estima Materna em função do sexo do recém-nascido .....	150
Quadro 27	Correlação da Avaliação Materna da Amamentação e da Auto-estima Materna com o peso do recém-nascido .....	151
Quadro 28	Distribuição da amostra segundo os dados sócio-demográficos .....	171
Quadro 29	Distribuição da amostra segundo os dados relativos aos antecedentes	172
Quadro 30	Distribuição da amostra segundo os dados referentes ao apoio .....	173
Quadro 31	Distribuição da amostra segundo os dados obstétricos .....	174
Quadro 32	Dados referentes aos recém-nascidos.....	175
Quadro 33	Dados referentes ao contacto com a unidade de apoio domiciliário ...	176
Quadro 34	Medidas descritivas observadas para as dimensões e global da	

	Escala de Avaliação Materna da Amamentação (aos 4 meses).....	177
Quadro 35	Medidas descritivas observadas para o Inventário de Afecto Materno (aos 4 meses) .....	177
Quadro 36	Correlação da Avaliação Materna da Amamentação com o Afecto Materno (aos 4 meses) .....	178
Quadro 37	Correlação da Avaliação Materna da Amamentação e do Afecto Materno com a idade da mãe (aos 4 meses).....	179
Quadro 38	Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e do Afecto Materno em função do estado civil da mãe (aos 4 meses) .....	179
Quadro 39	Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e do Afecto Materno em função da área de residência da mãe (aos 4 meses).....	180
Quadro 40	Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e do Afecto Materno em função dos antecedentes obstétricos da mãe (aos 4 meses).....	181
Quadro 41	Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e Afecto Materno em função dos antecedentes pessoais da mãe (aos 4 meses) ..	181
Quadro 42	Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e do Afecto Materno em função do local onde a mãe fez a vigilância da gravidez (aos 4 meses).....	182
Quadro 43	Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e do Afecto Materno em função da mãe ter experiência anterior de amamentação (aos 4 meses).....	183
Quadro 44	Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e do Afecto Materno em função da situação da mãe em termos gestacionais (aos 4 meses).....	184
Quadro 45	Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e do Afecto Materno em função da situação da mãe em termos de paridade (aos 4 meses) .....	184
Quadro 46	Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e do Afecto Materno em função do tipo de parto que a mãe teve (aos 4 meses) ...	185
Quadro 47	Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e do Afecto Materno em função do sexo do recém-nascido (aos 4 meses) .....	186
Quadro 48	Correlação da Avaliação Materna da Amamentação e do Afecto Materno com o peso do recém-nascido (aos 4 meses) .....	186

Quadro 49	Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e do Afecto Materno em função dos ensinamentos na unidade de apoio domiciliário (aos 4 meses) .....	187
Quadro 50	Comparação da Avaliação Materna da Amamentação no Internamento, e aos 4 meses .....	188
Quadro 51	Correlação do Afecto Materno aos 4 meses com a Avaliação Materna da Amamentação e a Auto-estima Materna no internamento.....	189
Quadro 52	Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e da Auto-estima Materna em função de ter recebido ensinamentos da unidade de apoio domiciliário (UAD) .....	190

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1- Matriz /síntese relativa aos sentimentos vivenciados pelas mães .....	151
Tabela 2 - Matriz /síntese relativa aos sentimentos desagradáveis vivenciados pelas mães .....	154
Tabela 3 - Matriz /síntese relativa às dificuldades experienciadas pelas mães .....	156
Tabela 4 - Matriz /síntese relativa aos conteúdos fantasmáticos expressos pelas Mães .....	160
Tabela 5 - Matriz /síntese relativa às necessidades da puérpera .....	163
Tabela 6 - Matriz /síntese relativa à relação estabelecida com a criança .....	166

## **INTRODUÇÃO**

A amamentação durante os primeiros 6 meses de vida é muito importante e assegura um crescimento, desenvolvimento e saúde ótimos. Depois dos 6 meses e em conjunto com a alimentação complementar, continua a contribuir para a nutrição, desenvolvimento do lactente e da criança, de acordo com a OMS e a UNICEF (2002).

Uma vez que o aleitamento materno não se encontra totalmente promovido e apoiado, as baixas taxas e a cessação prematura do mesmo tem implicações desfavoráveis importantes para a saúde e para a estrutura social da mulher, da criança, da comunidade e do meio ambiente.

Por todas estas razões o aleitamento só pode ser protegido, promovido e apoiado. Para isso é fundamental uma informação, educação e comunicação adequada para o restabelecimento de uma cultura de aleitamento, de forma a que a futura mãe possa tomar decisões fundamentadas.

O aconselhamento individual no pós-parto deve ser fornecido por profissionais de saúde bem treinados para poderem identificar e activamente solucionar as dificuldades e necessidades particulares de cada um.

Com este trabalho pretendemos: Descrever as vivências e os sentimentos experienciados pela mãe na relação com o bebé na amamentação; Compreender os conteúdos fantasmáticos, ansiedades, medos e fantasias que emergem na mãe na relação com o bebé na amamentação.

Desenvolveu-se um estudo descritivo e longitudinal usando a metodologia quantitativa utilizando a entrevista aberta, observação participante e questionários de modo a dar resposta à questão “Quais as vivências e sentimentos experienciados pela mãe na relação que estabelece com o bebé na amamentação?” realizado num primeiro momento, no período de Março a Agosto de 2009, junto de uma amostra de 793 díades mãe-bebé do Serviço de Obstetrícia do Hospital Santo André, EPE de Leiria,

seleccionadas por conveniência durante o internamento na maternidade, onde se detectaram 44 puérperas com antecedentes de perturbação do humor e perturbação de ansiedade as quais foram alvo de nova intervenção aos 4 meses pós-parto.

O texto tem uma estrutura matricial de duas partes: marco teórico e metodologia.

Na primeira parte, apresentamos o marco teórico, resultado da pesquisa que efectuamos e que nos permitiu fundamentar, clarificar e compreender, considerar alguns aspectos relacionados com a problemática da amamentação, delimitar o campo de pesquisa, gerar as questões de investigação e alargar o campo dos nossos conhecimentos.

Na segunda parte, apresentamos o estudo empírico subdividido em razões para o estudo, objecto e objectivos do estudo, metodologia, análise e apresentação dos resultados e notas conclusivas.

## **PARTE I – MARCO TEÓRICO**



## 1. AMAMENTAÇÃO

Durante o período de amamentação organizam-se as primeiras percepções, fonte diversas sensações cutâneas e tácteis (Lourenço, 2005). Estabelece-se uma relação mútua, de acordo Matos (2002), em que a mãe e o bebé dão e tiram prazer, criando a origem da necessidade e do desejo de domínio, controlo e manipulação da pessoa do seu afecto e também de independência, auto-suficiência e segurança em si próprio. E ainda o sentido de familiaridade, tão importante na organização da noção de continuidade da relação.

Neste sentido, Lourenço (2005) salienta que, o amor é sexual, porque traduz preocupação, interesse, responsabilidade, cuidado e atenção com as necessidades físicas e psíquicas do outro.

Para fortalecer os laços dessa relação privilegiada e fundamental e a tornar mais competente, corroborando com Matos (2002), *” actualmente é indicada a mamada a pedido do bebé, que rapidamente estabelece o seu próprio ritmo de alimentação; assim como a permanência do recém-nascido no quarto da mãe”* (p.98).

Também para Sá (2006) a amamentação é um momento privilegiado de comunhão, em que a mãe e o filho podem ler-se, um ao outro, olhos nos olhos e sentir-se mais fundo um no outro. E é desse “bailado” que se criam e adensam os vínculos que perduram para sempre.

O contacto pele a pele restabelece os sentimentos de intimidade da mãe ao bebé, como se estivessem novamente fundidos, tal como acontecia durante a gravidez quando a mãe continha ambos. A pele transforma-se num mediador para o contacto físico, para o conforto e amparo, e também para a transmissão do cheiro, do tacto, do gosto e do calor, sensações que se podem constituir numa fonte de prazer e de intimidade para mãe e filho (Lourenço, 2005).

A perspectiva psicanalítica, valorizou o olhar para as características peculiares da mãe, elegendo a sua história pessoal e familiar, bem como os aspectos subjectivos relativos à sua relação com a sexualidade, para a compreensão do fenómeno maternidade e consequentemente da amamentação (Pamplona, 2005).

Toda a gestação comporta um determinado grau de regressão a padrões de sentimentos e comportamentos infantis. Dependendo do grau de regressão vivido, das suas motivações conscientes e inconscientes, de uma identificação positiva ou não com a figura materna, ou mesmo de factores objectivos, tais como o marido ficar desempregado durante a gravidez, a gestação será vivida com maior ou menor conflito, influenciando positiva e negativamente nas vivências do pós-parto (idem).

### 1.1. VIVÊNCIAS PÓS-PARTO

A maternidade é um processo dinâmico, de construção e de desenvolvimento mas também parece ser um tempo vivencial profundo, como um rito de passagem na transformação e a realização da identidade do feminino (Canavarro, 2001 e Mendes, 2009).

Atendendo que se mantém a dádiva de amor, o interesse, a partilha e a responsabilidade, para Lourenço (2005), Sá (2006) e Mendes (2009), a maternidade assume um papel de primordial importância nos primeiros anos de vida criança devido à extrema necessidade de cuidados iniciais para o crescimento e desenvolvimento harmonioso.

As tarefas maternas, de acordo com Mendes (2009), são elaboradas e transformadas na gravidez e no pós-parto, criando a matriz da qualidade dos cuidados maternos. A autora refere que foi publicamente ilustrado com os estudos realizados por Rubin (1975, 1984), descritos como quatro principais tarefas materiais independentes: assegurar uma passagem segura para ela própria e para a criança durante a gravidez e o parto; assegurar a aceitação social de ambos, por um número significativo de membros da família; iniciar uma ligação com o filho; Aprender a dar-se, de si em benefício de outrem.

Também a mesma fonte salienta que Colman e Colman (1994) reforçaram que na gravidez se desenvolvem seis tarefas maternas: aceitar a gravidez; aceitar a realidade do feto; reavaliar a relação com os pais; reavaliar o relacionamento conjugal; aceitar o bebé como uma pessoa separada e integrar a identidade parental.

Sendo assim o nascimento de um filho, principalmente o primeiro, provoca um enorme impacto, a nível intrapessoal e interpessoal, nos pais, em toda a família alargada e com as outras crianças, se as houver. Começa uma nova e importante fase do ciclo vital da família, em função de um conjunto de responsabilidades e tarefas bem definidas, Relvas (1996), Figueiredo et al. (2006) e Mendes (2009).

O nascimento do bebé, determina a revisão de papéis da infância e de modelos de interacção vividos com e entre os pais e proporciona a oportunidade de conhecerem novos aspectos da sua personalidade e a reorganização da vida conjugal e preparação para a tarefa partilhada de cuidar do bebé (Figueiredo, 2004; Ribeiro, 2005; Figueiredo, Costa, Marques; Pacheco e Pais, 2005).

Os pais necessitam de fazer muitos ajustamentos (tempo social e pessoal, trabalho e no relacionamento com a companheira) para assim encontrarem espaço psicológico e físico para o bebé nas suas vidas. Ambos aprendem o comportamento materno e paterno e se identificam como mãe e pai (Canavarro e Pedrosa, 2005; Matta e Knudson- Martin, 2006 e Mendes, 2009).

Bexiga (2002), Premberg e Lundgren (2006), Galvão (2006) e Mendes (2009) destacam o envolvimento e o apoio emocional do pai influenciam grandemente o desenvolvimento desde a gravidez ao pós-parto, fortalecendo a sua identidade como elemento participante e activo, a comunicação entre o casal e reforçando auto-estima de ambos.

A qualidade de relações significativas e a rede de suporte social são extraordinariamente importantes na adaptação do indivíduo em períodos de elevado stress e exigências desenvolvimentais como acontece na transição para a parentalidade (Figueiredo, Pacheco, Costa e Margarinho, 2006 e Mendes, 2009).

Extraordinariamente importante para a saúde mental da grávida/puérpera é a qualidade da sua relação com o companheiro e com os elementos femininos do seu ambiente,

nomeadamente a sua mãe (Matthey, Barnett, Ungerer e Brent, 2000; Pajulo, Savonlathi, Sourander, Heleniu e Piha, 2001 e Mendes, 2009). O bebé unifica as gerações, convergindo objectivos e cria condições para estreitar as relações familiares.

Canavarro e Pedrosa (2005, p. 241) advertem, o apoio dos avós, por vezes, pode ter aspectos negativos: *”se prestados em excesso, pela dependência que cria, se fornecido com sensibilidade e de forma intrusiva, pela confusão de limites entre gerações que pode originar, resultando num mal-estar e conflito”*.

Este período de transição é, agora, o momento certo para resolver ou, no seu reverso, para agravar e conflitos desenvolvimentais passados. Pois reaviva as memórias dos recém-pais enquanto filhos - memórias relacionadas com o comportamento parental de seus pais e/ou de outras figuras que incorporam esse papel parental, nas suas facetas mais gratificantes, mas também mais dolorosas. Nas situações em que os seus recém-pais não tiveram oportunidade de reavaliar e de integrar a relação com a mãe e/ou pai, dominada por sentimentos de rejeição ou de aceitação idealizada (Canavarro e Pedrosa, 2005 e Mendes, 2009).

Curran, Hazen, Jacobvitz e Feldman (2005), durante o período de transição para a parentalidade, estabelecem teorias de interdependência e de vinculação para avaliar como as representações dos pais sobre experiências familiares anteriores.

Os adultos que se mostram mais preocupados com as relações paternas manifestadas na infância e com memórias negativas da relação marital de seus pais apresentaram o maior declínio no ajustamento marital no pós-parto (Mendes, 2009).

Diversos estudos salientam um declínio na qualidade da relação conjugal entre os períodos pré-natal e o pós-parto, reportando-se a uma diminuição da proximidade, da comunicação e dos sentimentos amorosos e um aumento dos conflitos e da ambivalência entre os elementos do casal, que se manifesta numa diminuição da satisfação conjugal (Figueiredo et al., 2006; Mendes, 2009).

Canavarro e Pedrosa (2005), referindo-se a um estudo de Narciso (2002), reforçam que o maior factor protector da relação conjugal é a existência de comunicação sobre as dificuldades e as necessidades sentidas, a partilha de experiências, de dúvidas e angústias e, muitas vezes, de ansiedade, com a sensibilidade às necessidades do outro.

Curran, Hazen, Jacobvitz, e Sasaki (2006) avaliaram a harmonia emocional entre o casal, em 86 casais, durante a transição para a parentalidade. Concluíram que existe uma associação estatisticamente significativa entre a identificação de desarmonia conjugal e a harmonia emocional no pós-parto (salientada na mulher).

O nascimento de um filho pode constituir a consolidação de um projecto de vida a dois e emocionalmente investido, mas por outro lado, uma inadequada adaptação/integração ao papel parental, pode igualmente, em alguns casais, figurar-se como um “obstáculo” à relação marital pré-existente (Silva e Figueiredo, 2005). “ *A maternidade pode adquirir uma representação de perda – perda de uma determinada organização conjugal ou da sua exclusividade*” (Canavarro, 2001, p.32).

Diversos estudos mostram que a satisfação com o relacionamento marital/sexual diminui marcadamente na gravidez e depois do nascimento do primeiro filho. Alguns factores (o humor, a fadiga, as mudanças associadas ao nascimento do bebé e a amamentação) que podem estar associados à diminuição do desejo sexual e frequência do coito (Judicibus e Mc Cabe, 2002; Ahlborg, Dahlof e Hallberg, 2005 e Mendes, 2009), assim como dos níveis de satisfação sexual durante o período pós-parto (Dixon et al., 2000; Shapiro, Gottman e Carrère, 2000; Silva e Figueiredo, 2006; Ahlborg e Strandmark, 2006).

A relação do casal é fundamental para o bem-estar do bebé e, após o nascimento, tem de existir “*uma re-sexualização da vida do casal*” (Bayle, 2005, p.326).

Após o período e “*enamoramento*” que sucede no mês seguinte ao parto, geralmente ocorre um período marcado por uma diminuição da satisfação marital (Silva e Figueiredo, 2006). Os discursos indicam uma redução da satisfação com o relacionamento conjugal, bem como da expressão do afecto percebida pelas mulheres relativamente ao seu companheiro/cônjuge (Cowan e Cowan, 2003; Mendes, 2009).

Ahlborg, Dahlof e Hallberg (2005) verificaram, numa amostra de 820 casais, aos seis meses de pós-parto, que a maioria dos pais eram felizes no seu relacionamento, mas estavam descontentes com a sua sexualidade, em particular. Boa comunicação dentro do casal estava associada com níveis mais altos e várias dimensões da relação íntima, especialmente consenso diádico e satisfação estabilizavam e fortificavam o relacionamento do casal.

O bebé já antes do seu nascimento e da entrada efectiva para o sistema familiar, o bebé foi ganhando o seu espaço, através do imaginário e das fantasias dos pais (Silva e Figueiredo, 2005).

O mais certo é que a mãe seja submetida a uma série de movimentos conscientes e inconscientes, de avanço e de recuo, em termos de sentimento e fantasia, que continuarão a ser expressos enquanto se desenvolve a relação com uma criança em particular (Pamplona, 2005).

Geralmente, as mães com comportamentos autoritários e inoportunos, ou portadoras de comportamentos hiperentusiástico e hiperprotector que, desrespeitando o nível de funcionamento óptimo da díade e os sinais desesperados de auto-regulação por parte do bebé, mais contribuem para um excesso de estimulação. Nestes casos, a mãe persegue o olhar do bebé sempre que este desvia, não lhe permitindo a pausa que ele busca: o bebé conclui, então, que a emoção que manifesta não é um acontecimento comunicativo adequado para mudar o seu ambiente, e inibe as expressões motoras da sua afectividade, ou responde a esta situação de insensibilidade com um olhar vítreo, como se procurasse um ponto infinitamente afastado para conseguir que a sobre-estimulação não influencie os seus estados interiores de excitação e afecto (Sá, 2004).

Também, segundo o mesmo autor, as mães que oferecem um deficit de estimulação impedem esta regulação: incapaz de jogar o seu próprio comportamento, são incapazes de jogar com o bebé. São disso exemplo as mães deprimidas, ou com comportamentos fóbicos ou rejeitantes, ou de grande sensibilidade face às rejeições do bebé: todas impõem importantes cortes de interacção, mostrando-se insensíveis aos convites dos seus bebés ou incapazes de os estimularem através de um comportamento adequado.

Casos Paradoxais são aqueles em que as mães, perturbadas na sua função materna, apenas começam a oferecer estimulação eficaz ao bebé quando vêem que este se magoa ou sofre qualquer desventura. Como resposta a este comportamento “sádico” materno o bebé pode vir a desenvolver as raízes de um posterior comportamento masoquista. Igualmente paradoxal é o comportamento daquelas mães que, embora dispensando uma enorme quantidade de tempo e energia ao bebé, evitam, contudo, um contacto pleno e completo. É neste tipo de interacção que podemos encontrar algumas das raízes de futuras dificuldades no processo de separação-individação (Sá, 2004).

O tipo de comportamento do bebé poderá também dificultar a interacção mãe-bebé. Barnes e col., em 1953, observando bebés no momento da alimentação apontaram 5 tipos diferentes de comportamentos, classificados em: “barracudas”, “excitados ineficientemente”, “procrastinadores”, “gulosos” e “tranquilos” (Sanchez, 2005).

Segundo os autores, os bebés tipo “barracudas” mostram grande na sucção e assim que colocados ao peito sugam vigorosamente. Os “excitados inefectivos” são bebés tão excitados e hiperactivos que não conseguem estabelecer um ritmo constante para a sucção. Assim pegam e soltam a mama repetidas vezes e depois começam a chorar e a gritar. Os bebés tipo “procrastinadores”, adiam a sucção por 4 até 5 dias após o parto e geralmente esperam pela “descida “ do leite ao contrário dos “barracudas”, não mostram especial interesse nem habilidade na sucção, nos dias iniciais. Os bebés “gulosos” insistem em abocanhar os mamilos saboreando (degustando) um pouco de leite e esfregam os seus lábios antes de iniciar a mamada. Os bebés tranquilos preferem mamar uns minutos e então descansar mais uns minutos, tudo em ritmo lento.

Estas reflexões, corroborando com Lourenço (2005), levam-nos a pensar que é preciso reconhecer a importância da intervenção de prestação de cuidados nos primeiros tempos de vida de um ser humano, pois é nesta fase sensível que todos os parâmetros do desenvolvimento psíquico entram em jogo.

## 1.2. CONSTRUÇÃO DA RELAÇÃO MÃE-BEBÉ

Um bebé não existe sozinho, porque quando procuramos descrever um bebé temos de o descrever com mais alguém, uma mãe sozinha também não existe: há sempre um bebé que a investe e a torna mãe. Os ritmos psíquicos, criados e recriados nas relações em que a experiência emocional promove o futuro (Lourenço, 2005).

Três aspectos-chave na construção da relação entre a mãe e o bebé, de acordo com Figueiredo (2001): a segurança, a protecção e a regulação emocional. Se a segurança é um componente decisivo para o desenvolvimento do bebé, a protecção da figura materna é a sua condição básica. Pela sincronia do jogo entre o desenvolvimento da segurança e a capacidade de protecção proporcionada pela figura materna, o bebé vai

aprendendo a gerir as suas emoções e a regular os seus estados emocionais. Esta aprendizagem, surge como processo evolutivo, faz-se durante as transacções entre o bebé e a mãe e depende da qualidade do envolvimento de ambos os protagonistas.

Os trabalhos de Jonh Bowlby e Mary Ainsworth são fundamentais, porque através deles viria a emergir a Teoria da Vinculação, que encontramos coligida na Triologia Attachment and Loss (Canavarro e Rolim, 2001).

Dessa conceitualização teórica, as mesmas autoras, ressaltam a importância da mãe para o desenvolvimento sócio-emocional da criança e para o seu funcionamento posterior, enquanto adulto.

Um dos aspectos centrais da Teoria de Bowlby é o reconhecimento da importância vital do comportamento de vinculação para a espécie humana. Figueiredo (2001) considera que a sobrevivência da espécie humana só pode ser compreendida se concebermos que os bebés nascem com um sistema comportamental que tem por função protegê-lo do perigo. Essa relação de vinculação está centrada na regulação da segurança, no sentido em que há uma figura vinculada (o bebé) que procura protecção e há uma figura de vinculação (mãe), ou mais mas em número limitado, concebida como sendo mais forte e mais capaz de se confrontar com o mundo, que proporciona segurança, conforto ou ajuda em caso de tal ser necessário.

Nestas situações a mãe funciona como um porto de abrigo, ao qual Ainsworth o designa por *refúgio seguro*. Em situação de acalmia, a figura de vinculação serve de base segura para a criança explorar o meio envolvente e alargar, assim, os seus conhecimentos sobre ele (Canavarro e Rolim, 2001).

Da mesma forma, Soares (2001, p. 81) refere: *“Durante o primeiro ano de vida, ao longo das interacções com as pessoas que lhe prestam cuidados, o bebé vai construindo modelos internos de vinculação, ou seja, desenvolve gradualmente um conjunto de conhecimentos e expectativas sobre o modo como essas figuras respondem aos seus pedidos de ajuda e de protecção (em termos da sua acessibilidade e responsividade) sobre o self, em termos do seu valor próprio. Estes modelos são construídos a partir das interacções repetidas com as figuras de vinculação, e são internamente organizadas como representações generalizadas sobre o self, sobre as figuras de vinculação e sobre as relações”*.

Partindo de uma reflexão construtiva com base no modelo psicanalítico, visto este modelo ter sido um dos primeiros a investigar a importância do desenvolvimento infantil na sua relação com os progenitores, um grande número de pesquisadores psicanalíticos formularam conceitos para descrever a organização primordial do psiquismo a partir do nascimento e até para esboçar suas origens desde o período pré-natal.

Um dos primeiros autores a investigar estas questões, foi Freud através de um caso contado por um amigo (o caso do pequeno Hans) desenvolvendo assim a teoria da sexualidade infantil. Ainda, em “Inibição, sintoma e Angústia”, Freud estabelece, de forma definitiva, a segunda teoria da angústia.

Algumas metáforas evocadoras caracterizam os diversos aspectos dos processos psíquicos, como os trabalhos Bion sobre as “transformações dos elementos beta em alfa”, a “manque à être” (“falta de ser”) de Lacan, o conceito de Melanie Klein das posições “esquizo-paranóide” e “depressiva”, o estágio de “simbiose” e “separação-indivuaçãoção” de Mahler, Winnicott de “espaço transicional” e de existência de um “verdadeiro self” (Mc Dougall, 2000).

Com os trabalhos de Bion, Winnicott, Anzieu, Ester Bick e outros, as questões de Melanie Klein ganharam outra eficiência para a compreensão da formação do psiquismo do bebé, atendendo ao facto de se investigar as qualidades mentais/físicas da mãe na sua relação com o bebé (Lourenço, 2005).

O conceito de perigo é apresentado como fundamental e vai substituir aquilo que, até então, constituía a essência do reprimido. De acordo com Dias (2000) “a mãe está lá apenas para a satisfação de uma necessidade – para que não haja desamparo no sujeito – para que ele não esteja exposto à situação de perigo”.

O contacto pele a pele restabelece os sentimentos de intimidade da mãe ao bebé, como se estivessem novamente fundidos, tal como acontecia durante a gravidez quando a mãe continha ambos. A pele transforma-se num mediador para o contacto físico, para o conforto e amparo, e também para a transmissão do cheiro, do tacto, do gosto e do calor, sensações que se podem constituir numa fonte de prazer e de intimidade para mãe e filho (Lourenço, 2005).

A importância da prestação de cuidados nos primeiros tempos de vida, segunda a mesma referência, torna-se cada vez mais um imperativo de todo o ser humano que tem ao seu alcance a responsabilidade de cuidar de um bebé. Da qualidade da relação na prestação desses cuidados materiais e psíquicos, resultará o desenvolvimento das reais competências emocionais e cognitivas do bebé.

Cada bebé necessita assim de um conjunto de cuidados que passam pelo ser contido e abraçado com segurança, ser mudado de posição de forma suave e gentil, ser tratado em termos de higiene, ser alimentado e embalado de forma ritmada. Estes cuidados fazem parte do repertório de cuidados a ter com um bebé e o impacte físico da mãe nele traduz-se no que Winnicott chama de *holding*, ou seja, na capacidade da mãe se identificar ao bebé e adaptar o seu procedimento às suas exigências (Sá, 2003).

O “holding” favorece a integração: o bebé constrói o sentimento da continuidade do seu self a partir da continuidade e da segurança que lhe é oferecida pela mãe, que é a pessoa que liga as diferentes partes da personalidade umas às outras. O “holding” tem em conta a sensibilidade da pele do bebé, tacto e temperatura; a sensibilidade auditiva, visual, à queda, assim como o facto de o bebé ignorar todas as outras coisas que não são o self. Compreende toda a rotina de cuidados diversos e nocturnos, cuidados diferentes segundo o bebé, pois fazem parte dele, e porque não existem dois bebés iguais; e adapta-se dia-a-dia às modificações físicas e psicológicas introduzidas no crescimento (Lourenço, 2005).

O termo bonding tem sido, fundamentalmente, descrito como constituindo-se por dois aspectos: o primeiro refere-se à preocupação com a segurança e o bem-estar do bebé (e.g., Winnicott, 1956); o segundo diz respeito ao vínculo único e selectivo, ao investimento emocional e ao espaço mental que o bebé ocupa no universo representativo dos pais (Figueiredo, 2005, p. 289).

Neste âmbito, Figueiredo, Costa, Marques, Pacheco e Pais (2005), realizaram uma investigação sobre 315 e 141 pais, a quem administraram a escala bonding, entre as primeiras 24 horas e 48 horas do pós-parto. A generalidade dos pais exhibe um elevado envolvimento emocional positivo com o filho, as mães (71,2%) e os pais (82,3%), às 48 horas depois do parto; nos dias que se seguem ao parto, os pais exibem geralmente alguma emoção não claramente relacionada com bonding em direcção ao filho (45,7%

das mães e 41,1% dos pais sentem um pouco de medo na presença do bebé, 48 horas depois do seu nascimento).

Em termos conclusivos, Figueiredo, Costa, Marques, Pacheco e Pais (2005) verificaram que, 48 horas após o nascimento do bebé, 1) a generalidade dos pais demonstra elevado envolvimento positivo (pelo menos, uma emoção não claramente relacionada com o bonding, diminuto ou ausente envolvimento emocional negativo com o filho; 2) os pais têm um melhor envolvimento emocional inicial com o recém-nascido do que as mães, o que se pode justificar, tendo em conta os factores a que as mães estão sujeitas, tais como os efeitos adversos do parto e as alterações emocionais que decorrem das mudanças hormonais pós-parto.

Por parte da mãe, existe todo um conjunto de comportamentos sociais – a nível da expressão do rosto, do olhar, da vocalização e dos movimentos da cabeça e do rosto – destinados a estimular a atenção e a provocar interação com o bebé (Sá, 2004).

O “handling” favorece a “personalização”, o movimento do Eu que permite o bebé se sinta uma pessoa: o Eu funda-se sobre um Eu-corporal. Apenas quando o desenvolvimento inicial foi adequado, é que o bebé começa a relacionar o corpo e as funções corporais, operando a pele como membrana limitadora. A instauração da relação objectal é favorecida pela maneira como a mãe oferece os objectos no momento em que o bebé experimenta a sua necessidade; de forma que esta os crie experimentando brevemente onipotência, que encoraja o desenvolvimento da confiança e o sentimento de que o mundo e ela própria são reais (Lourenço, 2005).

A estabilidade reside numa repartição conveniente entre os momentos de contacto e de solicitude. Ou seja, é nas respostas adequadas da mãe às necessidades do bebé que se encontra a harmonia do funcionamento. Para viver, o bebé tem necessidade de uma figura de ligação da qual poderá autonomizar-se mais facilmente e distanciar-se progressivamente, o que sucederá tanto mais quanto essa figura for coerente e tranquilizadora (Sá, 2004).

*Desde o nascimento, o bebé e a mãe interagem complementarmente em seqüências comunicativas marcadas por sucessivos feedbacks que conduzem ao equilíbrio desejado ou desejável.* (Sá, 2004. p. 116)

É neste jogo interactivo comunicacional que o bebé poder-se-á organizar psiquicamente num espaço e num tempo relacional porque promotor de um ritmo de interacções coerentes e previsíveis, favorecendo a expansão e a complexidade de novas experiências emocionais e de novas aprendizagens cognitivas no bebé (Stern, 2002).

Vários estudos teórico-clínicos e experimentais (Brazelton, 2000; Brazelton e Cramer, 2001; Brazelton e Greenspan, 2002) têm vindo a confirmar quanto é fundamental que o bebé estabeleça precocemente relações significativas, caracterizadas pela interacção recíproca ou estimulação precoce, permitindo que gradualmente desenvolva comportamentos interactivos e intencionais, fruto das suas relações com os pais e/ou com figuras significativas para o seu desenvolvimento psíquico.

No Encontro Internacional sobre o Bebé “Mais criança – as necessidades irredutíveis”, realizado em Outubro de 2002, em Lisboa, foram evidenciadas, de entre os vários palestrantes europeus e americanos (destes, salientamos os da Escola Americana de Berry Brazelton), as necessidades irredutíveis do recém-nascido em comunicar as suas experiências emocionais com os objectos cuidadores, nomeadamente os pais.

A partir dos anos sessenta, com a introdução dos pensamentos de Bion (1962/1991 a, 1963/1991 b, 1991c) introduz na psicanálise conceitos fundamentais para a compreensão do psiquismo e do seu desenvolvimento, as qualidades mentais maternas passam a ser alvo de investigações na sua componente contentora, possibilitando ao bebé a capacidade de lidar com os seus estados internos e aprender com a experiência emocional (Lourenço, 2005).

Segundo Winnicott, e de acordo com a mesma autora, é esta experiência de prestação de cuidados por parte da mãe que permite ao bebé o desenvolvimento de um verdadeiro *Self* e não num falso-*Self*. O “*holding*” favorece a integração: o bebé constrói o sentimento da continuidade do seu *self* a partir da continuidade e da segurança que lhe é oferecida pela mãe. O “*holding*” tem em conta a sensibilidade da pele do bebé, tacto e temperatura; a sensibilidade auditiva, visual, à queda, assim como o facto de o bebé ignorar todas as outras coisas que não são o *self*. O “*handling*” favorece a “personalização”, o movimento do Eu que permite o bebé se sinta uma pessoa: o Eu funda-se sobre um Eu-corporal.

*“O dual track e a neotonia primária do recém-nascido permitem que o bebé desenvolva competências muito elevadas, do ponto de vista neuronal, que lhe permitem o estabelecimento do imprinting, do attachment e a activação dos pressupostos básicos. No exercício destas competências não há intergregaridade. O bebé é sujeito de uma dependência que ele próprio não é capaz de gerar. Ninguém depende dele e ele depende de toda a gente.(...) É a partir do dual track que o recém-nascido cria a possibilidade de passagem progressiva dos pressupostos básicos a áreas do funcionamento psíquicas mais evoluídas”* (Dias, 2005. p. 124).

A interface transforma o funcionamento psíquico em sistema progressivamente aberto, que conduz mãe e bebé a funcionamentos cada vez mais autónomos, mas mantém os dois parceiros numa dependência simbólica mútua. A etapa consecutiva requer o apagamento desta pele comum e o reconhecimento de cada um tem a sua própria pele e o seu próprio eu, o que não se realiza sem resistência e sem dor. São fantasmas da pele arrancada, roubada e assassina que revelam angustiantes (Lourenço, 2005).

Para Gruen, no livro «A loucura da normalidade», citado pela mesma autora: *“sem auto-organização, o interior permanece num estado de confusão de caos (...) o ser humano não pode viver sem confiança. Confiança que ganha pela afectividade recebida. Recém-nascidos e bebés que não recebem afecto podem tornar-se apáticos, doentes, ou até morrer”*.

Farate (2001) refere que *“A insuficiência quantitativa ou qualitativa da interacção precoce mãe-criança, observada em mais de metade das situações, favorece o aparecimento de comportamentos de vinculação desorganizados (do tipo inseguro-ansioso ou inseguro-evitante) e de defeitos na capacidade de elaboração simbólica”* (p.64).

Toda a falha importante de ajustamento relacional no meio precoce da criança pode contribuir para as “patologias dos limites”. M. Soulé e K. Lauzanne citados por Farate (2001) associam então: *“ a noção de carência a uma falta quantitativa na interacção mãe-bebé; a noção de separação a uma situação de separação prolongada da criança em relação à mãe ou à família (por exemplo, a criança privada da mãe é colocada num hospital) e a noção de insuficiência relacional qualitativa a uma falta de adequação profunda da resposta da mãe às necessidades da criança”* (p.59).

Uma mãe com graves problemas na relação com o objecto materno revela um profundo sentimento de desistência face ao outro (face ao bebé) e a fragilidade do seu *self* fará com que projecte esta experiência na relação com o bebé (Lourenço, 2005). Dias(2005) reafirma: “*O sujeito repete, durante a sua vida, aquilo que ele próprio reprimiu*” (p. 36).

Também a experiência da maternidade sofre influência de circunstâncias diversas, tanto presentes como passadas, tanto individuais como colectivas; pelas relações que a mulher estabelece com a família e amigos, pelas suas idiossincrasias e história individual, tanto quanto por outras circunstâncias que a assemelham a outras tantas mulheres, do mesmo grupo sócio-cultural ou sujeitas aos mesmos padrões sócio-culturais.

As atitudes e reacções da progenitora ou progenitores, no tempo presente, relacionar-se-ão de perto com a sua experiência passada, tanto na realidade como na fantasia. De tal modo, a gravidez mobiliza, rápida e naturalmente, as partes infantis dos futuros pais, onde cada qual poderá, por vezes, sentir necessidades tão imperativas e irresistíveis quanto as de um bebé recém-nascido. Podem irromper de súbito sentimentos de insegurança, ansiedades irracionais ou estranhos acessos de medo ou dependência. A manutenção dos sentimentos dos pais dentro de limites realistas depende da qualidade de cuidados emocionais a que eles possam recorrer, tanto nas figuras parentais que ambos guardam nos seus corações e mentes “pais internos”, como nas relações que mantêm um com o outro e com as suas famílias (Silva, 2001).

Também para cada mulher, a decisão sobre se aleitará ou não, e quanto tempo, bem como a vivência satisfatória ou frustrante da sua decisão, tendo por base Pamplona (2005), dependerão de vários factores:

- Socioculturais (como a sociedade, na qual vive, vê os papéis femininos e mais especificamente o materno, suas funções e inter-relações com os demais papéis da mulher; a representação que a sua classe social e o seu grupo familiar mais especificamente, têm dos papéis femininos, da maternidade e do aleitamento. E as condições concretas que a sociedade lhe oferece de exercício maternal e do aleitamento).
- Físicos (as condições de saúde da mãe e do bebé).

- Psicológicos (a história pessoal do seu desenvolvimento afectivo/sexual, de suas relações familiares, especialmente da sua identificação com a própria mãe; as suas vivências da gestação, do parto e, principalmente, do puerpério, momento no qual acontece a amamentação, incluindo-se nestas vivências suas relações familiares, especialmente com o pai do bebé e as interacções bebé/mãe).

Assim sendo, a expressão das fantasias maternas depende, então, de factores como a personalidade da mulher, o modo como se adapta à situação que está a vivenciar, a eficácia dos seus mecanismos de defesa, a imagem que interiorizou de sua mãe e de si própria enquanto mãe e “mãe ideal”, as expectativas que foi construindo durante a sua vida no meio familiar e na sociedade a que pertence. É no desenvolvimento e na articulação dessas mesmas fantasias que se inscreve um largo potencial responsivo da gestante e da futura mãe. Essa tarefa será facilitada e enriquecida quando essas fantasias, particularmente ricas e actuantes na mãe são partilhadas com o pai da criança.

### 1.3. ANSIEDADES MATERNAS: FANTASIAS, MITOS E TABÚS

O modo como a futura mãe imagina, ao longo da gravidez, o seu bebé, em função do seu projecto inicial e em função dos acontecimentos passados pode resultar em discordâncias ou desarmonias na interacção com o bebé real.

Não é por acaso que a amamentação nos traz recordações de como fomos (ou não) amamentados; dessa época podem existir sentimentos, inconscientes e talvez muito dolorosos, que agora emergem novamente, sem que saibamos exactamente de onde e porquê (Lothrop, 2000).

Langer de acordo com Pamplona (2005) acredita que razões inconscientes levam ao impedimento do desenvolvimento normal da amamentação, sendo os mais frequentes os transtornos causados na mulher pela rejeição da maternidade, pelo seu desejo de permanecer numa atitude receptiva e infantil, e os que têm origem nas tendências agressivas infantis dirigidas à própria mãe. Considera que ambos os casos têm como base a insatisfação oral destas mulheres, que se negam inconscientemente a dar à criança o que elas não receberam. Identificando-se com a mãe frustradora, tratando a criança como se sentiram tratadas na sua primeira infância.

Ainda a mesma fonte esclarece que *“a persistência dos próprios desejos orais pode facilitar a amamentação se a mãe consegue identificar-se com o lactente e superar as frustrações sofridas. Uma forte fixação oral à mãe, gerando o desejo passivo de mamar, pode satisfazer-se na identificação com o lactente. Pode também haver o desejo activo de amamentar pela identificação simultânea com uma mãe ideal que alimenta bem. A mulher não consegue satisfazer desejos infantis frustrados e dar ao filho o que não teve. Estas mulheres podem encontrar uma enorme dificuldade em desmamar. A mulher pode contudo, fracassar nesta identificação se o mamar reteve, ou adquiriu para ela, um carácter erótico, homossexual e incestuoso”*(p. 170).

Relativamente às interacções bebé-mãe e especificamente aos comportamento dos bebés, Soifer mencionada por Pamplona (2006) salienta que há bebés cheios de vitalidade, que mamam vigorosamente, e cuja mãe, ou recebe esse comportamento com

alegria, ou assusta-se com um modo de ser que lhe é desconhecido e para o qual não está preparada. No primeiro caso, a sucção far-se-á sem inconvenientes; no segundo, a mãe pode reagir com tensão e rigidez que pode determinar dificuldades na amamentação e a irritabilidade da criança, que reage com alarme à situação, chorando e esperneando. O choro assusta ainda mais a mãe e assistimos então a esses ciclos viciosos de angústia materna e ansiedade do bebé (que, por sua vez reforça a angústia da mãe), que culmina com a agalactia total.

Outra situação, de acordo com a mesma referência, é a dos bebés sonolentos, que mamam e adormecem de imediato ou que adormecem à mama, provocando grande frustração. A sensação, neste caso, é de ser rejeitada, de que a mama que se oferece é desprezada e considerada inútil. Do mesmo modo, se a mãe consegue entender a situação e tolerá-la, a lactação vai-se desenvolver sem inconvenientes, entre uma mãe paciente e um recém-nascido que lentamente aprende a despertar-se e mamar. Em caso contrário, instalar-se-á o círculo vicioso com a mãe angustiada que, ou se afasta, deixando que o bebé continue retraído, ou o força a despertar, obtendo a resposta de rejeição expressa pelo choro e posterior sonolência, seguida de rejeição materna.

A Agitação e as crises emocionais (medo, insegurança, vergonha ou falta de autoconfiança). Lembra Lothrop (2000), inibem a libertação de ocitocina e até mesmo um reflexo já bem estabelecido. Deste modo, os alvéolos não se contraem e a maior parte do leite disponível não fica à disposição de bebé. Rejeição pessoal à amamentação, ambivalência inconsciente em relação ao papel de mãe e outros conflitos podem interferir de forma análoga numa lactação bem-sucedida.

O estado emocional da mulher interfere ainda, segundo Lana (2001), na acção da prolactina e ocitocina, como que contribuindo para “esconder o leite”, que volta a “aparecer” após afastada a causa de stress.

O stress e a carga de trabalho revelados, Almeida e Ramos (2005) referem no estudo sobre as “alegações maternas para o desmame”, na fala das mulheres, somados à angústia e à depressão, relacionam-se com a baixa produção de leite, uma vez que culminam com a síntese de peptídeos supressores nas células alveolares da glândula mamária que impedem o processo de síntese.

As somatizações, de acordo com Mc Dougall (2000), servem como defesa contra as pulsões agressivas e sádicas pré-edípicas e até mesmo contra fantasias arcaicas com base mais no medo de perder identidade subjectiva do que numa angústia ligada às pulsões e a identidade sexual. Não obstante, a cada momento, o psiquismo utiliza o corpo. Expressões somáticas como a febre, a obstipação e a anúria, podem ser muito variadas e às vezes intensas: dores gerais, sofrimento pela episiotomia e sua infecção, abcessos por injeções, abcessos mamários, são provas de hiper funcionamento e de descarga directa que se seguem a acontecimentos carregados de afecto, mas não elaborados psiquicamente, ao passo que manifestações como a asma ou tetania se situam no pólo oposto, o da retenção.

Nas situações mais intensas, o mesmo autor refere que *“o «sentido» é o de ordem pré-simbólica e provoca um curto-circuito na representação da palavra. É o corpo que se comporta de maneira «delirante», ele «hiper funciona» ou inibe funções somáticas normais e o faz de modo insensato no plano fisiológico. O corpo enlouquece”*(p. 22).

A adição, tendo em conta a abordagem de Mc Dougall (2000) pode ser considerada como uma tentativa “psicossomática” de superar a dor mental através do recurso a substâncias externas que tranquilizam o espírito e suprimem provisoriamente o conflito psíquico. O inconveniente desta solução é que tem de ser repetida indefinidamente. Farate (2001, p. 49) refere: *“O acto de se drogar comporta a dimensão de uma tentativa de preenchimento do vazio objectal interno que testemunha a incapacidade em simbolizar os afectos”*.

O pós-parto é um período de intensas modificações, não só para a mulher como para toda a família do ponto de vista psicológico e social. Pamplona (2005) salienta que *“o pai do bebé também se encontra regredido e angustiado com as novas responsabilidades, e relegado para segundo plano, em virtude do montante de cuidados que presta ao recém-nascido. Os sentimentos de ciúmes são comuns, não só por parte do homem como também da própria mulher, que durante a gravidez era o centro das atenções e perde este lugar para o bebé”*.

Por outro lado, se o marido se opõe à amamentação desde o seu início, pode ser sintoma de conflito reprimido, ela está predestinada ao fracasso. Mesmo não demonstrando os seus sentimentos à mulher, ela sentirá a sua recusa pessoal. Conflitos deste género

podem ser tão prejudiciais à lactação, que a amamentação, sob todos os pontos de vista, se torne um problema (Lothrop, 2000).

Constituem também uma preocupação habitual os filhos maiores e as suas manifestações de ciúmes, agressivas ou depressivas. Tendo em conta Pamplona (2005), de vez em quando, acontece irmãos mais velhos, regridem a comportamentos bem infantis já ultrapassados, como o de quererem mamar ou a enurese. Normalmente, a criança supera assim que domina a sua dor em relação ao novo rival.

Ainda, a mesma referência salienta que os outros familiares, como pais e sogros da puérpera, também são afectados e é comum surgirem conflitos entre a puérpera, a mãe e a sogra, sobre os cuidados a ser prestados ao bebé, nomeadamente a conveniência de aleitar e as técnicas de fazê-lo.

Se a criança permanece muito tempo separada da mãe logo após o nascimento, Lothrop (2000) refere que, então a mãe não pode transferir a sua auto-estima àquela parte de si que deu à luz. Precisa de se separar dele. Se o bebé, mais tarde, lhe é retirado, é possível que o desprendimento emocional já tenha avançado tanto, que a mãe já não consiga aceitar a criança com um pedaço de si.

E ainda a mesma autora relembra que o problema se apresenta de forma trágica em prematuros e bebés doentes, quando eles são totalmente separados das mães. Se mais tarde não se estabelecer a ligação mãe/filho que não chegou a acontecer, talvez a mãe olhe para a criança como um ser estranho, cuidando dela desta forma. Em casos extremos, até talvez chegue mesmo a maltratá-la, quando a criança a incomodar muito, a irritar ou atrapalhar. Uma pesquisa mostrou que uma incidência surpreendentemente alta de crianças maltratadas era de prematuros ou daquelas que adoeceram logo após o nascimento.

A todas as situações anteriormente descritas, para Pamplona (2005) deve-se acrescentar que a vida afectiva-sexual do casal é profundamente afectada pelo puerpério. *“Os mitos sociais da mãe assexuada, a identificação que o homem faz de sua mulher com a sua própria mãe, as transformações corporais, a fantasia de que os órgãos genitais tenham sido afectados, estão presentes”* (p. 173).

Para Soifer, segundo a mesma autora, a comunicação do casal vê-se grandemente dificultada pela depressão da mulher. O marido, diante de uma mulher que chora, que ou exige grande actividade social e abandona o filho, ou se dedica freneticamente à limpeza, ou se volta completamente para a mãe, irmã ou amiga (acompanhante fóbico), ou se nega a sair, descuida-se de sua aparência, etc. – Sente-se perplexo, excluído e maltratado. À medida que passam os dias, vai-se tornando mais evidente a falta de diálogo e de sexualidade e em algumas ocasiões pode conduzir à separação.

Também o desmame abrupto, em alguns bebés e em algumas podem conduzir a graves desequilíbrios emocionais (Lothrop, 2000).

Devido a falta de confiança na sua capacidade de amamentar plenamente, muitas mulheres acreditam nos mitos e tabus.

*“Desde os alvares da civilização que o homem procurou explicar os enigmas que a natureza lhe punha recorrendo à construção imaginária - lendas e mitos. (...) O estudo da mitologia, de outrora e dos nossos dias, proporciona uma importante fonte para a compreensão dos fenómenos psíquicos e psicossociais, designadamente para aqueles que a razão lógica e a experiência, ou a estética e a moral, obrigam a permanecer ou escolher ao abrigo e os caminhos do inconsciente; isto é, para aqueles que são movidos por forças instintivas que o homem culto e civilizado preferia ignorar, e por isso recalca”* (Matos, 2002. p.99).

Amamentar é, também de acordo com Lothrop (2000), sem dúvida, uma experiência erótica, e a entrega mútua é desejada pela natureza. O contacto corporal é um tabu. O contacto e a proximidade despertam o medo em algumas pessoas. No entanto, é, para todos nós, tanto crianças como adultos, uma necessidade biológica estarmos próximos dos outros também fisicamente, se não quisermos ficar perturbados espiritualmente. O contacto pode revitalizar-nos, dissolver bloqueios e conservar ou alcançar o nosso equilíbrio físico, mental e espiritual.

Galvão (2006) citando Cordeiro refere *“A recusa da «animalidade» do acto de amamentar, por parte de algumas mulheres; os tabus sexuais e a angústia e culpabilidade que resultam do prazer físico e psicológico da mamada; a aparente incompatibilidade entre a função de mãe e mulher no mundo de hoje são alguns factores de declínio ” da amamentação”* (p. 25).

Apesar de o leite materno ser considerado de forma consensual, como o alimento capaz de atender de maneira adequada a todas as necessidades biológicas dos lactentes, que não existe leite fraco e que são raras as situações que impossibilitam a amamentação. Almeida e Ramos (2003) destacam que o leite fraco, pouco leite e leite secou, associado ao choro e à fome do bebê, como verdadeiras condicionantes para o curso da amamentação e o leite fraco como uma das construções sociais mais utilizadas como modelo explicativo para o abandono da amamentação.

Esse tipo de alegação verbalizado pelas mulheres, ainda de acordo com a mesma fonte, está impregnado de um pedido de ajuda latente frente as dificuldades vividas no decorrer da amamentação, às quais elas não conseguem ou não sabem como se comportar.

Guigliani (2005) esclarece que em sociedades onde o aleitamento materno foi praticado em horários pré-estabelecidos por mais de um século, pode ter havido uma mudança nas expectativas com a relação ao comportamento dos bebês. Assim quando um bebê solicita a mama com frequência, é comum interpretar esse comportamento própria da espécie humana como uma consequência de leite insuficiente ou fraco.

A má interpretação do comportamento e das necessidades normais do recém-nascido pode ser considerada como um fenômeno cultural. De acordo com Carvalho e Tamez (2002) quando um bebê procura a mama com frequência, é comum interpretar esse comportamento próprio da espécie humana como consequência de um leite insuficiente ou fraco. De forma semelhante, o choro ou inquietude da criança geralmente é interpretado como fome, sendo as necessidades não nutricionais do bebê desvalorizadas.

Muitas outras crenças e práticas estão arraigadas à cultura e entram em conflito com as recomendações ótimas da criança pequena. Guigliani (2005) destaca: os suplementos com água e chás. Os chás costumam ser introduzidos muito cedo para matar a sede da criança, acalmar as crianças, aliviar cólicas e tratar diferentes doenças. Outra prática relativamente moderna é o uso de mamilos de silicone e chupetas. Essa prática pode interferir com o aleitamento exclusivo, pois as crianças que usam chupetas geralmente vão à mama com menos frequência.

Outros exemplos revelam a falta de conhecimentos relativamente à amamentação na sociedade, como apresenta Pamplona (2005): É bastante comum entre as lactantes

trabalhadoras introduzir substitutos do leite materno muito cedo, com o objectivo de “acostumar” a criança. A influência da promoção das fórmulas lácteas tem sido percebida pelas mães como promotoras do uso de fórmulas infantis.

Por todas estas fantasias, ansiedades, mitos e tabus, é necessário educar a população em geral quanto ao valor da prática da amamentação, melhorar as práticas dos serviços de saúde, dar suporte às mães na comunidade e nos seus locais de trabalho e restringir a promoção inadequada dos substitutos do leite materno.

## **2- APOIO E ACONSELHAMENTO EM ALEITAMENTO MATERNO**

A protecção, promoção e suporte ao aleitamento materno são uma prioridade no que diz respeito à saúde pública na Europa. Uma estratégia global para a alimentação de lactentes e de crianças na 1ª infância, adoptada por todos os estados membros da OMS na 55ª Assembleia Mundial de Saúde em Maio de 2002, fornece uma base para as iniciativas de saúde pública (Union European, 2004).

O projecto em acção reconhece que as mães que, tendo recebido informação completa, correcta e actualizada acerca da alimentação da criança, decidam alimentar artificialmente as suas crianças, devem ser respeitadas na sua decisão e devem ter todo o apoio necessário para o fazerem eficazmente, bem como receber informação específica sobre o quê, quando e como iniciar a alimentação complementar. A relação afectiva e o carinho vão para além da alimentação e qualquer apoio às mães deve ter este facto em consideração, estimulando assim uma boa relação com a criança.

As conclusões sobre as intervenções efectivas de acordo com projecto em acção para a Europa (2004) são:

- A combinação de várias estratégias e intervenções baseadas na evidência, por meio de programas multifacetados integrados são particularmente bem sucedidas quando visam as taxas de iniciação, bem como a duração e exclusividade do aleitamento materno, por intermédio de campanhas nos meios de comunicação, programas de educação para a saúde adaptados à situação local, a formação abrangente dos profissionais de saúde e as mudanças necessárias nas políticas nacionais/regionais, bem como nas práticas hospitalares.

- A eficácia das intervenções multifacetadas aumenta quando os programas de aconselhamento interpares são incluídos, sobretudo no que respeita à exclusividade e duração do aleitamento materno.
- As intervenções que se prolongam do período pré ao pós-natal, incluindo os dias cruciais do parto, parecem ser mais eficazes do que as intervenções concentradas num único período. A IHAB é um exemplo de intervenção alargada de eficácia comprovada e a sua implementação generalizada é muito recomendada.
- As intervenções no sector da saúde são particularmente eficazes quando há uma abordagem concertada que envolva a formação do pessoal, a existência de um conselheiro para o aleitamento materno ou consultor de lactação, informação escrita para o pessoal e utentes e a permanência das mães junto dos seus bebés 24 horas por dia (alojamento conjunto).
- O impacto das intervenções na educação para a saúde das mães, no que respeita à iniciação e duração do aleitamento materno, só é relevante quando a prática corrente é compatível com o que é ensinado.
- A disponibilização de informação sobre o aleitamento materno a futuros pais ou mães recentes, sem ou com uma curta interacção personalizada e presencial (por exemplo, baseada em folhetos ou apoio telefónico) é menos eficaz do que o acesso à informação através de um contacto personalizado e presencial prolongado. A utilização exclusiva de material impresso é a forma de intervenção que obtém menos resultados práticos.
- A eficácia dos programas, cuja implementação está a decorrer em alguns países, que prevêm a adopção da IHAB não só nas maternidades mas também nos serviços de obstetrícia e nos hospitais pediátricos, ainda não foi avaliada. Contudo, esses programas baseiam-se num conjunto de iniciativas que, por si só, têm sido consideradas eficazes com base na evidência.
- O desenvolvimento e cumprimento das leis, códigos, directivas, políticas e recomendações a vários níveis (nacional, regional) e em várias situações (local de trabalho, hospital, comunidade), representam intervenções importantes, mas é difícil ainda hoje reunir provas sólidas da sua eficácia (poucos estudos, sobretudo no âmbito das intervenções multifacetadas).

- As intervenções no local de trabalho são especialmente eficazes quando as mães tem a possibilidade de optar por trabalhar em part-time e quando lhe são garantidas não só o posto de trabalho, mas também pausas e condições no local de trabalho para amamentar. Estas medidas, quer sejam motivadas por imperativos legislativos, quer façam parte de uma política de suporte do aleitamento materno no local de trabalho, deverão envolver períodos de descanso durante o dia, sem implicações no vencimento auferido, com instalações adequadas para amamentar proporcionadas pela entidade empregadora.

- A decisão de implementar um conjunto de intervenções tem que ter em consideração a possibilidade da sua concretização e respectivo custo, bem como a sua efectividade. A viabilidade e o custo são específicos dos pais e da área geográfica, pois dependem das condições económicas, sociais e culturais locais. O empenho político revela-se mais determinante para o sucesso da implementação das intervenções em aleitamento materno do que a sua exequibilidade e custo.

- Um programa para a protecção, promoção e suporte ao aleitamento materno não se resume a uma lista de intervenções individualizadas. As intervenções são habitualmente multifacetadas, correlacionadas e integradas com vista a maximizarem o seu efeito combinado e cumulativo. Aliás, efeito dependerá da continuidade, uma vez que a mudança no comportamento das mães, das famílias, dos profissionais de saúde e da cultura da alimentação da criança numa determinada sociedade requer que as intervenções e programas sejam mantidos por um tempo considerado suficiente.

Os resultados esperados do plano de acção (2004) são: uma melhoria generalizada das práticas e taxas (iniciação, exclusividade e duração) de aleitamento materno a nível europeu; um maior número de pais confiantes, habilitados e satisfeitos com a sua experiência no campo do aleitamento materno; e profissionais de saúde com melhores competências e maior satisfação no trabalho.

O Plano Nacional de Saúde – Orientações Estratégicas para 2004-2010 do Ministério da Saúde, faz referência a intervenções necessárias de forma a obter mais saúde para todos durante a gravidez e período neonatal. Entre outras distinguimos duas medidas de forma a atingir este propósito: o incentivo a visitas domiciliárias por parte dos Centros de Saúde de forma a aumentar a cobertura no período pré-concepcional e no puerpério e o

destaque dado ao aleitamento materno como um critério de qualidade dos cuidados de saúde perinatais.

No âmbito da promoção da saúde com o objectivo de aumentar as taxas de aleitamento, têm vindo a ser desenvolvidos programas governamentais e não governamentais, obtendo grande êxito o programa iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (IHAB).

A Iniciativa Hospital amigo da Criança (UNICEF, OMS), a qual propõe modificações nas rotinas das maternidades, sugerindo que todos os profissionais da equipa que prestam assistência às mães e bebés sejam treinados adequado no manejo clínico da amamentação e saibam realizar uma avaliação da mamada efectiva, identificando qual o grupo de mães/recém-nascidos apresentam necessidades especiais e requerem apoio para um início bem-sucedido (Carvalhaes e Corrêa, 2003; Venâncio, 2003)

Qualquer esforço no sentido de aumentar as taxas de aleitamento materno exclusivo deve levar em consideração os factores que influem negativamente nessa prática. Os principais obstáculos a essa prática podem ser agrupados: falta de conhecimento da população em geral, dos profissionais de saúde e dos gestores; condutas inapropriadas e falta de habilidades dos profissionais de saúde; aspectos culturais; falta de confiança/baixa auto-estima da mãe; falta de apoio e suporte familiar e comunitário; trabalho da mulher; e promoção inapropriada de substitutos de leite materno (Guigliani, 2005).

Ainda é grande o desconhecimento sobre vários aspectos do aleitamento materno, incluindo o significado da amamentação exclusiva e seu valor. Embora se saiba que o conhecimento não garante mudanças de atitude, ele é considerado um passo importante no processo de mudanças de comportamento (Kaplowitz, Olson citado por Guigliani, 2005).

As mulheres devem ser informadas sobre as vantagens do aleitamento materno exclusivo e das desvantagens da introdução precoce de outros alimentos; o público em geral necessita estar consciente da importância do aleitamento materno exclusivo a fim de dar suporte às lactantes na família, na comunidade e no trabalho; os gestores em saúde devem ser convencidos sobre os benefícios da prática da amamentação exclusiva; e os profissionais de saúde necessitam de melhorar os seus conhecimentos sobre

aleitamento materno para promovê-lo e ajudar as mães a superar dificuldades que possam ocorrer (Guigliani, 2005).

A amamentação é uma habilidade aprendida e passada de mães para filhas em diversas comunidades e culturas, sendo que a exposição ao aleitamento materno deve começar cedo na vida da menina, através de oportunidades para observar a amamentação dentro do círculo familiar. Tamez (2005) alerta que algumas mulheres entretanto podem amamentar com sucesso sem preparação prévia. Mas o sucesso completo da amamentação está directamente ligado ao apoio e orientação que esta mãe recebe principalmente nas primeiras semanas após o parto.

Galvão (2006) no seu estudo junto de uma amostra constituída por 607 pares mães/bebés referiu a necessidade de implementar medidas conjuntas, desenvolvidas pelas Maternidades, Centros de Saúde, Escolas responsáveis pela formação dos técnicos de saúde, em especial Escolas Superiores de Enfermagem, e junto da comunidade, que visem:

- Reduzir os números de partos por cesariana indo de encontro ao preconizado pela OMS, que refere que o números de partos por cesariana não devem ultrapassar 10% do total de partos. No estudo a percentagem de partos por cesariana foi de 35,6% do total de partos;
- Reforçar a assistência de mães que tiveram os filhos por partos eutócico e por cesariana, com meninos de menor peso ao nascer, residentes em meio urbano, empregadas e primíparas, que embora tenham concluído serem as primeiras a decidir amamentar são também as que mais cedo abandonam a amamentação;
- Evitar a administração de leites sintéticos a bebés productos de gestações múltiplas. É preciso consciencializar os profissionais de saúde e as mães da possibilidade de amamentação exclusiva de meninos gémeos;
- Informar e esclarecer as mães durante o internamento e na alta sobre a amamentação;
- Consciencializar as mães da individualidade de cada bebé, especialmente mães com filhos anteriores amamentados por forma a desenvolverem expectativas realistas face à amamentação e isentas de comparação. Observou-se que foram

as mães com anterior experiência de amamentação e que atribuíram melhor qualificação que menor satisfação sentiram com a amamentação deste menino.

- Promover o contacto precoce mãe/bebé e a primeira mamada na primeira meia hora que sucede ao parto favorecendo o envolvimento do pai e evitando o seu afastamento num período sensível e crítico na estruturação de laços vinculativos e no desenvolvimento dos afectos;
- Fornecer esclarecimentos relativos à amamentação sob a forma escrita, utilizando uma linguagem fácil e acessível.
- Estabelecer contacto com as mães após a alta hospitalar implementando a realização de visitas domiciliárias.
- Incentivar e educar as mães a amamentar segundo a vontade do bebé respeitando o estado de alerta no início da mamada.
- Desenvolver estratégias sobre extracção e conservação de leite materno. Estratégia de manutenção muito útil para a mulher que regressa ao trabalho e pretende continuar a amamentar.

Ainda Galvão (2006) alerta para a necessidade de desenvolver programas comunitários que visem ao esclarecimento da população em geral sobre a amamentação, a implicação e envolvimento da família e do pai no processo da amamentação e incentivar as mães a amamentar em público de maneira a que as crianças possam partilhar dos momentos de amamentação dos seus irmãos, amigos e vizinhos, medida geradora de conceitos, atitudes e futuros comportamentos face à amamentação.

É ainda importante, segundo Galvão (2006) e ainda Ramalho, Castro e Galvão (2010), que se fomente o entendimento orgulho e bem-estar familiar e que se criem grupos de apoio à amamentação de maneira a que as mães possam recorrer após a alta hospitalar e onde, principalmente as primíparas, fossem ensinadas a cuidar do bebé procurando promover a auto estima materna, variável que demonstrou estar fortemente associada ao êxito da amamentação, nomeadamente a sua confiança na capacidade de cuidar do bebé e preparação geral para a sua função de mãe.

Para Galvão (2006) devem os responsáveis pela formação de enfermeiros, tanto nas escolas como nos locais de trabalho, incluir nos currículos escolares e na formação em serviço conteúdos que visem motivar, esclarecer, informar e ajudar a aprender medidas

de promoção da amamentação, opção a privilegiar na alimentação da criança, formando agentes implicados no processo da amamentação e consciencializados do seu papel educativo e zelador do bem estar promovendo comportamentos saudáveis das populações e indivíduos.

A nível dos profissionais, Pereira (2006) salienta que os enfermeiros na sua prática utilizem o protocolo da UNICEF (1992) de observação e avaliação da mamada para identificarem as díades com dificuldades, corrigirem a técnica da amamentação e assim aumentarem a duração do aleitamento exclusivo, misto e total. É imperioso que façam formação sobre aleitamento conforme as indicações mais recentes emanadas pela OMS/UNICEF. Para facilitar a uniformização dos cuidados devem utilizar o Manual de Aleitamento Materno de autoria de Levy e Bértolo.

Sandes et al. (2007) no seu estudo concluiu que a taxa de aleitamento materno à saída da maternidade foi elevada (91% - apenas 77% amamentavam em exclusividade) mas verificou uma acentuada taxa de abandono aos três e aos seis meses. Os estilos de vida saudáveis, o nível educacional elevado e a experiência de amamentar positiva tiveram influência positiva na amamentação. A compreensão perante as atitudes durante a gravidez e o aleitamento pode levar a novas estratégias de intervenção para a sua promoção e manutenção.

## 2.1 - ACONSELHAMENTO PÓS-PARTO

No período puerperal, os achados científicos indicam aspectos críticos relacionados às dificuldades iniciais no estabelecimento da amamentação tanto para a mãe, quanto para o recém-nascido, como também para o binómio mãe - filho.

O período puerperal requer especial atenção, uma vez que a mãe e bebé estão iniciando um relacionamento no qual a mulher manifesta um estado de sensibilidade aumentada que dura ainda algumas semanas após o nascimento. Ela está especialmente receptiva para a aprendizagem quanto à percepção do seu bebé e este por sua vez pode

demonstrar as suas preferências, comportamento e até dificuldades, o que faz da amamentação um momento rico para a interação mãe – filho (Giugliani, 2000; Sanches, 2000; Carvalhaes e Corrêa, 2003; Dewey, Nommsen- Rivers, Heinig e Cohen, 2003, Ramalho e Vicente Castro, 2010).

Quanto à mãe, estudos mostram alguns factores críticos relacionados com a dificuldade inicial no estabelecimento da amamentação e desmame precoce, como: idade da mãe, escolaridade, presença de companheiro, aceitação da gravidez, paridade, prática em amamentação, problemas com a mama e mamilo, introdução precoce do biberão, acesso ao leite artificial e exposição à promoção comercial de substitutos do leite materno, orientação dos profissionais de saúde, tabus alimentares e falta de conhecimento do valor nutricional do aleitamento materno (Giugliani, 2000; Rea, 2003).

No que se refere ao binómio mãe/recém-nascido, factores relacionados às práticas hospitalares, incluindo tipo de parto, amamentação na primeira meia hora de vida, alojamento conjunto, orientação e auxílio dos profissionais de saúde na prática da amamentação, são importantes para superar as primeiras barreiras do aleitamento materno (Segall, 1996; Giugliani, 2000; Dewey, Nommsen-Rivers, Heinig e Cohen, 2003, Levy e Bértolo, 2008).

É relativamente recente o conhecimento de que a técnica utilizada na amamentação, em especial o posicionamento da dupla mãe/bebé e a pega/sucção do bebé, é importante para a transferência efectiva do leite da mama para a criança e também para a prevenção de lesões mamilares (Ziemer, Paone, Achupa e Cole, 1990; Morton, 1992; Righard e Alade, 1992; Guigliani, 2005; Pereira, 2006).

É bastante comum entre as lactantes trabalhadoras introduzir substitutos do leite materno muito cedo, com o objectivo de “acostumar” a criança. É grande também o desconhecimento da população e dos profissionais de saúde sobre o manejo da amamentação entre as mães trabalhadoras (técnicas de extracção do leite, sua conservação, meios de oferecer o leite extraído para a criança) para que a mesma consiga manter uma amamentação bem-sucedida (Guigliani, 2005).

Alguns estudos (Righard e Alade, 1992; Sanches, 2000; Cernadas, Noceda, Barrera, Martinez e Garsd, 2003; Carvalhaes e Corrêa, 2003) sugerem que a técnica de amamentação está associada com a duração do aleitamento materno exclusivo. Indicam

a necessidade de acções que visem à melhoria da técnica da amamentação para que as mães possam amamentar por mais tempo e com mais conforto.

A formação profissional dos agentes de saúde implica muito mais do que esclarecer mães sobre as vantagens do aleitamento e ajudá-las a resolver eventuais dificuldades. Para que possam desempenhar as suas funções com eficiência e convicção e para decidir entre as alternativas que possam apresentar-se são necessários conhecimentos amplos e diversificados que extrapolam de longe o acto de amamentar (Silva, 2005).

O profissional de saúde, de acordo com a mesma referência, deve estar preparado não apenas para orientar a mãe no aleitamento de seu filho, mas também para avaliar o peso das dificuldades que ela possa enfrentar e ajudá-la a resolvê-las com o menor prejuízo possível para a criança. Cabe-lhe a responsabilidade de aplicar normas gerais, mas contando com o conhecimento necessário para ajustá-las em cada caso. Medicações a que a mãe se submete, doenças de que é portadora, condições e encargos familiares e de emprego são apenas algumas das variáveis que o agente de saúde deve estar preparado para ponderar e para orientar a mãe no encontro de soluções que sejam viáveis para ela que preservem a saúde do seu filho

É importante que se estabeleça uma “parceria de confiança”, isto é, ajude a aumentar a auto estima e a confiança. Ensinando e envolvendo nos cuidados ao bebé, a resolver as dificuldades que possam aparecer com a amamentação e como tomar a decisão correcta (Tamez, 2005; Ramalho, Vicente Castro e Galvão, 2010).

Para uma amamentação bem sucedida, Galvão (2006), há necessidade: consciencializar as mães da individualidade de cada bebé de forma a desenvolverem expectativas realistas face à amamentação e isentas de comparação; promover o contacto precoce mãe/bebé e a primeira mamada na meia hora que sucede ao parto favorecendo o envolvimento do pai e evitando o seu afastamento num período sensível e crítico na estruturação de laços vinculares e no desenvolvimento de afectos.

De acordo com Levy e Bértolo (2008) para que a amamentação tenha sucesso devem conjugar-se três factores: a decisão de amamentar, o estabelecimento da lactação e o suporte da amamentação.

Há evidências na literatura de que alguns componentes da família, em especial o pai e os avós das crianças, exercem um papel importante no estabelecimento e na manutenção do aleitamento materno (Guigliani, 2005).

Alguns estudos descrevem uma influência positiva dos pais no início e na duração do aleitamento materno (Beske e Gavis, 1982; Guigliani, Bronner, Cayaffa, Vogelhut, Witter e Perman, 1994 e Galvão 2006) assim como outros destacam a importância do apoio do pai à amamentação (Freed, Fraley e Schanler, 1992; Guigliani, Bronner, Cayaffa, Vogelhut, Witter e Perman, 1994) a presença dos pais também tem sido considerada um factor positivo para a amamentação exclusiva (Pereira, 2006).

Barros, Semer, Toniolo filho, Tomasi e Victora referiram que os pais têm influência em quatro aspectos particulares: na decisão de amamentar; no auxílio da primeira mamada, na duração da amamentação e no factor de risco para o uso do biberão (Pereira, 2006).

Essa influência dos pais no aleitamento materno tem sido mais evidente nas sociedades modernas ocidentais, onde a experiência passada por intermédio das mulheres de família tem diminuído, visto que as famílias não mantêm mais uma característica nuclear tão intensas quando no passado (Guigliani, 2005; Levy e Bértolo, 2008).

Nem todos os homens apoiam a amamentação, e alguns têm reacções que podem interferir negativamente com ansiedade, ciúme, rejeição, exclusão e dificuldades sexuais. Esses sentimentos podem gerar culpa e hostilidade no homem, causando da unidade familiar. Esse afastamento e a conseqüente falta de apoio constituem-se em uma ameaça ao sucesso da amamentação. As reacções negativas apresentadas por alguns pais no período de amamentação podem ser minimizadas se o pai for estimulado a envolver-se mais, participando activamente dos cuidados com o bebé e a mulher. Esse aspecto pode ser trabalhado durante o período pré-natal e após o nascimento da criança (Guigliani, 2005).

As avós da criança, quando presentes, de acordo com a mesma referência, costumam ter grande influência nas decisões familiares, incluindo aquelas relacionadas com a alimentação infantil. Como a maioria das avós de hoje teve os seus filhos nas décadas de 1960 a 1980, época em que o aleitamento materno, em especial o exclusivo, não era tão valorizado, as taxas de aleitamento materno eram muito baixas e imperava a crença do “leite fraco” e “pouco leite”, elas podem estar a transmitir às suas filhas e noras

práticas hoje consideradas obsoletas, como a suplementação precoce do leite materno com água, chás ou outros leites (Susin, Guigliani e Kummer, 2005).

Andrade e Taddei (2002) mostraram a associação entre presença de avó em casa e interrupção do aleitamento materno exclusivo nos primeiros três meses.

Portanto, a inclusão das avós em programas de promoção do aleitamento materno é muito importante para que, através do diálogo, elas possam expor as suas crenças e os seus sentimentos com relação à amamentação e possam receber informações actualizadas. Dessa forma, estarão melhor preparadas para exercer influência positiva para uma amamentação bem-sucedida das suas filhas e noras (Guigliani, 2005).

Relativamente aos profissionais de saúde e às suas implicações práticas para aumentar o sucesso da amamentação, Os estudos de Ingram, Johnson e Greenwood (2002) demonstraram que o ensino pré-natal e pós-natal sobre posicionamento e pega correcta. Galvão (2005) recomenda que a mãe deve ser encorajada a alimentar o seu bebé tão frequentemente e demoradamente quanto queira e se este adoptar um posicionamento correcto, de extrema importância na prevenção do traumatismo mamilar.

Compete aos profissionais de saúde, segundo Aranha (2001) e Ramalho (2009) promover e vigiar, tão precocemente quanto possível a relação mãe/filho, ensinando, esclarecendo e encorajando a prática de cuidados neonatais pela puérpera de forma a contribuir para uma possível prevenção ou minimização de algumas das perturbações psicológicas. Almeida e Ramos (2003) e Galvão (2006) salientam que é necessário esclarecer alguns “mitos” e falsos conceitos que são verbalizados pelas mulheres e que interferem com a amamentação.

Do trabalho com puérperas, Ramalho e Vicente Castro (2010), refere que emergiram principalmente: queixas somáticas e alterações do estado emocional (choro fácil, perturbação do sono, irritabilidade, perda de apetite, cefaleias e insegurança) na amamentação e no cuidar do bebé. E as dificuldades na amamentação (ingurgitamento mamário, mamilos dolorosos e /ou fissurados).

A informação reduzirá a ansiedade e a insegurança, trazendo maior controlo da situação, daí ser necessário identificar e estimular conceitos positivos; identificar e combater atitudes e ideias negativas, assim com desmistificar mitos e tabus (Pamplona, 2003).

O papel do sector da saúde na amamentação será desempenhado com maior eficácia através da formação de equipas multidisciplinares. Equipas essas em que os profissionais tenham conhecimentos do ciclo gravídico-puerperal, especialmente da amamentação (Pamplona, 2005).

Desta forma, o enfermeiro deve dar suporte emocional e psicológico durante a transição para a condição materna e ajudar a mãe e o filho no processo da amamentação que inclui: escuta activa, linguagem corporal, atenção, empatia, tomada de decisão e seguimento (Ramalho, 2008).

## 2.2- LINHAS TELEFÓNICAS DE APOIO

Ensinar e informar as mães sobre amamentação tendo presente o importante papel dos profissionais de enfermagem como educadores e zeladores de bem-estar promovendo comportamentos saudáveis das populações e indivíduos (Galvão, 2006).

Steel et al. (2003), Galvão (2006), Ramalho (2008) e Mendes (2009) nas suas investigações vem comprovar a importância do apoio pós-natal através de entrevistas telefónicas.

Em Portugal a Linha SOS Amamentação desde 1998, apoia e dá ajuda, informação correcta e técnicas eficazes para ultrapassar as dificuldades do aleitamento materno.

O atendimento é prestado por voluntários e permite vários tipos de ajuda imediata, com linguagem e informação precisa sobre a situação descrita para que a mãe, em casa, possa ultrapassar a situação, tendo com premissa promover a autoconfiança da mãe na sua capacidade de amamentar e em superar a dificuldade.

Primeiro ouvem a mãe e fazem o diagnóstico da situação. Há situações muito frequentes, tais como: descida do leite após o parto; dúvidas sobre a quantidade suficiente ou não do leite e se o leite é fraco; casos de ingurgitamento mamário, ductos bloqueados, mastite, candidíase mamária, fissuras e mamilos doloridos. Em todas estas

situações informam das várias técnicas e meios que a mãe pode aplicar em casa para resolver o problema, insistindo na explicação do que é uma "boa pega".

Há casos em que pedem para voltar a telefonar caso a situação não melhore ou se agrave, em outros casos ficam com o contacto da mãe para, eventualmente, obter *feedback* ou prestar informação adicional (informação que o voluntário precisa de esclarecer ou investigar). Nos casos de medicação recorrem muitas vezes ao banco de dados do Serviço de Informação sobre Medicamentos e Gravidez (SIMEG) da Maternidade Bissaya Barreto em Coimbra e ligam posteriormente à mãe.

Também em Portugal, outro projecto inovador, a linha de apoio pós-parto foi criada em Maio de 2007 para dar resposta às dificuldades das jovens mães após a saída da maternidade. A funcionar 24 horas por dia, o serviço, a cargo de enfermeiros, ajuda a esclarecer dúvidas e minorar a ansiedade pós-parto de quem telefona para o 244 817 031.

Um inquérito realizado por três enfermeiras do serviço de Obstetrícia do HSA, junto de 96 mulheres que tiveram bebé no Hospital Santo André, em Leiria, no sentido de avaliar a importância da linha de apoio pós-parto, revela que 77,08% indicaram o cansaço físico/mental como alterações emocionais mais frequentes, e 67,71% das inquiridas referiram as dores dos mamilos como principal desconforto. De salientar que 76,04% alimentavam o filho exclusivamente com leite materno ao 15º dia de puerpério (Macedo, Serranho e Silva, 2008).

O estudo revela o perfil das puérperas entrevistadas. Com uma média de idade próxima dos 30 anos, 77,08% são casadas ou vivem em união de facto, 38,54% possuem o 12º de escolaridade e 54,17% fizeram a vigilância da gravidez em consultório privado. A maioria (60,42%) já tinha tido outro (s) filho (s), tendo 73,96% referido não ter frequentado aulas de preparação para o parto.

O estudo realizado permitiu ainda concluir que para muitas mães (32,29%) a percepção do motivo do choro surge como a maior dificuldade sentida em relação ao recém-nascido. Por outro lado, 36,46% “demonstraram estar com défice de auto-cuidado na realização das tarefas domésticas habituais”, enquanto 65,62% adiantaram não ter tido apoio de profissionais de saúde no domicílio.

Contudo, a grande maioria – 88,54% - diz contar com o apoio do marido/companheiro. E embora a grande parte das puérperas não tenha recorrido à linha, 66,67% das puérperas entrevistadas entre Abril e Maio de 2008 afirmam-se “muito satisfeitas” com a sua existência e 30,21% “muitíssimo satisfeitas”. O sentimento de segurança que a existência da linha lhes transmite é reconhecido pela quase totalidade das mães inquiridas.

Ramalho (2008) concluiu que o apoio pós-parto através de entrevistas telefónicas é muito importante e necessário no: apoio e ajuda aos pais para esclarecer dúvidas, medos e ansiedades; suporte e manutenção da amamentação; despiste de complicações e detectar situações de risco.

Ainda Ramalho et al. (2009) num estudo quantitativo, descritivo e exploratório. Foi aplicado o questionário de satisfação da Linha Apoio Pós-parto a 2015 puérperas do Serviço de Obstetrícia do Hospital Santo André, EPE de Leiria, durante o período de 1 ano (Maio 2007 a Maio de 2008).

O grau de satisfação das puérperas foi avaliado em relação aos seguintes itens: atendimento (disponibilidade para esclarecer, apoio, simpatia, profissionalismo e organização) e melhoria comparativamente aos filhos anteriores. 74,9% puérperas ficaram satisfeitas com o internamento no Serviço de Obstetrícia das quais revelou estarem satisfeitas e 24,8% muito satisfeitas. Somente 0,3% da amostra estudada revelou insatisfação.

Também as dificuldades resultantes dos cuidados com o bebé, a fadiga associada ao desconforto (dores relacionadas com a perineorrafia e involução uterina) pelas mães; e pelos pais a referência da inexperiência e da insegurança em cuidar do bebé, foram enunciadas, de acordo com o estudo de Mendes (2009), como as grandes dificuldades para as quais o apoio no domicílio por profissionais de saúde teria sido facilitador, nomeadamente por enfermeiros.

### 2.3- VISITAS DOMICILIÁRIAS

A implementação de visitas de enfermagem domiciliares no puerpério é importante para assegurar uma transição segura entre o ambiente hospitalar e o domiciliar, auxiliando nos ajustamentos psicológicos e fisiológicos que ocorrem neste período. O serviço de visita de enfermagem domiciliar é um método preventivo que promove um relacionamento mãe e filho mais saudável, com uma diminuição de reinternamentos hospitalares (Tamez, 2005).

A implementação da visita domiciliária (que consta da Lei 4/84 de 5 de Abril de 1984 e da Lei 142/99, de 31 de Agosto de 1999 e do programa-tipo de actuação proposta pela Direcção Geral de Saúde que data de 1993), é também importante como elemento fundamental para uma prática de enfermagem mais interventiva numa abordagem sistemática de suporte técnico e relacional junto da mulher e respectiva família neste período do pós-parto (Mendes, 2009).

As necessidades de cuidados de saúde maternas e do recém-nascido surgem durante os primeiros dias do pós-parto. Num estudo realizado por Benett e colaboradores citado por Tamez (2005), com mães após a alta hospitalar no período do puerpério, detectaram-se os seguintes problemas: problemas psicossociais maternos como fadiga (8,1%), depressão (11,9%), problemas com o ambiente relacionados com as questões financeiras e sanitárias (5,4%), falta de suporte social (4%). Entre os problemas físicos maternos destacaram-se problemas com a amamentação, mamilos dolorosos (23%), ingurgitamento (19%). Também foram identificados problemas com episiotomia /incisões cirúrgicas (13,7%), obstipação (8,4%) e hemorróidas (6,7%). Nos recém-nascidos foram icterícia (32,6%), problemas com a alimentação (16,1%), perda de peso (13,9%) e desidratação (4,2%), sendo que a implantação das visitas de enfermagem domiciliares colaboram para a redução de alguns problemas.

Durante as visitas domiciliares existe uma grande oportunidade para instruir e educar a puérpera e sua família. Estas visitas nas primeiras semanas do puerpério acima de tudo são benéficas para as mães que amamentam, pois, sem apoio e suporte durante esses

primeiros dias críticos, as mães podem sentir-se desencorajadas com alguma dificuldade que se apresente, levando a descontinuar a amamentação. Durante as visitas domiciliares a enfermeira pode ajudar a mãe a ter êxito no processo da amamentação fornecendo soluções para as dificuldades comuns a este período crítico de transição (Tamez, 2005).

O aconselhamento individual, segundo Ramalho (2008), é muito importante e deve ser fornecido por profissionais de saúde bem treinados para poderem identificar e activamente solucionar as dificuldades e necessidades particulares das mulheres.

Quanto ao apoio dos profissionais de saúde, como refere Mendes (2009), está aquém das necessidades e expectativas de ambos os pais, sugerindo mais apoio técnico relacional, por parte destes. Referiram-se também à importância da prática da visita domiciliária, da linha telefónica de apoio e dos grupos de apoio nas maternidades e /ou nos centros de saúde, como aspectos que facilitariam o seu processo de ajustamento materno e paterno, no pós-parto.

## **PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**



## **1- RAZÕES PARA O ESTUDO**

A amamentação sofre influências diversas tanto presentes como passadas, tanto individuais como colectivas; pelas relações que a mulher estabelece com a família e amigos, pelas idiossincrasias e história individual, tanto quanto por outras circunstâncias que a assemelham a outras tantas mulheres, do mesmo grupo sócio-cultural ou sujeitas aos mesmos padrões sócio-culturais.

De acordo com a subjacente fantasia inconsciente e das fantasias conscientes predominantes, a amamentação será experimentada como uma alegria, um prodígio, um alívio, uma perda, um trauma, uma descoberta, provavelmente uma mistura de tudo isto.

A realidade externa do aleitamento materno pode ser delicada ou áspera, mas o sentido destes, e a medida em que são experimentados como agradáveis, perturbadores, suportáveis ou intoleráveis, estará intimamente ligado à disposição interna de todos os envolvidos.

Apesar da Organização Mundial de Saúde (2002) afirmar que o aleitamento exclusivo durante os seis meses de vida assegura o crescimento, desenvolvimento e saúde óptimos dos lactentes e depois dos seis meses em conjunto com uma alimentação complementar, continua a contribuir para a nutrição, desenvolvimento e saúde do lactente e da criança. Cada vez mais verificamos que muitas mães abandonam precocemente a amamentação.

Sabemos que existe uma multicausalidade para o abandono precoce do aleitamento materno, mas cada vez mais e na nossa prática verificamos que a motivação materna e o significado que a mãe atribui à experiência de amamentar são factores muito importantes para a manutenção da amamentação.

As razões que nos motivam para emprender este trabalho centram-se no conhecimento prévio e formação que dispomos sobre a temática e no facto da protecção, promoção e suporte ao aleitamento materno ser uma prioridade de saúde pública.

## **2- OBJECTIVOS DO ESTUDO**

Tendo presente as investigações anteriores justifica-se que se desenvolva a presente pesquisa para dar resposta à nossa preocupação prioritária: compreender, estudar e analisar as vivências, os sentimentos, os conteúdos fantasmáticos experienciados na vivência da relação entre a mãe e o bebé na amamentação. Daí que nesta investigação empírico analítica, temos como objectivos:

- Descrever as vivências e os sentimentos experienciados pela mãe na relação que estabelece com o bebé na amamentação;
- Compreender os conteúdos fantasmáticos, ansiedades, medos e fantasias que emergem na mãe na relação com o bebé na amamentação;

Propomos fazer este estudo com o propósito de sugerir recomendações para aperfeiçoar e melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem no apoio e manutenção da amamentação.



### **3- METODOLOGIA**

Procuraremos neste capítulo dar resposta às várias opções metodológicas que seguimos tendo em conta a grande questão que orienta toda a pesquisa: Quais as vivências e sentimentos experienciados pela mãe na relação que estabelece com o bebé na amamentação? e os objectivos da nossa investigação.

No sentido de tornar mais específica esta grande questão e atendendo que o tipo de estudo que nos propusemos realizar não supõe a formulação prévia de hipóteses formulámos algumas questões de investigação às quais pretendemos obter resposta:

- Haverá harmonia na relação da mãe com o bebé?
- Que comportamentos adopta na relação que estabelece com o bebé?
- Que tipo de conteúdos fantasmáticos, ansiedades, medos e fantasias emergem na amamentação?
- Que alterações emocionais ocorrem na mãe na relação com o bebé na amamentação?
- O que sente acerca do seu filho?

Foi neste contexto que se optou por realizar um estudo de tipo descritivo, longitudinal, utilizando a metodologia quantitativa e métodos de colheita de dados quantitativos e qualitativos. Para tal utilizaram-se entrevistas, questionários e observação participante, com o objectivo de apreender a totalidade da situação e, criativamente, descrever a complexidade do caso concreto. Podemos considerar que os dados foram colhidos em dois momentos distintos. O primeiro realizado às 48 horas pós parto, durante o internamento. A selecção das participantes foi feita por conveniência, entre puérperas do Serviço de Obstetrícia do Hospital Santo André, EPE de Leiria cujo parto ocorreu no período compreendido entre Março a Agosto de 2009. Tivemos como critérios de inclusão: as puérperas em alojamento conjunto e que praticassem aleitamento materno, uma vez que era necessário a observação da díade para o desenvolvimento do estudo

Nesta fase de modo a colher informações relativas às experiências vivenciadas no pós parto procedeu-se à aplicação da Escala da Avaliação Materna da Amamentação, o Inventário de Auto-estima Materna e um questionário que permitiu caracterizar a amostra em estudo. Foi também neste momento junto das puérperas que apresentaram antecedentes de perturbação do humor e perturbação de ansiedade, de acordo com DSM IV- TR (2006), que se procedeu à observação participante e ao desenvolvimento de entrevistas.

Às 24 horas após a alta hospitalar foi aplicado, a todas as puérperas, o questionário da linha da unidade de aconselhamento e apoio domiciliário, realizado por entrevista telefónica.

Aos 4 meses as puérperas que apresentaram antecedentes de perturbação do humor e perturbação de ansiedade foram alvo de um segundo momento de estudo, onde se desenvolveram entrevistas, via telefone, que consistiu na aplicação do questionário da linha da unidade de aconselhamento e apoio domiciliário associado ao preenchimento da Escala de Avaliação Materna da Amamentação e o Inventário do Afecto-Materno.

### 3.1- CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE

O Serviço de Obstetrícia – Internamento (Ala A) do Hospital Santo André de Leiria, EPE encontra-se na Torre Poente, no piso 2. Tem a lotação de 30 camas, estando estas distribuídas por oito enfermarias e dois quartos individuais, destinadas a puérperas (parto eutócico ou parto distócico- fórceps ou ventosa ou cesariadas). A duração do internamento é de 48 h para os partos eutócicos e distócicos (ventosas e fórceps sem complicações e de 96 h para as cesarianas. Em média por ano são atendidas 2200-2300 puérperas.

Quanto aos recursos humanos, é formado por uma equipa multidisciplinar – 15 enfermeiras, 6 médicos (Pediatras e Obstetras); 1 assistente social, 6 auxiliares de acção médica, 1 secretária de unidade e 1 administrativa do registo civil. Dão apoio ao serviço: o Capelão do Hospital, um técnico de farmácia, uma dietista e uma cabeleireira;

As enfermeiras cumprem um horário mensal estando distribuídas pelos turnos da manhã, tarde e noite, em grupos de 4, 2 e 2 elementos respectivamente. O método de trabalho utilizado pela equipa de enfermagem é o método individual, baseado numa metodologia científica, tendo como base o processo de enfermagem. Assim, cada enfermeira é responsável pela prestação de cuidados de enfermagem a um determinado número de puérperas e seus recém-nascidos que estão alojados em rooming-in (alojamento conjunto).

Para dar resposta às dificuldades das puérperas no domicílio. No âmbito da humanização de cuidados (projecto proposto pela Comissão de Humanização, da qual a investigadora faz parte como membro por nomeação desde 2007, ao Conselho de Administração), foi implementado pelas enfermeiras do Serviço de Obstetrícia do Hospital Santo André de Leiria, EPE a Unidade de Apoio Pós-parto.

A Unidade de Apoio Pós-parto – Linha “Buáa” é um serviço inédito de acompanhamento posterior à alta hospitalar. É uma linha telefónica de apoio pós-parto que funciona 24 horas por dia, através do qual as puérperas podem esclarecer dúvidas e minorar alguma ansiedade própria deste período.

Em prática desde Maio de 2007, o projecto “Buáa” tem como objectivos: apoiar os pais e os bebés nas primeiras dificuldades; ajudar e esclarecer dúvidas, medos ou ansiedades; orientar sobre os cuidados a ter em casa; apoiar e incentivar a amamentação; despistar complicações com o bebé e detectar de forma precoce as situações de risco.

Os casais são informados do serviço antes do parto, quando fazem a visita pré-natal ao Hospital, ficando a conhecer as instalações e os procedimentos. Depois durante o internamento, a mãe é entrevistada por uma enfermeira, que procura conhecer as principais dificuldades, ansiedades e esclarecer as dúvidas. E 24 horas após a alta do hospital, as mães são contactadas por telefone por uma das enfermeiras de serviço (destacada em horário mensal), para saber se precisa de algum apoio. Após esta entrevista as puérperas podem ligar a qualquer hora para a linha para esclarecer dúvidas ou pedir apoio.

### **3.2- INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS**

Como já foi referido integrámos os métodos qualitativos e quantitativos. A combinação de dados qualitativos e quantitativos num único projecto, porque a sua representação em palavras e números, são as duas linguagens fundamentais da comunicação humana. Na avaliação quantitativa procurámos mensurar, ou medir variáveis. Por outro lado, a avaliação qualitativa buscámos comportamentos, atitudes e situações.

Foram vários os instrumentos aplicados durante o desenvolvimento da presente pesquisa. De seguida proceder-se-á à explicação sumária de cada um deles:

**3.2.1.- Inventário de Auto-Estima Materna / The Maternal Self-Report Inventory (MSI)** de Shea e Tronick (1988), versão Portuguesa de Mendes (1992), versão adaptada de Galvão (2000)

Para medir, avaliar de forma válida e objectiva a auto-estima materna e conhecer alguns factores que a afectam. É um instrumento que pretende avaliar a auto-estima enquanto um fim psicológico mediando os efeitos dos factores bio-sociais que afectam a adaptação da mulher à maternidade.

Na sua construção os autores tiveram em consideração alguns questionários já existentes:” Child Rearing attitudes” de Schaefer e Bell (1958); “ Maternal attitudes Toward Pregnancy” de Blau (1962); do Inventário de Greenberg e Hurley (1971); “The Maternal Personality Inventory e por último uma entrevista estruturada de Barnard e Gortner (1977) “Maternal Adaptation”, identificaram sete dimensões conceptuais primárias – capacidade da mãe em satisfazer as necessidades básicas do bebé; capacidade em assumir o papel de mãe; aceitação do bebé; relação que espera ter com o bebé, sentimentos durante a gravidez, parto e pós-parto; aceitação parental; imagem corporal e saúde da mãe – e redigiram elevado número de afirmações, todas na primeira pessoa, relativas a cada uma das dimensões identificadas.

Assim para a dimensão “capacidade da mãe em satisfazer as necessidades básicas do bebé”, as afirmações foram elaboradas de modo a medir possíveis conflitos relativos à decisão de amamentação, da capacidade de tratar do bebé (dar banho e mudar as

fraldas), da capacidade em mostrar afeição pelo bebé (acalmá-lo e abraçá-lo), sendo igualmente abordada a irritabilidade da mãe em relação ao choro do seu filho.

Relativamente à segunda dimensão, “capacidade em assumir o papel de mãe”, os itens foram feitos com o sentido de permitirem medir sentimentos gerais de competência materna.

Quanto ao aspecto “aceitação do bebé”, as afirmações escolhidas visavam medir a satisfação da mãe em relação ao sexo, aspecto e confiança em relação ao desenvolvimento normal do seu bebé.

Para medir a “relação que espera ter com o bebé”, as questões procuram incidir sobre a capacidade da mãe em desenvolver uma relação carinhosa com o seu filho e as suas expectativas quanto ao bebé gostar de si. Procuraram igualmente englobar os sentimentos durante a gravidez, trabalho de parto e parto, assim como a aceitação parental.

Finalmente quanto à “imagem corporal e saúde da mãe”, as afirmações colocadas procuram medir sentimentos sobre a aparência pós-parto, saúde e energia.

Posteriormente pediram a dez mães e cinco psicólogos que arrumassem cada afirmação por categorias psicológicas homogéneas de acordo com o que cada afirmação descrevia o que sentiam e que atribuíssem um nome a cada categoria. A maioria agrupou as afirmações em seis ou sete categorias, tendo estas sido muito semelhantes às inicialmente previstas. As afirmações em que não houve consenso de classificação foram retiradas.

Após todo este processo de selecção foram escolhidos cem itens, cerca de quinze afirmações para cada dimensão. Os itens de cada uma das sete subescalas foram misturados aleatoriamente por todo o inventário havendo a preocupação de se escrever para cada uma igual número de itens negativos e positivos de forma a evitar estereótipos de resposta.

A validade externa do MSI foi demonstrada no processo de selecção de itens feita por cinco psicólogos e dez mães e por comparação com os outros instrumentos mantendo fortes correlações.

A validade concorrente foi medida através de uma versão de “Self Report Inventory” de Epstein e O’ Brien, verificando-se uma correlação elevada entre os dois instrumentos. Os resultados foram ainda comparados com avaliações clínicas da auto-estima materna.

A homogeneidade do MSI foi comprovada por elevadas correlações entre os resultados obtidos em dois momentos da sua aplicação.

Face à dificuldade de aplicação da versão original do MSI, pela sua extensão e morosidade de preenchimento, os autores desenvolveram posteriormente uma versão abreviada apenas com 26 questões, consideradas pelos autores como altamente correlacionadas com os resultados da totalidade do inventário, abrangendo as cinco primeiras dimensões. A dimensão referente aceitação parental e à imagem corporal e saúde foram retiradas atendendo a que os resultados obtidos não tiveram correlações significativas com a restante escala.

Assim, as dimensões deste inventário exploram os sentimentos de competência/incompetência da mãe face aos cuidados a prestar ao recém-nascido, quer do ponto de vista físico quer emocional, a sua capacidade e confiança para assumir a função materna, a adaptação ao bebé real e luto do bebé idealizado, a satisfação obtida na relação com o seu bebé, bem como os sentimentos com que viveram a gravidez e o parto.

#### **A- Capacidade de cuidar do bebé**

Segundo vários estudos, no dizer dos autores, as três tarefas mais importantes para a mãe são mostrar afeição pelo bebé, pegar no bebé e acalmá-lo e compreender as suas necessidades.

Esta dimensão confronta a mãe com a sua auto-percepção na adaptação à maternidade, quer ao nível dos cuidados práticos quer nas dimensões mais de carácter social e psicológico. Os autores pretendem analisar a percepção de cada mãe relativamente à sua capacidade ou dificuldade de lidar com o seu próprio bebé, perceber as suas necessidades quer nos aspectos práticos quer nos aspectos emocionais e responder-lhes adequadamente, avaliando os seus sentimentos de competência e adequação como mãe.

A versão original tinha 26 itens sendo reduzida para 6 na forma abreviada.

### **B- Capacidade e preparação geral para a função materna**

Para Shaefer e Bell, citados por Shea e Tronick (1988), a aceitação ou a rejeição do papel de mãe e os sacrifícios pessoais estão fortemente relacionados com as expectativas acerca da capacidade em assumir o papel de mãe. Estes autores consideram que a satisfação da mãe em cuidar do seu bebé está relacionada com a disponibilidade e confiança que possui em assumir a função materna como tarefa principal.

Nesta subescala vão, portanto, avaliar-se os sentimentos de prazer/desprazer causados pelos cuidados a ter com o bebé.

Com 25 itens na versão original apresenta 8 na forma abreviada.

### **C- Aceitação materna**

Nesta dimensão os autores pretendem avaliar a adaptação conseguida pelas mães ao seu bebé real, em confronto com as fantasias e expectativas que sobre ele fizeram durante a gravidez. É suposto que a aceitação da mãe e a felicidade que sente perante as características do seu bebé influenciem os seus sentimentos de competência como mãe.

Greenberg e Hurley, citados por Shea e Tronick (1988), verificaram que mães cujas expectativas face ao bebé não foram concretizadas tinham uma baixa auto-estima.

Tem 10 itens na versão original e apenas 3 na abreviada.

### **D- Relação esperada com o bebé**

Também nesta dimensão os autores procuram analisar adaptação da mãe ao bebé real em confronto com o bebé imaginário.

Benedek citado por Fitzgerald, Lester e Yogman (1988) verificou que a confiança e capacidade em ser mãe estão muito associadas à gratificação na relação e interacção próxima mútua que a mãe mantém com o seu filho.

Passou de 9 itens na versão original para 5 na forma abreviada.

### **E- Sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto**

Com 15 itens na versão original passou a 4 na forma abreviada.

Diversos autores, apontam a existência de uma correlação positiva entre o desejo de engravidar e as futuras relações das mães com os seus bebés. Os autores relacionam os sentimentos da mãe durante a gravidez, nomeadamente a sua aceitação, e período do parto com a facilidade ou dificuldade na aceitação do bebé no estabelecimento de uma boa relação com ele.

O intervalo da classificação de cada item da escala vai de 1 a 5 em que 1 pode responder a “discordo completamente”, mediante o item seja positivo ou negativo verificando-se exactamente o mesmo com a classificação 5. Segundo os autores poderão ser obtidos sub totais em cada dimensão que por sua vez poderão originar, por adição, um score total da escala correspondente a pontuação mais baixa a uma baixa auto-estima.

A versão Portuguesa foi traduzida e adaptada por Mendes (1992) com autorização dos autores e posteriormente utilizada noutros estudos em Portugal.

No estudo de Galvão (2006) a escala utilizada foi construída a partir do “Maternal Self-Report Inventory” de Shea Tronick (1988) versão Portuguesa de Mendes (1992). O estudo e análise detalhada que fez das questões da versão original e da forma abreviada levaram Galvão a fazer uma adaptação com 47 itens utilizando questões que lhes pareceu mais significativas para os objectivos e amostra do seu trabalho mantendo a totalidade das questões da forma abreviada e incluindo itens da forma original.

Assim, Galvão (2006) abordou um número de questões semelhantes em cada uma das cinco dimensões da forma abreviada utilizou para a dimensão B todas as 8 questões nela presentes, nas dimensões C e D, com 10 e 9 itens, respectivamente, na forma original, serviu-se de todos eles e para a dimensão A e E incluiu um total de 10 itens, para cada dimensão, construídos a partir das questões da forma abreviada e algumas da forma original. Para proceder à inclusão de maior número de afirmações nestas duas dimensões e porque na versão original foram elaboradas com 26 e 15 itens respectivamente, apresentando todas as afirmações presentes em cada subescala, para além das apresentadas na versão abreviada, pediu a nove mães e nove psicólogos que as posicionassem na ordem de grandeza de acordo com o que melhor pensassem medir a

capacidade da mãe para tratar do seu bebé e os sentimentos durante a gravidez, parto e pós-parto. Para o efeito foi redigida uma carta onde se incluíam orientações de preenchimento.

Analisadas todas as opiniões, de acordo com Galvão (2006), foram incluídas todas as afirmações que reuniam consenso na classificação respeitando-se o princípio enunciado pelos autores de agrupar para cada dimensão os itens a elas referentes mas numerados de acordo com a ordem de apresentação no questionário e administrados pela sua sequência de número e não dimensão por dimensão.

Posteriormente foi feito pré-teste da escala junto de 20 mães, não incluídas na amostra do estudo, no sentido de avaliar a sua validade de conteúdo, chegando assim à actual versão.

Para Galvão (2006), fazem então parte da cada dimensão os seguintes itens:

Dimensão A- 3,16,19, 23, 31, 32, 35, 36, 37e 46.

Dimensão B – 5, 7, 18, 24, 30, 38, 44 e 45.

Dimensão C – 1, 2, 8, 10, 11, 17, 27, 39, 41 e 42.

Dimensão D – 6, 9, 14, 20, 22, 26, 29, 34 e 47.

Dimensão E – 4, 12, 13, 15, 21, 25, 28, 33, 40 e 43.

### **3.2.2.- Escala de Avaliação Materna da Amamentação / Maternal Breastfeeding Evaluation Scale (MBFES)** de Ellen Leff, 1994, Versão Portuguesa de Galvão (2000).

A MBFES, desenvolvida por Ellen Leff (1994), permite avaliar diferentes aspectos relacionados com a amamentação baseando-se em critérios identificados por lactantes como importantes na percepção de sucesso na amamentação. É um válido e real instrumento de medida dos aspectos da amamentação que as mães identificaram como sendo importantes na definição da amamentação bem sucedida.

Permite medir a avaliação total que as mães fazem acerca da sua experiência da amamentação, considerando factores maternos e da criança, para além da satisfação materna em amamentar, e avalia a percepção materna sobre a qualidade da sua experiência tendo em conta o comportamento da criança como parte integrante. Segundo a autora o seu uso é adequado tanto após o término da amamentação como

depois do 1º, 2º ou 3º mês de amamentação e pode ser usada em conjunto com outras escalas de modo a avaliar, de forma compreensiva, a experiência de amamentação.

Foi desenvolvida e baseada em categorias identificadas em avaliação qualitativa e a sua validade testada de acordo com os procedimentos descritos por Imle e Atwood e Lynn. A escala revista de 30 itens apresenta correlação elevada com o total satisfação com a amamentação ( $r = 0.83$ ,  $p = 0.001$ ) indicando esta medidas um conceito similar. A coerência interna (alpha de cronbach) da escala total e das subescalas foi de 0.93, 0.93, 0.88 e 0.80 respectivamente e as correlações encontradas no Teste reteste ( $n=28$ ) foram de 0.93, 0.93, 0.94 e 0.82. A correlação da escala revista e das subescalas com uma medida separada da total satisfação materna com a amamentação foi de 0.83, 0.79, 0.70 e 0.55 e as correlações encontradas coma duração da amamentação foram de 0.48, 0.44, 0.45 e 0.28. Todas as correlações foram estatisticamente significativas para  $p < 0.001$  (Ellen Leff; Jefferis e Gagne, 1994).

A MBFES é constituída por 30 itens divididos em 3 subescalas, que tratam separadamente factores de sucesso da amamentação e permite identificar a percepção de sucesso da amamentação por parte da mãe, tendo cada item cinco possibilidades de resposta que, segundo a autora, variam desde 1 para discordo totalmente a 5 para concordo totalmente. Os itens negativos da escala obedecem à transformação dos scores (1 para 5, 2 para 4, etc.).

A primeira subescala, **Prazer e Papel Maternal**, é composta por 14 itens (1, 2, 6, 9, 11, 12, 16, 17, 18, 20, 21,23, 25, 30), reflectindo sentimentos positivos acerca de aspectos físicos e emocionais com a experiência da amamentação (Ex: sensação maravilhosa, satisfação interior, prazer, gostar muito, sentir-se relaxada) e relatando o afecto e envolvimento mãe criança (Ex: afecto, experiência materna, confiança como mãe, ligação ao bebé, trabalharem juntos, tornar o bebé mais seguro, importante poder amamentar, ajudar o bebé a ser saudável e a lutar contra doenças).

O facto deste conjunto de itens incorporarem o mesmo factor sugere, segundo Galvão (2006), que sentimentos positivos acerca da amamentação estão intimamente relacionados com crenças de que a amamentação é um fortificante da relação mãe-criança e incrementa o bom começo de vida do recém-nascido.

Estão presentes nesta dimensão os itens referentes à saúde da criança e resistência às doenças, de acordo com Galvão (2006), em vez de fazerem parte do factor satisfação infantil e crescimento da criança, por considerarem estarem intimamente relacionados com aspectos afectuosos da amamentação.

Na perspectiva materna os itens que compõem esta subescala constituem a maior componente da amamentação bem sucedida (Galvão, 2006).

A segunda subescala, **Satisfação e Crescimento da Criança**, é constituída por 8 itens (3, 4, 7, 15, 19, 24, 28), todos eles relacionados com a criança, referentes ao aumento ponderal e ao seu crescimento, à avidez durante a amamentação e às respostas emocionais para mamar (Ex: bebé não está interessado, não relaxado, adorou mamar, teve dificuldade no princípio, não se tranquiliza com a amamentação). Os itens reflectem diferenças individuais nas respostas das crianças e são independentes dos comportamentos maternos, embora sentidos pelas mães mas não controladas por estas.

O **Estilo de Vida e Imagem Corporal Materna** é a terceira dimensão a ser analisada na MBFES. Fazem parte desta dimensão um conjunto de 8 itens (5, 8, 13, 14, 22, 26, 27, 29), todos à excepção de um, redigidos de forma negativa. Um grupo de questões diz respeito à imagem corporal materna (Ex: ansiosa por ter o meu corpo de volta, constrangimento, sinto-me como uma vaca, fisicamente esgotante) e outro grupo de itens relata a amamentação como sendo uma tarefa ou fardo ou interferindo com outras actividades (Ex: sinto-me limitada, presa, obrigada, emocionalmente e fisicamente esgotante, adequação da amamentação com outras actividades). Todos os itens incluídos nesta dimensão descrevem como a amamentação impede a mãe de se sentir física e funcionalmente igual ao período anterior à gravidez.

Para Galvão (2006) este instrumento poderá ajudar a promover a amamentação como um processo de mútua satisfação, quer para a mãe quer para a criança, permitindo obter um score total e scores sub totais para cada uma das subescalas.

### 3.2.3.- Questionário da linha da unidade de aconselhamento e apoio domiciliária

No nosso estudo, ainda durante o internamento foi feita uma entrevista junto da puérpera que permitiu proceder ao preenchimento dos dados que constam na ficha domiciliária que serviu de base ao funcionamento da linha de apoio.

DADOS COLHIDOS
- Nome da puérpera _____
- Morada (localidade) _____
- Data de nascimento ___/___/___
- Idade _____
- Profissão _____
- Contactos telefónicos _____
- Data da entrevista ___/___/___
- Idade gestacional _____
- Médico assistente _____
- Gravidez de risco <input type="checkbox"/> Porquê? _____
- Data do parto ___/___/___
- Tipo de parto _____
- Nome do bebé _____
- Peso do bebé: Peso ao nascimento _____ Peso na alta _____
- Data da alta ___/___/___
- Complicações pós-parto _____
- Número de filhos _____ Idades _____
- Apoio familiar <input type="checkbox"/> Quem? _____
- Condições sócio-económicas _____

Às 24 horas pós a alta hospitalar foi aplicado às puérperas o questionário da linha da Unidade de aconselhamento e apoio domiciliária, composto por perguntas abertas e fechadas. Os questionários foram realizados por entrevista telefónica. A entrevista foi planeada, delineada cuidadosamente o objectivo a ser alcançado e o entrevistador obteve por uma pré-entrevista no internamento (no dia da alta) algum conhecimento prévio do entrevistado.

<b>ENTREVISTA TELEFÓNICA</b>	
<b>1- Aspectos psicológicos/estado emocional</b>	
Choro fácil	_____
Perturbação do sono	_____
Irritabilidade	_____
Perda de apetite	_____
Cefaleias	_____
Insegurança	_____
Preocupação	_____
<b>2 - Dor</b>	
Episiotomia	_____
Sutura operatória	_____
Queixas urinárias	_____
Involução uterina	_____
Necessidade de analgesia	_____

<b>3 - Mamas</b>
Mamilos dolorosos _____
Mamilos fissurados _____
Ingurgitamento mamário _____
Extracção manual _____
Extracção com bomba _____
<b>4 - Recém-nascido</b>
Tipo de alimentação – leite materno <input type="checkbox"/> leite artificial <input type="checkbox"/> aleitamento misto <input type="checkbox"/>
Número de refeições _____
Duração das refeições _____
Bolsa _____
Vomita _____
Adormece com facilidade _____
Cólicas _____
Choro fácil _____
Irritabilidade _____
Coto umbilical _____
<b>5 -Ensinos efectuados</b>
_____
_____
_____

<b>6 - Observações</b>
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<b>7 - Necessidade de novo contacto de enfermagem</b>
<hr/>

Como já se referiu este questionário foi de novo aplicado aos 4 meses de idade, por contacto telefónico, agora somente junto das mães que apresentaram perturbações de humor e perturbações de ansiedade. Nesta altura aplicou-se conjuntamente a Escala de avaliação Materna da amamentação e o Inventário do afecto materno.

**3.2.4- Inventário do Afecto Materno/ Maternal Attachment Inventory (MAI) de Mary Müller, 1994, versão Portuguesa de Galvão (2000).**

Mary Müller (1994) definindo envolvimento materno como a única relação afectuosa que se desenvolve entre a mulher e a criança que persiste através do tempo, tendo como corolário da definição a noção de que a ligação afectuosa é justamente um elemento da adaptação do papel materno, considerando-o como o maior contributo para o saudável crescimento e desenvolvimento da criança e constatando que muitos estudos o têm operacionalizado através da observação dos comportamentos maternos ou por scores da interacção mãe/criança e menos frequentemente o têm medido sob a forma de questionários direccionados às percepções maternas sobre os sentimentos acerca dos filhos, desenvolveu o Maternal Attachment Inventory (MAI) no sentido de fornecer uma medida prática do envolvimento materno como um componente da relação mãe/criança.

Os itens MAI foram identificados através de uma minuciosa revisão da literatura sobre ligação e adaptação materna e a validação do constructo foi avaliada por experts que numericamente os classificaram pela sua pertinência.

O MAI, dois outros indicadores de ligação materna (How I FEel About The Baby Now Scale e Maternal Separation Anxiety Scale) e uma medida de ajustamento materno (Maternal Attitudes e Maternal Adjustment Scale) foram respondidos por 196 mulheres aproximadamente um mês após o nascimento dos seus filhos. Dois subgrupos de mulheres completaram os instrumentos de pesquisa quando as suas crianças tinham 4 (Grupo A) e 8 (Grupo B) meses de idade tendo instrumento demonstrado prova de validade através de significantes correlações com os outros indicadores de ligação e ajustamento materno em todos os momentos. Em termos de fiabilidade demonstrou prova aceitável de consistência interna nos três momentos.

O MAI foi desenhado para ser auto-administrado implicando um nível de leitura adaptado e a colocação, no início do questionário, de instruções para o preenchimento. As possibilidades de resposta dos itens que compõem a escala são 4: a = quase sempre; b = muitas vezes c = às vezes; d = quase nunca, que se convertem em: a = 4; b = 3; c = 2; d =1. Todos os itens somados perfazem um único score com uma oscilação de 26 a 104 pontos, sugerindo a obtenção de um valor elevado uma forte ligação materna.

### **Estudo da fidelidade das escalas**

Para estudar a fidelidade das escalas aplicadas no trabalho procedemos à análise da sua consistência interna através do cálculo da correlação item-total e do coeficiente alpha de Cronbach se o item fosse retirado da escala. O estudo foi desenvolvido ao nível de cada uma das dimensões e também para o global de cada uma das escalas.

#### **A . DADOS RELATIVOS AO INTERNAMENTO**

Os resultados que constituem o quadro 1 permitem-nos conhecer a consistência interna das dimensões e do global da escala de avaliação materna da amamentação (MBFES). Como podemos verificar todos os itens se correlacionam positivamente com os totais das dimensões a que pertencem e com o total global e apenas os itens números 15 e 22, respectivamente, «enquanto amamentei preocupei-me com o aumento de peso do meu bebé» e «enquanto amamentei ansiava por retomar a minha forma física», apresentam correlação inferior a 0.200 (valor indicado por diversos autores como sendo o mínimo aceitável para que um qualquer item pertença à escala), o primeiro na dimensão **satisfação e crescimento da criança** e no global e o segundo apenas no global.

Os valores do coeficiente alpha de Cronbach, obtidos com base nos dados recolhidos no internamento, situaram-se entre 0.886 e 0.906 na dimensão **prazer e papel maternal**, entre 0.654 e 0.758, na dimensão **satisfação e crescimento da criança** e entre 0.663 e 0.740, na dimensão **estilo de vida e imagem corporal materna**. Na escala global, o coeficiente alpha apresentou valores que se situaram entre 0.889 e 0.902. Para o global das dimensões e para o global da escala total observamos valores de 0.900, 0.722, 0.723 e 0.896. Atendendo a que nos estudos desenvolvidos por Galvão (2006) os valores encontrados foram 0.93, 0.88, 0.80 e 0.93, respectivamente, podemos afirmar que no presente estudo a escala evidenciou uma consistência interna ligeiramente mais baixa mas que podemos considerar boa, na medida em que os valores do coeficiente alpha se situam acima de 0.700.

Quadro 1- Consistência interna das dimensões e do global da MBFES  
(no internamento)

Nº	Item	Dimensão		Global	
		A	B	A	B
01	A amamentação deu-me satisfação interior	0.596	0.892	0.573	0.891
02	A amamentação proporcionou-me momentos especiais com o meu bebé	0.671	0.890	0.629	0.890
06	Senti-me extremamente ligada ao meu bebé quando o amamentei	0.569	0.894	0.513	0.892
09	Para mim foi importante poder amamentar	0.629	0.892	0.560	0.891
11	Eu e o meu bebé trabalhámos em conjunto para que a amamentação corresse calmamente	0.578	0.893	0.595	0.890
12	A amamentação foi uma experiência muito afectiva e maternal	0.665	0.890	0.620	0.890
16	A amamentação acalmava o meu bebé quando este estava aborrecido ou chorava	0.450	0.899	0.469	0.892
17	A amamentação era como uma espécie de êxtase	0.351	0.906	0.329	0.895
18	O facto de poder produzir alimento para alimentar o meu bebé foi muito gratificante	0.631	0.891	0.569	0.891
20	A amamentação fez-me sentir uma boa mãe	0.603	0.892	0.508	0.892
21	Gostei muito de amamentar	0.746	0.886	0.678	0.889
23	A amamentação fez-me sentir mais confiante como mãe	0.638	0.891	0.531	0.891
25	A amamentação fez com que o meu bebé se sentisse mais seguro	0.573	0.893	0.579	0.890
30	A amamentação foi uma sensação maravilhosa para mim	0.720	0.887	0.669	0.889
<b><math>\alpha</math> global</b>		<b>0.900 (0.93)</b>			
03	O meu bebé não tinha qualquer interesse em mamar	0.519	0.671	0.414	0.893
04	O meu bebé adorou mamar	0.627	0.654	0.575	0.890
07	O meu bebé mamava avidamente	0.516	0.671	0.410	0.894
10	Durante a amamentação o crescimento do meu bebé foi excelente	0.461	0.686	0.478	0.892
15	Enquanto amamentei preocupei-me com o aumento de peso do meu bebé	0.063	0.758	0.127	0.899
19	No princípio o meu bebé teve problemas com a amamentação	0.414	0.702	0.343	0.897
24	O meu bebé desenvolveu-se muito bem com a amamentação	0.495	0.681	0.534	0.891
28	O meu bebé não relaxava enquanto mamava	0.312	0.713	0.414	0.893
<b><math>\alpha</math> global</b>		<b>0.722 (0.88)</b>			
05	Para mim foi um fardo ser a principal fonte de alimentação do meu bebé	0.377	0.703	0.383	0.894
08	A amamentação foi fisicamente esgotante	0.530	0.669	0.427	0.893
13	Enquanto amamentei senti constrangimento em relação ao meu corpo	0.475	0.683	0.371	0.894
14	Enquanto amamentei senti-me demasiado presa todo o tempo	0.545	0.669	0.444	0.893
22	Enquanto amamentei ansiava por retomar a minha forma física	0.242	0.740	0.106	0.902
26	Pude ajustar facilmente a amamentação do meu bebé com as minhas outras actividades	0.277	0.720	0.438	0.893
27	A amamentação fez-me sentir como se fosse uma vaca	0.362	0.706	0.319	0.895
29	A amamentação foi emocionalmente desgastante	0.562	0.663	0.564	0.890
<b><math>\alpha</math> global</b>		<b>0.723 (0.80)</b>		<b>0.896 (0.93)</b>	

A – Correlação item-total

B –  $\alpha$  se o item fosse eliminado

() – Valores observados por Galvão (2006)

Analisando os resultados da Consistência Interna do Inventário de Auto-estima Materna (MSI) que constituem os quadros 2 e 3 verificamos que na dimensão **capacidade para cuidar do bebé** existem três itens que apresentam correlação item-total inferior a 0.200. Concretamente os itens números 23, 36 e 37, «sinto-me competente por ser capaz de alimentar o meu bebé», «estou desejava de amamentar o meu bebé» e «sinto que tenho muito amor para dar ao meu bebé». Os valores do coeficiente alpha situaram-se entre 0.612 e 0.687, sendo o valor global 0.671.

Na dimensão **capacidade e preparação geral para a função materna** apenas o item número 24 «espero não me importar de ficar em casa a cuidar do meu bebé» apresentou baixa correlação com o total. Para o coeficiente alpha global observamos valores compreendidos entre 0.473 e 0.650, sendo que, para o conjunto dos oito itens que constituem esta dimensão o coeficiente apresentou o valor 0.552.

No que concerne à **aceitação materna**, verificamos que os itens números 2, 8, 11, 39 e 42, «estou desapontada com o sexo do meu bebé», «fiquei muito feliz quando vi pela primeira vez o meu bebé», «acho o meu bebé muito bonito», «estou segura de que o meu bebé vai ser forte e saudável» e «tenho grandes expectativas sobre como será o meu bebé» apresentam correlação item-total inferiores a 0.200. Os valores do coeficiente alpha variaram entre 0.452 e 0.546 e, em termos globais, o coeficiente apresentou o valor 0.550.

Na dimensão **relação esperada com o bebé** encontramos dois itens com valores baixos de correlação com o total, concretamente, os itens números 14 e 47, «pensar em segurar e abraçar o meu bebé é para mim muito agradável» e «estou certa que o meu bebé irá gostar muito de mim». O coeficiente alpha, se o item fosse eliminado, apresentou valores compreendidos entre 0.516 e 0.586, sendo o valor global 0.580.

Os itens números 15, 21 e 28, respectivamente, «quando soube que estava grávida tive sentimentos confusos sobre o que era ter um bebé», «enquanto estive grávida esperei ansiosamente o nascimento do meu bebé» e «durante a gravidez tive cuidado comigo» foram os que apresentaram correlação mais baixa com o total da dimensão **sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto**. Os valores do coeficiente alpha, se o item fosse eliminado, situaram-se entre 0.646 e 0.729, sendo o valor para o global 0.708.

Para o total da escala verificamos que existem nove itens com correlação item-total inferior a 0.200, nomeadamente, os itens números 11, 14, 21, 24, 25, 28, 36, 37 e 42, «acho o meu bebé muito bonito», «pensar em segurar e abraçar o meu bebé é para mim muito agradável», «enquanto estive grávida esperei ansiosamente o nascimento do meu bebé», «espero não me importar de ficar em casa a cuidar do meu bebé», «considerarei a experiência do parto muito

excitante», «durante a gravidez tive cuidado comigo», «estou desejosa de amamentar o meu bebé», «sinto que tenho muito amor para dar ao meu bebé» e «tenho grandes expectativas sobre como será o meu bebé». O coeficiente alpha apresentou valores compreendidos entre 0.827 e 0.840 e para o conjunto dos 47 itens observamos os valores 0.836.

Como podemos verificar a escala apresentou consistência interna elevada no global, boa consistência interna na dimensão **sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto**, consistência razoável na dimensão **capacidade de cuidar do bebé** e baixa consistência interna nas restantes dimensões. Comparativamente com os resultados observados por Galvão (2006) concluímos que, no nosso estudo, a escala apresentou consistência interna mais baixa mas aceitável.

Quadro 2 - Consistência interna das dimensões e do global do MSI

Nº	Item	Dimensão		Global	
		A	B	A	B
03	Sinto-me segura por ser capaz de satisfazer as necessidades físicas do meu bebé	0.247	0.662	0.267	0.833
16	Preocupa-me, com frequência, o facto de me poder esquecer de qualquer coisa e que, por isso, algo de mau possa vir a acontecer ao meu bebé	0.424	0.627	0.397	0.829
19	Preocupa-me vir a ter problemas em perceber aquilo que o meu bebé necessita	0.467	0.619	0.396	0.830
23	Sinto-me competente por ser capaz de alimentar o meu bebé	0.167	0.674	0.243	0.834
31	Preocupa-me não saber o que fazer se o meu bebé adoecer	0.480	0.612	0.413	0.829
32	É difícil para mim saber o que o meu bebé quer	0.490	0.614	0.437	0.829
35	Tenho medo de vir a ser desajeitada quando pegar no meu bebé	0.380	0.637	0.475	0.827
36	Estou desejosa de amamentar o meu bebé	0.060	0.687	0.168	0.835
37	Sinto que tenho muito amor para dar ao meu bebé	0.091	0.677	0.171	0.835
46	Preocupa-me se serei capaz de satisfazer as necessidades emocionais do meu bebé	0.378	0.638	0.385	0.830
<b><math>\alpha</math> global</b>		<b>0.671 (0.67)</b>			
05	Penso que serei uma boa mãe	0.282	0.523	0.279	0.834
07	Não confio muito na minha capacidade para ajudar o meu bebé a aprender coisas novas	0.291	0.509	0.322	0.832
18	Estou segura de que conseguirei resolver qualquer problema normal que possa ter com o meu bebé	0.387	0.473	0.412	0.830
24	Espero não me importar de ficar em casa a cuidar do meu bebé	0.037	0.650	0.059	0.840
30	Pensar em tudo o que tenho a fazer como mãe deixa-me deprimida	0.238	0.528	0.357	0.831
38	Sinto-me segura porque acho que serei capaz de ensinar coisas novas ao meu bebé	0.427	0.479	0.349	0.832
44	Sinto que farei um bom trabalho tomando conta do meu bebé	0.431	0.488	0.390	0.832
45	Sei o suficiente para poder ensinar ao meu bebé muitas coisas que ele/ela terá de aprender	0.346	0.496	0.327	0.832
<b><math>\alpha</math> global</b>		<b>0.552 (0.73)</b>			

A – Correlação item-total

B –  $\alpha$  se o item fosse eliminado

() – Valores observados por Galvão (2006)

Quadro 3 - Consistência interna das dimensões e do global do MSI (continuação)

Nº	Item	Dimensão		Global	
		A	B	A	B
01	O meu bebé é muito frágil, por isso preocupa-me que possa ser desajeitada com ele/ela	0.301	0.509	0.353	0.831
02	Estou desapontada com o sexo do meu bebé	0.176	0.541	0.212	0.834
08	Fiquei muito feliz quando vi pela primeira vez o meu bebé	0.172	0.546	0.218	0.835
10	Tenho fortes dúvidas que o meu bebé se venha a desenvolver normalmente	0.291	0.509	0.339	0.832
11	Acho o meu bebé muito bonito	0.138	0.546	0.130	0.835
17	Quando vi pela primeira vez o meu bebé fiquei desapontada	0.213	0.532	0.229	0.834
27	Preocupa-me se o meu bebé se irá desenvolver normalmente	0.346	0.488	0.308	0.832
39	Estou segura de que o meu bebé vai ser forte e saudável	0.183	0.538	0.336	0.832
41	Estou preocupada se o meu bebé se desenvolve normalmente	0.434	0.452	0.385	0.830
42	Tenho grandes expectativas sobre como será o meu bebé	0.162	0.546	0.012	0.839
<b><math>\alpha</math> global</b>		<b>0.550 (0.47)</b>			
06	Estou certa de que terei uma relação próxima e calorosa com o meu bebé	0.211	0.572	0.248	0.834
09	A expectativa de ter um bebé deu-me mais prazer do que actualmente tê-lo	0.245	0.562	0.209	0.835
14	Pensar em segurar e abraçar o meu bebé é para mim muito agradável	0.095	0.586	0.075	0.836
20	Sinto que não tenho facilidade em lidar com bebés pequenos	0.332	0.532	0.423	0.829
22	Preocupa-me se o meu bebé irá gostar de mim	0.342	0.531	0.399	0.829
26	Preciso de mais tempo para me adaptar ao meu bebé	0.294	0.549	0.395	0.830
29	Duvido que o meu bebé possa gostar de mim da maneira como sou	0.388	0.523	0.285	0.833
34	Penso que gostarei mais do meu bebé quando ele/ela for mais velho(a) e tiver personalidade própria	0.396	0.516	0.324	0.832
47	Estou certa que o meu bebé irá gostar muito de mim	0.191	0.571	0.307	0.833
<b><math>\alpha</math> global</b>		<b>0.580 (0.69)</b>			
04	Considero que o trabalho de parto e o parto foram das experiências mais desagradáveis que tive	0.552	0.651	0.286	0.833
12	Senti-me extremamente contente quando soube que estava grávida	0.240	0.703	0.204	0.834
13	Achei a experiência do trabalho de parto assustadora e muito desagradável	0.566	0.646	0.347	0.831
15	Quando soube que estava grávida tive sentimentos confusos sobre o que era ter um bebé	0.177	0.725	0.430	0.828
21	Enquanto estive grávida esperei ansiosamente o nascimento do meu bebé	0.048	0.729	0.064	0.838
25	Considerei a experiência do parto muito excitante	0.525	0.655	0.194	0.836
28	Durante a gravidez tive cuidado comigo	0.143	0.715	0.190	0.835
33	Achei as experiências do trabalho de parto e parto como as melhores da minha vida	0.543	0.651	0.231	0.835
40	Achei o trabalho de parto assustador	0.535	0.652	0.328	0.832
43	Senti-me emocionalmente preparada para o nascimento do meu bebé	0.291	0.697	0.273	0.833
<b><math>\alpha</math> global</b>		<b>0.708 (0.78)</b>		<b>0.836 (0.88)</b>	

A – Correlação item-total

B –  $\alpha$  se o item fosse eliminado

() – Valores observados por Galvão (2006)

## B. DADOS RELATIVOS AOS 4 MESES

Os dados recolhidos aos 4 meses, permitiram obter resultados semelhantes aos do internamento. Como podemos verificar analisando o quadro 4, o coeficiente alpha situou-se entre 0.767, na dimensão **satisfação e crescimento da criança**, e 0.959, na dimensão **prazer e papel maternal**. Para o global da escala observamos o valor 0.950.

Quadro 4- Consistência interna das dimensões e do global da MBFES  
(aos 4 meses)

Nº	Item	Dimensão		Global	
		A	B	A	B
01	A amamentação deu-me satisfação interior	0.731	0.957	0.751	0.947
02	A amamentação proporcionou-me momentos especiais com o meu bebé	0.922	0.953	0.896	0.946
06	Senti-me extremamente ligada ao meu bebé quando o amamentei	0.530	0.961	0.577	0.949
09	Para mim foi importante poder amamentar	0.707	0.958	0.716	0.948
11	Eu e o meu bebé trabalhámos em conjunto para que a amamentação corresse calmamente	0.892	0.953	0.867	0.946
12	A amamentação foi uma experiência muito afectiva e maternal	0.842	0.955	0.799	0.947
16	A amamentação acalmava o meu bebé quando este estava aborrecido ou chorava	0.821	0.955	0.718	0.948
17	A amamentação era como uma espécie de êxtase	0.573	0.962	0.637	0.948
18	O facto de poder produzir alimento para alimentar o meu bebé foi muito gratificante	0.893	0.953	0.873	0.946
20	A amamentação fez-me sentir uma boa mãe	0.817	0.955	0.762	0.947
21	Gostei muito de amamentar	0.899	0.953	0.907	0.946
23	A amamentação fez-me sentir mais confiante como mãe	0.655	0.960	0.581	0.949
25	A amamentação fez com que o meu bebé se sentisse mais seguro	0.831	0.955	0.813	0.947
30	A amamentação foi uma sensação maravilhosa para mim	0.862	0.954	0.852	0.946
<b>α global</b>		<b>0.959</b>			
03	O meu bebé não tinha qualquer interesse em mamar	0.391	0.633	0.298	0.951
04	O meu bebé adorou mamar	0.635	0.563	0.555	0.949
07	O meu bebé mamava avidamente	0.243	0.661	0.407	0.950
10	Durante a amamentação o crescimento do meu bebé foi excelente	0.565	0.581	0.766	0.947
15	Enquanto amamentei preocupei-me com o aumento de peso do meu bebé	-0.078	0.726	-0.150	0.954
19	No princípio o meu bebé teve problemas com a amamentação	0.419	0.621	0.370	0.951
24	O meu bebé desenvolveu-se muito bem com a amamentação	0.641	0.567	0.709	0.948
28	O meu bebé não relaxava enquanto mamava	0.187	0.694	0.578	0.949
<b>α global</b>		<b>0.767</b>			
05	Para mim foi um fardo ser a principal fonte de alimentação do meu bebé	0.409	0.807	0.573	0.949
08	A amamentação foi fisicamente esgotante	0.355	0.813	0.229	0.952
13	Enquanto amamentei senti constrangimento em relação ao meu corpo	0.564	0.782	0.601	0.949
14	Enquanto amamentei senti-me demasiado presa todo o tempo	0.673	0.767	0.643	0.948
22	Enquanto amamentei ansiava por retomar a minha forma física	0.524	0.789	0.372	0.951
26	Pude ajustar facilmente a amamentação do meu bebé com as minhas outras actividades	0.445	0.799	0.564	0.949
27	A amamentação fez-me sentir como se fosse uma vaca	0.565	0.783	0.690	0.948
29	A amamentação foi emocionalmente desgastante	0.694	0.762	0.623	0.948
<b>α global</b>		<b>0.810</b>		<b>0.950</b>	

Aos 4 meses aplicámos também o MAI e os dados observados permitiram-nos obter os resultados que apresentamos no quadro 5. Como podemos constatar todos os itens estão positivamente correlacionados com o total, variando os valores das correlações entre 0.291, no item “conheço a personalidade do meu bebé”, e 0.892, no item “sinto-me bem e feliz com o meu bebé”.

O coeficiente alpha para este inventário foi 0.961, sendo revelador de uma consistência interna elevada.

Quadro 5 - Consistência interna da MAI  
(aos 4 meses)

Nº	Item	Dimensão	
		A	B
01	Sinto amor pelo meu bebé	0.829	0.958
02	Sinto-me bem e feliz com o meu bebé	0.892	0.958
03	Quero passar momentos especiais com o meu bebé	0.603	0.960
04	Mal posso esperar para estar com o meu bebé	0.725	0.959
05	O simples facto de ver o meu bebé faz-me sentir bem	0.766	0.959
06	Sei que o meu bebé precisa de mim	0.872	0.958
07	O meu bebé é giro	0.825	0.958
08	Estou contente por este bebé ser meu	0.776	0.959
09	Sinto-me especial quando o meu bebé sorri	0.846	0.958
10	Gosto de olhar nos olhos do meu bebé	0.641	0.960
11	Gosto de pegar no meu bebé ao colo	0.876	0.958
12	Observo o meu bebé quando dorme	0.454	0.962
13	Quero o meu bebé junto de mim	0.687	0.959
14	Falo aos outros acerca do meu bebé	0.477	0.962
15	É divertido estar com o meu bebé	0.631	0.960
16	Gosto quando o meu bebé troca carinhos comigo	0.803	0.959
17	Tenho orgulho do meu bebé	0.755	0.959
18	Gosto de ver o meu bebé fazer coisas novas	0.767	0.959
19	Os meus pensamentos estão cheios com o meu bebé	0.767	0.959
20	Conheço a personalidade do meu bebé	0.291	0.965
21	Quero que o meu bebé confie em mim	0.742	0.959
22	Sei que sou importante para o meu bebé	0.816	0.958
23	Compreendo os sinais do meu bebé	0.366	0.964
24	Dou especial atenção ao meu bebé	0.852	0.958
25	Conforto o meu bebé quando ele/ela chora	0.723	0.959
26	Amar o meu bebé é fácil	0.756	0.959
<b><math>\alpha</math> global</b>		<b>0.961</b>	

A – Correlação item-total

B –  $\alpha$  se o item fosse eliminado

### 3.2.5 - Entrevista

As entrevistas foram abertas e desenvolvidas em profundidade tendo iniciado com uma grande questão aberta “ Como tem sido a sua experiência de amamentação?”

### 3.2.6. - Grelha de Observação mãe-bebé

Na observação – participante, o pesquisador - observador tornou-se parte integrante e, na relação face a face com os sujeitos de pesquisa, colheu dados e informações. A significância de um trabalho desta natureza é evidenciada pela riqueza, profundidade e singularidade das descrições obtidas.

Para a realização da observação criámos uma grelha observação mãe-bebé (Ramalho, 2010) (ANEXO IV), tendo como itens de observação:

#### Itens de observação

Nº	Sentimentos		Vivências		
	Em relação às necessidades e solicitações do bebé	Em relação à amamentação	Alterações emocionais / queixas da puérpera	Comportamentos da puérpera	Comportamentos da criança
Relacionamento como o bebé			Harmonia da relação		
Amamentação	Contacto com o corpo	Comunicação	Momentos de contacto	Expressão do rosto	Solicitação do recém-nascido

- **Sentimentos em relação às necessidades e solicitações do bebé:** ansiedade; insegurança; inexperiência; preocupação; incompetência; incapacidade; tranquilidade; segurança; experiente; despreocupação e falta de paciência.

- **Sentimentos em relação à amamentação dos seus bebés:** medo; insegurança; vergonha; falta de autoconfiança; desvalorização do colostro/leite; segurança; confiança e valorização do colostro/leite.

- **Vivências durante o internamento:** alterações emocionais (ansiedade, irritabilidade, tristeza, astenia, perturbação do sono, sensação de solidão, perda de memória, labilidade emocional, cefaleias, perda de memória, anorexia ou apatia) e queixas somáticas.
- **Comportamentos diversos da puérpera:** hostilidade (familiares, acompanhantes e pessoal hospitalar); acompanhante fóbico (mãe, irmã, amiga ou outro); necessidade imperiosa em relação de permanecer no hospital (manter internamento) ou exigir alta (abandonar); mecanismos maníacos (euforia, falante, muito preocupada com o aspecto, roupas e arranjo, recebe calorosamente as visitas/festejos ou declara sentir-se muito bem), ansiedades depressivas e paranóides (choro, aborrecimento, impaciências, ciúmes, despotismo, falta de carinho ou descuidada com a aparência e higiene) e temor/medo (roubo do RN, incapacidade de cuidar bem, perder o RN).
- **Comportamento do RN desde o bebé** (hipotónico, hipo-activo, irritado, choroso, inconsolável) ao bebé (mama com vigor, sonolento e calmo).
- **Relacionamento com o bebé na amamentação** (com ou sem dificuldade), no contacto corpo a corpo (sem, com ou excessiva manipulação) e comunicação (excesso ou deficit).
- **Harmonia da relação nos momentos de contacto a puérpera** (acaricia, transporta, abraça, embala, beija, vocalização ou movimentos cabeça e rosto) o seu RN e a expressão do rosto da puérpera (descontraída, feliz ou tensa e triste) e o olhar (feliz, alegre ou triste, tenso e com medo).
- **Resposta à solicitude do recém-nascido** (responde, ignora ou exagera).

## ENSAIO PILOTO

Terminada a redacção da grelha de observação a versão foi submetida à discussão e crítica do Professor orientador e de uma especialista em investigação e amamentação, por forma a avaliar a pertinência dos itens de observação bem como detectar possíveis ajustes.

Após esta primeira revisão e validação procedemos ao ensaio do instrumento utilizado no decorrer da pesquisa, durante o mês de Fevereiro de 2009, de forma a verificar que todos os itens eram importantes para a pesquisa.

Para o efeito foi realizada uma reunião com todos os elementos envolvidos nesta fase da pesquisa onde se solicitou a colaboração, críticas e sugestões.

Posteriormente demos início ao pré-teste, junto de uma amostra que reflectia a diversidade da população visada, constituída por 30 puérperas, mães de recém-nascidos saudáveis e a amamentar, que se encontravam nas 48 horas pós-parto em alojamento conjunto. Para que em conjunto se pudesse testar o instrumento.

Embora as pertinentes alterações introduzidas não reflectissem grandes modificações procedemos a um segundo pré-teste, junto de 10 puérperas que obedecessem aos mesmos critérios de inclusão, não tendo nesta fase surgido qualquer dúvida ou dificuldade pelo que se passou à redacção definitiva do instrumento a utilizar.

As informações obtidas nesta fase da pesquisa mereceram uma análise cuidada e tratamento adequado aos objectivos da sua realização.

### 3.3- PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Após a formalização oficial do estudo pela Universidade da Extremadura. Foi contactado o Doutor Vicente Castro. Director Departamento de Psicología y Sociología de la Educación e responsável pelo programa de Doutoramento “Nuevos Contextos de Intervención Psicológica en Educación, Salud y Calidad de Vida”, e foi pedida a sua colaboração na orientação do estudo.

Foi contactada a Doutora Dulce Maria Pereira Garcia Galvão. Professor Coordenadora na Área de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto, Doutora em Ciências de Enfermagem e autora do livro “*Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes*”. E pedida a sua colaboração na co-orientação no âmbito científico e específico da amamentação, ao qual se disponibilizou para repartir os seus conhecimentos.

Foi solicitado também Doutora Dulce Galvão a utilização e a aplicação dos instrumentos de colheitas de dados Inventário de Auto-estima Materna, Escala de

Avaliação Materna da Amamentação e Inventário do afecto materno que cedeu amavelmente uma cópia dos instrumentos por ela adaptados à população Portuguesa.

Foi feito pedido ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital Santo André, EPE de Leiria a autorização para a aplicação do Inventário de Auto-estima Materna e a Escala de Avaliação Materna da Amamentação no Serviço de Obstetrícia – Internamento e também o acesso à base de dados da Linha de Apoio pós-parto - Linha Buáa. Pedidos esses que foram autorizados pelo Conselho de Administração após esclarecimentos formais à Comissão de Ética.

A selecção das puérperas foi efectuada de forma intencional, tendo em conta os critérios de inclusão. As puérperas foram informadas dos procedimentos e dos objectivos do estudo, sendo garantida a voluntariedade de participação e processo de consentimento informado, salientando o respeito pela confidencialidade do tratamento de dados recolhidos. Para proceder à aplicação de todos os métodos de colheita de dados utilizados na pesquisa teve-se em conta o consentimento informado de todas as participantes tendo-se para o efeito apresentado por escrito o pedido formal de participação no estudo e as participantes terem consentido verbalmente colaborar.

### 3.4- RECURSOS MATERIAIS

Para a revisão e construção do marco teórico fizemos a deslocação a várias bibliotecas, consulta de documentos e livros. Foi necessária a aquisição de bibliografia importante, material variado de apoio e fotocópias dos questionários e escalas bem como deslocação para entrevistas e despesas com telefone. Pelo que a pesquisa teve um custo menos avultado, uma vez que já se dispunha de todo o material informático e o programa SPSS versão 17 necessário, embora a realização de qualquer investigação acarrete sempre gastos previmos que a motivação e o contributo do presente estudo justificaram todas as despesas.

### 3.5 – TRATAMENTO DE INFORMAÇÃO

#### **Dados quantitativos**

Para sistematizar a informação fornecida pelos dados, utilizámos técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial. O tratamento estatístico dos dados foi realizado informaticamente recorrendo ao programa Statistical Package for the Social Science (SPSS) na versão 17.0 de 2009.

Aplicámos e utilizámos as seguintes medidas e técnicas estatísticas:

- Frequências: absolutas (n) e relativas (%);
- Medidas de tendência central: média aritmética ( $\bar{x}$ ), média dos postos ( $\bar{x}_p$ ), mediana (Md) e moda (Mo);
- Medidas de dispersão ou variabilidade: o valor mínimo ( $x_{\min}$ ), valor máximo ( $x_{\max}$ ) e desvio padrão (s);
- Coeficientes: alpha de Cronbach ( $\alpha$ ) e correlação de Spearman ( $r_s$ );
- Testes de hipóteses: teste U de Mann-Whitney, teste Kruskal-Wallis, teste Wilcoxon, teste da significância do coeficiente de correlação de Spearman, teste Kolmogorov-Smirnov e teste Shapiro-Wilk.

A opção por testes não paramétricos justifica-se pelo facto das variáveis centrais do nosso estudo apresentarem distribuição de resultados não normais, como podemos verificar pela análise dos resultados da aplicação do teste Kolmogorov-Smirnov e teste Shapiro-Wilk, como testes de normalidade (quadro 6).

Em todos os testes fixámos o valor 0.050 para nível máximo de significância, ou seja, para a probabilidade máxima aceitável para a ocorrência do erro tipo I.

Quadro 6- Normalidade da distribuição dos resultados da Avaliação Materna da Amamentação e da Auto-estima Materna

Variável	Momento	No internamento		Aos 4 meses	
		$z^{(1)}$	$p^{(1)}$	$z^{(2)}$	$p^{(2)}$
Prazer e papel maternal		0.099	<0.001	0.753	<0.001
Satisfação e crescimento da criança		0.086	<0.001	0.891	<0.001
Estilo de vida e imagem corporal materna		0.077	<0.001	0.952	0.066
Global		0.059	<0.001	0.879	<0.001
Capacidade de cuidar do bebé		0.070	<0.001	a)	
Capacidade e preparação geral para a função materna		0.107	<0.001	a)	
Aceitação materna		0.092	<0.001	a)	
Relação esperada com o bebé		0.114	<0.001	a)	
Sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto		0.043	0.002	a)	
Global		0.029	0.148	a)	
Inventário de Afecto Materno		b)		0.873	<0.001

a) Escala não aplicada aos 4 meses b) Escala não aplicada no internamento <sup>(1)</sup> Teste Kolmogorov-Smirnov <sup>(2)</sup> Teste Shapiro-Wilk

### **Dados qualitativos**

Para procedermos ao tratamento da informação resultante da observação participante e entrevistas realizámos a análise de conteúdo de acordo com as técnicas de análise de conteúdo de Laurence Bardin (2008).

Na análise de conteúdo tivemos em atenção as três etapas do processo:

- Pré-análise (colheita e organização do material a ser analisado)
- Descrição analítica (estudo aprofundado do material, orientado pelo referencial teórico. A construção de categorias foi feita de acordo com as questões de investigação e os objectivos do nosso estudo. As unidades de registos foram escolhidas por tema - unidade de significação ou conteúdo – e libertaram-se naturalmente do texto. Os resultados obtidos, a confrontação sistemática com o material e o tipo de inferências alcançadas, serviram de base à análise. Das análises de frequência das categorias surgiram os quadros de referência).
- Interpretação inferencial (com os quadros de referência, os conteúdos - manifesto e latente - foram revelados em função dos propósitos do estudo).

### **Identificação das puérperas**

Todas as puérperas eram identificadas com um número de ordem para os questionários e o mesmo para todos os questionários utilizados. Registados em caderno de bordo, com a identificação, resumo de informações importantes e respectivos contactos telefónicos de todas as participantes no estudo mas apenas foi combinado o contacto aos 4 meses das puérperas que apresentavam alterações do humor ou alterações de ansiedade.



#### **4- ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

Seguidamente procedemos à análise e apresentação dos dados e resultados obtidos através da aplicação do instrumento de colheita que elaborámos e das técnicas estatísticas aplicadas.

Optámos por fazer primeiro a análise e apresentação descritiva, após a qual apresentamos e analisamos os resultados das técnicas inferenciais aplicadas para estudar as relações entre as variáveis que considerámos relevantes no âmbito do trabalho que desenvolvemos.

##### **4.1.- DADOS RELATIVOS AO INTERNAMENTO**

###### **Idade:**

Os resultados obtidos no internamento revelam que as 793 mães que colaboraram no estudo tinham idades compreendidas entre 17 e 46 anos, sendo a idade média 30.16 anos com desvio padrão 5.17 anos. Como se verifica, 37.5% das mães tinham idades entre 30 e 35 anos, seguidos de 29.8% cujas idades se situaram entre 25 e 30 anos e de 15.6% que pertenciam ao grupo etário dos 35 aos 40 anos. Metade das mães tinha pelo menos 30.00 anos (valor mediano).

###### **Profissão/ ocupação:**

Relativamente à profissão/ ocupação constata-se que 29.8% das mães pertenciam ao grupo V, ou seja, eram pessoal dos serviços e vendedores, seguiram-se 15.9% que pertenciam ao grupo IV (pessoal administrativo e similares) e 12.9% que eram domésticas.

**Estado civil:**

A maior parte das mães, concretamente 85.5%, disse estar na situação civil de casada.

**Residência:**

Verificamos também que 43.3% residiam em cidades, seguidas de 40.2% que residiam em meios rurais.

Quadro 7 - Distribuição da amostra segundo os dados sócio-demográficos

Variável	n	%
Grupo etário		
< 20	25	3.1
[20 – 25[	80	10.0
[25 – 30[	236	29.8
[30 – 35[	297	37.5
[35 – 40[	124	15.6
[40 – 45[	29	3.7
≥ 45	2	0.3
$\bar{x} = 30.16$ $Md = 30.00$ $s = 5.17$ $x_{\min} = 17.00$ $x_{\max} = 46.00$		
Profissão / Ocupação		
Grupo I	4	0.5
Grupo II	91	11.5
Grupo III	83	10.5
Grupo IV	126	15.9
Grupo V	236	29.8
Grupo VI	2	0.3
Grupo VII	78	9.8
Grupo VIII	11	1.4
Grupo IX	23	2.9
Desempregada	9	1.2
Estudante	27	3.4
Doméstica	102	12.9
Reformada	1	0.1
Estado civil		
Casada	678	85.5
Solteira	110	13.9
Divorciada	5	0.6
Área de residência		
Cidade	343	43.3
Vila	131	16.5
Rural	319	40.2

**Legenda:**

- Grupo I – Quadros superiores administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas
- Grupo II – Especialistas, profissões intelectuais e científicas
- Grupo III – Técnicos e profissionais de nível intermédio
- Grupo IV – Pessoal administrativo e similares
- Grupo V – Pessoal de serviços e vendedores
- Grupo VI – Agricultores e trabalhadores da agricultura e pescas
- Grupo VII – Operários, artífices e trabalhadores similares
- Grupo VIII – Operadores instalações e máquinas e trabalhadores de montagem
- Grupo IX – Trabalhadores não qualificados

### **Antecedentes obstétricos:**

Relativamente aos antecedentes obstétricos das mães inquiridas no internamento, verificamos que a maioria, concretamente 61.4%, afirmou que não teve ou não eram relevantes. Verificamos ainda que 12.4% referiram infeções e 11.7% disseram ter tido abortos espontâneos.

### **Antecedentes pessoais:**

No que concerne aos antecedentes pessoais, constatamos que 66.0% disseram que não tinham significado, seguidas de 15.6% que referenciaram doenças crónicas, de 8.6% que foram sujeitas a operações cirúrgicas e de 6.6% que disseram ter alergias a medicamentos.

### **Vigilância da gravidez:**

A maioria das mães (58.1%) fez a vigilância da gravidez em médicos especialistas, seguidas de 24.6% que foram vigiadas nos Centros de Saúde e de 16.1% que fizeram a vigilância no hospital.

### **Experiência anterior de amamentação:**

Relativamente à experiência anterior de amamentação, constatamos que 59.3% das mães disseram não ter esse tipo de experiência.

### **Tempo de amamentação do último filho :**

Quanto ao tempo de amamentação do último filho, apenas obtivemos esta informação em 66 casos. Os valores referidos situaram-se entre 1 e 30 meses, sendo a média 6.33 meses com desvio padrão de 7.16 meses. Metade destas mães amamentou o último filho pelo menos 5.50 meses.

Quadro 8- Mães segundo os dados relativos aos antecedentes

Variável	n	%
Antecedentes obstétricos		
Não tem ou não são relevantes	487	61.4
Aborto espontâneo	93	11.7
IVG	27	3.4
Morte fetal	5	0.6
Morte pós-parto	4	0.5
Infecção	98	12.4
Esterilidade primária	13	1.6
Hipertensão	54	6.8
Diabetes gestacional	26	3.3
Outros (mola hidatiforme, quistos, tumores, descolamento de placenta)	44	5.5
Antecedentes pessoais		
Sem significado	523	66.0
Depressão	16	2.0
Psiquiátricos	14	1.8
Doença crónica	124	15.6
Doença aguda	3	0.4
Acidente	3	0.4
Operação cirúrgicas	68	8.6
Ansiedade	14	1.8
Outros (alergias medicamentosos)	52	6.6
Vigilância na gravidez		
Sem vigilância	9	1.1
Centro de Saúde	195	24.6
Médico especialista	461	58.1
Hospital	128	16.1
Experiência de amamentação		
Sim	323	40.7
Não	470	59.3
Tempo de amamentação do último filho (meses)		
< 6	40	5.0
[6 – 12[	15	1.9
[12 – 18[	6	0.8
≥ 18	5	0.6
Desconhecido	727	91.7
$\bar{X} = 6.33$ $Md = 3.50$ $s = 7.16$ $x_{\min} = 1.00$ $x_{\max} = 30.00$		

**Apoio familiar e social:**

Como podemos verificar pelos dados apresentados no quadro 9, a maioria das mães inquiridas no internamento (91.3%) afirmou que teve apoio do marido ou do pai do bebé, 27.1% disseram que o apoio foi dado pela mãe, 8.3% foram apoiadas pela sogra e 7.6% refeririam ter sido apoiadas por outros familiares, nomeadamente, irmãos, filhos, avó e tia. Verificamos também que quase todas as mães (95.8%) afirmaram não necessitar de apoio social.

Quadro 9 - Mães segundo os dados referentes ao apoio

Variável	n	%
Apoio familiar		
Marido/pai do bebé	724	91.3
Mãe	215	27.1
Sogra	66	8.3
Família	8	1.0
Amigos	2	0.3
Outros (irmãos, filhos, avó, tia)	60	7.6
Ninguém	3	0.4
Necessidade de apoio social		
Sim	33	4.2
Não	760	95.8

**Dados obstétricos:**

Com base nos dados colhidos no internamento, verificamos que 48.5% das mães tiveram apenas uma gestação, seguindo-se 35.9% que tiveram duas gestações e 10.3% que tiveram três gestações. A maioria das mães, exactamente 55.6%, eram primíparas e 35.9% já tinham parido duas vezes. Como podemos constatar, 53.7% das mães tiveram parto eutócico, seguindo-se 34.6% que tiveram parto por cesarianas.

Quadro 10 - Mães segundo os dados obstétricos

Variável	n	%
Número de gestações		
I	385	48.5
II	285	35.9
III	82	10.3
IV	28	3.5
V	7	0.9
VI	5	0.6
Mais de seis	1	0.1
Paridade		
I	440	55.6
II	281	35.4
III	55	6.9
IV	9	1.1
V	7	0.9
Mais de cinco	1	0.1
Tipo de parto		
Eutócico	426	53.7
Cesariana	274	34.6
Ventosa	82	10.3
Fórceps	11	1.4

**Dados referentes aos recém-nascidos:**

As informações que recolhemos, no internamento, quanto ao recém-nascido revelaram que em nove dos casos nasceram gémeos. Como estes casos são pouco representativos, os dados que apresentamos no quadro 11 reportam-se apenas ao filho que nasceu primeiro.

Como podemos constatar a proporção de recém-nascidos do sexo masculino era ligeiramente superior (50.2%) à dos do sexo feminino (49.8%).

Os pesos à nascença situaram-se entre 1925 e 4600 gramas, sendo a média 3227.01 gramas com desvio padrão de 448.18 gramas. Metade dos recém-nascidos apresentou peso igual ou superior a 3210.00 gramas. Verificamos também que 40.7% dos bebés nasceram com peso compreendido ente 3000 e 3500 gramas, seguidos de 28.2% que tinham peso entre 2500 e 3000 gramas e de 21.7% cujo peso estava compreendido entre 3500 e 4000 gramas.

A maioria dos recém-nascidos, concretamente 91.7%, revelou um índice de APGAR ao primeiro minuto entre 8 e 9 e ao quinto minuto 73.7% tinham um APGAR igual a 10, seguidos de 26.0% que continuavam com índices entre 8 e 9.

Quanto ao tipo de alimentação do recém-nascido, a maioria das mães (94.3%) referiu que era constituída exclusivamente por aleitamento materno.

Quadro 11 - Dados referentes aos recém-nascidos

Variável	n	%
Sexo do recém-nascido		
Masculino	398	50.2
Feminino	395	49.8
Peso do recém-nascido (gramas)		
< 2000	3	0.4
[2000 – 2500[	34	4.3
[2500 – 3000[	224	28.2
[3000 – 3500[	323	40.7
[3500 – 4000[	172	21.7
≥ 4000	37	4.7
$\bar{X} = 3227.01$ $Md = 3210.00$ $s = 448.18$ $x_{\min} = 1925.00$ $x_{\max} = 4600.00$		
Índice de APGAR ao 1º minuto		
< 6	4	0.5
6 – 7	22	2.8
8 – 9	727	91.7
10	40	5.0
Índice de APGAR ao 5º minuto		
< 6	-	0.0
6 – 7	2	0.3
8 – 9	206	26.0
10	585	73.7
Tipo de alimentação do recém-nascido		
Aleitamento materno exclusivo	748	94.3
Aleitamento misto	45	5.7

**Contactos com a unidade de apoio domiciliário:**

Nos contactos com a unidade de apoio domiciliário, 75.4% das mães apresentaram dúvidas ou queixas e 20.8% não apresentaram nem uma coisa nem outra.

Em cerca de três quartos dos contactos com aquela unidade, ou seja, em 76.0% dos casos foram feitos ensinamentos e, como podemos verificar, os ensinamentos mais frequentes envolveram o esvaziamento mamário (61.0%), os cuidados com os mamilos (34.5%), as técnicas de amamentação (23.7%), o alívio das dores (16.6%), a necessidade de vigilância do recém-nascido (15.8%), a necessidade de despertar o recém-nascido para mamar (13.6%) e o horário das mamadas (10.1%).

Quadro 12- Dados referentes ao contacto com a unidade de apoio domiciliário

Variável	n	%
Resultado do contacto		
Sem dúvidas ou queixas	165	20.8
Com dúvidas ou queixas	598	75.4
Não atendeu	30	3.8
Foram feitos ensinios		
Sim	603	76.0
Não	190	24.0
Tipo de ensinios feitos		
Esvaziamento mamário	368	61.0
Cuidados com os mamilos	208	34.5
Técnica de amamentação	143	23.7
Alívio das dores	100	16.6
Necessidade de vigilância do recém-nascido	95	15.8
Necessidade de despertar o recém-nascido para mamar	82	13.6
Horário das mamadas	61	10.1
Massagem anti-cólicas	53	8.8
Alimentação do lactente	38	6.3
Conservação do leite	34	5.6
Aleitamento misto	26	4.3
Cumprimento da medicação	21	3.5
Vigilância do coto umbilical	21	3.5
Mamadas mais prolongadas	14	2.3
Vigilância das perdas hemáticas	8	1.3
Contraceção	1	0.2

### **Aplicação da escala de avaliação materna da amamentação:**

Os dados obtidos com a aplicação da escala de avaliação materna da amamentação, no internamento, permitiram determinar os resultados apresentados no quadro 13. Como podemos verificar, na dimensão **prazer e papel maternal** observámos valores compreendidos entre 20 e 70 pontos, sendo a média 60.57 pontos com desvio padrão de 7.08 pontos e metade das mães obteve scores iguais ou superiores a 62.00 pontos.

Para a dimensão **satisfação e crescimento da criança** os valores observados situaram-se entre 11 e 40 pontos, sendo o valor médio 31.27 pontos com desvio padrão de 4.82 pontos. Com resultados iguais ou superiores a 32.00 pontos situaram-se 50.0% das mães.

Os scores observados na dimensão **estilo de vida e imagem corporal materna** situaram-se entre 13 e 40 pontos e 50.0% das mães obtiveram pelo menos 32.00 pontos. O valor médio situou-se nos 31.82 pontos, sendo o desvio padrão 4.67 pontos.

Em termos globais, observaram-se resultados compreendidos entre 64 e 150 pontos e metade das mães apresentaram resultados iguais ou superiores a 125.00 pontos. O score médio situou-se nos 123.66 pontos com desvio padrão 13.61 pontos.

Através dos valores médios ponderados pelo número de itens, podemos concluir que as mães consideraram a amamentação melhor sucedida em termos do prazer e papel maternal, seguido dos estilos de vida e imagem corporal materna e da satisfação e crescimento da criança. Globalmente, podemos afirmar que as mães tenderam a avaliar a amamentação com bem sucedida.

Quadro 13 - Medidas descritivas observadas para as dimensões e global da Escala de Avaliação Materna da Amamentação (no internamento)

Dimensões	$\bar{x}$	Md	s	X <sub>min</sub>	X <sub>máx</sub>	$\bar{x}_{pond}$
Prazer e papel maternal	60.57	62.00	7.08	20.00	70.00	4.33
Satisfação e crescimento da criança	31.27	32.00	4.82	11.00	40.00	3.91
Estilo de vida e imagem corporal materna	31.82	32.00	4.67	13.00	40.00	3.98
Global	123.66	125.00	13.61	64.00	150.00	4.12

$\bar{x}_{pond}$  = média ponderada pelo número de itens

### **Aplicação do inventário de auto-estima materna.**

Os resultados que apresentamos no quadro 14, foram obtidos com base nos dados observados através do inventário de auto-estima materna.

Verificamos que na dimensão **capacidade de cuidar do bebé** os valores se situaram entre 19 e 50 pontos, sendo a média 35.67 pontos com desvio padrão 5.65 pontos. Metade das mães obteve nesta dimensão pelo menos 35.00 pontos.

Em termos da **capacidade e preparação geral para a função materna**, observamos scores compreendidos entre 21 e 49 pontos e 50.0% das mães apresentaram resultados iguais ou superiores a 34.00 pontos. O valor médio foi de 33.55 pontos com desvio padrão de 3,44 pontos.

Para a dimensão referente à **aceitação materna** as mães apresentaram valores compreendidos entre 22 e 50 pontos, sendo a média 38.36 pontos com desvio padrão de 4.11 pontos. Metade das mães apresentou scores iguais ou superiores a 38.00 pontos.

Ao nível da **relação esperada com o bebé** observamos valores compreendidos entre 22 e 45 pontos e 50.0% das mães aprearam pelo menos 40.00 pontos. O valor médio situou-se nos 39.05 pontos com desvio padrão de 4.57 pontos.

Para a dimensão **sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto**, os valores observados estavam compreendidos entre 13 e 50 pontos e metade dos elementos da amostra em estudo obteve resultados iguais ou superiores a 36.00 pontos. A pontuação média situou-se nos 35.99 pontos com desvio padrão de 6.46 pontos.

Em termos globais, as mães apresentaram scores compreendidos entre 134 e 231 pontos, sendo a média 182.62 pontos com desvio padrão de 17.00 pontos. Metade das mães teve resultados iguais ou superiores a 183.00 pontos.

Comparando os valores das médias ponderadas verificamos que as mães evidenciaram maior auto-estima ao nível da relação esperada com o bebé, seguida da capacidade e preparação geral para a função materna. Por outro lado, elas revelaram menor auto-estima na capacidade de cuidar do bebé e nos sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto. Globalmente, as mães evidenciaram uma razoável auto-estima.

Quadro 14 - Medidas descritivas observadas para as dimensões e global do Inventário da Auto-estima Materna

Dimensões	$\bar{X}$	Md	s	$x_{\min}$	$x_{\max}$	$\bar{X}_{\text{pond}}$
Capacidade de cuidar do bebé	35.67	35.00	5.65	19.00	50.00	3.57
Capacidade e preparação geral para a função materna	33.55	34.00	3.44	21.00	49.00	4.19
Aceitação materna	38.36	38.00	4.11	22.00	50.00	3.84
Relação esperada com o bebé	39.05	40.00	4.57	22.00	45.00	4.34
Sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto	35.99	36.00	6.46	13.00	50.00	3.60
Global	182.62	183.00	17.00	134.00	231.00	3.88

$\bar{X}_{\text{pond}}$  = média ponderada pelo número de itens

### **Estudo da correlação entre a avaliação materna da amamentação e a auto-estima materna:**

No quadro 15 apresentamos os resultados do estudo da correlação entre a avaliação materna da amamentação e a auto-estima materna. O estudo foi realizado, para todas as dimensões e respectivos globais, através do cálculo do coeficiente de correlação de Spearman e do respectivo teste de significância. Como podemos constatar todas as correlações são positivas e a maioria é estatisticamente significativa ( $p < 0.050$ ). Estes resultados, permitem-nos concluir que as mães com melhor auto-estima tendem a evidenciar maior satisfação com a amamentação e com a qualidade desta experiência.

Quadro 15 - Correlação da Avaliação Materna da Amamentação com a Auto-estima Materna

Variáveis	Prazer e papel maternal		Satisfação e crescimento da criança		Estilo de vida e imagem corporal materna		Global	
	$r_s$	p	$r_s$	p	$r_s$	p	$r_s$	p
Capacidade de cuidar do bebé	+0.18	<0.001	+0.25	<0.001	+0.27	<0.001	+0.28	<0.001
Capacidade e preparação geral para a função materna	+0.19	<0.001	+0.19	<0.001	+0.28	<0.001	+0.27	<0.001
Aceitação materna	+0.04	0.332	+0.09	0.013	+0.17	<0.001	+0.12	0.001
Relação esperada com o bebé	+0.11	0.002	+0.17	<0.001	+0.28	<0.001	+0.22	<0.001
Sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto	+0.28	<0.001	+0.21	<0.001	+0.25	<0.001	+0.31	<0.001
Global	+0.24	<0.001	+0.26	<0.001	+0.35	<0.001	+0.35	<0.001

### **Relação da avaliação materna da amamentação e da auto-estima materna com a idade das mães:**

Estudámos também a relação da avaliação materna da amamentação e da auto-estima materna com a idade das mães. Para tal recorreremos ao cálculo do coeficiente de correlação de Spearman e à aplicação do respectivo teste de significância. Analisando os resultados apresentados no quadro 16 podemos verificar que apenas existem correlações estatisticamente significativas entre a idade da mãe e a auto-estima no seu global ( $p = 0.021$ ) e também nas dimensões **relação esperada com o bebé** ( $p = 0.030$ ) e **sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto** ( $p = 0.002$ ).

Atendendo a que, nestes casos, os coeficientes apresentam valor positivo, podemos concluir que as mães mais velhas tendem a revelar melhor auto-estima.

Quadro 16 - Correlação da Avaliação Materna da Amamentação e da Auto-estima Materna com a idade da mãe

Variáveis	Idade da mãe	
	$r_s$	p
Prazer e papel maternal	+0.01	0.998
Satisfação e crescimento da criança	+0.07	0.051
Estilo de vida e imagem corporal materna	+0.01	0.879
Global	+0.03	0.482
Capacidade de cuidar do bebé	+0.04	0.211
Capacidade e preparação geral para a função materna	+0.02	0.641
Aceitação materna	+0.02	0.637
Relação esperada com o bebé	+0.08	<b>0.030</b>
Sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto	+0.11	<b>0.002</b>
Global	+0.08	<b>0.021</b>

**Comparação da avaliação materna da amamentação e da auto-estima materna em função do estado civil:**

A comparação da avaliação materna da amamentação e da auto-estima materna em função do estado civil das mães foi efectuada aplicando o teste U de Mann-Whitney. Para tal, considerámos as mães agrupadas em duas categorias, casadas e não casadas, associando neste último grupo as solteiras e as divorciadas.

Os resultados que constituem o quadro 17 revelam que só existem diferenças estatisticamente significativas na auto-estima global ( $p = 0.009$ ) e nas dimensões **relação esperada com o bebé** ( $p = 0.004$ ) e **sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto** ( $p = 0.015$ ). Comparando os valores das medidas de tendência central verificamos que as mães casadas evidenciam melhor auto-estima global e também na relação esperada com o bebé e nos sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto.

Quadro 17 - Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e da Auto-estima Materna em função do estado civil da mãe

Variáveis	n	$\bar{X}_p$	$\bar{X}$	Md	z	p
Estado civil						
<b>Prazer e papel maternal</b>						
Casada	678	398.76	60.62	62.00	-0.525	0.599
Não casada	115	386.64	60.27	62.00		
<b>Satisfação e crescimento da criança</b>						
Casada	678	397.36	31.27	32.00	-0.108	0.914
Não casada	115	394.87	31.27	32.00		
<b>Estilo de vida e imagem corporal materna</b>						
Casada	678	401.68	31.89	32.00	-1.400	0.162
Não casada	115	369.41	31.44	31.00		
<b>Global</b>						
Casada	678	399.71	123.77	125.00	-0.808	0.419
Não casada	115	381.05	122.98	123.00		
<b>Capacidade de cuidar do bebê</b>						
Casada	678	398.69	35.72	35.00	-0.504	0.614
Não casada	115	387.05	35.39	35.00		
<b>Capacidade e preparação geral para a função materna</b>						
Casada	678	401.15	33.60	34.00	-1.247	0.212
Não casada	115	372.51	33.23	34.00		
<b>Aceitação materna</b>						
Casada	678	398.43	38.39	38.00	-0.428	0.669
Não casada	115	388.58	38.13	38.00		
<b>Relação esperada com o bebê</b>						
Casada	678	406.69	39.25	40.00	-2.900	<b>0.004</b>
Não casada	115	339.90	37.90	39.00		
<b>Sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto</b>						
Casada	678	405.13	36.26	36.00	-2.429	<b>0.015</b>
Não casada	115	349.07	34.40	34.00		
<b>Global</b>						
Casada	678	405.75	183.22	183.00	-2.612	<b>0.009</b>
Não casada	115	345.42	179.04	179.00		

**Comparação da avaliação materna da amamentação e da auto-estima materna em função da área de residência:**

Procedemos também à comparação da avaliação materna da amamentação e da auto-estima materna em função da área de residência das mães. Este estudo foi realizado através da aplicação do teste Kruskal-Wallis e os resultados (quadro 18) revelam que apenas existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão **estilos de vida e imagem corporal materna** ( $p = 0.005$ ) da avaliação da amamentação e na dimensão **sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto** ( $p = 0.026$ ) da auto-estima materna. Analisando comparativamente os valores das médias e da mediana, podemos afirmar que as mães que residem em cidades (meios urbanos) tendem a fazer pior avaliação da amamentação, em termos de estilos de vida e imagem corporal materna, e que as mães que residem em vilas evidenciam menor auto-estima no que concerne aos sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto.

Quadro 18 - Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e da Auto-estima Materna em função da área de residência da mãe

Variáveis	n	$\bar{X}_p$	$\bar{X}$	Md	$\chi^2$	p
<b>Área de residência</b>						
<b>Prazer e papel maternal</b>						
Cidade	343	380.73	60.00	61.00	3.169	0.205
Vila	131	403.79	60.79	62.00		
Aldeia	319	411.70	61.08	62.00		
<b>Satisfação e crescimento da criança</b>						
Cidade	343	390.10	31.18	31.00	1.042	0.594
Vila	131	414.05	31.50	33.00		
Aldeia	319	397.42	31.27	32.00		
<b>Estilo de vida e imagem corporal materna</b>						
Cidade	343	366.54	31.24	31.00	10.755	<b>0.005</b>
Vila	131	422.53	32.26	33.00		
Aldeia	319	419.27	32.27	33.00		
<b>Global</b>						
Cidade	343	375.17	122.43	124.00	5.496	0.064
Vila	131	412.78	124.54	126.00		
Aldeia	319	413.99	124.62	126.00		
<b>Capacidade de cuidar do bebê</b>						
Cidade	343	397.97	35.67	35.00	2.456	0.293
Vila	131	422.57	36.22	36.00		
Aldeia	319	385.46	35.45	35.00		
<b>Capacidade e preparação geral para a função materna</b>						
Cidade	343	411.24	33.74	34.00	2.409	0.300
Vila	131	389.77	33.51	34.00		
Aldeia	319	384.66	33.36	34.00		
<b>Aceitação materna</b>						
Cidade	343	397.02	38.40	38.00	0.942	0.624
Vila	131	380.68	37.96	38.00		
Aldeia	319	403.68	38.47	38.00		
<b>Relação esperada com o bebê</b>						
Cidade	343	403.40	39.17	40.00	2.082	0.353
Vila	131	413.41	39.29	40.00		
Aldeia	319	383.37	38.82	39.00		
<b>Sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto</b>						
Cidade	343	386.77	35.74	36.00	7.327	<b>0.026</b>
Vila	131	363.16	35.06	34.00		
Aldeia	319	421.89	36.63	37.00		
<b>Global</b>						
Cidade	343	396.79	182.72	183.00	0.166	0.920
Vila	131	390.30	182.05	182.00		
Aldeia	319	399.98	182.74	183.00		

**Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e da Auto-estima Materna em função dos antecedentes obstétricos da mãe:**

O estudo desenvolvido para comparar a avaliação materna da amamentação e a auto-estima materna em função da existência, ou não, de antecedentes obstétricos foi efectuado aplicando o teste U de Mann-Whitney. Os resultados obtidos (quadro 19) revelaram que não existe qualquer diferença estatisticamente significativa ( $p > 0.050$ )

pelo que concluímos que os antecedentes obstétricos não influenciam significativamente a avaliação que as mães fazem da experiência da amamentação ou a sua auto-estima.

Quadro 19 - Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e da Auto-estima Materna em função dos antecedentes obstétricos da mãe

Variáveis	n	$\bar{X}_p$	$\bar{X}$	Md	z	p
Antecedentes obstétricos						
<b>Prazer e papel maternal</b>						
Não	487	401.86	60.76	62.00	-0.755	0.450
Sim	306	389.26	60.26	62.00		
<b>Satisfação e crescimento da criança</b>						
Não	487	397.84	31.31	32.00	-0.130	0.897
Sim	306	395.67	31.20	32.00		
<b>Estilo de vida e imagem corporal materna</b>						
Não	487	393.04	31.77	32.00	-0.616	0.538
Sim	306	403.31	31.91	32.00		
<b>Global</b>						
Não	487	397.26	123.84	125.00	-0.041	0.968
Sim	306	396.58	123.37	126.00		
<b>Capacidade de cuidar do bebê</b>						
Não	487	388.30	35.52	35.00	-1.351	0.177
Sim	306	410.85	35.91	36.00		
<b>Capacidade e preparação geral para a função materna</b>						
Não	487	391.57	33.44	34.00	-0.847	0.397
Sim	306	405.64	33.72	34.00		
<b>Aceitação materna</b>						
Não	487	395.85	38.33	38.00	-0.179	0.858
Sim	306	398.83	38.40	38.00		
<b>Relação esperada com o bebê</b>						
Não	487	390.63	38.87	40.00	-0.991	0.322
Sim	306	407.14	39.34	40.00		
<b>Sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto</b>						
Não	487	398.95	36.06	36.00	-0.303	0.762
Sim	306	393.90	35.87	36.00		
<b>Global</b>						
Não	487	391.89	182.22	183.00	-0.793	0.428
Sim	306	405.14	183.24	183.00		

### **Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e da Auto-estima Materna em função dos antecedentes pessoais da mãe:**

Procedendo de forma semelhante para comparar a avaliação materna da amamentação e a auto-estima materna em função dos antecedentes pessoais verificamos também a não existência de qualquer diferença estatisticamente significativa ( $p > 0.050$ ) pelo que concluímos, de modo idêntico, que este tipo de antecedentes parecem não ter influência sobre a avaliação da amamentação ou sobre a auto-estima materna.

Quadro 20- Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e da Auto-estima Materna em função dos antecedentes pessoais da mãe

Variáveis	n	$\bar{X}_p$	$\bar{X}$	Md	z	p
Antecedentes pessoais						
<b>Prazer e papel maternal</b>						
Não	523	398.83	60.55	62.00	-0.314	0.754
Sim	270	393.46	60.59	62.00		
<b>Satisfação e crescimento da criança</b>						
Não	523	391.10	31.14	32.00	-1.012	0.311
Sim	270	408.44	31.52	32.00		
<b>Estilo de vida e imagem corporal materna</b>						
Não	523	392.84	31.77	32.00	-0.714	0.475
Sim	270	405.06	31.92	32.00		
<b>Global</b>						
Não	523	395.43	123.46	125.00	-0.268	0.789
Sim	270	400.03	124.03	125.50		
<b>Capacidade de cuidar do bebé</b>						
Não	523	399.56	35.70	35.00	-0.439	0.661
Sim	270	392.04	35.62	35.00		
<b>Capacidade e preparação geral para a função materna</b>						
Não	523	393.08	33.50	34.00	-0.675	0.500
Sim	270	404.59	33.64	34.00		
<b>Aceitação materna</b>						
Não	523	390.78	38.24	38.00	-1.067	0.286
Sim	270	409.04	38.58	38.00		
<b>Relação esperada com o bebé</b>						
Não	523	391.77	38.98	40.00	-0.898	0.369
Sim	270	407.13	39.19	40.00		
<b>Sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto</b>						
Não	523	402.59	36.08	36.00	-0.958	0.338
Sim	270	386.16	35.81	36.00		
<b>Global</b>						
Não	523	396.52	182.50	183.00	-0.082	0.935
Sim	270	397.93	182.84	183.00		

**Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e da Auto-estima Materna em função do local onde a mãe fez a vigilância da gravidez:**

A comparação da avaliação materna da amamentação e da auto-estima materna em função da vigilância da gravidez, efectuada através do teste de Kruskal-Wallis, permitiu obter os resultados que apresentamos no quadro 21. Como podemos constatar nenhuma das diferenças observadas pode ser considerada estatisticamente significativa ( $p > 0.050$ ) pelo que concluímos que o local onde as mães fazem a vigilância da gravidez não influencia de modo significativo quer a avaliação que elas fazem da experiência da amamentação quer a sua auto-estima.

Quadro 21 - Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e da Auto-estima Materna em função do local onde a mãe fez a vigilância da gravidez

Variáveis Vigilância da gravidez	n	$\bar{X}_p$	$\bar{X}$	Md	$\chi^2$	p
<b>Prazer e papel maternal</b>						
Centro de Saúde	195	400.36	61.00	62.00	0.515	0.773
Médico especialista	461	392.10	60.46	62.00		
Hospital	128	381.96	60.15	62.00		
<b>Satisfação e crescimento da criança</b>						
Centro de Saúde	195	390.27	31.33	32.00	0.070	0.966
Médico especialista	461	392.20	31.27	32.00		
Hospital	128	396.98	31.19	32.00		
<b>Estilo de vida e imagem corporal materna</b>						
Centro de Saúde	195	410.06	32.23	33.00	1.641	0.440
Médico especialista	461	385.35	31.71	32.00		
Hospital	128	391.50	31.77	32.00		
<b>Global</b>						
Centro de Saúde	195	401.48	124.56	125.00	0.419	0.811
Médico especialista	461	390.03	123.45	125.00		
Hospital	128	387.71	123.10	125.00		
<b>Capacidade de cuidar do bebê</b>						
Centro de Saúde	195	411.94	36.20	36.00	3.011	0.222
Médico especialista	461	380.93	35.33	35.00		
Hospital	128	404.55	36.01	35.50		
<b>Capacidade e preparação geral para a função materna</b>						
Centro de Saúde	195	381.13	33.43	34.00	1.944	0.378
Médico especialista	461	390.73	33.52	34.00		
Hospital	128	416.20	33.91	34.00		
<b>Aceitação materna</b>						
Centro de Saúde	195	413.63	38.68	39.00	5.642	0.060
Médico especialista	461	376.51	38.13	38.00		
Hospital	128	417.91	38.74	39.00		
<b>Relação esperada com o bebê</b>						
Centro de Saúde	195	378.22	38.67	40.00	1.587	0.452
Médico especialista	461	400.86	39.35	40.00		
Hospital	128	384.14	38.63	40.00		
<b>Sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto</b>						
Centro de Saúde	195	389.86	35.82	36.00	0.157	0.925
Médico especialista	461	395.09	36.07	36.00		
Hospital	128	387.20	35.95	35.50		
<b>Global</b>						
Centro de Saúde	195	395.83	182.79	183.00	0.848	0.654
Médico especialista	461	387.02	182.40	182.00		
Hospital	128	407.16	183.24	186.00		

**Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e da Auto-estima Materna em função da mãe ter experiência anterior de amamentação.**

Aplicando de novo o teste U de Mann-Whitney procedemos à comparação da avaliação materna da amamentação e da auto-estima materna em função da experiência anterior de amamentação. Como podemos verificar, pelos resultados apresentados no quadro 22, existem diferenças estatisticamente significativas no global da avaliação da amamentação ( $p < 0.001$ ) e na dimensão **satisfação e crescimento da criança** ( $p < 0.001$ ) e também no global e em todas as dimensões da auto-estima materna. Comparando os valores das

medidas de tendência central verificamos que as mães que tiveram anteriormente experiências de amamentação tendem a avaliar melhor a experiência actual e evidenciam maior auto-estima.

Quadro 22 - Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e da Auto-estima Materna em função da mãe ter experiência anterior de amamentação

Variáveis	n	$\bar{X}_p$	$\bar{X}$	Md	z	p
Experiência anterior de amamentação						
<b>Prazer e papel maternal</b>						
Sim	323	413.14	60.85	62.00	-1.647	0.100
Não	470	385.91	60.37	61.00		
<b>Satisfação e crescimento da criança</b>						
Sim	323	461.26	32.57	33.00	-6.563	<b>&lt;0.001</b>
Não	470	352.84	30.37	31.00		
<b>Estilo de vida e imagem corporal materna</b>						
Sim	323	409.00	32.03	32.00	-1.226	0.220
Não	470	388.75	31.68	32.00		
<b>Global</b>						
Sim	323	433.26	125.45	128.00	-3.697	<b>&lt;0.001</b>
Não	470	372.08	122.43	123.00		
<b>Capacidade de cuidar do bebé</b>						
Sim	323	456.47	37.19	37.00	-6.070	<b>&lt;0.001</b>
Não	470	356.13	34.63	34.00		
<b>Capacidade e preparação geral para a função materna</b>						
Sim	323	422.23	33.98	34.00	-2.585	<b>0.010</b>
Não	470	379.66	33.26	34.00		
<b>Aceitação materna</b>						
Sim	323	421.79	38.68	39.00	-2.535	<b>0.011</b>
Não	470	379.96	38.13	38.00		
<b>Relação esperada com o bebé</b>						
Sim	323	429.73	39.68	40.00	-3.345	<b>0.001</b>
Não	470	374.51	38.61	39.00		
<b>Sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto</b>						
Sim	323	420.17	36.63	37.00	-2.364	<b>0.018</b>
Não	470	381.08	35.54	36.00		
<b>Global</b>						
Sim	323	444.20	186.16	186.00	-4.811	<b>&lt;0.001</b>
Não	470	364.57	180.18	181.00		

### **Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e da Auto-estima Materna em função da situação da mãe em termos gestacionais:**

A comparação da avaliação materna da amamentação e da auto-estima materna em função da situação gestacional das mães (teste Kruskal-Wallis) revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas no global da avaliação da amamentação ( $p = 0.001$ ) e na dimensão satisfação e crescimento da criança ( $p < 0.001$ ) e também diferenças significativas no global da auto-estima e nas suas dimensões, exceptuando a que se reporta aos **sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto**.

A análise comparativa dos valores das médias e da mediana revela a avaliação da amamentação e a auto-estima materna tende a aumentar para as mães que tiveram mais gestações.

Quadro 23 - Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e da Auto-estima Materna em função da situação da mãe em termos gestacionais

Variáveis	n	$\bar{X}_p$	$\bar{X}$	Md	$\chi^2$	p
<b>Situação gestacional</b>						
<b>Prazer e papel maternal</b>						
Uma gestação	385	384.93	60.41	62.00	2.228	0.328
Duas gestações	285	411.23	60.85	62.00		
Mais de duas gestações	123	401.80	60.40	62.00		
<b>Satisfação e crescimento da criança</b>						
Uma gestação	385	345.06	30.20	31.00	38.783	<0.001
Duas gestações	285	443.10	32.20	33.00		
Mais de duas gestações	123	452.74	32.46	33.00		
<b>Estilo de vida e imagem corporal materna</b>						
Uma gestação	385	378.47	31.55	32.00	5.279	0.071
Duas gestações	285	418.94	32.16	33.00		
Mais de duas gestações	123	404.16	31.89	32.00		
<b>Global</b>						
Uma gestação	385	364.68	122.16	123.00	15.007	0.001
Duas gestações	285	429.89	125.21	127.00		
Mais de duas gestações	123	421.95	124.74	126.00		
<b>Capacidade de cuidar do bebê</b>						
Uma gestação	385	349.04	34.47	34.00	39.462	<0.001
Duas gestações	285	423.21	36.37	36.00		
Mais de duas gestações	123	489.39	37.82	38.00		
<b>Capacidade e preparação geral para a função materna</b>						
Uma gestação	385	376.24	33.16	34.00	6.221	0.045
Duas gestações	285	417.08	33.93	34.00		
Mais de duas gestações	123	415.47	33.89	34.00		
<b>Aceitação materna</b>						
Uma gestação	385	377.68	38.10	38.00	9.875	0.007
Duas gestações	285	399.45	38.37	38.00		
Mais de duas gestações	123	451.80	39.11	39.00		
<b>Relação esperada com o bebê</b>						
Uma gestação	385	369.79	38.52	39.00	11.154	0.004
Duas gestações	285	417.23	39.49	40.00		
Mais de duas gestações	123	435.28	39.70	41.00		
<b>Sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto</b>						
Uma gestação	385	381.08	35.56	35.00	4.033	0.133
Duas gestações	285	407.25	36.21	36.00		
Mais de duas gestações	123	423.09	36.79	37.00		
<b>Global</b>						
Uma gestação	385	359.85	179.82	180.00	22.045	<0.001
Duas gestações	285	420.61	184.37	184.00		
Mais de duas gestações	123	458.56	187.30	187.00		

**Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e da Auto-estima Materna em função da situação da mãe em termos de paridade:**

Aplicando o teste U de Mann-Whitney procedemos à comparação da avaliação materna da amamentação e da auto-estima materna em função da paridade. Como podemos constatar (quadro 24), à exceção da dimensão **prazer e papel maternal** ( $p = 0.076$ ), em todas as restantes situações as diferenças observadas são estatisticamente significativas e a comparação dos valores das medidas de tendência central revela que as mães multíparas tendem a fazer melhor avaliação da experiência da amamentação e a evidenciar maior auto-estima.

Quadro 24 - Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e da Auto-estima Materna em função da situação da mãe em termos de paridade

Variáveis	n	$\bar{X}_p$	$\bar{X}$	Md	z	p
<b>Paridade</b>						
<b>Prazer e papel maternal</b>						
Primípara	440	384.08	60.35	61.00	-1.775	0.076
Multípara	353	413.10	60.84	62.00		
<b>Satisfação e crescimento da criança</b>						
Primípara	440	345.02	30.21	31.00	-7.150	<0.001
Multípara	353	461.79	32.58	33.00		
<b>Estilo de vida e imagem corporal materna</b>						
Primípara	440	379.80	31.53	32.00	-2.365	0.018
Multípara	353	418.43	32.18	33.00		
<b>Global</b>						
Primípara	440	365.36	122.10	123.00	-4.344	<0.001
Multípara	353	436.44	125.61	127.00		
<b>Capacidade de cuidar do bebé</b>						
Primípara	440	349.88	34.47	34.00	-6.477	<0.001
Multípara	353	455.73	37.17	37.00		
<b>Capacidade e preparação geral para a função materna</b>						
Primípara	440	378.03	33.21	34.00	-2.618	0.009
Multípara	353	420.65	33.97	34.00		
<b>Aceitação materna</b>						
Sim	440	378.01	38.11	38.00	-2.615	0.009
Não	353	420.67	38.66	39.00		
<b>Relação esperada com o bebé</b>						
Primípara	440	373.79	38.62	39.00	-3.195	0.001
Multípara	353	425.93	39.59	40.00		
<b>Sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto</b>						
Primípara	440	379.59	35.51	35.00	-2.393	0.017
Multípara	353	418.71	36.58	37.00		
<b>Global</b>						
Primípara	440	361.34	179.92	180.50	-4.895	<0.001
Multípara	353	441.44	185.97	186.00		

**Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e da Auto-estima Materna em função do tipo de parto:**

A comparação da avaliação materna da amamentação e da auto-estima materna em função do tipo de parto (teste Kruskal-Wallis) permitiu obter os resultados que apresentamos no quadro 25. Como podemos verificar, não existe qualquer diferença estatisticamente significativa ( $p > 0.050$ ) ao nível da avaliação da amamentação mas, na auto-estima, observamos que são significativas as diferenças encontradas no global ( $p < 0.001$ ) e nas dimensões **capacidade de cuidar do bebé** ( $p < 0.001$ ) e **sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto** ( $p < 0.001$ ). Os valores das medidas de tendência central revelam que as mães que tiveram partos eutócicos tendem a evidenciar maior auto-estima enquanto que aquelas que tiveram partos instrumentados revelam menor auto-estima.

Quadro 25 - Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e da Auto-estima Materna em função do tipo de parto que a mãe teve

Variáveis	n	$\bar{X}_p$	$\bar{X}$	Md	$\chi^2$	p
<b>Tipo de parto</b>						
<b>Prazer e papel maternal</b>						
Eutócico	426	400.46	60.70	62.00	0.364	0.833
Cesariana	274	395.71	60.49	61.50		
Ventosa/Fórceps	93	384.95	60.18	61.00		
<b>Satisfação e crescimento da criança</b>						
Eutócico	426	410.90	51.52	32.00	3.737	0.154
Cesariana	274	384.86	31.02	31.00		
Ventosa/Fórceps	93	369.09	30.86	31.00		
<b>Estilo de vida e imagem corporal materna</b>						
Eutócico	426	402.25	31.94	32.00	3.368	0.186
Cesariana	274	402.71	31.85	32.00		
Ventosa/Fórceps	93	356.14	31.20	31.00		
<b>Global</b>						
Eutócico	426	404.27	124.16	125.00	2.053	0.358
Cesariana	274	395.94	123.35	125.00		
Ventosa/Fórceps	93	366.80	122.25	123.00		
<b>Capacidade de cuidar do bebê</b>						
Eutócico	426	414.37	36.16	36.00	19.130	<0.001
Cesariana	274	402.69	35.70	35.00		
Ventosa/Fórceps	93	300.66	33.39	32.00		
<b>Capacidade e preparação geral para a função materna</b>						
Eutócico	426	396.60	33.54	34.00	4.326	0.115
Cesariana	274	411.87	33.82	34.00		
Ventosa/Fórceps	93	355.03	32.81	33.00		
<b>Aceitação materna</b>						
Eutócico	426	397.77	38.39	38.00	0.441	0.802
Cesariana	274	401.87	38.34	38.00		
Ventosa/Fórceps	93	383.69	38.24	38.00		
<b>Relação esperada com o bebê</b>						
Eutócico	426	403.51	39.21	40.00	5.931	0.052
Cesariana	274	405.26	39.17	40.00		
Ventosa/Fórceps	93	342.85	37.96	39.00		
<b>Sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto</b>						
Eutócico	426	420.66	36.65	37.00	17.702	<0.001
Cesariana	274	389.05	35.71	36.00		
Ventosa/Fórceps	93	312.05	33.76	33.00		
<b>Global</b>						
Eutócico	426	414.53	183.95	184.00	17.639	<0.001
Cesariana	274	401.03	182.74	183.00		
Ventosa/Fórceps	93	304.85	176.15	176.00		

**Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e da Auto-estima Materna em função do sexo do recém-nascido:**

Comparando a avaliação materna da amamentação e a auto-estima materna em função do sexo do recém-nascido através da aplicação do teste U de Mann-Whitney (quadro 26) revela a existência de diferenças estatisticamente significativas apenas no global ( $p = 0.029$ ) e na dimensão prazer e papel maternal ( $p = 0.017$ ) da escala da avaliação

materna da amamentação. Os valores observados para as médias e mediana sugerem-nos e levam-nos a concluir que as mães de recém-nascidos do sexo feminino tendem a fazer uma melhor avaliação da experiência de amamentar.

Quadro 26 - Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e da Auto-estima Materna em função do sexo do recém-nascido

Variáveis	n	$\bar{X}_p$	$\bar{X}$	Md	z	p
Sexo do recém-nascido						
<b>Prazer e papel maternal</b>						
Masculino	398	376.77	59.94	61.00	-2.385	<b>0.017</b>
Feminino	393	415.48	61.16	62.00		
<b>Satisfação e crescimento da criança</b>						
Masculino	398	385.04	30.95	31.00	-1.361	0.174
Feminino	393	407.10	31.55	32.00		
<b>Estilo de vida e imagem corporal materna</b>						
Masculino	398	381.08	31.57	32.00	-1.852	0.064
Feminino	393	411.11	32.06	32.00		
<b>Global</b>						
Masculino	398	378.39	122.47	124.00	-2.183	<b>0.029</b>
Feminino	393	413.84	124.77	126.00		
<b>Capacidade de cuidar do bebê</b>						
Masculino	398	396.66	35.69	35.50	-0.082	0.935
Feminino	393	395.33	35.62	35.00		
<b>Capacidade e preparação geral para a função materna</b>						
Masculino	398	381.72	33.33	34.00	-1.778	0.075
Feminino	393	410.46	33.75	34.00		
<b>Aceitação materna</b>						
Masculino	398	400.15	38.45	38.00	-0.516	0.606
Feminino	393	391.80	38.26	38.00		
<b>Relação esperada com o bebê</b>						
Masculino	398	391.96	39.00	40.00	-0.501	0.616
Feminino	393	400.09	39.08	40.00		
<b>Sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto</b>						
Masculino	398	393.42	35.94	36.00	-0.320	0.749
Feminino	393	398.61	35.99	36.00		
<b>Global</b>						
Masculino	398	392.33	182.41	182.00	-0.454	0.650
Feminino	393	399.71	182.71	183.00		

### **Correlação da Avaliação Materna da Amamentação e da Auto-estima Materna com o peso do recém-nascido:**

Através do cálculo do coeficiente de correlação de Spearman e da aplicação do respectivo teste de significância estudámos a relação da avaliação materna da amamentação e da auto-estima materna com o peso do recém-nascido.

Os resultados apresentados no quadro 27 revelam que apenas na dimensão **satisfação e crescimento da criança** da escala de avaliação da amamentação a correlação é estatisticamente significativa ( $p = 0.014$ ). Sendo positivo o valor do coeficiente,

podemos concluir que as mães de bebês com maior peso à nascença tendem a fazer uma melhor avaliação da satisfação e crescimento da criança.

Quadro 27 - Correlação da Avaliação Materna da Amamentação e da Auto-estima Materna com o peso do recém-nascido

Variáveis	Peso do recém-nascido	
	$r_s$	P
Prazer e papel maternal	-0.04	0.258
Satisfação e crescimento da criança	+0.09	<b>0.014</b>
Estilo de vida e imagem corporal materna	+0.01	0.906
Global	+0.02	0.644
Capacidade de cuidar do bebê	+0.03	0.387
Capacidade e preparação geral para a função materna	-0.02	0.567
Aceitação materna	+0.04	0.236
Relação esperada com o bebê	+0.01	0.884
Sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto	-0.05	0.158
Global	-0.01	0.815

#### 4.2 - OBSERVAÇÕES

Nas observações das díades durante o internamento, onde tivemos como critérios de inclusão as mães com alterações do humor e alterações da ansiedade de acordo com a DSM IV- TR (2006) apurámos que:

Das 44 puérperas observadas com alterações de humor, 56,8% demonstraram ter sentimentos de insegurança 50% ansiedade e 47,7% inexperiência em relação às necessidades e solicitações do bebê. Em relação à amamentação, 93,1% demonstraram ter insegurança e 50% falta de confiança apesar de 63,6% valorizarem o colostro.

Nas vivências pós-parto durante o internamento, 93,1% das puérperas referiram queixas somáticas, 54,5% ansiedade e 27,2% perturbação do sono.

Da amostra estudada, 20,4% das puérperas apresentaram comportamentos de hostilidade em relação ao pessoal hospitalar, das quais 6,8% das puérperas tinham um acompanhante fóbico da qual se destacou a mãe. Apesar de tais comportamentos 45,4% demonstrou necessidade imperiosa de permanecer internada.

Algumas puérperas apresentaram mecanismos maníacos, 22,7% muito preocupadas com o aspecto, roupas e arranjo, 18,1% falantes e recebiam calorosamente as visitas com festejos. Enquanto outras puérperas apresentaram ansiedades depressivas e paranóides, 40,9% choro fácil, 29,5% impaciência, 31,8% descuido com a aparência e a higiene e 34% revelou ter falta de carinho. 54,5% das puérperas referiu temor de incapacidade de cuidar bem do bebé.

Em relação aos comportamentos dos bebés na relação com a mãe, 40,9% apresentavam bom tónus muscular e mamavam com vigor e 38,6% choroso.

No relacionamento com o bebé, observámos que 65,9% das puérperas estabeleciam contacto corpo a corpo com o bebé mas apesar disso 59,0% tinham uma comunicação deficiente, uma vez que nos momentos de contacto, 56,8% apenas transportava e 47,7% fazia movimentos com a cabeça e o rosto. Do total, 52,2% apresentava uma expressão tensa do rosto e 36,3% tristeza.

Em relação à solicitude do RN, 65% responde às solicitações do RN, 25% exagera na resposta e 13% ignora as solicitações.

#### 4.3- ENTREVISTAS

Nas entrevistas, as participantes verbalizaram angústias, medos e sentimentos. Os temas que emergiram foram: sentimentos vivenciados pelas mães (sentimentos agradáveis e sentimentos desagradáveis); dificuldades experienciados pelas mães (queixas somáticas e dificuldades do recém-nascido); conteúdos fantasmáticos expressos pelas mães (medos e ansiedades maternas, dependência e ciúmes); necessidades da puérpera (necessidade de apoio, necessidade de conhecer, necessidade de identificação e necessidade de conforto e adaptação) e a relação estabelecida com a criança (apego e evitamento)

Tabela 1- Matriz /síntese relativa aos sentimentos vivenciados pelas mães

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS
<p><b>Sentimentos vivenciados pelas mães:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecedores para o sucesso da amamentação</li> </ul>	<p><b>Sentimentos agradáveis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orgulho</li> <li>• Carinho</li> <li>• Sensação agradável</li> <li>• Satisfação</li> <li>• Prazer</li> <li>• Alegria</li> <li>• Felicidade</li> <li>• Intimidade</li> <li>• Recebimento</li> <li>• Entrega</li> <li>• Partilha</li> <li>• Admiração</li> <li>• Amor</li> <li>• Relaxe</li> <li>• Bem estar</li> <li>• Descontracção</li> </ul>

**- Sentimentos agradáveis:**

A amamentação é um processo privilegiado, na transformação e identidade da mulher emergem na mãe uma complexidade de sentimentos muitas vezes contraditórios e inexplicáveis.

Na maioria das mulheres emergiram sentimentos favorecedores para o sucesso da amamentação, como subcategorias libertaram-se os sentimentos agradáveis.

Salientaram, quão agradável é o acto de amamentar e o sentido de pertença muito forte que existe entre mãe e filho do bem-estar da satisfação afectiva.

*A amamentação até aqui tem sido uma experiência única e cheia de emoção. (...) (E3)*

*(...) Até agora acho que amamentar é um Dom de Deus que todas as mulheres deviam ter o privilégio de ter e saber vivê-lo! (E7)*

*É uma entrega, por isso o prazer é um recebimento. Uma partilha de prazer! (E24)*

Remete para a essência da vida (dar e receber amor), como sabemos está na partilha. Revelam aqui um bom indício de saúde mental.

Algumas mães que já tiveram a experiência, reenviam muito para a experiência anterior, como que repetem, colocam as coisas no plano dos afectos, falam em prazer da relação e falam do outro

*Sem dúvida que uma segunda amamentação, sem um grande espaçamento de tempo, pois tendemos a esquecer muitos pormenores, contribui para uma melhor segurança e visão de todas as etapas, porque nos permite tomar como referência a primeira experiência. (E38)*

*Considero-me uma mãe duplamente privilegiada, com duas crianças lindas e saudáveis! (E43)*

Falam também nos sentimentos agradáveis de orgulho, carinho e prazer

*Sinto orgulho, carinho, prazer e uma satisfação incrível! (...) Uma relação muito próxima e familiar. Uma partilha, há uma partilha. Acho que é tudo muito bom! (E1)*

*É um momento bastante feliz e após amamentar, fico sempre muito calma e satisfeita...(E 15)*

*A amamentação é uma sensação de grande prazer.... (E21)*

*(...) A pessoa está completamente descontraída, está bem e sente-se bem! (E27)*

*Depois tenho a felicidade, porque acho que é uma felicidade partilhar estes momentos, únicos que mais ninguém vai fazer. Felicidade que toda a gente ambiciona ... (E 31)*

Esta experiência de prestação de cuidados por parte da mãe permite, segundo Winnicott lembrado por Lourenço (2005), ao bebé o desenvolvimento de um verdadeiro self e não num falso-self.

Ao lembrarem a relação de mutualidade que existe entre mãe e filho

*(...) Admiração é muito o que se estabelece na relação mãe-filho (...)(E2)*

*Felicidade, amor e o prazer de viver um momento único que cada uma vai viver à sua maneira.( E19)*

*É uma fonte de prazer, satisfação e realização! ... (E33)*

De acordo com Matos (2002), em que cada um dos elementos do par dá e retira prazer, se formam os primórdios da necessidade e do desejo que todo o indivíduo tem de domínio, controlo e manipulação do objecto (pessoa) do seu afecto, por um lado, e de independência, auto-suficiência e segurança em si próprio, por outro.

Da capacidade “instintiva” de a mãe de compreender os sinais que o bebé emite e de lhe dar a resposta apropriada depende todo o equilíbrio estruturante e toda a força dinamizadora do processo de desenvolvimento mental

*Nesta etapa fica acima de tudo a emoção, um ser frágil, que depende a 100% de nós e temos de ter a responsabilidade disso mesmo. (E4)*

*É uma ligação para o resto da vida. (...) É muito saudável para mim e para a bebé. (E9).*

Depois da separação pelo parto, é o próximo grande passo da separação, que tem grande influência na formação da confiança básica entre mãe e filho mas ao funcionarem

harmonicamente como par, corroborando com Matos (2005), processou-se um desenvolvimento salutar para uma independência progressiva da criança; ao ser acariciada, transportada, abraçada, embalada, beijada, aprendeu a amar os outros, e uma vez, sentindo-se compreendida e amada, aprendeu a amar-se e a considerar-se a si própria, o que a psicanálise considera um sadio narcisismo.

### - Sentimentos desagradáveis

A amamentação traz recordações de como fomos (ou não) amamentados; dessa época podem existir sentimentos, inconscientes e talvez muito dolorosos, que agora emergem novamente, sem que saibamos exactamente de onde e porquê.

Tabela 2 - Matriz /síntese relativa aos sentimentos desagradáveis vivenciados pelas mães

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS
<b>Sentimentos vivenciados pelas mães:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Desfavoráveis a amamentação</i></li></ul>	<b>Sentimentos desagradáveis:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Inquietação</li><li>• Estranheza</li><li>• Ansiedade</li><li>• Desistência</li></ul>

Evocam a própria amamentação delas. Como eventualmente ligam e projectam na criança as suas necessidades infantis.

*Não gosto de dar mama. A proximidade não passa pela amamentação. Dou porque tenho leite e bico. Até que estou admirada comigo mesma. (E5)*

*Amamentar é chato, não vale o sacrifício. (E18)*

*Estás a ver filho, o biberão é muito mais fácil. (E 23)*

rejeitam-se à componente relacional. Centram-se nelas e na sua insatisfação oral. As suas amamentações terão sido insatisfatórias, devido a uma falta e projectam na amamentação do filho

*Não vale a pena porque ele não quer. (E11)*

*O meu filho desistiu. (E16)*

*Não estava habituada porque era sempre uma agitação. Custa-me agora por ser muito tempo seguido. (E29)*

*Os sentimentos são muito difíceis de gerir e a incerteza torna-nos ansiosos, gerando um ciclo vicioso que dificulta todo o processo de amamentar. (E32)*

*Não gosto muito de mostrar os meus sentimentos. (E40)*

Langer de acordo com Pamplona (2005) acredita que razões inconscientes levam ao impedimento do desenvolvimento normal da amamentação, sendo os mais frequentes os transtornos causados na mulher pela rejeição da maternidade, pelo seu desejo de permanecer numa atitude receptiva e infantil, e os que têm origem nas tendências agressivas infantis dirigidas à própria mãe. Considera que ambos os casos têm como base a insatisfação oral destas mulheres, que se negam inconscientemente a dar à criança o que elas não receberam. Identificando-se com a mãe frustradora, tratando a criança como se sentiram tratadas na sua primeira infância.

O medo de não conseguir amamentar é muitas vezes o reflexo da falta do “*meio aleitante*” das nossas sociedades. De acordo com Levy e Bértolo (2002) e Pereira (2006), a amamentação era uma experiência, proporcionada pelas famílias alargadas em que várias gerações coabitavam, existindo uma transmissão de saberes e práticas tradicionais favoráveis ao aleitamento materno.

Este tipo de alegação verbalizado por estas mães e também por muitas outras mulheres, está impregnado de um pedido de ajuda latente frente as dificuldades vividas no decorrer da amamentação (no social), às quais elas não conseguem ou não sabem como se comportar.

Surgiu um Contínuum Objectal: umas como abertura ao espaço relacional; outra como ocasião de saciar ou resolver desejos insatisfeitos ou coisas insatisfeitas e outra de satisfação de forma afectiva

Farate (2001) refere que “*A insuficiência quantitativa ou qualitativa da interacção precoce mãe-criança, observada em mais de metade das situações, favorece o aparecimento de comportamentos de vinculação desorganizados (do tipo inseguro-ansioso ou inseguro-evitante) e de defeitos na capacidade de elaboração simbólica*” (p.64). Dias (2005) reafirma: “*O sujeito repete, durante a sua vida, aquilo que ele próprio reprimiu*” (p. 36). Toda a falha importante de ajustamento relacional no meio precoce da criança pode contribuir para as “patologias dos limites”.

Tabela 3 - Matriz /síntese relativa às dificuldades experienciadas pelas mães

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS
<p><b>Dificuldades experienciados pelas mães</b></p>	<p><b>Queixas somáticas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor nos mamilos</li> <li>• Mamas túrgidas</li> <li>• Bulimia</li> <li>• Muita sede</li> </ul> <p><b>Dificuldades do recém-nascido:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sonolência do recém-nascido</li> <li>• Perda de peso</li> <li>• Choro</li> </ul>

**- Queixas somáticas**

No tema dificuldades experienciados pelas mães emergiram as queixas somáticas. As somatizações, de acordo com Mc Dougall (2000), servem como defesa contra as pulsões agressivas e sádicas pré-edipianas e até mesmo contra fantasias arcaicas com base mais no medo de perder identidade subjectiva

*Quando tenho uma dor, sinto sempre um grande mau estar e não consigo relaxar. (E5)*

*Quando sinto dor, eu não consigo controlar. Tive medo e desesperei com tanta dor. (E8)*

Assim, como as situações carregadas de afecto podem conduzir à retenção

*Tenho muita falta de ar na cama a amamentar, tenho sempre que me sentar. (E17)*

*E aí já não queria mais tirar-lhe a mama, meus seios gretaram, doía-me bastante, mas nem assim eu deixei de querer ou sentir vontade de amamentar o meu bebé. (E10)*

Nas situações mais intensas, o mesmo autor refere que “o «sentido» é o de ordem pré-simbólica e provoca um curto-circuito na representação da palavra. É o corpo que se comporta de maneira «delirante», ele «hiper funciona» ou inibe funções somáticas normais e o faz de modo insensato no plano fisiológico. O corpo enlouquece”. Como se pode comprovar nos discursos:

*No primeiro dia estava muito ansiosa, só queria comer (guloseimas)(E6)*

*Tenho muita sede! (E8)*

*Estou ansiosa por poder comer! (E13)*

*Não correu tão bem como na primeira vez (foi uma maravilha) porque fiz febre, mal disposta, não me sentia bem. Na 1ª filha nunca tive tão bem (o marido dizia que nunca me tinha visto tão saudável). Não consegui estar na mesma posição pela assimetria da bacia. (E28)*

É interessante a relação entre dar e receber comida, e dar e receber amor, muitas vezes as duas coisas confundem-se porque comida sem afecto não presta e provoca indigestão. O dar e receber está implícito na situação de amamentar que vai ficar presente na cabeça do bebé, que vai estar implícito em todas as relações futuras.

Uma das puérperas, surge como relacional com abertura ao outro e goza lentamente e desfruta o dar e o receber, remete para uma relação de partilha de amor.

*Quanto às minhas capacidades de ser mãe, não posso julgá-las, ou mesmo quantificá-las, pois é o meu primeiro filho e tudo estou a descobrir e a aprender, mas penso que o amor que lhe tenho, sentimento este que às vezes me assusta, pois intensifica-se a cada dia, vai me guiar e me levar a perceber aquilo que o meu bebé necessita e lhe faz bem. (E12)*

Também uma segunda gesta e com experiência positiva na amamentação refere

*Em relação à amamentação do A., sinto-me confiante, embora o primeiro dia seja sempre mais difícil, pois o bebé nem sempre consegue agarrar a mama, surgindo uma ansiedade. (E10)*

Muitas vezes aparecem com alguma dificuldade em dar e receber amor. No movimento da troca apresenta alguns movimentos agressivos, onde projecta violência. Há bebés cheios de vitalidade, que mamam vigorosamente, e cuja mãe, ou recebe esse comportamento com alegria, ou assusta-se com um modo de ser que lhe é desconhecido e para o qual não está preparada.

*Já tenho os bicos rachado! ( E13)*

*Fiquei com as mamas todas negras! (E20)*

*Ia-me caindo os bico! ( E28)*

Muito diferente de uma relação objectal e de amor. Eventualmente, pode remeter para alguma dificuldade na relação com o filho.

A mãe pode reagir com tensão e rigidez que pode determinar dificuldades na amamentação

*Nota-se a diferença, dói muito mais quando estamos contraídas. (E14)*

*Nem se compara a dor quando contraída, é muito mais complicado. (E 25)*

## - Dificuldades do RN

Os bebês sonolentos, que mamam e adormecem de imediato ou que adormecem à mama, provocando grande frustração.

*Tem alguma tendência para adormecer durante a mama e já precisei de acordá-lo para dar de mamar. (E28)*

Muitas vezes, instalar-se-á o círculo vicioso com a mãe angustiada

*Entrei em ansiedade. Entrei em paranóia quando me disseram que perdeu peso, mas a bebé é muito pequena (a minha bebé não podia correr o risco).(E39)*

que, ou se afasta, deixando que o bebé continue retraído, ou o força a despertar, obtendo a resposta de rejeição expressa pelo choro e posterior sonolência, seguida de rejeição materna.

*Muito custoso. Não me arrependo nada de deixar de amamentar. Eu suava por todo o lado. Já regularizou e já vejo de outra maneira. (E44)*

A mãe que consegue entender a situação e tolerá-la, a lactação vai-se desenvolver sem inconvenientes, entre uma mãe paciente e um recém-nascido que lentamente aprende a despertar-se e mamar.

*Depois de muitas choradelas da pequenita e umas lágrimas escondidas da mãe lá vamos conseguindo ultrapassar os obstáculos. (E 22)*

Tabela 4 - Matriz /síntese relativa aos conteúdos fantasmáticos expressos pelas mães

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS
Conteúdos fantasmáticos expressos pelas mães	<b>Medos e ansiedades maternas</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Incapacidade</li><li>• Incompetência</li><li>• Insuficiência</li><li>• Perder o controlo da situação</li><li>• Aflição</li></ul> <b>Dependência</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ausência do companheiro</li><li>• Perda de objectos internos</li></ul> <b>Ciúmes</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ciúme do maridos</li><li>• Ciúme do(s) filho (s)</li></ul>

No tema conteúdos fantasmáticos expressos pelas mães. Emergiram os temores face à relação no processo de amamentação onde se destacaram como subcategorias:

**- Medos e ansiedades maternas**

Alguns medos e ansiedades maternas que verbalizam em forma de incapacidade, incompetência e /ou insuficiência são verdadeiras condicionantes para o curso da amamentação e muitas vezes resultantes de construções sociais

*Era bom que tivesse leite para ele. Parece que não tenho muito líquido. Agora aperto, aperto e deita muito pouco. (E4)*

*Tenho medo de não amamentar, não poder ou de não conseguir. (E6)*

*Eu não tenho colostro. Espontaneamente nunca saiu. (E11)*

*Eu só tinha leite de uma mama, não tinha na outra. (E26)*

*Eu sabia que não estava a ser bem alimentada, não estava a sair nada. (E32)*

*Pelo menos que mame agora de princípio aquela coisinha e depois reforço com o biberão. (E36)*

*Muitas vezes quando vou para o banho eu olho sempre para ver se sai alguma coisa, mas não. (E41)*

*No meu caso também aflição porque a minha bebé não queria mamar. E eu estava e ainda estou com muito medo de não conseguir satisfazer a pequenita. (E44)*

Por outro lado, se o marido se opõe à amamentação, esta pode estar predestinada ao fracasso

*Tive sempre pouco e chorava muito com fome. Agarrava o bico e trincava não se satisfazia. O meu marido foi à farmácia. Ficou contentíssima com o leite e depois nunca mais quis o leite. (E35)*

Também algumas informações transmitidas de mães para filhas como modelo explicativo para o abandono da amamentação.

*A minha mãe não teve leite nos três filhos. Eu quero mas não sei se vou conseguir. Eu quero mas... (E37)*

*A minha mãe não chegou a amamentar. Secaram logo o peito (E41)*

*Tinha o peito muito pequenino. E a minha mãe achava que aquilo não ia dar nada.(E44)*

## **- Dependência**

Na amamentação e na relação com o bebé emergem sentimentos de dependência como a ausência do companheiro; perder o controlo da situação; perda de objectos internos. A ansiedade parece estar associada ao medo de estar só.

*Muito custoso. Ficamos dependentes de outra pessoa. Tudo é preocupante. Espero que corra tudo bem! (E35)*

*Preciso de estar com pessoas, preciso de ver caras...porque se não uma pessoa também dá em doida (E42)*

*Em caso de desespero quero o pai da criança ao pé de mim e o meu médico.*

*(...) A pessoa receia. Um pânico horrível! (E44)*

### **- Ciúmes**

Relativamente ao pai fazem alusão ao ciúme do pai perante a relação mãe-bebé como sendo natural mas com necessidade de ser falada entre o casal.

*Estava muito ansiosa para a irmã nascer. Reagiu muito bem. Quer colaborar em tudo. Fico triste não poder estar tanto tempo como o pai. (E36)*

Mas a grande preocupação é como os irmãos vão reagir à chegada do irmão.

*Agora penso nos próximos dias que virão, principalmente nos novos desafios de cuidar de um recém-nascido e ainda de um menino de três anos. Sem dúvida que será bastante trabalhoso, pois até agora a atenção centrava-se somente para um e agora terá que ser dividida por dois, em estádios de desenvolvimento diferentes, cada um com a sua exigência (E10).*

Tabela 5 - Matriz /síntese relativa às necessidades da puérpera

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS
<b>Necessidades da puérpera</b>	<b>Necessidade de apoio</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Do outro</li><li>- Carinho</li><li>- Afecto</li><li>- Partilhar tarefas</li><li>- Conforto</li><li>- Apoio familiar</li><li>- Apoio social</li></ul> <b>Necessidade de conhecer</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Conhecer</li><li>- Suprir</li><li>- Aprender</li></ul> <b>Necessidade de identificação</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Identificação com a experiência anterior</li></ul> <b>Necessidade de conforto e adaptação</b>

**- Necessidade de Apoio**

Na amamentação e na relação com o bebé emergiram as necessidades de apoio (do outro, carinho, afecto, partilhar tarefas, apoio familiar e apoio social)

*Estar sozinha muito tempo custa-me um bocado! (E 4)*

*Eu gosto de estar sozinha mas não vou conseguir estar sozinha muito tempo. (E 11)*

*Passo muito tempo sozinha e não tenho ninguém próximo (E29)*

*O ideal é partilhar as tarefas com o pai... (E33)*

*Eu tenho de ter sempre muita gente. Estar sozinha, para mim é complicado. Tenho de ter sempre muita gente à minha volta (E42)*

A amamentação surge como o espaço relacional ou espaço potencial

*Eu posso sempre pedir ajuda e instrução a outras pessoas, pois se tenho algo que aprendi e tenho lições todos os dias é que nós dependemos uns dos outros (E3)*

*Eu estava a amamentar no quarto, com a minha filha e o meu marido (E7)*

*Surge no primeiro dia, uma ansiedade que com a ajuda das enfermeiras conseguimos solucionar (E15)*

*Partilhar é uma forma de estarmos sempre juntos (E19)*

*Amor extra, carinho extra e dedicação extra porque é um ser dependente, precisa que o alimentem, tratem da higiene, de atenção em todo o tempo e dedicação tanto da mãe como do pai. (E27)*

*Será, sem dúvida um enorme desafio, mas confio no apoio e colaboração do meu marido e das pessoas que me estão mais próximas (E31)*

*Tenho consciência que devo acompanhar de perto a reacção do D. ao irmão mais novo, tentando integrá-lo nas tarefas do dia -a- dia com o bebé (E10)*

#### **- Necessidade conhecer**

Nas necessidades da puérpera destacaram-se a necessidade de conhecer, suprir e aprender

*O tempo vai-me ajudar a conhecer, e a suprir o que o meu bebé precisar, pois mesmo tendo conhecimentos, nós nunca sabemos tudo, estamos sempre a aprender (E24)*

*Mas claro também temos as duas de aprender a bebé a procurar a mama e a mãe tem de lhe saber fazer aqueles truques para a conquistar. Até agora estou a gostar muito apesar de tudo. (E44)*

#### **- Necessidade de identificação**

E também a necessidade de identificação com a experiência anterior

*Eu acho que fiz a ligação com a minha filha. Não sei se é bom ou mau. Mas acho que me tentei aproximar daquilo que senti. (E7)*

*Recordo muito bem o período de amamentação do D., que considero que correu muito bem (mamou até aos 9 meses). No entanto, com a prática tendemos a esquecer a primeira fase que é um pouco mais complexa. (E10)*

*Sinto que o A. é um bocadinho mais preguiçoso para mamar que o R. (talvez por também ser mais pequenino. (E28)*

*Eu faço a analogia à minha 1ª amamentação. (E31)*

*Está a correr melhor do que com a minha filha. Estou a receber mais informação do que quando tive a minha filha o que ajuda bastante, gosto bastante. A minha filha só amamentei um mês talvez por falta de informação. (E36)*

*Eu amamentei e a minha filha nunca me deu trabalho, nem teve problemas de saúde, e eu acho que isso compensa todas as dificuldades. (E43)*

#### **- Necessidade de conforto e adaptação**

No puerpério tem necessidade de conforto e de adaptação

*A mulher tem necessidade de amor, carinho e afecto porque no pós-parto a mãe precisa de se adaptar. (E4)*

*Nesta altura já não temos paciência, estamos muito irritadas connosco, muito irritadiças, a precisar de conforto e que não nos digam muitas coisas. Necessitamos de tempo e de nos adaptarmos. (E5)*

*Mas parece-me que quando em casa estipular um ritmo, tudo correrá melhor. (E10)*

*Achei que já chegava de pensar sempre na minha filha e comecei a fazer uma identificação com o bebé de hoje. (E28)*

*Conforto, tem a ver com o conforto psicológico porque se estivermos bem psicologicamente é mais fácil de lidarmos com toda a situação. É muito complicado nos primeiros dias. (E36)*

Tabela 6 - Matriz /síntese relativa à relação estabelecida com a criança

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS
Relação estabelecida com a criança	<ul style="list-style-type: none"><li>• Apego</li><li>• Evitamento</li></ul>

### - Apego

Do momento privilegiado da relação estabelecida com a criança na amamentação, salientado por Sá (2006), que o bebé tem de comunhão com a mãe, em que a mãe e o filho podem ler-se, um ao outro, olhos nos olhos e sentir-se mais fundo um no outro. E que acham que se prolonga para toda a vida, dando significado à importância desse “bailado” (cria e adensa os vínculos que perduram para sempre)

*Podemos saber que através deste gesto o bebé recebe todos os nutrientes que necessita para crescer saudável, bem como permite momentos de partilha entre a mãe e bebé únicos (E3)*

*As coisas boas, marcam e ficam para toda a vida. (E18)*

*Há uma coisa muito engraçada. O facto de ela olhar muito para mim. (E21)*

*Fixa-me muito. Não é o peito, são mesmo os meus olhos. Acho muito especial. (E24)*

*Há uma química... e acho que se prolonga para toda a vida . (E33)*

*A admiração de estar a ver o bebé, o seu olhar e o seu crescimento.(E38)*

A amamentação surge como um espaço potencial a uma nova relação. Ali na amamentação são criados novos vínculos ao novo e ao diferente, à nova relação, corroborando com Sá (2006). A expansão do mundo relacional e a novos afectos, um componente onírico, um apelo à componente onírica. Sonhar acordado (uma rêverie) ao

momento da amamentação. Rêverie no espaço transaccional ter oportunidade para sonhar, criar e alucinar. Winnicott, um componente mais positivo da amamentação. No seio da relação está um pouco a sonhar e a abrir novos mundos

*Eu acho que naquele momento estamos num sonho, uma coisa muito boa, uma situação muito feliz, de relaxe, de calma e de descontração. (E18)*

*A ligação mãe/filho tem mesmo que ser única é até um pouco inexplicável. (E33)*

### **- Evitamento**

A agitação e as crises emocionais (medo, insegurança, vergonha ou falta de autoconfiança). Lembra Lothrop (2000), inibem a libertação de ocitocina e até mesmo um reflexo já bem estabelecido. Deste modo, os alvéolos não se contraem e a maior parte do leite disponível não fica à disposição de bebé.

*Não amamenteei em público (não sou capaz), mesmo em casa não mostro aos filhos.(E5)*

*O médico na consulta espremeu-me as mamas com muita força e foi horrível. Desde esse dia não lhes mexo, nem as posso tocar. Estou muito revoltada com o que se passou! (E8)*

*Já no outro filho não amamenteei. (E16)*

Rejeição pessoal à amamentação, ambivalência inconsciente em relação ao papel de mãe e outros conflitos podem interferir de forma análoga numa lactação bem-sucedida.

#### 4.4. - DADOS RELATIVOS AOS 4 MESES

##### **Idade:**

As 44 mães estudadas aos 4 meses de idade do bebé apresentavam idades compreendidas entre 21 e 41 anos, sendo a idade média 31.73 anos com desvio padrão 5.48 anos. Metade destas mães tinham, pelo menos 33.00 anos e 54.6% pertenciam ao grupo etário dos 30 aos 40 anos.

##### **Profissão/ ocupação:**

Verificamos também que 31.8% das mães tinham profissões pertencentes ao grupo V, ou seja, eram trabalhadoras dos serviços ou vendedoras.

##### **Estado civil:**

A maioria, concretamente 79.5%, disse ser casada, 18.2% solteira e 2.3% divorciada.

##### **Residência:**

45.5% residiam em áreas rurais, 31.8% na cidade e 22.7% em vila.

Quadro 28 – Distribuição da amostra segundo os dados sócio-demográficos

Variável	Momento	Aos 4 meses	
		n	%
Grupo etário			
< 20		-	0.0
[20 – 25[		7	15.9
[25 – 30[		10	22.7
[30 – 35[		12	27.3
[35 – 40[		12	27.3
[40 – 45[		3	6.8
≥ 45		-	0.0
Profissão / Ocupação			
Grupo I		-	0.0
Grupo II		5	11.4
Grupo III		2	4.5
Grupo IV		7	15.9
Grupo V		14	31.8
Grupo VI		1	2.3
Grupo VII		5	11.4
Grupo VIII		1	2.3
Grupo IX		2	4.5
Desempregada		1	2.3
Estudante		1	2.3
Doméstica		5	11.4
Reformada		-	0.0
Estado civil			
Casada		35	79.5
Solteira		8	18.2
Divorciada		1	2.3
Área de residência			
Cidade		14	31.8
Vila		10	22.7
Rural		20	45.5

$\bar{x} = 31.73$      $Md = 33.00$      $s = 5.48$      $x_{\min} = 21.00$      $x_{\max} = 41.00$

### **Antecedentes obstétricos:**

Quanto às mães inquiridas aos 4 meses, verificamos que também a maioria (59.1%) não referiu antecedentes obstétricos.

### **Antecedentes pessoais:**

38.6% também não referiram antecedentes pessoais com significado mas metade disse sofrer de doença crónica (20.5%), problemas psiquiátricos (15.9%) ou depressão (13.6%).

**Vigilância da gravidez:**

No que concerne à vigilância na gravidez, verificamos que 43.2% destas mães disseram tê-la feito em médicos particulares.

**Experiência anterior de amamentação:**

Verificamos também que 52.3% não tinham experiências anteriores de amamentação

**Tempo de amamentação do último filho :**

Para 80.9%, o tempo de amamentação do último filho era desconhecido. As quatro mães que indicaram o tempo de amamentação do último filho, referiram valores entre 1 e 28 meses, sendo a média 12.00 meses com desvio padrão 12.57 meses.

Quadro 29 – Distribuição da amostra segundo os dados relativos aos antecedentes

Variável	Momento	Aos 4 meses	
		n	%
<b>Antecedentes obstétricos</b>			
Não tem ou não são relevantes		26	59.1
Aborto espontâneo		5	11.4
IVG		2	4.5
Morte fetal		-	0.0
Morte pós-parto		1	2.3
Infecção		3	6.8
Esterilidade primária		3	6.8
Hipertensão		4	9.1
Diabetes gestacional		2	4.5
Outros (mola hidatiforme, quistos, tumores, descolamento de placenta)		3	6.8
<b>Antecedentes pessoais</b>			
Sem significado		17	38.6
Depressão		6	13.6
Psiquiátricos		7	15.9
Doença crónica		9	20.5
Doença aguda		-	0.0
Acidente		-	0.0
Operação cirúrgicas		2	4.5
Ansiedade		3	6.8
Outros (alergias medicamentosos)		3	6.8
<b>Vigilância na gravidez</b>			
Sem vigilância		-	0.0
Centro de Saúde		14	31.8
Médico especialista		19	43.2
Hospital		11	25.0
<b>Experiência de amamentação</b>			
Sim		21	47.7
Não		23	52.3
<b>Tempo de amamentação do último filho (meses)</b>			
< 6		2	9.5
[6 – 12[		-	0.0
[12 – 18[		1	4.8
≥ 18		1	4.8
Desconhecido		17	80.9

**Apoio familiar e social:**

Verificamos também que a maioria (88.6%) das mães inquiridas aos 4 meses afirmou ter o apoio do marido ou pai do bebê e 97.7% disseram que não tinham necessidade de apoio social.

Quadro 30 - Distribuição da amostra segundo os dados referentes ao apoio

Variável	Momento	Aos 4 meses	
		n	%
0Apoio familiar			
Marido/pai do bebê		39	88.6
Mãe		10	22.7
Sogra		2	4.5
Família		-	0.0
Amigos		-	0.0
Outros (irmãos, filhos, avó, tia)		3	6.8
Ninguém		1	2.3
Necessidade de apoio social			
Sim		1	2.3
Não		43	97.7

**Dados obstétricos:**

Relativamente às mães inquiridas aos 4 meses, verificamos que 43.2% tiveram a segunda gestação seguidas de 40.9% que eram primigestas. Verificamos também que 47.7% eram mães primíparas e 43.2% tinham dois filhos. A maioria destas mães, concretamente 52.3%, teve parto eutócico.

Quadro 31 - Distribuição da amostra segundo os dados obstétricos

Variável	Momento	Aos 4 meses	
		n	%
Número de gestações			
I		18	40.9
II		19	43.2
III		3	6.8
IV		3	6.8
V		1	2.3
VI		-	0.0
Mais de seis		-	0.0
Paridade			
I		21	47.7
II		19	43.2
III		4	9.1
IV		-	0.0
V		-	0.0
Mais de cinco		-	0.0
Tipo de parto			
Eutócico		23	52.3
Cesariana		16	36.4
Ventosa		5	11.4
Fórceps		-	0.0

**Recém-nascidos:**

Os dados colhidos aos 4 meses revelam que 52.3% dos bebês eram do gênero feminino e que os pesos ao nascer se situavam entre 2440 e 4600 gramas, sendo o peso médio de 3224.66 gramas com desvio padrão de 440.75 gramas. Como podemos constatar, 45.5% dos bebês nasceram com peso compreendido entre 3000 a 3500 gramas e metade tinha peso igual ou superior a 3240.00 gramas.

Ao primeiro minuto 90.9% destes bebês apresentavam APGAR de 8 ou 9 e ao quinto minuto 72.7% apresentavam APGAR igual a 10. Quase todos os bebês (93.2%) foram amamentados exclusivamente com leite materno.

Quadro 32 - Dados referentes aos recém-nascidos

Variável	n	%
Sexo do recém-nascido		
Masculino	21	47.7
Feminino	23	52.3
Peso do recém-nascido (gramas)		
< 2000	-	0.0
[2000 – 2500[	2	4.5
[2500 – 3000[	12	27.3
[3000 – 3500[	20	45.5
[3500 – 4000[	8	18.2
≥ 4000	2	4.5
Índice de APGAR ao 1º minuto		
< 6	-	0.0
6 – 7	1	2.3
8 – 9	40	90.9
10	3	6.8
Índice de APGAR ao 5º minuto		
< 6	-	0.0
6 – 7	-	0.0
8 – 9	12	27.3
10	32	72.7
Tipo de alimentação do recém-nascido		
Aleitamento materno exclusivo	41	93.2
Aleitamento misto	3	6.8

### **Contacto com a unidade de apoio domiciliário:**

Aos 4 meses, 77.3% das mães referiram que, nos contactos com a unidade de apoio domiciliário, referiram dúvidas ou queixas e igual percentagem referiram que nesses contactos foram efectuados ensinamentos. Os que foram realizados com maior frequência foram as técnicas de esvaziamento mamário (38.6%), os cuidados com os mamilos (29.5%), as técnicas de amamentação e o alívio das dores, ambos com a percentagem de 18.2%.

Quadro 33 - Dados referentes ao contacto com a unidade de apoio domiciliário

Variável	Momento	Aos 4 meses	
		n	%
Resultado do contacto			
Sem dúvidas ou queixas		7	15.9
Com dúvidas ou queixas		34	77.3
Não atendeu		3	6.8
Foram feitos ensinios			
Sim		34	77.3
Não		10	22.7
Tipo de ensinios feitos			
Esvaziamento mamário		17	38.6
Cuidados com os mamilos		13	29.5
Técnica de amamentação		8	18.2
Alívio das dores		8	18.2
Necessidade de vigilância do recém-nascido		4	9.1
Necessidade de despertar o recém-nascido para mamar		2	4.5
Horário das mamadas		3	6.8
Massagem anti-cólicas		2	4.5
Alimentação do lactente		3	6.8
Conservação do leite		-	0.0
Aleitamento misto		5	11.4
Cumprimento da medicação		1	2.3
Vigilância do coto umbilical		3	6.8
Mamadas mais prolongadas		1	2.3
Vigilância das perdas hemáticas		-	0.0
Contraceção		1	2.3

### MEDIDAS DESCRITIVAS

Como podemos verificar, os dados referentes às mães inquiridas aos 4 meses de idade dos bebés, permitiram obter para a dimensão **prazer e papel maternal** valores compreendidos entre 15 e 70 pontos, sendo a média 56.32 pontos com desvio padrão de 12.91 pontos. Metade das mães obteve valores iguais ou superiores a 58.50 pontos.

Na dimensão **satisfação e crescimento da criança** observámos scores entre 21 e 40 pontos, com valor médio 32.36 pontos com desvio padrão de 5.17 pontos. Com resultados iguais ou superiores a 33.00 pontos situaram-se metade das mães.

Para a dimensão **estilo de vida e imagem corporal materna** os valores situaram-se entre 13 e 54 pontos e metade das mães obtiveram pelo menos 26.00 pontos. O valor médio foi de 26.70 pontos com desvio padrão 8.02 pontos.

No global da escala, observamos resultados compreendidos entre 51 e 152 pontos sendo a média 115.39 pontos sendo o desvio padrão 23.51 pontos. Metade das mães apresentou resultados iguais ou superiores a 118.00 pontos

Os valores médios ponderados pelo número de itens, permitem-nos verificar que as mães avaliaram melhor a amamentação ao nível da satisfação e crescimento da criança, seguindo-se o prazer e papel maternal. Os estilos de vida e imagem corporal materna foi a dimensão que as mães avaliaram com pontuação mais baixa. Em termos globais, concluímos que as mães, aos 4 meses, fizeram uma avaliação razoável da amamentação.

Quadro 34- Medidas descritivas observadas para as dimensões e global da Escala de Avaliação Materna da Amamentação (aos 4 meses)

Dimensões	$\bar{x}$	Md	s	X <sub>min</sub>	X <sub>máx</sub>	$\bar{x}_{pond}$
Prazer e papel maternal	56.32	58.50	12.91	15.00	70.00	4.02
Satisfação e crescimento da criança	32.36	33.00	5.17	21.00	40.00	4.04
Estilo de vida e imagem corporal materna	26.70	26.00	8.02	13.00	54.00	3.34
Global	115.39	118.00	23.51	51.00	152.00	3.85

$\bar{x}_{pond}$  = média ponderada pelo número de itens

A aplicação do Inventário de Afecto Materno, aos 4 meses, revelou que as mães obtiveram resultados compreendidos entre 76 e 104 pontos, sendo o score médio 91.20 com desvio padrão 10.01 pontos. Metade das mães apresentou valores iguais ou superiores a 95.00 pontos e, atendendo a que a escala poderia variar entre 26 e 104 pontos, podemos concluir que estas mães evidenciaram elevado afecto materno.

Quadro 35 - Medidas descritivas observadas para o Inventário de Afecto Materno (aos 4 meses)

Escala	$\bar{x}$	Md	s	X <sub>min</sub>	X <sub>máx</sub>
Inventário de Afecto Materno	91.20	95.00	10.01	76.00	104.00

Tendo por base os dados colhidos junto das mães inquiridas quando os bebés tinham 4 meses de idade obtivemos os resultados que apresentamos nos quadros seguintes e que iremos analisar.

### **Correlação da Avaliação Materna da Amamentação com o Afecto Materno:**

Os resultados apresentados no quadro 36 foram obtidos através do estudo da correlação entre a avaliação da amamentação que as mães fizeram aos 4 meses e o afecto materno por elas evidenciado. Como podemos verificar as correlações são positivas e estatisticamente significativas nas dimensões **prazer e papel maternal** ( $p = 0.046$ ) e **estilos de vida e imagem corporal materna** ( $p = 0.004$ ). Verificamos idêntica situação ao nível da avaliação **global** ( $p = 0.022$ ). Estes resultados permitem-nos concluir que **as mães que evidenciam afecto materno mais elevado tendem a avaliar de modo mais positivo a amamentação.**

Quadro 36 - Correlação da Avaliação Materna da Amamentação com o Afecto Materno (aos 4 meses)

Variáveis	Afecto Materno	
	$r_s$	$p$
Prazer e papel maternal	+0.30	<b>0.046</b>
Satisfação e crescimento da criança	+0.14	0.357
Estilo de vida e imagem corporal materna	+0.42	<b>0.004</b>
Global	+0.34	<b>0.022</b>

### **Correlação da Avaliação Materna da Amamentação e do Afecto Materno com a idade da mãe:**

A análise dos resultados apresentados no quadro 37, obtidos através do estudo da correlação entre a avaliação da amamentação e o afecto materno com a idade das mães, revela que em nenhuma das situações a correlação pode ser considerada estatisticamente significativa ( $p > 0.050$ ). Estes resultados levam-nos a concluir que a idade da mãe não influencia a avaliação que fazem da amamentação ou afecto que evidenciam para com o bebé.

Quadro 37 - Correlação da Avaliação Materna da Amamentação e do Afecto Materno com a idade da mãe (aos 4 meses)

Variáveis	Idade da mãe	
	$r_s$	p
Prazer e papel maternal	+0.03	0.857
Satisfação e crescimento da criança	-0.08	0.589
Estilo de vida e imagem corporal materna	+0.22	0.158
Global	+0.14	0.376
Afecto Materno	+0.03	0.849

**Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e do Afecto Materno em função do estado civil da mãe:**

A comparação da avaliação da amamentação e do afecto materno em função do estado civil das mães, considerando estas agrupadas em duas categorias (casada ou não casada) revelou que apenas na dimensão **estilos de vida e imagem corporal materna** a **diferença observada é estatisticamente significativa** ( $p = 0.044$ ). Este facto permite-nos afirmar que o estado civil da mãe não influencia o afecto que demonstra para com o filho mas tem influência sobre a avaliação que faz da amamentação em termos do estilo de vida e imagem corporal. Os valores das medidas de tendência central revelam que as **mães casadas fazem uma avaliação mais positiva da amamentação**.

Quadro 38 - Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e do Afecto Materno em função do estado civil da mãe (aos 4 meses)

Variáveis	n	$\bar{x}_p$	$\bar{x}$	Md	z	p
Estado civil						
<b>Prazer e papel maternal</b>						
Casada	37	23.15	57.89	59.00	-0.773	0.439
Não casada	7	19.07	48.00	58.00		
<b>Satisfação e crescimento da criança</b>						
Casada	37	22.66	32.54	33.00	-0.194	0.846
Não casada	7	21.64	31.43	33.00		
<b>Estilo de vida e imagem corporal materna</b>						
Casada	37	24.19	27.76	27.00	-2.010	<b>0.044</b>
Não casada	7	13.57	21.14	22.00		
<b>Global</b>						
Casada	37	23.46	118.19	118.00	-1.141	0.254
Não casada	7	17.43	100.57	113.00		
<b>Afecto Materno</b>						
Casada	37	22.88	91.43	96.00	-0.451	0.652
Não casada	7	20.50	90.00	88.00		

**Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e do Afecto Materno em função da área de residência da mãe:**

A comparação da avaliação da amamentação e o afecto materno em função da área de residência não revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0.050$ ). Este facto induziu-nos a concluir que a área em que a mãe reside não influencia significativamente a avaliação da amamentação que faz e o afecto materno que demonstra aos 4 meses de idade do bebé.

Quadro 39 - Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e do Afecto Materno em função da área de residência da mãe (aos 4 meses)

Variáveis Área de residência	n	$\bar{x}_p$	$\bar{x}$	Md	$\chi^2$	p
<b>Prazer e papel maternal</b>						
Cidade	17	21.47	57.65	58.00	1.327	0.515
Vila	6	28.08	62.50	62.00		
Aldeia	21	21.74	53.48	59.00		
<b>Satisfação e crescimento da criança</b>						
Cidade	17	24.15	33.24	33.00	0.505	0.777
Vila	6	22.42	33.17	33.00		
Aldeia	21	21.19	31.43	33.00		
<b>Estilo de vida e imagem corporal materna</b>						
Cidade	17	22.56	26.35	27.00	1.574	0.455
Vila	6	28.25	31.83	27.00		
Aldeia	21	20.81	25.52	25.00		
<b>Global</b>						
Cidade	17	22.68	117.24	119.00	1.953	0.377
Vila	6	28.83	127.50	121.00		
Aldeia	21	20.55	110.43	118.00		
<b>Afecto Materno</b>						
Cidade	17	18.12	87.41	84.00	3.623	0.163
Vila	6	28.08	96.83	100.00		
Aldeia	21	24.45	92.67	96.00		

**Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e do Afecto Materno em função dos antecedentes obstétricos da mãe:**

Ao comparar os resultados da avaliação da amamentação e do afecto materno em função dos antecedentes obstétricos, verificamos também a não existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0.050$ ). Com base nestes resultados, somos levados a concluir que a existência, ou não, de antecedentes obstétricos não influencia a avaliação que a mãe faz da amamentação ou o afecto que ela demonstra para com o filho.

Quadro 40 - Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e do Afecto Materno em função dos antecedentes obstétricos da mãe (aos 4 meses)

Variáveis Antecedentes obstétricos	n	$\bar{x}_p$	$\bar{x}$	Md	z	p
<b>Prazer e papel maternal</b>						
Não	20	24.43	57.60	59.50	-0.911	0.362
Sim	24	20.90	55.25	58.00		
<b>Satisfação e crescimento da criança</b>						
Não	20	25.83	33.70	35.00	-1.578	0.115
Sim	24	19.73	31.25	32.50		
<b>Estilo de vida e imagem corporal materna</b>						
Não	20	22.60	27.35	25.50	-0.047	0.962
Sim	24	22.42	26.17	26.50		
<b>Global</b>						
Não	20	24.45	118.65	119.50	-0.921	0.357
Sim	24	20.88	112.67	118.00		
<b>Afecto Materno</b>						
Não	20	23.78	92.30	95.50	-0.603	0.546
Sim	24	21.44	90.29	92.50		

**Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e Afecto Materno em função dos antecedentes pessoais da mãe:**

Chegamos a conclusão idêntica ao comparar a avaliação materna da amamentação e o afecto maternal em função dos antecedentes pessoais. Também neste caso não observamos qualquer diferença estatisticamente significativa ( $p > 0.050$ ).

Quadro 41 - Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e Afecto Materno em função dos antecedentes pessoais da mãe (aos 4 meses)

Variáveis Antecedentes pessoais	n	$\bar{x}_p$	$\bar{x}$	Md	z	p
<b>Prazer e papel maternal</b>						
Não	12	20.42	52.42	58.50	-0.661	0.508
Sim	32	23.28	57.78	58.50		
<b>Satisfação e crescimento da criança</b>						
Não	12	16.38	29.75	31.00	-1.950	0.051
Sim	32	24.80	33.34	33.50		
<b>Estilo de vida e imagem corporal materna</b>						
Não	12	16.54	23.17	22.00	-1.889	0.059
Sim	32	24.73	28.03	27.00		
<b>Global</b>						
Não	12	18.00	105.33	115.50	-1.425	0.154
Sim	32	24.19	119.16	119.50		
<b>Afecto Materno</b>						
Não	12	18.42	87.67	85.50	-1.296	0.195
Sim	32	24.03	92.53	96.00		

**Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e do Afecto Materno em função do local onde a mãe fez a vigilância da gravidez:**

O local onde as mães fizeram a vigilância durante a gravidez também não influencia significativamente a avaliação da amamentação que fazem e o afecto materno que demonstram aos 4 meses de idade dos filhos. Como podemos verificar pelos resultados apresentados no quadro 42, nenhuma das diferenças observadas é estatisticamente significativa ( $p > 0.050$ ).

Quadro 42- Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e do Afecto Materno em função do local onde a mãe fez a vigilância da gravidez (aos 4 meses)

Variáveis	n	$\bar{x}_p$	$\bar{x}$	Md	$\chi^2$	p
<b>Vigilância da gravidez</b>						
<b>Prazer e papel maternal</b>						
Centro de Saúde	11	24.59	60.27	60.00	0.797	0.671
Médico especialista	20	21.80	55.65	58.00		
Hospital	12	19.96	53.58	58.50		
<b>Satisfação e crescimento da criança</b>						
Centro de Saúde	11	24.95	33.64	33.00	4.425	0.109
Médico especialista	20	24.23	33.05	35.00		
Hospital	12	15.58	30.08	32.00		
<b>Estilo de vida e imagem corporal materna</b>						
Centro de Saúde	11	24.91	28.36	27.00	0.851	0.653
Médico especialista	20	21.40	26.60	26.50		
Hospital	12	20.33	25.75	25.00		
<b>Global</b>						
Centro de Saúde	11	24.82	122.27	119.00	1.749	0.417
Médico especialista	20	22.75	115.30	121.00		
Hospital	12	18.17	109.42	113.00		
<b>Afecto Materno</b>						
Centro de Saúde	11	21.86	91.73	95.00	0.232	0.890
Médico especialista	20	21.23	91.05	97.00		
Hospital	12	23.42	91.58	93.50		

**Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e do Afecto Materno em função da mãe ter experiência anterior de amamentação:**

A comparação da avaliação da amamentação e do afecto materno, aos 4 meses de idade do bebé, em função da experiência anterior de amamentação, revela que apenas na **dimensão prazer e papel materna a diferença observada é estatisticamente significativa** ( $p = 0.045$ ). A análise dos valores das medidas de tendência central revela que **as mães que tiveram experiências anteriores de amamentação avaliam mais positivamente o prazer e papel maternal.**

Quadro 43- Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e do Afecto Materno em função da mãe ter experiência anterior de amamentação (aos 4 meses)

Variáveis	n	$\bar{x}_p$	$\bar{x}$	Md	z	p
Experiência anterior de amamentação						
<b>Prazer e papel maternal</b>						
Sim	17	27.38	58.76	60.00	-2.009	<b>0.045</b>
Não	27	19.43	54.78	58.00		
<b>Satisfação e crescimento da criança</b>						
Sim	17	22.74	32.24	33.00	-0.097	0.923
Não	27	22.35	32.44	33.00		
<b>Estilo de vida e imagem corporal materna</b>						
Sim	17	25.79	29.18	28.00	-1.353	0.176
Não	27	20.43	25.15	26.00		
<b>Global</b>						
Sim	17	26.44	120.18	124.00	-1.617	0.106
Não	27	20.02	112.37	113.00		
<b>Afecto Materno</b>						
Sim	17	26.18	93.41	96.00	-1.512	0.131
Não	27	20.19	89.81	88.00		

**Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e do Afecto Materno em função da situação da mãe em termos gestacionais:**

Os resultados apresentados no quadro 44 revelam que a situação das mães em termos gestacionais não influencia significativamente a avaliação que fazem da amamentação ou o afecto maternal. Nenhuma das diferenças observadas é estatisticamente significativa ( $p > 0.050$ ).

Quadro 44 - Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e do Afecto Materno em função da situação da mãe em termos gestacionais (aos 4 meses)

Variáveis Situação gestacional	n	$\bar{x}_p$	$\bar{x}$	Md	$\chi^2$	p
<b>Prazer e papel maternal</b>						
Uma gestação	17	21.38	55.76	58.00	0.221	0.895
Duas gestações	16	23.41	57.63	59.00		
Mais de duas gestações	11	22.91	55.27	59.00		
<b>Satisfação e crescimento da criança</b>						
Uma gestação	17	24.97	33.24	35.00	1.532	0.465
Duas gestações	16	22.38	32.19	33.00		
Mais de duas gestações	11	18.86	31.27	32.00		
<b>Estilo de vida e imagem corporal materna</b>						
Uma gestação	17	20.53	25.18	26.00	0.822	0.663
Duas gestações	16	22.91	27.94	25.00		
Mais de duas gestações	11	24.95	27.27	28.00		
<b>Global</b>						
Uma gestação	17	21.65	114.18	116.00	0.141	0.932
Duas gestações	16	23.31	117.75	118.00		
Mais de duas gestações	11	22.64	113.82	119.00		
<b>Afecto Materno</b>						
Uma gestação	17	19.44	89.24	87.00	1.784	0.410
Duas gestações	16	25.34	93.56	99.00		
Mais de duas gestações	11	23.09	90.82	90.00		

**Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e do Afecto Materno em função da situação da mãe em termos de paridade:**

Idêntica conclusão tiramos ao analisar os dados apresentados no quadro 45 que foram obtidos ao comparar a avaliação da amamentação e o afecto maternal em função da paridade. Não foi observada qualquer diferença estatisticamente significativa ( $p > 0.050$ ).

Quadro 45 - Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e do Afecto Materno em função da situação da mãe em termos de paridade (aos 4 meses)

Variáveis Paridade	n	$\bar{x}_p$	$\bar{x}$	Md	z	p
<b>Prazer e papel maternal</b>						
Primípara	23	19.41	54.17	58.00	-1.675	0.094
Múltipara	21	25.88	58.67	60.00		
<b>Satisfação e crescimento da criança</b>						
Primípara	23	23.72	32.65	33.00	-0.662	0.508
Múltipara	21	21.17	32.05	33.00		
<b>Estilo de vida e imagem corporal materna</b>						
Primípara	23	20.13	25.04	25.00	-1.284	0.199
Múltipara	21	25.10	28.52	28.52		
<b>Global</b>						
Primípara	23	20.20	111.87	113.00	-1.247	0.212
Múltipara	21	25.02	119.24	119.00		
<b>Afecto Materno</b>						
Primípara	23	20.46	90.13	88.00	-1.108	0.268
Múltipara	21	24.74	92.38	96.00		

**Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e do Afecto Materno em função do tipo de parto :**

Os resultados obtidos ao comparar a avaliação da amamentação e o papel maternal em função do tipo de parto revelam que nenhuma das diferenças observadas pode ser considerada estatisticamente significativa ( $p > 0.050$ ). Este facto leva-nos a concluir que o tipo de parto não influencia significativamente a avaliação da amamentação feita pelas mães e o afecto maternal por elas demonstrado aos 4 meses de idade do bebé.

Quadro 46 - Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e do Afecto Materno em função do tipo de parto que a mãe teve (aos 4 meses)

Variáveis	n	$\bar{x}_p$	$\bar{x}$	Md	$\chi^2$	p
<b>Tipo de parto</b>						
<b>Prazer e papel maternal</b>						
Eutócico	26	23.19	55.58	59.50	0.188	0.910
Cesariana	14	21.57	56.71	58.00		
Ventosa/Fórceps	4	21.25	59.75	57.50		
<b>Satisfação e crescimento da criança</b>						
Eutócico	26	24.73	33.04	34.00	2.540	0.281
Cesariana	14	18.04	31.00	32.00		
Ventosa/Fórceps	4	23.63	32.75	34.00		
<b>Estilo de vida e imagem corporal materna</b>						
Eutócico	26	23.29	26.69	26.00	0.253	0.881
Cesariana	14	21.18	27.07	24.00		
Ventosa/Fórceps	4	22.00	25.50	27.00		
<b>Global</b>						
Eutócico	26	23.37	115.31	120.00	0.338	0.844
Cesariana	14	20.89	114.79	113.50		
Ventosa/Fórceps	4	22.50	118.00	118.50		
<b>Afecto Materno</b>						
Eutócico	26	24.94	93.23	98.00	4.310	0.116
Cesariana	14	21.25	89.86	87.00		
Ventosa/Fórceps	4	11.00	82.75	78.00		

**Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e do Afecto Materno em função do sexo do recém-nascido:**

O sexo do bebé também não parece influenciar a avaliação que as mães fazem da amamentação e o afecto maternal que evidenciam. Os resultados apresentados no quadro 47 mostram que nenhum das diferenças observadas pode ser considerada estatisticamente significativa ( $p > 0.050$ ).

Quadro 47 - Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e do Afecto Materno em função do sexo do recém-nascido (aos 4 meses)

Variáveis	n	$\bar{x}_p$	$\bar{x}$	Md	z	p
Sexo do bebé						
<b>Prazer e papel maternal</b>						
Masculino	20	25.93	58.85	60.00	-1.621	0.105
Feminino	24	19.65	54.21	58.00		
<b>Satisfação e crescimento da criança</b>						
Masculino	20	23.20	32.90	33.00	-0.332	0.740
Feminino	24	21.92	31.92	33.00		
<b>Estilo de vida e imagem corporal materna</b>						
Masculino	20	25.55	28.80	27.00	-1.441	0.150
Feminino	24	19.96	24.96	25.00		
<b>Global</b>						
Masculino	20	25.75	120.55	121.50	-1.534	0.125
Feminino	24	19.79	111.08	114.50		
<b>Afecto Materno</b>						
Masculino	20	23.00	91.45	95.50	-0.237	0.813
Feminino	24	22.08	91.00	92.50		

**Correlação da Avaliação Materna da Amamentação e do Afecto Materno com o peso do recém-nascido:**

Efectuámos também o estudo da correlação do peso que o bebé apresentava ao nascer com a avaliação da amamentação e com o afecto maternal que as mães evidenciam aos 4 meses de idade dos filhos. Como verificamos pelos resultados que constituem o quadro 48, as correlações são fracas e nenhuma é estatisticamente significativa ( $p > 0.050$ ).

Quadro 48 - Correlação da Avaliação Materna da Amamentação e do Afecto Materno com o peso do recém-nascido (aos 4 meses)

Variáveis	Peso do recém-nascido	
	$r_s$	p
Prazer e papel maternal	+0.21	0.178
Satisfação e crescimento da criança	+0.10	0.508
Estilo de vida e imagem corporal materna	+0.17	0.273
Global	+0.17	0.269
Afecto materno	-0.02	0.888

### **Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e do Afecto Materno em função dos ensinos na unidade de apoio domiciliário:**

O facto de as mães terem recebido ensinos pela unidade de apoio domiciliário também não influencia significativamente a avaliação da amamentação que fazem e o afecto materno que demonstram aos 4 meses de idade dos filhos. Como podemos verificar pelos resultados apresentados no quadro 49, nenhuma das diferenças observadas é estatisticamente significativa ( $p > 0.050$ ).

Quadro 49 - Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e do Afecto Materno em função dos ensinos na unidade de apoio domiciliário (aos 4 meses)

Variáveis	n	$\bar{x}_p$	$\bar{x}$	Md	z	p
Ensinos na unidade de apoio domiciliário						
<b>Prazer e papel maternal</b>						
Sim	32	22.70	57.06	58.50	-0.172	0.863
Não	12	21.96	54.33	58.50		
<b>Satisfação e crescimento da criança</b>						
Sim	32	22.36	32.31	33.00	-0.119	0.905
Não	12	22.88	32.50	33.00		
<b>Estilo de vida e imagem corporal materna</b>						
Sim	32	22.75	27.09	26.00	-0.211	0.833
Não	12	21.83	25.67	26.50		
<b>Global</b>						
Sim	32	22.88	116.47	118.50	-0.317	0.751
Não	12	21.50	112.50	116.00		
<b>Afecto Materno</b>						
Sim	32	22.81	91.63	95.50	-0.264	0.791
Não	12	21.67	90.08	86.00		

### **Comparação da Avaliação Materna da Amamentação no internamento e aos 4 meses:**

No sentido de conhecer se houve alterações na avaliação que as mães fazem da amamentação no internamento e aos 4 meses de idade dos bebés procedemos à comparação dos dados obtidos nos dois momentos. Como podemos verificar pelos dados apresentados no quadro 50, apenas na dimensão **estilo de vida e imagem corporal materna a diferença observada é estatisticamente significativa** ( $p = 0.006$ ). Os valores observados para as medidas de tendência central revelam que as mães, **no internamento, fazem uma avaliação mais positiva da amamentação, ao nível do estilo de vida e imagem corporal, do que aos 4 meses de idade do bebé**

Quadro 50 - Comparação da Avaliação Materna da Amamentação no internamento e aos 4 meses

Variáveis Momento	n	$\bar{x}$	Md	z	p
<b>Prazer e papel maternal</b>					
Internamento	44	57.84	59.00	-0.045	0.964
Aos 4 meses	44	56.32	58.50		
<b>Satisfação e crescimento da criança</b>					
Internamento	44	30.30	31.00	-1.922	0.055
Aos 4 meses	44	32.36	33.00		
<b>Estilo de vida e imagem corporal materna</b>					
Internamento	44	30.25	30.00	-2.743	<b>0.006</b>
Aos 4 meses	44	26.70	26.00		
<b>Global</b>					
Internamento	44	118.39	119.00	-0.139	0.890
Aos 4 meses	44	115.39	118.00		

**Correlação do Afecto Materno aos 4 meses com a Avaliação Materna da Amamentação e a Auto-estima Materna no internamento:**

Procedemos ao estudo da correlação dos dados referente ao afecto materno evidenciado pelas mães aos 4 meses de idade dos bebés com a avaliação da amamentação que fizeram e com a auto-estima que evidenciaram no internamento. Os resultados apresentados no quadro 51, revelam correlações fracas e não significativas ( $p > 0.050$ ). Estes resultados levam-nos a concluir que o afecto materno que as mães evidenciam aos 4 meses de idade do bebé não é significativamente influenciado pela avaliação da amamentação ou pela auto-estima que evidenciam no internamento

Quadro 51- Correlação do Afecto Materno aos 4 meses com a Avaliação Materna da Amamentação e a Auto-estima Materna no internamento

Variáveis	Afecto Materno	
	$r_s$	p
Prazer e papel maternal	-0.26	0.083
Satisfação e crescimento da criança	-0.05	0.746
Estilo de vida e imagem corporal materna	+0.01	0.984
Global	-0.12	0.422
Capacidade de cuidar do bebé	-0.01	0.980
Capacidade e preparação geral para a função materna	-0.20	0.194
Aceitação materna	+0.10	0.511
Relação esperada com o bebé	-0.04	0.802
Sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto	-0.01	0.972
Global	-0.02	0.898

**Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e da Auto-estima Materna em função de ter recebido ensinamentos da unidade de apoio domiciliário (UAD):**

Comparámos ainda a avaliação materna da amamentação e a auto-estima materna em função do facto de terem sido feitos ensinamentos por parte da unidade de apoio domiciliário (teste U de Mann-Whitney). Os resultados observados e que constituem o quadro 52, permitem-nos verificar que apenas **existe diferença estatisticamente significativa na dimensão aceitação materna ( $p = 0.033$ ) do inventário da auto-estima.**

Quadro 52 - Comparação da Avaliação Materna da Amamentação e da Auto-estima Materna em função de ter recebido ensinamentos da unidade de apoio domiciliário (UAD)

Variáveis Ensinos da UAD	n	$\bar{X}_p$	$\bar{x}$	Md	z	p
<b>Prazer e papel maternal</b>						
Sim	603	394.76	60.43	62.00	-0.492	0.623
Não	190	404.11	60.98	62.00		
<b>Satisfação e crescimento da criança</b>						
Sim	603	398.65	31.28	32.00	-0.362	0.717
Não	190	391.76	31.24	32.00		
<b>Estilo de vida e imagem corporal materna</b>						
Sim	603	392.71	31.70	32.00	-0.942	0.346
Não	190	410.63	32.21	32.00		
<b>Global</b>						
Sim	603	394.33	123.41	125.00	-0.586	0.558
Não	190	405.49	124.43	125.00		
<b>Capacidade de cuidar do bebê</b>						
Sim	603	403.82	35.83	35.00	-1.496	0.135
Não	190	375.36	35.17	34.50		
<b>Capacidade e preparação geral para a função materna</b>						
Sim	603	394.13	33.50	34.00	-0.632	0.527
Não	190	406.11	33.71	34.00		
<b>Aceitação materna</b>						
Sim	603	406.73	38.55	38.00	-2.137	<b>0.033</b>
Não	190	366.13	37.74	38.00		
<b>Relação esperada com o bebê</b>						
Sim	603	402.62	39.16	40.00	-1.235	0.217
Não	190	379.15	38.70	39.00		
<b>Sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto</b>						
Sim	603	400.39	36.11	36.00	-0.744	0.457
Não	190	386.23	35.60	36.00		
<b>Global</b>						
Sim	603	404.06	183.15	183.00	-1.546	0.122
Não	190	374.61	180.92	181.00		

Como podemos constatar, as mães a quem a unidade de apoio domiciliário fez ensinamentos tendem a revelar maior auto-estima em termos de aceitação materna.



## **5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Pretendemos discutir os resultados à luz dos estudos apresentados no marco teórico que construímos. A discussão é no sentido de encontrar evidências que nos permitam intervir, construindo atitudes mais favoráveis e mais conhecimentos face à amamentação.

### **5.1- NO INTERNAMENTO**

Os dados foram colhidos junto de uma amostra constituída por 798 díades mães/bebés. No que refere às variáveis maternas, observámos que a idade média era de 30.16 anos. Resultados muito superiores à média de Pereira (2006) e ligeiramente acima da média do estudo de Galvão (2006) mas que confirma as investigações de Sandes et al. (2007) e Macedo, Serranho e Silva (2008).

A maioria era casada e quanto à profissão/ ocupação constatou-se que 29.8% das mães pertenciam ao grupo V, ou seja, eram pessoal dos serviços e vendedores. Contrariamente a Macedo, Serranho e Silva (2008).

Quanto ao local de residência, 43.3% residiam meio urbano, seguidas de 40.2% que residiam em meios rurais, o que confirma que a instituição onde decorreu o estudo presta assistência a mulheres provenientes tanto de zonas com características marcadamente urbanas como rurais.

No que concerne aos antecedentes obstétricos e aos antecedentes pessoais, a maioria das mães afirmou que não teve ou não eram relevantes.

Embora Galvão (2006) no seu estudo tenha encontrado que a maioria das mulheres fizeram consulta de vigilância de saúde durante a gravidez no Centro de Saúde, o que se revelou positivo na manutenção da amamentação, na nossa pesquisa obtivemos resultados diferentes

sendo que a maioria das senhoras fizeram consultas em médicos particulares. Resultados que confirmam o estudo de Macedo, Macedo, Serranho e Silva (2008).

Acerca da experiência anterior de amamentação, tal como Galvão (2006) também as mães eram primíparas o que confirma que cada vez existem mais filhos únicos e mães sem experiência anterior de amamentação que poderão ter mais necessidade de apoio. Este facto poderá ser visível na necessidade de ensinamentos que foram feitos quando do contacto estabelecido no apoio domiciliário e que se recorda “esvaziamento mamário”, cuidados com os mamilos, técnicas de amamentação, alívio das dores, necessidade de vigilância do recém-nascido, necessidade de despertar o recém-nascido para mamar. Concordante com as dificuldades e necessidade de apoio apresentada nos estudos de Tamez (2005), Ramalho (2008), Macedo, Serranho e Silva (2008), Ramalho et al. (2009) e Mendes (2009).

Quanto ao tempo de amamentação do último filho, metade destas mães amamentou o último filho pelo menos 5.50 meses. Contrariamente ao que é preconizado OMS e a UNICEF (2002) mas que confirma o estudo de Galvão (2006).

A maioria das mães afirmou que teve apoio do marido ou do pai do bebé, mas refeririam também ter sido apoiadas pela mãe ou sogra ou por outros familiares, nomeadamente, irmãos, filhos, avó e tia. Estes resultados corroboram os trabalhos de Matthey, Barnett, Ungerer e Brent, 2000; Pajulo, Savonlathi, Sourander, Heleniu e Piha, 2001 Bexiga, 2002; Premberg e Lundgren, 2006; Figueiredo, Pacheco, Costa e Magarinho, 2006 que destacam o papel importante da rede social e das relações significativas, particularmente determinantes para a saúde mental da puérpera.

O envolvimento e o apoio do pai influenciam fortemente o desenrolar do pós-parto, rebustecendo a sua auto-estima e a auto-estima da mãe assim como a comunicação do casal também apontado por Bexiga (2002); Premberg e Lundgren (2006).

Guigliani (2005) e Galvão (2006) também destacaram o pai como uma das melhores pessoas para auxiliar, pois é quem melhor a conhece, sabe os seus gostos, desejos e preocupações e na qual mais confia e se apoia nos momentos difíceis e especialmente no estabelecimento e manutenção do aleitamento materno. A influência positiva do pai no início e duração da amamentação.

Também confirmam a investigação de Canavarro e Pedrosa (2005) que salientam que o bebé vem proporcionar a unificação de gerações, convergindo objectivos e criando condições para estreitar as relações familiares.

No que concerne ao tipo de parto, 53.7% das mães tiveram parto eutócico, seguindo-se 34.6% que tiveram parto por cesariana. Estes números confirmam o estudo de Galvão (2006) mas contrariam a recomendação da OMS que indica a taxa de 10 a 15% de cesarianas.

A proporção de recém-nascidos do sexo masculino era ligeiramente superior à dos do sexo feminino. Concordante com Galvão (2006) mas discordante com o estudo de Pereira em que 56,7% dos recém-nascidos eram do sexo feminino.

Quanto ao peso à nascença, os resultados são sobreponíveis apresentados por Galvão (2006) e Pereira (2006). A maioria dos recém-nascidos, concretamente 91.7%, revelou um índice de APGAR ao primeiro minuto entre 8 e 9, sem critérios de asfixia.

Quanto ao tipo de alimentação do recém-nascido, a maioria das mães (94.3%) referiu que era constituída exclusivamente por aleitamento materno. Valores muito superiores à taxa de prevalência de Sandes et al. (2007) mas concordantes com Galvão (2006) e Levy e Bértolo (2008) mas aquém do que é preconizado pela OMS (2002).

As mães consideraram a amamentação melhor sucedida em termos do prazer e papel maternal, seguido dos estilos de vida e imagem corporal materna e da satisfação e crescimento da criança. Globalmente, as mães tenderam a avaliar a amamentação como bem sucedida. Em consonância com o estudo de Galvão (2006) que concluiu que a maioria das mães apresentaram níveis elevados de satisfação com a experiência da amamentação verificando que com o passar do tempo houve incremento dos valores.

As mães evidenciaram maior auto-estima ao nível da relação esperada com o bebé, seguida da capacidade e preparação geral para a função materna. Por outro lado, elas revelaram menor auto-estima na capacidade de cuidar do bebé e nos sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto. Globalmente as mães evidenciaram uma razoável auto-estima. Contrariamente ao estudo de Galvão (2006) que refere que a maioria das mães mostrou-se confiante da sua capacidade de lidar com o bebé, sentiam prazer na prestação dos cuidados ao filho, desenvolveram sentimentos positivos durante

a gravidez, trabalho de parto e parto e na totalidade encontravam-se adaptadas ao seu bebé apresentando elevados níveis de auto-estima.

Para Galvão (2006) as mães de recém-nascidos do sexo masculino tendem a fazer uma melhor avaliação da experiência de amamentar enquanto no nosso estudo apurámos o contrário. Coincidente foi o local onde as mães fazem a vigilância da gravidez não influencia de modo significativo quer a avaliação que elas fazem da experiência da amamentação quer a sua auto-estima.

Galvão (2006) apurou que existe tendência a prolongar a amamentação nas mães que melhor qualificação fizeram da sua experiência de amamentação, no entanto foram também estas mães que menores níveis de auto-estima apresentaram e que menor satisfação sentiram a amamentar.

Discordante com os resultados do nosso estudo em que as mães que tiveram anteriormente experiências de amamentação tendem a avaliar melhor a experiência actual e evidenciam maior auto-estima. Também as mães mais velhas, em meio rural e casadas evidenciam melhor auto-estima global e também na relação esperada com o bebé e nos sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto.

## 5.2 - OBSERVAÇÕES

Das 44 puérperas observadas com alterações de humor, **a maioria demonstraram ter sentimentos de insegurança ansiedade e inexperiência em relação às necessidades e solicitações do bebé.** Confirma os estudos de Ramalho (2008) e Mendes (2009) que enunciam como as principais dificuldades para as quais o apoio no domicílio por profissionais de saúde teria sido facilitador, nomeadamente por enfermeiros.

**Em relação à amamentação, a maior parte demonstraram ter insegurança e falta de confiança apesar de valorizarem o colostro.** Corrobora os trabalhos com puérperas de Pamplona (2003) e Ramalho (2009) que referem estas como as principais dificuldades que interferem na amamentação. Salientam a informação como estratégia

para reduzir a ansiedade e insegurança, trazendo maior controlo da situação, daí ser necessário identificar e estimular conceitos positivos e desmistificar mitos e tabus.

Almeida e Ramos (2003) e Galvão (2006) relembram a necessidade de esclarecer alguns mitos e falsos conceitos que são verbalizados pela mulheres e que interferem com a amamentação.

Alguns componentes da família, em especial o pai e os avós das crianças, exercem um papel importante no estabelecimento e na manutenção do aleitamento materno (Guigliani, 2005).

Alguns estudos descrevem uma influência positiva dos pais no início e na duração do aleitamento materno (Guigliani, Bronner, Cayaffa, Vogelhut, Witter e Perman, 1994; Galvão 2006) assim como outros destacam a importância do apoio do pai à amamentação (Freed, Fraley e Schanler, 1992; Guigliani, Bronner, Cayaffa, Vogelhut, Witter e Perman, 1994) a presença dos pais também tem sido considerada um factor positivo para a amamentação exclusiva (Pérez-Escamilla et al., 1995).

Os pais têm influência em quatro aspectos particulares: na decisão de amamentar; no auxílio da primeira mamada, na duração da amamentação e no factor de risco para o uso do biberão (Barros, Semer, Toniolo filho, Tomasi, Victora, 1995).

Essa influência dos pais no aleitamento materno tem sido mais evidente nas sociedades modernas ocidentais, onde a experiência passada por intermédio das mulheres de família tem diminuído, visto que as famílias não mantêm mais uma característica nuclear tão intensas quando no passado (Guigliani, 2005; Levy e Bértolo, 2008).

Nem todos os homens apoiam a amamentação, e alguns têm reacções que podem interferir negativamente com ansiedade, ciúme, rejeição, exclusão e dificuldades sexuais. Esses sentimentos podem gerar culpa e hostilidade no homem, causando da unidade familiar. Esse afastamento e a conseqüente falta de apoio constituem-se em uma ameaça ao sucesso da amamentação. As reacções negativas apresentadas por alguns pais no período de amamentação podem ser minimizadas se o pai for estimulado a envolver-se mais, participando activamente dos cuidados com o bebé e a mulher

(Waletzky citado por Guigliani, 2005). Esse aspecto pode ser trabalhado durante o período pré-natal e após o nascimento da criança (Guigliani, 2005).

As avós da criança, quando presentes, costumam ter grande influência nas decisões familiares, incluindo aquelas relacionadas com a alimentação infantil. Como a maioria das avós de hoje teve os seus filhos nas décadas de 1960 a 1980, época em que o aleitamento materno, em especial o exclusivo, não era tão valorizado, as taxas de aleitamento materno eram muito baixas e imperava a crença do “leite fraco” e “pouco leite”, elas podem estar a transmitir às suas filhas e noras práticas hoje consideradas obsoletas, como a suplementação precoce do leite materno com água, chás ou outros leites (Susin, Guigliani e Kummer, 2005).

Andrade e Taddei (2002) mostraram a associação entre presença de avó em casa e interrupção do aleitamento materno exclusivo nos primeiros três meses.

Portanto, a inclusão das avós em programas de promoção do aleitamento materno é muito importante para que, através do diálogo, elas possam expor as suas crenças e os seus sentimentos com relação à amamentação e possam receber informações actualizadas. Dessa forma, estarão melhor preparadas para exercer influência positiva para uma amamentação bem-sucedida das suas filhas e noras (Guigliani, 2005).

Para uma amamentação bem sucedida, Galvão (2006), há necessidade: consciencializar as mães da individualidade de cada bebé de forma a desenvolverem expectativas realistas face à amamentação e isentas de comparação; promover o contacto precoce mãe/bebé e a primeira mamada na meia hora que sucede ao parto favorecendo o envolvimento do pai e evitando o seu afastamento num período sensível e crítico na estruturação de laços vinculares e no desenvolvimento de afectos.

Ainda Galvão (2006) alerta para a necessidade de desenvolver programas comunitários que visem ao esclarecimento da população em geral sobre a amamentação, a implicação e envolvimento da família e do pai no processo da amamentação e incentivar as mães a amamentar em público de maneira a que as crianças possam partilhar dos momentos de amamentação dos seus irmãos, amigos e vizinhos, medida geradora de conceitos, atitudes e futuros comportamentos face à amamentação.

Nas vivências pós-parto durante o internamento, as puérperas referiram queixas somáticas, ansiedade e perturbação do sono. Algumas puérperas apresentaram comportamentos de hostilidade em relação ao pessoal hospitalar, das quais 6,8% das puérperas tinham um acompanhante fóbico da qual se destacou a mãe. Apesar de tais comportamentos 45,4% demonstrou necessidade imperiosa de permanecer internada.

O período puerperal requer especial atenção, uma vez que a mãe e bebé estão iniciando um relacionamento no qual a mulher manifesta um estado de sensibilidade aumentada que dura ainda algumas semanas após o nascimento. Ela está especialmente receptiva para a aprendizagem quanto à percepção do seu bebé e este por sua vez pode demonstrar as suas preferências, comportamento e até dificuldades, o que faz da amamentação um momento rico para a interacção mãe – filho (Giugliani, 2000; Sanches, 2000; Carvalhaes e Corrêa, 2003; Dewey, Nommsen-Rivers, Heinig e Cohen, 2003; Ramalho e Vicente Castro, 2010).

É importante que se estabeleça uma “parceria de confiança”, isto é, ajude a aumentar a auto estima e a confiança. Ensinando e envolvendo nos cuidados ao bebé, a resolver as dificuldades que possam aparecer com a amamentação e como tomar a decisão correcta (Tamez, 2005; Ramalho, Vicente Castro e Galvão, 2010).

É ainda importante, segundo Galvão (2006) e ainda Ramalho, Vicente Castro e Galvão (2010), que se fomente o entendimento orgulho e bem-estar familiar e que se criem grupos de apoio à amamentação de maneira a que as mães possam recorrer após a alta hospitalar e onde, principalmente as primíparas, fossem ensinadas a cuidar doo bebé procurando promover a auto estima materna, variável que demonstrou estar fortemente associada ao êxito da amamentação, nomeadamente a sua confiança na capacidade de cuidar do bebé e preparação geral para a sua função de mãe.

Algumas puérperas apresentaram mecanismos maníacos, muito preocupadas com o aspecto, roupas e arranjo, falantes e recebiam calorosamente as visitas com festejos. Enquanto outras puérperas apresentaram ansiedades depressivas e paranóides, choro fácil, impaciência, descuido com a aparência e a higiene , falta de carinho e temor de incapacidade de cuidar bem do bebé.

Coincidente com, Sá (2004), as mães com comportamentos autoritários e inoportunos, ou portadoras de comportamentos hiperentusiástico e hiperprotector que, desrespeitando

o nível de funcionamento óptimo da díade e os sinais desesperados de auto-regulação por parte do bebé, mais contribuem para um excesso de estimulação. Nestes casos, a mãe persegue o olhar do bebé sempre que este desvia, não lhe permitindo a pausa que ele busca: o bebé conclui, então, que a emoção que manifesta não é um acontecimento comunicativo adequado para mudar o seu ambiente, e inibe as expressões motoras da sua afectividade, ou responde a esta situação de insensibilidade com um olhar vítreo, como se procurasse um ponto infinitamente afastado para conseguir que a sobre-estimulação não influencie os seus estados interiores de excitação e afecto.

Também, as mães que oferecem um deficit de estimulação impedem esta regulação: incapaz de jogar o seu próprio comportamento, são incapazes de jogar com o bebé. São disso exemplo as mães deprimidas, ou com comportamentos fóbicos ou rejeitantes, ou de grande sensibilidade face às rejeições do bebé: todas impõem importantes cortes de interacção, mostrando-se insensíveis aos convites dos seus bebés ou incapazes de os estimularem através de um comportamento adequado (Idem).

Casos Paradoxais são aqueles em que as mães, perturbadas na sua função materna, apenas começam a oferecer estimulação eficaz ao bebé quando vêem que este se magoa ou sofre qualquer desventura. Como resposta a este comportamento “sádico” materno o bebé pode vir a desenvolver as raízes de um posterior comportamento masoquista. Igualmente paradoxal é o comportamento daquelas mães que, embora dispensando uma enorme quantidade de tempo e energia ao bebé, evitam, contudo, um contacto pleno e completo. É neste tipo de interacção que podemos encontrar algumas das raízes de futuras dificuldades no processo de separação-individuação (Ibidem).

Compete aos profissionais de saúde, segundo Aranha (2001) e Ramalho (2009) promover e vigiar, tão precocemente quanto possível a relação mãe/filho, ensinando, esclarecendo e encorajando a prática de cuidados neonatais pela puérpera de forma a contribuir para uma possível prevenção ou minimização de algumas das perturbações psicológicas.

O profissional de saúde, de acordo com Silva (2005), deve estar preparado não apenas para orientar a mãe no aleitamento de seu filho, mas também para avaliar o peso das dificuldades que ela possa enfrentar e ajudá-la a resolvê-las com o menor prejuízo possível para a criança. Cabe-lhe a responsabilidade de aplicar normas gerais, mas

contando com o conhecimento necessário para ajustá-las em cada caso. Medicções a que a mãe se submete, doenças de que é portadora, condições e encargos familiares e de emprego são apenas algumas das variáveis que o agente de saúde deve estar preparado para ponderar e para orientar a mãe no encontro de soluções que sejam viáveis para ela que preservem a saúde do seu filho

Em relação aos comportamentos dos bebés na relação com a mãe, 40,9% apresentavam bom tónus muscular e mamavam com vigor e 38,6% choroso.

Relativamente aos comportamento dos bebés, Soifer mencionada por Pamplona (2006) salienta que há bebés cheios de vitalidade, que mamam vigorosamente, e cuja mãe, ou recebe esse comportamento com alegria, ou assusta-se com um modo de ser que lhe é desconhecido e para o qual não está preparada. No primeiro caso, a sucção far-se-á sem inconvenientes; no segundo, a mãe pode reagir com tensão e rigidez que pode determinar dificuldades na amamentação e a irritabilidade da criança, que reage com alarme à situação, chorando e esperneando. O choro assusta ainda mais a mãe e assistimos então a esses ciclos viciosos de angústia materna e ansiedade do bebé (que, por sua vez reforça a angústia da mãe), que culmina com a agalactia total.

No relacionamento com o bebé, observámos que 65,9% das puérperas estabeleciam contacto corpo a corpo com o bebé mas apesar **disso 59,0% tinham uma comunicação deficiente, uma vez que nos momentos de contacto, 56,8% apenas transportava e 47,7% fazia movimentos com a cabeça e o rosto. Do total, 52,2% apresentava uma expressão tensa do rosto e 36,3% tristeza.**

Este tipo de relacionamento entre mãe-bebé é preocupante tendo por base que os três aspectos-chave na construção da relação entre a mãe e o bebé são a segurança, a protecção e a regulação emocional (Figueiredo, 2001) e também porque cada bebé necessita de um conjunto de cuidados que passam pelo ser contido e abraçado com segurança, ser mudado de posição de forma gentil, ser tratado em termos de higiene, ser alimentado e embalado de forma ritmada (Sá, 2003).

Da mesma forma, Soares (2001) refere: *“Durante o primeiro ano de vida, ao longo das interacções com as pessoas que lhe prestam cuidados, o bebé vai construindo modelos*

*internos de vinculação, ou seja, desenvolve gradualmente um conjunto de conhecimentos e expectativas sobre o modo como essas figuras respondem aos seus pedidos de ajuda e de protecção (em termos da sua acessibilidade e responsividade) sobre o self, em termos do seu valor próprio. Estes modelos são construídos a partir das interações repetidas com as figuras de vinculação, e são internamente organizadas como representações generalizadas sobre o self, sobre as figuras de vinculação e sobre as relações”.*

Uma vez que os ritmos psíquicos, criados e recriados nas relações em que a experiência emocional promove o futuro (Lourenço, 2005). A falta de holding, ou seja, da capacidade da mãe se identificar ao bebé e adaptar o seu procedimento às exigências do bebé favorece a desintegração e a instabilidade emocional.

**Em relação à solicitude do RN, 65% responde às solicitações do RN, 25% exagera na resposta e 13% ignora as solicitações.**

Nas situações em que a mãe exagera ou ignora as solicitações, contrariamente a Canavarro e Rolim (2001), a mãe não funciona como um porto de abrigo, ao qual Ainsworth o designou por refúgio seguro tão importante na construção do psiquismo do bebé.

Uma mãe com graves problemas na relação com o objecto materno revela um profundo sentimento de desistência face ao outro (face ao bebé) e a fragilidade do seu self fará com que se projecte esta experiência na relação com o bebé (Lourenço, 2005). Também Farate (2001) relembra que toda a falha de ajustamento relacional no meio precoce da criança pode contribuir para as “patologias limite”.

Farate (2001) refere que *“A insuficiência quantitativa ou qualitativa da interacção precoce mãe-criança, observada em mais de metade das situações, favorece o aparecimento de comportamentos de vinculação desorganizados (do tipo inseguro-ansioso ou inseguro-evitante) e de defeitos na capacidade de elaboração simbólica”.*

Para Gruen (1995), *“sem auto-organização, o interior permanece num estado de confusão de caos (...) o ser humano não pode viver sem confiança. Confiança que*

*ganha pela afectividade recebida. Recém-nascidos e bebês que não recebem afecto podem tornar-se apáticos, doentes, ou até morrer”.*

### 5.3 - AOS 4 MESES

A maioria das mães inquiridas aos 4 meses afirmou que **teve apoio do marido ou do pai do bebé, seguido da mãe e por último por outros familiares, nomeadamente, irmãos, filhos, avó e tia.**

Particularmente determinante para a saúde mental da puérpera é a qualidade da sua relação com o conjugue/companheiro e com os elementos femininos do seu ambiente, designadamente com a sua própria mãe (Matthey, Barnett, Ungerer e Brent, 2000; Pajulo, Savonlathi, Sourander, Heleniu e Piha, 2001).

O bebé vem proporcionar, de alguma forma, a unificação de gerações, convergindo objectivos e criando condições para estreitar as relações familiares. Contudo, conforme advertem Canavarro e Pedrosa (2005, p. 241), o apoio dos avós, por vezes, pode ter aspectos negativos: *”se prestados em excesso, pela dependência que cria, se fornecido com sensibilidade e de forma intrusiva, pela confusão de limites entre gerações que pode originar, resultando num mal-estar e conflito”* Os desafios que daí decorrem daí projectam-se nas formas de negociação em que exista um equilíbrio entre pais/avós e filhos/pais e o consequente ajustamento nos novos contornos de apoio e autonomia no relacionamento de ambas as gerações.

A transição para a parentalidade implica, assim, um conjunto específico de tarefas desenvolvimentais para a mulher e para o homem, particularmente no que diz respeito aos relacionamentos significativos a nível individual, conjugal e da família alargada.. Determina, por um lado a nível individual, a revisão dos papéis da infância e de modelos de interacção vividos com e entre os pais e, por outro lado, a nível conjugal, a reorganização das modalidades anteriores de relacionamento e preparação para a tarefa partilhada de cuidar do bebé (Figueiredo, 2004).

Verificámos quanto ao tipo de alimentação do recém-nascido, **a maioria das mães (94.3%) referiu que era constituída exclusivamente por aleitamento materno.** Valor

muito superior ao estudo de Macedo, Serranho e Silva (2008) que referiram no seu estudo um valor muito inferior (76,04%) de aleitamento materno exclusivo ao 15º dia de puerpério, mas concordante com Levy e Bértolo (2008) e próximo do valor preconizado pela OMS (2002).

Corroboram a importância / influência positiva dos pais na duração do aleitamento materno (Galvão 2006) e para a amamentação exclusiva.

Nos contactos com a unidade de apoio domiciliário, **75.4% das mães apresentaram dúvidas ou queixas** e, como podemos verificar, os ensinamentos mais frequentes envolveram o esvaziamento mamário, os cuidados com os mamilos, as técnicas de amamentação, o alívio das dores, a necessidade de vigilância do recém-nascido, a necessidade de despertar o recém-nascido para mamar e o horário das mamadas.

O nosso estudo vem contrariar o estudo de Macedo, Serranho e Silva (2008) que referiam que grande parte das mulheres não recorria à linha e reforçar a importância e da necessidade da continuidade desta linha de apoio pós-parto no apoio e ajuda aos pais para esclarecer dúvidas, medos e ansiedades; suporte e manutenção da amamentação, despiste de complicações e detectar situações de risco.

Os dados referentes às mães inquiridas aos 4 meses de idade dos bebés permitem-nos verificar que as mães avaliaram melhor a amamentação ao nível da satisfação e crescimento da criança, seguindo-se o prazer e papel maternal. Os estilos de vida e imagem corporal materna foram a dimensão que as mães avaliaram com pontuação mais baixa.

Em termos globais, concluímos que as mães, aos 4 meses, **fizeram uma avaliação razoável da amamentação**. Mas uma avaliação mais baixa da amamentação comparativamente aos dados observados através da escala de avaliação materna da amamentação aplicado às mães durante o internamento.

Discordante com os resultados de Galvão (2006) que referia que as mães apresentaram em todos os momentos da pesquisa níveis elevados de satisfação com a experiência da amamentação verificando-se com o passar do tempo um incremento dos valores.

No nosso estudo, após a aplicação do Inventário de Afecto Materno, aos 4 meses, revelou que as **mães evidenciaram elevado afecto materno**. As mães que evidenciam

afecto materno mais elevado **tendem a avaliar de modo mais positivo a amamentação.**

Contraria o estudo de Galvão (2006) que afirma que mães com níveis mais elevados de recursos familiares apresentaram maior envolvimento materno e maior satisfação com a experiência da amamentação, sendo a relação significativa até aos 3 meses mas após esta idade verificou o contrário.

**As mães casadas fazem uma avaliação mais positiva da amamentação e as mães que tiveram experiências anteriores de amamentação avaliam mais positivamente o prazer e papel maternal.**

A rede de suporte social e a qualidade das relações significativas são particularmente importantes na adaptação do indivíduo em períodos em que as exigências desenvolvimentais e o stress envolvido são elevados tal como sucede na transição para a parentalidade (Figueiredo, Pacheco, Costa e Magarinho, 2006). E ainda a informação reduzirá a ansiedade e a insegurança, trazendo maior controlo da situação (Pamplona, 2003).

Concordante com Sandes et al. (2007) no seu estudo concluiu a experiência de amamentar positiva tiveram influência positiva na amamentação. A compreensão perante as atitudes durante a gravidez e o aleitamento pode levar a novas estratégias de intervenção para a sua promoção e manutenção.



## **6. CONCLUSÃO**

A protecção, promoção e suporte ao aleitamento materno são uma prioridade no que diz respeito à saúde pública. Os estudos científicos desenvolvidos ao longo das últimas décadas têm evidenciado a grandiosidade da problemática que é a amamentação e a importância da intervenção multidisciplinar e multiprofissional alicerçada na evidência científica.

Estudar as vivências e os sentimentos experienciados pela mãe e compreender os conteúdos fantasmáticos, ansiedades, medos e fantasias que emergem na mãe na relação com o bebé na amamentação é ter a possibilidade de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à puérpera e bebé, especificamente na protecção, promoção e suporte ao aleitamento materno.

Avaliando todo o processo de investigação realizado, os resultados mostram-nos que as mães no internamento:

- Evidenciaram maior auto-estima ao nível da relação esperada com o bebé, seguida da capacidade e preparação geral para a função materna. Por outro lado, elas revelaram menor auto-estima na capacidade de cuidar do bebé e nos sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto. Globalmente, as mães evidenciaram uma razoável auto-estima.
- Consideraram a amamentação melhor sucedida em termos do prazer e papel maternal, seguido dos estilos de vida e imagem corporal materna e da satisfação e crescimento da criança.
- Com melhor auto-estima tendem a evidenciar maior satisfação com a amamentação e com a qualidade desta experiência.
- Casadas evidenciam melhor auto-estima global e também na relação esperada com o bebé e nos sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto.

- Residentes em cidades (meios urbanos) tendem a fazer pior avaliação da amamentação, em termos de estilos de vida e imagem corporal materna, e que as mães que residem em vilas evidenciam menor auto-estima no que concerne aos sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto.
- Mais velhas tendem a revelar melhor auto-estima.
- Casadas evidenciam melhor auto-estima global e também na relação esperada com o bebé e nos sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto.
- Multíparas e as mães que tiveram anteriormente experiências de amamentação tendem a avaliar melhor a experiência actual e evidenciam maior auto-estima.
- Que tiveram partos eutócicos tendem a evidenciar maior auto-estima enquanto que aquelas que tiveram partos instrumentados revelam menor auto-estima.
- De recém-nascidos do sexo feminino tendem a fazer uma melhor avaliação da experiência de amamentar. Enquanto as mães de bebés com maior peso à nascença tendem a fazer uma melhor avaliação da satisfação e crescimento da criança.
- Os antecedentes obstétricos ou pessoais das mães e local da vigilância da gravidez não influenciam significativamente a avaliação que as mães fazem da experiência da amamentação ou a sua auto-estima.

Das 44 puérperas observadas com alterações de humor demonstraram ter sentimentos de insegurança, ansiedade e inexperiência em relação às necessidades e solicitações do bebé. Em relação à amamentação, demonstraram ter insegurança e falta de confiança apesar de valorizarem o colostro.

Nas vivências pós-parto durante o internamento, as puérperas referiram queixas somáticas, ansiedade e perturbação do sono.

Da amostra estudada, as puérperas apresentaram comportamentos de hostilidade em relação ao pessoal hospitalar, tinham um acompanhante fóbico da qual se destacou a mãe. Apesar de tais comportamentos demonstraram necessidade imperiosa de permanecer internada.

Algumas puérperas apresentaram mecanismos maníacos, muito preocupadas com o aspecto, roupas e arranjo, falantes e recebiam calorosamente as visitas com festejos. Enquanto outras puérperas apresentaram ansiedades depressivas e paranóides, choro fácil, impaciência, descuido com a aparência e a higiene e revelou ter falta de carinho. A maioria das puérperas referiu temor de incapacidade de cuidar bem do bebé.

Em relação aos comportamentos dos bebés na relação com a mãe, apresentavam bom tónus muscular, mamavam com vigor e eram chorões.

No relacionamento com o bebé, observámos que as puérperas estabeleciam contacto corpo a corpo com o bebé mas apesar disso tinham uma comunicação deficiente, uma vez que nos momentos de contacto, apenas transportavam e faziam movimentos com a cabeça e o rosto. Do total, apresentavam uma expressão tensa do rosto e tristeza.

Em relação à solicitude do RN, a maioria responde às solicitações do RN, 25% exagera na resposta e 13% ignora as solicitações.

Nas entrevistas, as participantes verbalizaram angústias, medos e sentimentos. Os temas que emergiram foram: sentimentos vivenciados pelas mães (sentimentos agradáveis e sentimentos desagradáveis); dificuldades experienciados pelas mães (queixas somáticas e dificuldades do recém-nascido); conteúdos fantasmáticos expressos pelas mães (medos e ansiedades maternas, dependência e ciúmes); necessidades da puérpera (necessidade de apoio, necessidade de conhecer, necessidade de identificação e necessidade de conforto e adaptação) e a relação estabelecida com a criança (apego e evitamento)

Aos 4 meses pós-parto os resultados levaram às seguintes conclusões:

- As mães avaliaram melhor a amamentação ao nível da satisfação e crescimento da criança, seguindo-se o prazer e papel maternal. Os estilos de vida e imagem corporal materna foi a dimensão que as mães avaliaram com pontuação mais baixa. Em termos globais, fizeram uma avaliação razoável da amamentação e evidenciaram elevado afecto materno.

- As mães que evidenciam afecto materno mais elevado tendem a avaliar de modo mais positivo a amamentação.
- A idade da mãe não influencia a avaliação que fazem da amamentação ou afecto que evidenciam para com o bebé.
- As mães casadas fazem uma avaliação mais positiva da amamentação.
- A área em que a mãe reside, os antecedentes obstétricos ou pessoais, o local de vigilância, a situação gestacional, o tipo de parto, o sexo ou peso do bebé e se a mãe recebeu ensinamentos da Unidade de apoio pós-parto não influenciam significativamente a avaliação que a mãe faz da amamentação e o afecto materno que ela demonstra para com o filho.
- As mães que tiveram experiências anteriores de amamentação avaliam mais positivamente o prazer e papel maternal.

Na comparação dos dados obtidos nos dois momentos, podemos concluir:

- As mães no internamento, fazem uma avaliação mais positiva da amamentação, ao nível do estilo de vida e imagem corporal, do que aos 4 meses de idade do bebé.
- O afecto materno que as mães evidenciam aos 4 meses de idade do bebé não é significativamente influenciado pela avaliação da amamentação ou pela auto-estima que evidenciam no internamento

Estamos conscientes de algumas limitações do nosso estudo. As conclusões apresentadas são unicamente válidas para as amostras em estudo, pelo que não são feitas generalizações. Da mesma forma devido ao desenho de investigação e à sua natureza não são feitas interpretações causais.

Do ponto de vista dos contributos resultantes dos achados deste trabalho, ressaltamos algumas áreas de intervenção:

- Aconselhamento e acompanhamento desde a gravidez até ao pós-parto e incluir nas sessões o companheiro, a família, ou a pessoa mais significativa.

▪ Criação de centros de aconselhamento na amamentação e pós-parto. Um espaço de apoio pós-parto onde as puérperas possam expor medos, angústias, fantasias e dificuldades da amamentação e é lhes proporcionado a aquisição de competências e autonomia, tornando-as menos vulneráveis e mais aptas para lidar com as dificuldades da amamentação e maternidade.

▪ Programas de aconselhamento pós-parto devem englobar:

- Aconselhamento e acompanhamento na amamentação
- Cuidados ao Recém-nascido
- Curso de Massagem infantil
- Curso de segurança infantil

Relativamente ao aconselhamento pós-parto devemos ter em conta: Não deve haver a liberdade de ser intrusivo; quem faz aconselhamento deve conhecer muito bem os fantasmas da gravidez, puerpério e estadios comportamentais da criança; é necessário preparar os passos antecipadamente e estabelecer bem as barreiras e quando se faz a selecção das pessoas para participar nas sessões temos de excluir pessoas com distúrbios psiquiátricos.

A massagem infantil é um momento de comunicação e expressão entre mãe/pai e filho. Este curso é composto por 4 sessões de aulas teórico-práticas e tem como objectivos: criar um espaço de partilha com outras mães, bebés e casais e proporcionar a aquisição de competências e autonomia, nos cuidados ao bebé. Com benefícios fisiológicos e psicosociais para todos mas principalmente benefícios globais (estimulação, relaxamento, alívio e interacção) para o bebé: promove a harmonia e o equilíbrio; activa a circulação; estimula o sistema nervoso e alivia as cólicas e a tensão.

▪ Grupos alvo prioritários da intervenção são: as primigestas, as solteiras, as mães mais novas, as residentes em meio urbano, as mães que não tiveram anteriormente experiência com a amamentação, as mães que tiveram partos

distóxicos, mães de recém-nascidos do sexo masculino, mães de bebês com baixo peso ao nascer.

Também as puérperas com alterações do humor e alterações emocionais que demonstrem sentimentos de insegurança, ansiedade, inexperiência, incapacidade em relação à amamentação e às necessidades e solicitações do bebê, que refiram queixas somáticas e perturbações do sono, ou que apresentem hostilidade em relação ao pessoal hospitalar, que tenham um acompanhante fóbico ou comportamentos maníacos, comunicação deficiente com o bebê, baixa auto-estima ou baixo afecto materno.

- Formação dos profissionais de saúde em aconselhamento em aleitamento materno e reconhecimento institucional como uma actividade de saúde pública.
- A implementação da visita domiciliária de enfermagem, de suporte técnico e relacional à diade no período pós-parto.
- Formação de grupos de apoio interpares com replicação de conhecimentos.

Ao terminar este trabalho, consideramos ser fundamental o desenvolvimento de estudos relacionados com os sentimentos e vivências experienciados pela mãe na amamentação. Pensamos ser importante incluir em investigações futuras:

- Maior tempo de estudo, ou seja, um acompanhamento desde a gravidez até ao 1º ano do bebê.
- Fazer um estudo longitudinal com todas as mães em que se inicia o estudo.
- Estudo comparativo entre mães sem alterações e mães com alterações do humor e emocionais no pós-parto.

Consideramos que a investigação e a formação devem caminhar lado a lado, porquanto constituem pontos chave para a aquisição de conhecimentos, mudanças atitudinais e habilidades imprescindíveis à diade mãe-bebê.

Durante este processo de investigação procurámos divulgar faseadamente partes do nosso trabalho e dos nossos resultados. Procurámos assim, por um lado partilhar o conhecimento que fomos reunindo e por outro lado procurámos, no feedback obtido, adquirir novos conhecimentos, novas formas de pensar o mesmo problema, novas soluções e também adquirir a confiança para percorrer o caminho traçado.

Com estas considerações finais e com as questões que deixamos em aberto, estamos convictos que ainda há muito a fazer nesta área e que abrirá caminho para novas descobertas.



## Referências Bibliográficas

- Ahlborg, T., & Strandmark, M. (2006). Factors influencing the quality of intimate relationships six months after delivery-first-time parent's own views and coping strategies. *Journal Psychosomatic Obstetris Gynecology* , 27 (3), 163-172.
- Ahlborg, T., Dahlof, L., & Halberg, L. (2005). Quality of intimate and sexual relationship in first-time parents six months after delivery. *Journal Sex Research* ,42 (2), 167-174.
- Andrade, I., & Taddei , J. (2002). Determinantes socioeconomicos, sociais e familiares do desmame precoce numa comunidade de natal. *Revista Paulista de Pediatria* , 20, 8-18.
- American Psychiatric Association (2006). *DSM IV-TR : Manual de diagnóstico e estatística das perturbações*. 4ª edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Almeida, J., & Ramos, C. (2003). Maternal allegations for weaning: qualitative study. *Sociedade Portuguesa de Pediatria. Jornal de Pediatria* , 79 (85), 385-90.
- Aranha, D. (2001). Puerpério: aspectos fisiopatológicos, clínicos e da prestação de cuidados de saúde na mulher puérpera. *Clínica Geral* .
- Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Bayle, F. (2005). A parentalidade. In I. Leal, *Psicologia da gravidez e parentalidade* (pp. 317-343). Lisboa: Fim de Século.
- Barros, F., Victora, C., Semer, T., Toniolo Filho, S., Tomasi, E., & Weiderpass, E. (1995). Use of pacifiers is associated with decreased breast-feeding duration. *Pediatrics*; 95: 497-9.
- Beske, E., & Gavis , M.(1982). Important Factors in breast - feeding success . *MCN: American journal of Maternal*, 7, 47- 52.
- Bexiga, A. (2002). O papel do pai na gravidez. *Oxigénio* , IX (33), 31-36.
- Bion, W. (1962 a). A theory of thinking. *International Journal of Psycho-Analysis*, 43.
- Bion, W. (1963). *Elements of Psycho-Analysi*. London: William Heinemann.
- Bion, W (1991). *A Memoire of the future*. London: Karnac Books

- Bion, W (1991). *Experiences in groups and other papers*. London: Tavistock Publication.
- Bion, W. (1991). *As Transformações*. Imago, Rio de Janeiro.
- Brazelton, T. (2000). *Dar atenção à criança*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T., & Cramer, B. (2001). *A relação mais precoce: os pais, os bebês e a interação precoce*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T., & Greenspan, S. (2002). *As necessidades especiais das crianças*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Canavarro, M. (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M., & Pedrosa, A. (2005). Transição para a parentalidade: compreensão sobre diferentes perspectivas teóricas. In I. Leal, *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 225-255). Lisboa: Fim de Século Edições.
- Canavarro, M., & Rolim, L. (2001). Perdas e luto durante a gravidez e puerpério. In M. Canavarro, *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carvalhaes, M., & Corrêa, C. (2003). Identification of difficulties at the beginning of breastfeeding by means of protocol application. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro , 79 (1),13-20.
- Carvalho, M., & Tamez, R. (2005). *Amamentação: Bases científicas*. Rio de Janeiro: Edições Guanabara Koogan.
- Cernadas, J., Noceda, G., Barrera, L., Martinez, A., & Garsd, A. (2003). Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. *J. Hum. Lact.* May, 19 (2), 136-144.
- Colman, L., & Colman, A. (1994). *Gravidez: experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Condon, J., Boyce, P., & Corkindale, C. (2004). The first-time fathers study: a prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Austalian Journal Psychiatry*, 56-64.
- Cowan, P., & Cowan, C. (2003). *Normative family transition, normal family process, and healthy child development in normal family process*. New York: Walsh.
- Curran, M., Hazen, J., Jacobvitz, D., & Felman, A. (2005). Representations of hearly family relationship predct marital maintenance during the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology* , 19 (2),189-197.

- Curran, M., Hazen, J., Jacobvitz, D., & Sasaki, T. (2006). How representations of parental marriage predict marital emotional attunement during the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 477-484.
- Dewey, K., Nommsen-Rivers, L., Heinig, M., & Cohen R. (2003). Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics*, Sep. 112, 607-19.
- Dias, C. (2000). *Freud para além de Freud*. Lisboa: Fim de Século Edições.
- Dias, C. (2005). *Freud para além de Freud II*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Dixon, M., Booth, N., & Powell, R. (2000). Sex and relationships following childbirth: a first report from general practice of 131 couples. *British Journal General Practice*, 50 (452), 223-224.
- Farate, C. (2001). *O acto do consumo e o gesto que consome: "Risco relacional" e consumo de drogas no início da adolescência*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Figueiredo, B. (2004). Psicopatologia da Maternidade e Paternidade. *Revista do Centro de Estudos Populações e Sociedade*, 11, 79-98.
- Figueiredo, B. (2005). "Bonding" pais-bebés. In Leal e Faria. *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.
- Figueiredo, B., Costa, R., Marques, A., Pacheco, A., & Pais, A. (2005). Envolvimento emocional inicial dos pais com o bebé. *Acta Pediátrica portuguesa*, 36 (2), 121-131.
- Figueiredo, B., Costa, R., Marques, A., Pacheco, A., & Pais, A. (2005). Bonding. escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé. *Psychologica*, 40, 133-154.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., & Magarinho, R. (2006). Qualidade das relações significativas da mulher na gravidez. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 3-25.
- Freed, G., Fraley, J., & Schanler, R. (1993). accuracy of expectant mothers prediction of fathers attitudes regarding breastfeeding. *Journal of family practice*, 37 (29), 148-152.

- Galvão, D. (2005) Acompanhamento da implementação das orientações da OMS sobre amamentação num Hospital Amigo do bebé: perspectiva da mãe. Repercussões na manutenção da amamentação aos três meses de vida. *Investigação em Enfermagem*, 12, 52-56.
- Galvão, D. (2006) *Amamentação bem sucedida: Alguns factores determinantes*. Loures: Lusociência.
- George, D., & Mallery B. (2009) *SPSS for windows step by step: a simple guide and reference 17.0 update*. Boston: Allyn e Bacon.
- Guigliani, E., Caiaffa, W., Vogelhut, J. Witter, F., & Perman, J. (1994). Effect of breastfeeding support from different sources on mothers decisions to breastfeed. *Journal of Human Lactation*, Sep., 10 (3), 157-161.
- Giugliani, E. (2005). Amamentação exclusiva e sua promoção. In: Carvalho, M.; Taméz, R. *Amamentação: bases científicas para a prática profissional* (pp. 15-25). São Paulo: Ed. Guanabara Koogan.
- Gruen, A. (1995). *A loucura da normalidade*. Lisboa: Assírio e Alvim.
- Ingram, J., Johnson, D., & Greenwood, R. (2002). Breastfeeding in Bristol: teaching good position, and support from fathers and families. *Midwifery*, Jun, 18 (2), 87-101.
- Judicibus, M., & Mc Cabe, M. (2002). Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *Journal of Sex Research*, 39 (2), 94-103.
- Lana, A. (2001). *O livro do estímulo à amamentação- uma visão biológica, fisiológica e psicológica- comportamental da amamentação*. Belo Horizonte: Atheneu.
- Leff, E., & Jefferis, S. G. (1994). The development of maternal breastfeeding evaluation scale. *Journal of Human Lactation*, 10 (2), 105-111.
- Levy, L., & Bértolo, H. (2002). Manual de aleitamento materno. Ed. Comité Português para a UNICEF /Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- Levy, L., & Bértolo, H. (2008). *Manual de aleitamento materno*. Lisboa: Gráfica
- Lothrop, H. (2000). *Tudo sobre a amamentação*. Lisboa: Paz Editora.

- Lourenço, L. (2005). *O bebé no divã - desenvolvimento precoce: amar e pensar com o bebé e os seus pais*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Macedo, C., Serranho, H., & Silva, G. (2008). Apoio pós-parto satisfação das utentes. *Região de Leiria* .
- Müller, M. (1994). A Questionnaire to Measure Mother-to-Infant Attachment. *Journal of Nursing Measurement*, 2 ( 2), 129-141.
- Matos, A. (2002). *O desespero*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Matta, D., & Kundson-Martin, C. (2006). Father responsivity: couple process and the co construction of fatherhood. *Family Process*, 45 (1), 19-37.
- Matthey, S., Barnett, B., Ungerer, J., & Brent, W. (2000). Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders*, Nov.,60 (2), 75-85.
- Mc Dougall, J. (2000). *Teatros do Corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Mendes, I. (2009). *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Coimbra: Mar da Palavra.
- Mendes, I. (2002). *Ligação materno-fetal*. Coimbra: Quarteto Editores.
- Monteiro, R. (2005). *O que dizem as mães: mulheres trabalhadoras e suas experiências*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Montrone, V. (2002). *Formação de agentes comunitários: para a promoção do aleitamento materno e da estimulação de bebés*. Brasil: Editora Manole.
- Morton, J. (1992). Innefective suking: a possible consequence of positioning. *Journal. Human Lactation*, 8, 83-85.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Programa Saúde XXI- Saúde para todos no século XXI*.
- Pajulo, M., Savonlahti, E., Helenius, H., & Piha, J. (2001). Antenatal depression, substance dependency and social support. *Journal of Affective Disorder*, Jun., 65 (1), 9-17.
- Pamplona, V. (2005). Aspectos psicológicos da amamentação. In M. Carvalho, & R. Tamez, *Amamentação: bases científicas* (pp. 166-176). São Paulo: Ed. Guanabara Koogan

- Pamplona, V. (2003). Grupo e psicodrama terapêutico-pedagógico: O trabalho com gestantes e casais grávidos. Informativo da Federação Brasileira de Psicodrama. *Jornal em Cena*, 20 (2).
- Pereira, M. (2006). *Aleitamento materno: importância da correção da pega no sucesso da amamentação- resultado de um estudo experimental*. Loures: Lusociência.
- Pérez-Escamilla, R., Lutter, C., Segall, A., Treviño-Siller, S., Rivera, A., & Sanghvi, T. (1995). Exclusive breast-feeding duration is associated with attitudinal, socioeconomic and biocultural determinants in three Latin American countries. *Journal of Nutrition*, 125, 2972-2984.
- Premberg, A., & Lundgren, I. (2006). Father's experiences of childbirth education. *Journal of Perinatal Education*, Feb., 15, 21-28.
- Ramalho, S. (2009). Alterações emocionais pós-parto e amamentação. *International Journal of Psychology*, 1 (3), 435-442.
- Ramalho, S. (2008). O método psicodramático na psicoprofilaxia da amamentação. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (1), 31-36.
- Ramalho, S., & Vicente Castro, F. (2010). Construção do psiquismo do bebé na relação. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (2) 25-32.
- Ramalho, S., Oliveira, A., Santos, A., Brites, C., & Luís, H. (2009). Satisfação das utentes do Serviço de Obstetrícia do Hospital Santo André EPE de Leiria- implicação no desenvolvimento da equipa. *Saúde Materna, novas realidades*. Leiria.
- Ramalho, S., Vicente Castro, F., & Galvão, D. (2010). Avaliação materna da amamentação às 48 horas pós-parto. *International Journal of Developmental Educational Psychology*, 1 (2) 287-29.
- Ramalho, S., Galvão, D., & Pedroso, R. (2010). Dificuldades iniciais com a amamentação. *XI Encontro Nacional de Aleitamento Materno*, São Paulo, Brasil.
- Rea, M. (2003). Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (1), 37- 45.
- Relvas, P. (1996). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Ribeiro, A. (2005). Afinal a díade é tríade? A evolução do conceito do pai e da sua participação no nascimento de seu filho. *Servir*, 190-194.
- Rubin, R. (1984). *Maternal identity and the maternal experience*. New York: Springer publishing Co.

- Rubin, R. (1975). Maternal tasks in pregnancy. *Mathernal - Child Nursing Journal*, 4, 143-153.
- Righard, L., & Alade, M. (1992). Sucking technique and its effect on sucess of breastfeeding. *Birth*, 19 (4), 185-189.
- Sá, E. (2006). Prefácio. In D. Galvão, *Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes*. Loures: Lusociência.
- Sá, E. (2004). *A maternidade e o bebé*. Lisboa: Fim de Século.
- Sá, E. (2003). *Psicologia do feto e do bebé*. Lisboa : Fim de Século.
- Sanches, M. (2000). *Dificuldades iniciais na amamentação: enfoque fonoaudiológico*. Dissertação. São Paulo. Faculdade de saúde Pública.
- Sanches, M. (2005). Enfoque fonoaudiológico. In M. T. Carvalho, *Amamentação: bases científicas* (pp. 110-119). São Paulo: Ed. Guanabara Koogan.
- Sandes, A., Nascimento, C., Figueira, J. G., Valente, S., Martins, S., & Correia, S. (2007). Aleitamento materno: prevalência e factores condicionantes. *Acta Médica Portuguesa*, 193-200.
- Shapiro, A., Gottman, J., & Carrére, S. (2000). The baby and the marriage: identifying factors that buffer against decline in marital satisfaction after the first baby arrives. *Journal Family Psychology*, 59-70.
- Segall, A. (1996). *Aleitamento materno: estudo sobre o impacto das práticas assistenciais*. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas.
- Shea, E., & Tronick, E. (1988). The maternal self report inventory. A research and clinical instrument for assessing maternal self-esteem. In H. Fitzgerald, B. Lester, & Yogman, *Theory and research in beavioral pediatrics* (pp.101-139). New York: Plenum Press
- Stern, D. (2002). *The first relationship: infant and mother*. Cambridge: Harvard University Press.
- Silva, A. (2005). Prefácio. In M. Carvalho, & R. Tamez, *Amamentação: bases científicas*. São Paulo: Guanabara Koogan.
- Silva, A., & Figueiredo, B. (2005). Sexualidade na gravidez e após o parto. *Psiquiatria Clínica*, 253-264.
- Soares, I. (2001). Vinculação e cuidados maternos: segurança, protecção e desenvolvimento emocional no contexto da relação mãe-bebé. In M. Canavarro, *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 75-104). Coimbra: Quarteto Editora.

- Stell, O., Mowat, D., Scott, H., Carr, P., Dorland, J., & Tai, K. (2003). A randomized trial of two public health nurse follow-up programs after early obstetrical discharge: an examination of breastfeeding rates, maternal confidence and utilization and cost of health services. *Canadian Journal of Public Health*, March - April, 94 (2), 98-103
- Susin, L., Giugliani, E., & Kummer, S. (2005). Influence of grandmothers on breastfeeding practices. *Revista Saúde Pública*. 39 (2), 141-147.
- Tamez, R. (2005). Actuação de enfermagem. In M. Carvalho, & R. Tamez, *Amamentação: bases científicas* (pp.121-136). São Paulo: Ed. Guanabara Koogan.
- Twenge, J., Campbell, W., & Foster, C. (2003). Parenthood and marital satisfaction: a meta-analytic review. *Journal of Marriage and Family*, 65 (3), 574-583.
- Union European (2004). *Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action*. Dublin: Union European.
- Venâncio, S. (2003). Dificuldades para o estabelecimento da amamentação: o papel das práticas assistenciais das maternidades. *Jornal Pediátrico*, 79 (1), 1-2.
- Winnicott, D. (1956). Primary Maternal Preoccupation. *Through Paediatrics to Psychoanalysis*. London: Hogarth.
- Ziemer, M., Paone, J.; Achupay, J., & Cole, E. (1990). Methods to prevent and manage nipple pain in breastfeeding women. *Western Journal Nurses Research*, 12, 732- 44.

# **ANEXOS**

ANEXO I

Pedido para utilização das escalas à Doutora Dulce Garcia Galvão

**Exma. Sr<sup>a</sup> Doutora Dulce Maria  
Pereira Garcia Galvão  
Professora Coordenadora da Escola  
Superior de Enfermagem de Coimbra**

Sónia Isabel Horta Salvo Moreira de Almeida Ramalho, Enfermeira Graduada do Hospital Santo André, EPE de Leiria, a frequentar o 2º Ano do Curso de Doutoramento em Novos Contextos de Intervenção Psicológica em Saúde, Educação e Qualidade de Vida, Na Universidade da Extremadura, vem por este meio pedir a autorização para a aplicação do Inventário de Auto-estima Materna, da Escala de Avaliação Materna da Amamentação e o Inventário do Afecto Materno.

O estudo que pretende efectuar tem como objectivo a Melhoria da Qualidade de Cuidados de Enfermagem prestados à puérpera, recém-nascido e família.

Com os melhores cumprimentos,

Sónia Isabel Horta Salvo Moreira de Almeida Ramalho

Leiria, 05 de Janeiro de 2009

ANEXO II

Autorização para aplicação das escalas dada pela Doutora Dulce Garcia Galvão

## ANEXO III

Instrumentos de colheita de dados

## PEDIDO DE COLABORAÇÃO NO ESTUDO

Exma. Senhora,

Sónia Isabel Horta Salvo Moreira de Almeida Ramalho, Enfermeira Graduada, encontrando-se a realizar um trabalho de investigação sobre AMAMENTAÇÃO: Sentimentos e vivências experienciados pela mãe, no âmbito do Doutoramento em “Nuevos contextos de Intervención Psicológica en Educación, Salud y Calidad de Vida”, na Universidade da Extremadura, vem por este meio solicitar que se digne participar na sua realização.

Informa-se que os instrumentos de colheita de informação a utilizar serão vários questionários, observação participante e entrevista no internamento e aos 4 meses. A entrevista realizada aos 4 meses será a combinar apenas com algumas das senhoras avisadas ainda durante a permanência na maternidade.

A participação no estudo é estritamente voluntária, não se prevendo quaisquer riscos (físicos, psicológicos e sociais) durante a mesma, e a desistência do mesmo não acarreta nenhum prejuízo.

As suas respostas são confidenciais e só a investigadora envolvida terá acesso às mesmas. Não há respostas exactas, unicamente queremos conhecer a sua opinião sobre este tema.

Os resultados a que chegar, caso seja seu interesse, serão postos à sua disposição para posterior consulta.

Com a realização deste estudo pretende contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem no apoio e manutenção da amamentação.

Muito grata pela atenção e colaboração

Sónia Isabel Horta Salvo Moreira de Almeida Ramalho

# ESCALA DE AVALIAÇÃO MATERNA DA AMAMENTAÇÃO

(Ellen W. Leff, 1994)

(Versão Portuguesa de Garcia Galvão D., 2000)

---

**Nome** (completo da mãe):

---

---

Se amamentou mais de um bebé, baseie as suas respostas na experiência mais recente. Considere toda a experiência de amamentação e por favor responda a todas as perguntas.

Indique o seu acordo ou desacordo declarando-o com um circulo na melhor resposta.

		Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
1	A amamentação deu-me satisfação interior	DT	D	SO	C	CT

2	A amamentação proporcionou-me momentos especiais com o meu bebé	DT	D	SO	C	CT
3	O meu bebé não tinha qualquer interesse em mamar	DT	D	SO	C	CT
		Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente

---

4	O meu bebé adorou mamar	DT	D	SO	C	CT
---	-------------------------	----	---	----	---	----

5	Para mim foi um fardo ser a principal fonte de alimentação do meu bebé	DT	D	SO	C	CT
---	--	----	---	----	---	----

6	Senti-me extremamente ligada ao meu bebé quando o amamentei	DT	D	SO	C	CT
---	---	----	---	----	---	----

7	O meu bebé mamava avidamente	DT	D	SO	C	CT
---	------------------------------	----	---	----	---	----

8	A amamentação foi fisicamente esgotante	DT	D	SO	C	CT
---	---	----	---	----	---	----

9	Para mim foi importante poder amamentar	DT	D	SO	C	CT
---	---	----	---	----	---	----

10	Durante a amamentação o crescimento do meu bebé foi excelente	DT	D	SO	C	CT
----	---	----	---	----	---	----

11	Eu e o meu bebé trabalhamos em conjunto para que a amamentação corresse calmamente	DT	D	SO	C	CT
----	--	----	---	----	---	----

12	A amamentação foi uma experiência muito afectiva e maternal	DT	D	SO	C	CT
----	---	----	---	----	---	----

		Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
--	--	---------------------	----------	-------------	----------	---------------------

13	Enquanto amamentei senti constrangimento em relação ao meu corpo	DT	D	SO	C	CT
14	Enquanto amamentei senti-me demasiado presa todo o tempo	DT	D	SO	C	CT
15	Enquanto amamentei preocupei-me com o aumento de peso do meu bebé	DT	D	SO	C	CT
16	A amamentação acalmava o meu bebé quando este estava aborrecido ou chorava	DT	D	SO	C	CT
17	A amamentação era como uma espécie de êxtase	DT	D	SO	C	CT
18	O facto de poder produzir alimento para alimentar o meu bebé foi muito gratificante	DT	D	SO	C	CT
19	No princípio o meu bebé teve problemas com a amamentação	DT	D	SO	C	CT
20	A amamentação fez-me sentir uma boa mãe	DT	D	SO	C	CT
		Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
21	Gostei muito de amamentar	DT	D	SO	C	CT

22	Enquanto amamentei ansiava por retomar a minha forma física	DT	D	SO	C	CT
23	A amamentação fez-me sentir mais confiante como mãe	DT	D	SO	C	CT
24	O meu bebé desenvolveu-se muito bem com a amamentação	DT	D	SO	C	CT
25	A amamentação fez com que o meu bebé se sentisse mais seguro	DT	D	SO	C	CT
26	Pude ajustar facilmente a amamentação do meu bebé com as minhas outras actividades	DT	D	SO	C	CT
27	A amamentação fez-me sentir como se fosse uma vaca	DT	D	SO	C	CT
28	O meu bebé não relaxava enquanto mamava	DT	D	SO	C	CT
		Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
29	A amamentação foi emocionalmente desgastante	DT	D	SO	C	CT

30	A amamentação foi uma sensação maravilhosa para mim	DT	D	SO	C	CT
----	---	----	---	----	---	----

## INVENTÁRIO DO AFECTO MATERNO

(Mary E. Muller, 1994)

(Versão Portuguesa de Garcia Galvão D., 2000)

---

---

**Nome** (completo da mãe):

---

---

As frases que se seguem descrevem opiniões, sentimentos e situações que as mães experienciam.  
Assinale com uma cruz a letra que se adequa a si.

Quase sempre	Muitas vezes	Às vezes	Quase nunca
--------------	--------------	----------	-------------

1	Sinto amor pelo meu bebé	a	b	c	d
---	--------------------------	---	---	---	---

2	Sinto-me bem e feliz com o meu bebé	a	b	c	d
---	-------------------------------------	---	---	---	---

3	Quero passar momentos especiais com o meu bebé	a	b	c	d
---	--	---	---	---	---

		Quase sempre	Muitas vezes	Às vezes	Quase nunca
4	Mal posso esperar para estar com o meu bebé	a	b	c	d
5	O simples facto de ver o meu bebé faz-me sentir bem	a	b	c	d
6	Sei que o meu bebé precisa de mim	a	b	c	d
7	O meu bebé é giro	a	b	c	d
8	Estou contente por este bebé ser meu	a	b	c	d
9	Sinto-me especial quando o meu bebé sorri	a	b	c	d
10	Gosto de olhar nos olhos do meu bebé	a	b	c	d
11	Gosto de pegar no meu bebé ao colo	a	b	c	d
12	Observo o meu bebé quando dorme	a	b	c	d

		Quase sempre	Muitas vezes	Às vezes	Quase nunca
13	Quero o meu bebé junto de mim	a	b	c	d
14	Falo aos outros acerca do meu bebé	a	b	c	d
15	É divertido estar com o meu bebé	a	b	c	d
16	Gosto quando o meu bebé troca carinhos comigo	a	b	c	d
17	Tenho orgulho do meu bebé	a	b	c	d
18	Gosto de ver o meu bebé fazer coisas novas	a	b	c	d
19	Os meus pensamentos estão cheios com o meu bebé	a	b	c	d
20	Conheço a personalidade do meu Bebé	a	b	c	d
21	Quero que o meu bebé confie em mim	a	b	c	d
22	Sei que sou importante para o meu bebé	a	b	c	d

		Quase sempre	Muitas vezes	Às vezes	Quase nunca
23	Compreendo os sinais do meu bebê	a	b	c	d

24	Dou especial atenção ao meu bebê	a	b	c	d
----	----------------------------------	---	---	---	---

25	Conforto o meu bebê quando ele/ela chora	a	b	c	d
----	--	---	---	---	---

26	Amar o meu bebê é fácil	a	b	c	d
----	-------------------------	---	---	---	---

---

---

**Nome** (completo da mãe):

---

---

**Inventário de Auto-Estima Materna**

**(Shea e Tronick, 1988)**

(Versão Portuguesa de Mendes, 1992)

(Versão Adaptada de Garcia Galvão D., 2000)

Por favor indique até que ponto as afirmações seguintes descrevem o que sente. Leia cada afirmação atentamente e, quando estiver certa de que a entende, indique a sua opção desenhando uma cruz (X) na resposta que melhor expressa o grau em que a afirmação é verdadeira para si.

Classifique cada afirmação do seguinte modo:

1	2	3	4	5
Completamente Falsa	Parcialmente Falsa	Indecisa	Parcialmente Verdadeira	Completamente Verdadeira

Por exemplo, assinale uma cruz na primeira coluna se sentir que a sua afirmação é completamente falsa; assinale uma cruz na segunda coluna se a afirmação é parcialmente falsa; assinale uma cruz na quarta coluna se a

afirmação é parcialmente verdadeira e assinale uma cruz na quinta coluna se a afirmação é completamente verdadeira. Se não tem a certeza ou se sente que a afirmação não é verdadeira nem falsa, assinale uma cruz em indecisa.

Responda a cada item o mais sinceramente possível e trabalhe rapidamente, pois as primeiras impressões são tão boas como as outras. Tente responder a todas as questões, se tiver dúvidas, assinale a resposta que estiver mais próxima daquilo que sente. Apesar de algumas afirmações parecerem semelhantes, não o são, e, por isso, deve responder a todas elas. Todas as respostas serão tratadas com total confidencialidade. Não há respostas certas nem erradas.

Completamente falsa	Parcialmente falsa	Indecisa	Parcialmente verdadeira	Completamente verdadeira
------------------------	-----------------------	----------	----------------------------	-----------------------------

1 - O meu bebé é muito frágil, por isso preocupa-me que possa ser desajeitada com ele/ela.					
--	--	--	--	--	--

2- Estou desapontada com o sexo do meu bebé.					
--	--	--	--	--	--

3 - Sinto-me segura por ser capaz de satisfazer as necessidades físicas do meu bebé.					
--	--	--	--	--	--

4 - Considero que o trabalho de parto e o parto foram das experiências mais desagradáveis que tive.					
---	--	--	--	--	--

5- Penso que serei uma boa mãe.					
---------------------------------	--	--	--	--	--

6 - Estou certa de que terei uma relação próxima e calorosa com o meu bebé.					
---	--	--	--	--	--

	Completamente falsa	Parcialmente falsa	Indecisa	Parcialmente verdadeira	Completamente verdadeira
7- Não confio muito na minha capacidade para ajudar o meu bebé a aprender coisas novas.					
8 - Fiquei muito feliz quando vi pela primeira vez o meu bebé.					
9 - A expectativa de ter um bebé deu-me mais prazer do que actualmente tê-lo.					
10 - Tenho fortes dúvidas de que o meu bebé se venha a desenvolver normalmente.					
11 - Acho o meu bebé muito bonito.					
12 - Senti-me extremamente contente quando soube que estava grávida.					
13 - Achei a experiência do trabalho de parto assustadora e muito desagradável.					
14 - Pensar em segurar e abraçar o meu bebé é para mim muito agradável.					
15 - Quando soube que estava grávida tive sentimentos confusos sobre o que era ter um bebé.					
16 - Preocupa-me, com frequência, o facto de me poder esquecer de qualquer coisa e que, por isso, algo de mau possa vir a acontecer ao meu bebé.					

	Completamente falsa	Parcialmente falsa	Indecisa	Parcialmente verdadeira	Completamente verdadeira
17 - Quando vi pela primeira vez o meu bebé fiquei desapontada.					
18 - Estou segura de que conseguirei resolver qualquer problema normal que possa ter com o meu bebé.					
19 - Preocupa-me vir a ter problemas em perceber aquilo que o meu bebé necessita.					
20 - Sinto que não tenho facilidade em lidar com bebés pequenos.					
21 - Enquanto estive grávida esperei ansiosamente o nascimento do meu bebé.					
22 - Preocupa-me se o meu bebé irá gostar de mim.					
23 - Sinto-me competente por ser capaz de alimentar o meu bebé.					
24 - Espero não me importar de ficar em casa a cuidar do meu bebé.					
25 - Considerei a experiência do parto muito excitante.					
26 - Preciso de mais tempo para me adaptar ao meu bebé.					
27 - Preocupa-me se o meu bebé se irá desenvolver normalmente.					
28 - Durante a gravidez tive cuidado comigo.					
29 - Dúvido que o meu bebé possa gostar de mim da maneira como sou.					

	Completamente falsa	Parcialmente falsa	Indecisa	Parcialmente verdadeira	Completamente verdadeira
30 - Pensar em tudo o que tenho para fazer como mãe deixa-me deprimida.					
31 - Preocupa-me não saber o que fazer se o meu bebé adoecer.					
32 - É difícil para mim saber o que o meu bebé quer.					
33 - Achei as experiências do trabalho de parto e parto como as melhores da minha vida.					
34 - Penso que gostarei mais do meu bebé quando ele/ela for mais velho(a) e tiver personalidade própria.					
35 - Tenho medo de vir a ser desajeitada quando pegar no meu bebé.					
36 - Estou desejosa de amamentar o meu bebé.					
37 - Sinto que tenho muito amor para dar ao meu bebé.					
38 - Sinto-me segura porque acho que serei capaz de ensinar coisas novas ao meu bebé.					
39 - Estou segura de que o meu bebé vai ser forte e saudável.					
40 - Achei o trabalho de parto assustador.					
41 - Estou preocupada se o meu bebé se desenvolve normalmente.					

	Completamente falsa	Parcialmente falsa	Indecisa	Parcialmente verdadeira	Completamente verdadeira
42 - Tenho grandes expectativas sobre como será o meu bebé.					
43 - Senti-me emocionalmente preparada para o nascimento do meu bebé.					
44 - Sinto que farei um bom trabalho tomando conta do meu bebé.					
45 - Sei o suficiente para poder ensinar ao meu bebé muitas coisas que ele/ela terá de aprender.					
46 - Preocupa-me se serei capaz de satisfazer as necessidades emocionais do meu bebé.					
47 - Estou certa de que o meu bebé irá gostar muito de mim.					

ANEXO IV

Grelha de Observação Mãe - bebê

## GRELHA DE OBSERVAÇÃO MÃE- BEBÉ (Ramalho, 2010)

Mãe	
<b>1-</b>	<b>Sentimentos</b>
<b>a) Em relação às necessidades e solicitações do bebê:</b>	
•	Ansiedade
•	Insegurança
•	Inexperiência
•	Preocupação
•	Incompetência
•	Incapacidade
•	Tranquilidade
•	Segurança
•	Experiente
•	Despreocupação
•	Outros _____
<b>b) Em relação à amamentação:</b>	
•	Medo
•	Insegurança
•	Vergonha
•	Falta de autoconfiança
•	Desvaloriza o colostro/leite
•	Segura
•	Confiante
•	Valoriza o colostro/leite

## 2- Vivências

### a) Alterações emocionais/Queixas da puérpera:

- Queixas somáticas
- Ansiedade
- Irritabilidade
- Tristeza
- Astenia
- Perturbação do sono
- Sensação de solidão
- Perda de memória
- Labilidade emocional
- Cefaleias
- Perda de memória
- Anorexia
- Outras\_\_\_\_\_

### b) Comportamentos da puérpera:

- **Hostilidade:**

- Familiares
- Acompanhantes
- Pessoal hospitalar

- **Acompanhante fóbico:**

- Mãe
- Irmã
- Amiga
- Outro

- **Necessidade imperiosa em relação ao hospital:**

- Permanecer (manter internamento)
- Exigir alta (abandonar)

- **Mecanismos maníacos:**

- Euforia
- Falante
- Muito preocupada com o aspecto, roupas e arranjo
- Recebe calorosamente as visitas/festejos
- Declara sentir-se muito bem
• <b><i>Ansiedades depressivas e paranoides:</i></b>
- Choro
- Aborrecimento
- Impaciências
-Ciúmes
- Despotismo
- Descuidada com a aparência e higiene
- Falta de carinho
• <b><i>Temor</i></b>
- Roubo do RN
- Incapacidade de cuidar bem
- Perder o RN
<b>c) Comportamentos da criança:</b>
- Hipotónico
- Hipo-activo
- Bom tónus
- Irritado
- Choroso
- Inconsolável
- Mama com vigor
- Sonolento
- Calmo
<b>Relacionamento com o bebé:</b>

<b>a) Contacto corpo a corpo:</b>
- Sem
- Com
-Excessiva manipulação
<b>b) comunicação:</b>
- Excesso
- Deficit
<b>4- Harmonia da relação:</b>
<b>a) Momentos de contacto:</b>
- Acaricia
- Transporta
- Abraça
- Embala
- Beija
<b>b) Expressão do rosto (descontraída, feliz ou tensa e triste)</b>
- Olhar (triste, feliz, alegre, tenso, medo)
- Vocalização
- Movimentos cabeça e rosto
<b>c) Solicitude do recém-nascido:</b>
- Responde
-Ignora
- Exagera

ANEXO V

Cópia do pedido para aplicação das escalas ao Conselho de Administração do Hospital  
Santo André EPE de Leiria

**Exmo. Sr. Presidente do  
Conselho de Administração  
do Hospital Santo André, EPE  
Leiria**

Sónia Isabel Horta Salvo Moreira de Almeida Ramalho, Enfermeira graduada, nº mec. 1472, a exercer funções no Serviço de Obstetrícia – Internamento, a frequentar o 2º ano do Curso de Doutoramento em Novos contextos de Intervenção Psicológica em Saúde, Educação e Qualidade de vida, na Universidade da Extremadura, vem por este meio pedir autorização para a aplicação às puérperas do Serviço de Obstetrícia-Internamento, do Inventário de Auto-Estima Materna e da Escala de Avaliação Materna da Amamentação, no âmbito da Tese de Doutoramento. Anexa as escalas e a autorização formal da Prof. Doutora Dulce Garcia Galvão para a utilização.

Solicita também o acesso à base de dados da linha de apoio ao puerpério "Linha Buáa" do Serviço de Obstetrícia, durante o período de 1 de Fevereiro de 2009 a 1 de Agosto de 2010.

O estudo que pretende efectuar tem como objectivo a Melhoria da Qualidade de Cuidados de Enfermagem prestados à puérpera, recém-nascido e família.

Pede deferimento

Leiria, 29 de Janeiro de 2009

*Sónia Almeida Ramalho*

ANEXO VI

Cópia do esclarecimento da Comissão de Ética do Hospital Santo André EPE de Leiria

À COMISSÃO DE ÉTICA  
DO HOSPITAL SANTO ANDRÉ, EPE  
LEIRIA

Sónia Isabel Salvo Moreira de Almeida Ramalho, Enfermeira graduada, nº mec. 1472, a exercer funções no Serviço de Obstetria – Internamento, a frequentar o 2º ano do Curso de Doutoramento em Novos Contextos de Intervenção Psicológica em Saúde, Educação e Qualidade de Vida, na Universidade da Extremadura, vem por este meio dar resposta ao pedido de esclarecimento solicitado pela Comissão.

No âmbito da tese de Doutoramento, pretende aplicar o Inventário de auto-estima materna e da Escala de avaliação Materna da amamentação às puérperas durante o internamento no Serviço de Obstetria Ala A e tem como finalidade:

- Inventário de auto-estima materna / The Maternal Self-report Inventory de Shea e Tronick (1988), versão Portuguesa de Mendes (1992), versão adaptada de Galvão (2000) para medir, avaliar de forma válida e objectiva a auto-estima materna e conhecer alguns factores que a afectam. É um instrumento que pretende avaliar a auto-estima enquanto um fim psicológico mediando os efeitos dos factores bio-sociais que afectam a adaptação da mulher à maternidade.

As dimensões deste inventário exploram os sentimentos de competência/incompetência da mãe face aos cuidados a prestar ao recém-nascido, quer do ponto de vista físico quer emocional, a sua capacidade e confiança para assumir a função materna, a adaptação ao bebé real e luto do bebé idealizado, a satisfação obtida na relação com o seu bebé, bem como os sentimentos com que viveram a gravidez e o parto.

S.R.

- Escala de avaliação Materna da amamentação/ Maternal Breastfeeding Evaluation Scale (MBES) de Ellen Leff, 1994, Versão Portuguesa de Galvão (2000) permite avaliar diferentes aspectos relacionados com a amamentação baseando-se em critérios identificados por lactantes como importantes na percepção de sucesso na amamentação. Permite medir a avaliação total que as mães fazem acerca da sua experiência da amamentação, considerando factores maternos e da criança, para além da satisfação materna em amamentar, e avalia a percepção materna sobre a qualidade da sua experiência tendo em conta o comportamento da criança como parte integrante.

O acesso à base de dados da linha buáa será para consulta posterior dos registos efectuados na entrevista telefónica da Unidade de Apoio Domiciliária nas 24 horas pós alta hospitalar e também caso as puérperas recorram à linha telefónica de apoio (disponível 24 horas por dia). Esta consulta permitirá saber quais as principais dúvidas, medos e ansiedades das puérperas e pedido de apoio solicitado.

Compromete-se a apresentar os resultados da investigação à Instituição e à equipa da Unidade de Apoio Domiciliária.

Grata pela atenção dispensada, com os melhores cumprimentos

Leiria, 18 de Fevereiro de 2009

Sónia Almeida Ramalho

ANEXO VII

Cópia da resposta ao pedido de esclarecimento da Comissão de Ética do  
Hospital Santo André EPE de Leiria



Exma. Senhora  
Enf.ª Sónia Isabel Salvo Moreira de Almeida  
Ramalho  
Serviço de Ginecologia/Obstetrícia  
Hospital Santo André, E.P.E.

**Comissão de Ética**

**Ref. CE Nº 4/09**

C/C: Directora Clínica

Leiria, 20 de Fevereiro de 2009

**Assunto:** "Pedido de autorização para a aplicação às puérperas do Serviço de Obstetrícia Internamento, do Inventário de Auto-Estima Materna e da Escala de Avaliação Materna da Amamentação, no âmbito da tese de doutoramento"

Relativamente ao assunto mencionado em epígrafe, a Comissão de Ética informa que atendendo aos esclarecimentos prestados, dá parecer favorável ao presente estudo

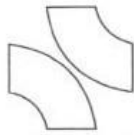
Sem outro assunto de momento.

Com os melhores cumprimentos,

Carlos Veríssimo Poças Santos  
Presidente

**ANEXO VIII**

**Autorização para aplicação das escalas no Hospital Santo André EPE de Leiria**



HOSPITAL  
**SANTO  
ANDRÉ**  
L E I R I A

**Conselho de Administração**

Exma. Senhora  
Enf.ª Graduada Sónia Ramalho  
Serviço de Ginecologia/Obstetrícia  
Hospital de Santo André, EPE

Leiria, 03 de Março de 2009

**Assunto:** Pedido de autorização para aplicação às puérperas do Serviço de Obstetrícia, do Inventário de Auto-Estima Materna e da Escala de Avaliação Materna da Amamentação

No seguimento do vosso pedido de 2009.01.29, a solicitar autorização para aplicação às puérperas do Serviço de Obstetrícia, do inventário de auto-estima materna e da escala de avaliação materna da amamentação e acesso à base de dados da linha de apoio ao puerpério "Linha Buáa", informamos que o Conselho de Administração, em 2009.02.26, deliberou autorizar os pedidos.

Mais se informa que foi dado conhecimento desta decisão ao Director do Serviço de Ginecologia/Obstetrícia, a quem deverão ser apresentados os resultados do trabalho.

Com os melhores cumprimentos, 

O ADMINISTRADOR

  
(LICÍNIO OLIVEIRA DE CARVALHO)