

Escola Superior de Saúde da Universidade Atlântica



Licenciatura em Fisioterapia

Ano lectivo 2010/2011 – 4º Ano



Seminário de Monografia

Monografia Final de Curso

**Grau de Auto-Confiança das Mães
no período da Amamentação**



Volume I

Orientadora: *Doutora Sónia Bárcia*

Co-Orientadora: *Dra. Isabel Tomás de Oliveira*

Discente: *Marisa Andreia Ruivo Costa Nº 200791459*

Barcarena, 11 de Julho de 2011

Escola Superior de Saúde da Universidade Atlântica



Licenciatura em Fisioterapia

Ano lectivo 2010/2011 – 4º Ano



Seminário de Monografia

Monografia Final de Curso

**Grau de Auto-Confiança das Mães
no período da Amamentação**

Volume I



Orientadora: Doutora Sónia Bárcia

Co-Orientadora: Dra. Isabel Tomás de Oliveira

Discente: Marisa Andreia Ruivo Costa nº 200791459

Barcarena, 11 de Julho de 2011

“O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste Relatório”.

AGRADECIMENTOS

À Doutora Sónia Bárcia que me acompanhou ao longo deste trabalho e ajudou em todos os momentos, obrigada pela paciência.

Agradeço a ajuda da Dr. Isabel Tomás de Oliveira pela orientação estatística no tratamento dos dados.

Às mães que se disponibilizaram a participar no estudo e que sem elas este não se concretizaria.

A todos os fisioterapeutas que me ajudaram na concretização deste projecto e às instituições onde decorreram a recolha de dados.

Agradeço aos meus pais e irmã que sempre estiveram presentes em todos os momentos da minha vida, sendo este apenas um deles, apoiando-me e encorajando-me a superar todas as dificuldades.

Ao meu namorado um obrigado pela ajuda, paciência e todo o carinho.

Por fim, agradeço a todos os amigos que me apoiaram e ajudaram na realização deste trabalho.

*A todos o meu muito **obrigado!***

RESUMO

Introdução: O aleitamento materno é considerado fundamental quando se fala da promoção e protecção da saúde das crianças. Contudo, muitas mães tendem a abandonar esta prática precocemente. Os profissionais de saúde, nomeadamente, os fisioterapeutas, através de sessões de preparação para o nascimento e pós-parto, podem influenciar o sucesso ou insucesso da amamentação. Neste sentido, estes terão de avaliar de forma fiável as mulheres em situação de risco elevado de abandono da amamentação e identificar factores de predisposição desta de forma eficaz, nomeadamente, a auto-eficácia materna, no sentido de dar um contributo para a manutenção desta prática.

Problema: O problema de estudo é perceber se a frequência nas sessões de pós-parto, orientadas por um fisioterapeuta, influencia o grau de auto-confiança das mães.

Objectivos: O principal objectivo deste estudo é compreender se o apoio da fisioterapia no pós-parto influencia o grau de auto-confiança das mães no período da amamentação.

Metodologia: Estudo quantitativo, quasi-experimental e longitudinal, dirigido a dois grupos de puérperas que têm em comum o facto de terem frequentado a preparação para o nascimento, mas apenas um dos grupos continua com o pós-parto. Estes serão sujeitos à aplicação do instrumento de avaliação BSES-SF, juntamente com uma ficha de caracterização, na primeira e na última sessão do pós-parto (tendo este 8 sessões), sendo aplicados pessoalmente ao grupo experimental e, por via telefónica, ao grupo de controlo. A análise dos dados foi realizada através da estatística descritiva e inferencial paramétrica.

Resultados: A amostra é muito semelhante e constituída por 25 elementos em cada grupo. Da 1ª para a 2ª aplicação do BSES-SF existem diferenças estatisticamente muito significativas entre a variação do grupo experimental e de controlo, sendo que a variação é maior no grupo de controlo ($p = .000$). O grupo experimental começa com um valor médio de confiança de 53.2 (alta eficácia), evoluindo para 57.4 (alta eficácia). O contrário se verifica com o grupo de controlo que começa com 18.2 (baixa eficácia) e termina com 58.2 (alta eficácia), não tendo este respondido de forma consistente à categoria da técnica na escala. As mulheres com um parto eutócito, que amamentaram logo o seu bebé e que praticam um aleitamento materno exclusivo, têm uma auto-eficácia superior comparativamente com as restantes mães.

Discussão: Os resultados reforçam a ideia de que os fisioterapeutas desempenham um papel fundamental no objectivo de aumentar a incidência e a duração da amamentação, através do aumento da confiança materna. O comportamento do grupo de controlo contraria as ideias dos autores, podendo ser explicado por situações que lhes são favoráveis e outras que não foram possíveis de controlar.

Conclusão: As etapas de elaboração do estudo revelam aspectos positivos e algumas limitações, tendo sido os objectivos alcançados. Este contribuiu para a formação pessoal e profissional, sendo um contributo para a escassa investigação nesta área, revelando-se importante para que a

prática clínica do fisioterapeuta seja baseada na evidência. Estes podem encorajar as mulheres a amamentar e a manter esta prática, aumentando a sua confiança.

Palavras-Chave: Amamentação, Auto-Eficácia, Fisioterapia, Suporte no Pós-Parto.

ABSTRACT

Introduction: Breastfeeding is considered critical when it comes to promoting and protecting the health of children. However, many mothers tend to abandon this practice early. Health professionals, including physiotherapists, through antenatal and postpartum classes, can influence the success or failure of breastfeeding. In this sense, they have to assess reliably the women at high risk of abandonment of breastfeeding and to identify predisposing factors of this effectively, in particular, maternal self-efficacy, in order to give a contribution to the maintenance of this practice. **Problem:** The problem of study is to understand if the frequency on postpartum classes, guided by a physiotherapist, influences the degree of self-confidence of mothers. **Objectives:** The main objective of this study is to understand if the supports of physiotherapy in the postpartum period influence the degree of self-confidence of mothers during breastfeeding. **Methodology:** Quantitative study, quasi-experimental and in time, aimed at two groups of postpartum women have in common the fact that they attended antenatal classes, but only one of the groups continued with postpartum. They will be subject to the application of the evaluation tool BSES-SF, along with a characterization form, the first and last class of postpartum (having 8 sessions), and applied to the experimental group in person, and by telephone, to the control group. Data analysis was performed by parametric descriptive and inferential statistics. **Results:** The sample is very similar and consists of 25 elements in each group. From the 1st to the 2nd application of the BSES-SF statistically there are very significant differences between the variation in the experimental group and control, and the variation is greater in the control group ($p = .000$). The experimental group starts with an average of 53.2 confidence (high efficiency), moving to 57.4 (high efficiency). On the other hand, the control group beginning with 18.2 (low efficiency) and ends with 58.2 (high efficiency), not having answered this consistently of the technical category on the scale. Women who give eutocic births, and breastfeed their babies straight away and practice exclusive breastfeeding, have a higher self-efficacy compared with other mothers. **Discussion:** The results reinforce the idea that physiotherapists play a key role in order to increase the incidence and duration of breastfeeding, by increasing maternal confidence. The behavior of the control group against the ideas of the authors can be explained by conditions that benefit them and others that were not possible to control. **Conclusion:** The steps of the survey reveal some strengths and limitations, the objectives have been achieved. This study contributed to the personal and professional training, with a contribution to the scant research in this area, revealing important for the clinical practice of physiotherapists based on evidence. They can encourage women to breastfeed and maintain the practice, increasing their confidence.

Keywords: Breastfeeding, Self-Efficacy, Physiotherapy, Postpartum Support.

ÍNDICE GERAL

Volume I

<i>Agradecimentos</i>	<i>VII</i>
<i>Resumo e Palavras-Chave</i>	<i>IX</i>
<i>Abstract and Keywords</i>	<i>XI</i>
<i>Índice Geral</i>	<i>XIII</i>
<i>Lista de Abreviaturas e Siglas</i>	<i>XVII</i>
<i>Índice de Figuras</i>	<i>XIX</i>
<i>Índice de Tabelas</i>	<i>XXI</i>
I.	Intr
odução	1
II.	En
quadramento Teórico	5
1.	Am
amentação	5
1.1. <i>História e Perspectivas</i>	5
1.2. <i>Processos Envolvidos</i>	7
1.2.1. <i>Anatomia e Fisiologia da Lactação</i>	7
1.2.2. <i>Composição do Leite Materno</i>	8
1.2.3. <i>Benefícios do Aleitamento Materno</i>	9
1.2.4. <i>Contra-indicações do Aleitamento Materno</i>	11

1.2.5. Duração da Amamentação e Início dos Suplementos e Desmame ..	11
1.2.6. Problemas de Saúde Comuns relacionados com a Amamentação ..	13
2.	A
Fisioterapia na Amamentação	14
2.1. O Papel da Fisioterapia na Saúde da Mulher e no Aleitamento Materno .	14
2.2. Preparação para o Nascimento e Pós-parto	17
2.3. Amamentação Bem-Sucedida – Factores de Sucesso e Insucesso	20
3. Estratégias de Promoção, Protecção e Apoio da Amamentação	23
4. Auto-eficácia na Amamentação	26
III.	Met
 odologia	31
1.	Obj
ectivos Gerais e Específicos	31
2.	Des
enho do Estudo	31
3.	Pop
ulação e Amostra	32
3.1.	Pop
ulação	32
3.2.	Am
ostra	32
3.2.1.	Pro
cesso de Selecção	32
3.2.2.	Car
acterização	33
4.	Inst
rumento de Avaliação	36
4.1.	Des
crição do Instrumento de Recolha de Dados	36

4.2.	Vali
<i>dade e Fiabilidade da Versão Portuguesa</i>	37
5.	Var
<i>áveis</i>	37
6.	Pro
<i>cedimentos</i>	38
7.	Trat
<i>amento e Análise Estatística dos Dados</i>	38
IV.	Res
ultados	39
1.	D
<i>escrição dos Scores Obtidos na 1ª e 2ª Aplicação do BSES-SF nos Grupos</i> <i>Experimental e de Controlo</i>	39
2.	C
<i>omparação da Variação dos Scores Obtidos na 1ª e 2ª Aplicação do BSES-SF</i> <i>nos Grupos Experimental e de Controlo</i>	40
2.1.	<i>Gru</i>
<i>po Experimental</i>	41
2.2.	
<i>Grupo de Controlo</i>	42
2.3.	
<i>Comparação entre os Grupos</i>	42
3.	A
<i>nálise da Variação das Respostas ao BSES-SF entre a 1ª e a 2ª Aplicação para</i> <i>cada Grupo</i>	42
4.	A
<i>ssociação entre os Resultados Obtidos no BSES-SF nos Grupos Experimental</i> <i>e de Controlo e as Diversas Variáveis</i>	44

4.1.	<i>Grupo Experimental</i>	44
4.2.	<i>Grupo de Controlo</i>	45
V.	Discussão	47
VI.	Conclusão	55
VII.	Referências Bibliográficas	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

WHO – Organização Mundial de Saúde

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

SNC – Sistema Nervoso Central

BSES-SF – Escala de Auto-Eficácia na Amamentação – Versão Curta

IOPTWH – Organização Internacional de Fisioterapeutas na Saúde da Mulher

WCPT – Confederação Mundial de Fisioterapeutas

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1** – Diagrama de extremos e quartis dos scores médios totais obtidos nos dois momentos de aplicação do instrumento BSES-SF, para o grupo experimental e de controlo 39
- Figura 2** – Diagrama de extremos e quartis da variação do score obtido no BSES-SF entre os dois momentos para os grupos experimental e de controlo .. 41
- Figura 3** – Diagrama de Extremos e Quartis para a Análise da Variação das Respostas ao BSES-SF entre a 1ª e a 2ª Aplicação para o Grupo Experimental..... 43
- Figura 4** – Diagrama de Extremos e Quartis para a Análise da Variação das Respostas ao BSES-SF entre a 1ª e a 2ª Aplicação para o Grupo de Controlo 43

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição etária dos grupos experimental e de controlo	33
Tabela 2 – Estado civil dos grupos experimental e de controlo	34
Tabela 3 – Nível sócio-económico dos grupos experimental e de controlo	34
Tabela 4 – Habilitações literárias dos grupos experimental e de controlo	35
Tabela 5 – Estatística descritiva da 1ª e 2ª aplicação do BSES-SF para o grupo experimental	39
Tabela 6 – Estatística descritiva da 1ª e 2ª aplicação do BSES-SF para o grupo de controlo	39

INTRODUÇÃO

Este estudo surge no âmbito da disciplina de Projecto de Investigação, integrada no 3º ano da Licenciatura em Fisioterapia, da Universidade Atlântica, continuado no Seminário de Monografia, no 4º ano desta mesma licenciatura. A Monografia pretende abordar, dentro das várias valências da fisioterapia, a área da Saúde da Mulher, destacando o seu papel numa das fases mais bonitas desta, a maternidade, a par de um novo processo que é a amamentação, contribuindo para o conhecimento do mecanismo do mesmo.

O aleitamento materno é considerado fundamental quando se fala da promoção e protecção da saúde das crianças em todo o mundo. Assim, as vantagens do aleitamento materno são múltiplas e já bastante reconhecidas, seja a curto ou a longo prazo, existindo um consenso mundial de que a sua prática exclusiva é a melhor maneira de alimentar as crianças até aos 6 meses de vida, prolongando até aos 2 anos, complementada com a introdução gradual de alimentos (WHO, 2008).

Apesar de tudo, os estudos indicam que as mães tendem a abandonar esta prática precocemente. Deste modo, os profissionais de saúde terão de avaliar de forma fiável as mulheres em situação de risco elevado de abandono da amamentação e identificar factores de predisposição subjacentes sobre os quais possam actuar de forma a melhorar os baixos índices de duração da amamentação de forma eficaz, através de vários instrumentos de avaliação disponíveis (Dennis, 2003; Ferreira, 2006).

Recentemente a questão da auto-eficácia tem sido vista como um excelente modo de prever os comportamentos relacionados com a saúde. Os vários estudos realizados salientam a confiança materna na amamentação como uma variável importante que afecta o período de duração da amamentação esperado. As mães com baixa confiança tendem a desistir de amamentar precocemente (Dennis, 2003).

Os profissionais de saúde, nomeadamente os fisioterapeutas, através de sessões de preparação para o nascimento e pós-parto, podem influenciar o sucesso ou insucesso da amamentação, tendo um papel fundamental no objectivo de aumentar a sua incidência e

duração, garantindo que a tomada de decisão seja fundamentada numa informação adequada e actualizada sobre a amamentação (Liladar, 2007; Rett *et al.*, 2008; www.apfisio.pt; www.amamentar.pt).

Os fisioterapeutas especialistas na área da Saúde da Mulher estão empenhados em oferecer às suas utentes os melhores cuidados profissionais. Enquanto investigadores, estes têm muito trabalho pela frente, uma vez que a especialidade é relativamente nova e o conhecimento sobre esta temática é escasso e pouco documentado. São necessárias pesquisas em todos os campos da fisioterapia na Saúde da Mulher, não apenas nos métodos de intervenção, mas também na avaliação. Por este motivo, são necessários novos estudos e fisioterapeutas determinados em garantir o papel da profissão nesta área, pois é, ainda, pouco explorada pelos seus profissionais (Stephenson e O'Connor, 2004).

Assim, os fisioterapeutas têm a oportunidade de divulgar a eficácia dos seus serviços, conhecimento e experiência, de modo a aumentar o acesso a estas mulheres. Estes têm a oportunidade de promover não apenas a especialidade em ginecologia e obstetrícia, mas também a profissão como um todo e como parte da abordagem da equipa multidisciplinar na assistência à mulher (Stephenson e O'Connor, 2004).

O problema de estudo é perceber se a frequência nas sessões de pós-parto, orientadas por um fisioterapeuta, influencia o grau de auto-confiança das mães.

Assim, o estudo tem como objectivo principal compreender se o apoio da fisioterapia no pós-parto influencia o grau de auto-confiança das mães no período da amamentação.

Trata-se de um estudo quantitativo, quasi-experimental e longitudinal, dirigido a dois grupos de puérperas que têm em comum o facto de terem frequentado a preparação para o nascimento, mas apenas um dos grupos continua com o pós-parto (grupo experimental e de controlo, respectivamente). Estes serão sujeitos à aplicação do instrumento de avaliação BSES-SF, juntamente com uma ficha de caracterização, para análise dos diversos factores que se relacionam ou interferem com a auto-confiança da mãe na amamentação. Os momentos de aplicação são dois, a primeira e a última sessão do pós-parto (tendo este 8 sessões, correspondendo, então, à 1ª e à 8ª sessão), sendo aplicados

pessoalmente ao grupo experimental e, por via telefónica ao grupo de controlo. Após a recolha, os dados serão comparados e analisados, de forma a comparar os níveis de auto-confiança entre as mães que usufruíram do apoio pós-parto, das que não usufruíram.

O estudo foi estruturado em três etapas principais (fase conceptual, metodológica e empírica):

- (1) Numa primeira fase, o *Enquadramento Teórico*, onde se encontra uma descrição detalhada acerca do tema em estudo, dividido em capítulos, como seja, a história e as várias perspectivas acerca da amamentação e todos os processos envolvidos, inclusive a anatomia e fisiologia da lactação, a composição do leite materno, os benefícios e as contra-indicações do aleitamento materno, a duração e o início dos suplementos e desmame da amamentação e os problemas de saúde comuns relacionados com a amamentação; a fisioterapia na amamentação, nomeadamente o seu papel na saúde da mulher e no aleitamento materno, através da preparação para o nascimento e pós-parto, esclarecendo quais os factores de sucesso e insucesso inerentes para uma amamentação bem-sucedida; descrição das estratégias de promoção, protecção e apoio do aleitamento materno; e, esclarecer a auto-eficácia na amamentação.
- (2) Numa segunda fase, a *Metodologia*, onde se especificam os objectivos gerais e específicos, o desenho do estudo, a população e a amostra, destacando o processo de selecção e a sua caracterização, o instrumento de avaliação, com a sua descrição, validade e fiabilidade, as variáveis, os procedimentos e o tratamento estatístico.
- (3) A última fase refere-se à apresentação dos *Resultados e à Discussão* dos mesmos, onde estão expostos os dados inerentes à recolha dos dados e a sua análise.

Entre estas fases, encontra-se uma introdução à temática e à metodologia deste estudo, destacando a relevância do mesmo, terminando com uma conclusão.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Amamentação

1.1. História e Perspectivas

O aleitamento materno é considerado fundamental quando se fala da promoção e protecção da saúde das crianças em todo o mundo. Ao longo da existência humana, a regra foi amamentar, mas a sua prevalência tem variado ao longo dos tempos (Lourenço, 2009; Santos e Bárcia, 2009).

Desde cedo que se conhecem os benefícios do leite materno, pelo que, as famílias nobres ou burguesas compravam escravas domésticas em período de aleitamento para amamentar os filhos das “senhoras”. Também no século XIX, as famílias ricas contratavam os serviços de amas-de-leite, entre mulheres lactantes de famílias pobres do campo ou da cidade (Lourenço, 2009).

Segundo Lourenço (2009), no início do século XX, a globalização industrial, a entrada maciça das mulheres no mercado de trabalho e os avanços científicos criaram condições para o desenvolvimento de um mercado de leites artificiais, suportado pelas recomendações médicas e pela visão científica dos cuidados de saúde à criança. Assim, Levy e Bértolo (2008) destacam que nas décadas que se seguiram à II Guerra Mundial verificou-se um declínio da taxa de aleitamento materno, devido às alterações sociais e comportamentais que modificaram o estilo de vida das mulheres, associado à indiferença ou ignorância dos profissionais de saúde.

Foi necessário esperar pelos anos 70, para que a WHO em associação com a UNICEF, recomendasse, entre outras medidas, o incentivo e o apoio à amamentação pelo maior tempo possível. A partir dessa altura, a prática do aleitamento materno tem vindo a aumentar gradualmente (Levy e Bértolo, 2008; Lourenço, 2009).

Mundialmente é difícil realizar afirmações sobre a incidência e prevalência da amamentação, uma vez que os dados que existem são dispersos e relativos a anos

dísparos e apenas referentes a alguns países, mas, sabe-se que entre 1996 e 2006, houve uma melhoria nas taxas do aleitamento materno exclusivo, de 22% para 30% em África e, na América Latina, de 30% para 45%. Em termos Europeus, a tendência revela que a iniciação do aleitamento materno é elevada de um modo geral, sendo que entre 1996 e 2006 houve um aumento das taxas de 10% para 19%, mas revela-se um decréscimo de 50% nos primeiros seis meses. Dos dados publicados que procuram ilustrar a situação actual, de um modo global revelam que as recomendações da WHO e da UNICEF ainda se encontram longe de ser uma realidade (Ferreira, 2006; WHO, 2009).

Em Portugal, Cardoso (2006) e Levy e Bértolo (2008) referem que alguns estudos apontam para uma alta incidência do aleitamento materno (evidentemente incompletos, dada a inexistência, ainda hoje, de estatísticas exaustivas que permitam caracterizar exactamente a situação portuguesa neste domínio), significando que entre 80% a 90% das mães portuguesas iniciam o aleitamento materno; no entanto, esses mesmos estudos mostram que quase metade das mães, cerca de 50%, desiste de dar de mamar durante o primeiro mês de vida do bebé, decrescendo para os 25% aos seis meses, sugerindo que a maior parte das mães não consegue cumprir o seu projecto de amamentar, desistindo muito precocemente da amamentação.

A Direcção Geral de Saúde acrescenta ainda, que segundo o Plano Nacional de Saúde de 2004 a 2010, a percentagem de mulheres que amamenta exclusivamente até aos 3 meses, tem uma taxa actual de 22%, tendo com meta para 2010 chegar a mais de 50% (os estudos futuros o comprovará ou não). Já o Plano Nacional de Saúde de 2011 a 2016 pretende assegurar o acesso das mulheres aos cuidados pré-natais, ao fomento da amamentação e à redução das desigualdades de saúde neste âmbito. O documento enuncia, ainda, um conjunto de políticas saudáveis relativas a diferentes fases da vida, nomeadamente, a gravidez e o aleitamento materno, referindo que deverá ser promovida a articulação entre os Ministérios da Previdência Social e do Trabalho e Emprego, com o objectivo de aumentar o período de licença da maternidade para seis meses, de modo a favorecer o prolongamento da amamentação (www.dgsaude.min-saude.pt).

Em Portugal, até 2010, os estudos indicam que as mães amamentam os seus filhos apenas até aos quatro meses, altura que coincidia com a licença de parto que a

legislação portuguesa previa (Coutinho, 2002). Mas, desde Abril de 2010, a legislação confere às mães o direito a 120 dias consecutivos de dispensa, tendo esta a possibilidade de ter mais 25%, correspondendo aos 150 dias (como o Plano Nacional de Saúde de 2011 a 2016 pretendeu) e, desta forma pretende-se fomentar por mais tempo a amamentação (Diário da República, 2009).

1.2. Processos Envolvidos

1.2.1. Anatomia e Fisiologia da Lactação

Conhecer a anatomia e a fisiologia da lactação é fundamental para o aconselhamento e resolução de problemas relacionados com a amamentação (Órfão e Gouveia, 2009).

As mamas são estruturas complexas constituídas por tecido glandular (onde é produzido o leite) rodeado de gordura e tecido de sustentação. Durante a gravidez, as mamas aumentam de tamanho, a aréola fica mais escura e as glândulas de Montgomery aumentam (sendo estas pequenas glândulas sebáceas, que produzem um líquido oleoso que mantém os mamilos suaves e limpos), a pele parece mais fina e as veias mais visíveis, o sistema de ductos (canais) aumenta (rodeados por tecido mioepitelial que ao contraírem-se ejectam o leite nos ductos transportando-o até ao mamilo) e diferencia-se assim como alvéolos, lóbulos e lobos (González, 2004; Pereira, 2006).

Segundo Pereira (2006), o ciclo da lactação, isto é, a produção de leite materno, divide-se em três estádios: (1) a *Mamogénese* – desenvolvimento e crescimento da mama ao longo da gravidez, sobretudo devido à acção dos estrogénios, responsáveis pela ramificação dos ductos e, a progesterona, que induz a formação dos lóbulos; (2) a *Lactogénese* – início da produção de leite, que começa durante a última fase da gravidez, com a secreção do colostro; (3) a *Galactogénese* – manutenção da produção de leite, sendo a continuidade da secreção deste relacionada principalmente com uma produção suficiente de prolactina e pela remoção eficiente de leite.

A lactação depende de várias hormonas e da integridade funcional do eixo hipotálamo-hiposifário, nomeadamente a *prolactina* e a *ocitocina* (Cardoso, 2006).

A prolactina (produzida na glândula pituitária anterior) estimula a secreção de leite nos alvéolos, em resposta à estimulação da aréola e do mamilo por parte do bebé. Assim, o leite materno é produzido numa base de oferta e procura, quanto mais o bebé estimula a mama, mais leite é produzido. Por essa razão é fundamental que este mame de forma regular (Byam-Cook, 2008; www.amamentar.pt).

A ocitocina (produzida na glândula pituitária posterior) é libertada durante a amamentação e provoca a descida do leite através dos ductos até ao mamilo. Quando o bebé toca com a boca no mamilo e na aréola envia mensagens nervosas para a glândula pituitária que liberta a ocitocina na corrente sanguínea. Isto provoca a contracção das células mioepiteliais dos alvéolos e a ejeção do leite. Neste processo, as emoções maternas desempenham igualmente um papel importante. A dor, a ansiedade e a insegurança podem reduzir a libertação de ocitocina e a saída do leite, pelo que é importante a gestão ou eliminação destes sentimentos. O ambiente calmo, agradável e confortável durante a amamentação podem ajudar. A ocitocina é também responsável pelo vínculo materno-infantil (Cardoso, 2006; www.amamentar.pt).

Existem três principais reflexos do bebé relacionados com a amamentação: o *reflexo de busca e preensão*, o de *sucção* e o de *deglutição*. O reflexo de busca e preensão acontece quando algo toca nos lábios ou nas bochechas do bebé, este abre a boca e pode virar a cabeça à procura do que lhe tocou, colocando a língua para baixo e para fora. O reflexo de deglutição é activado quando algo toca no palato do bebé e, este começa a sugar. Quando a boca fica cheia de leite, estimula-se o reflexo de sucção e, o bebé deglute o leite. Todos estes reflexos são instintivos e acontecem automaticamente sem que o bebé necessite de os aprender (Pereira, 2006; Levy e Bértolo, 2008).

1.2.2. Composição do Leite Materno

O leite materno é um alimento completo e vivo, que contém todos os nutrientes que uma criança necessita nos primeiros seis meses de vida, incluindo gordura, proteínas, vitaminas, minerais e água, sendo utilizado de forma eficiente (WHO, 2009).

O leite materno apresenta-se sob a forma de *colostr*, nos primeiros dias de vida do recém-nascido, depois como *leite de transição*, nos dias seguintes, e por fim, a partir da

segunda ou da terceira semana e para além dos dois anos, como *leite maduro* (WHO, 2009).

O *coloostro* fornece ao recém-nascido a primeira imunização pós-parto. Trata-se de um líquido amarelado, que possui um aspecto cremoso e viscoso, sendo rico em proteínas, vitaminas, sais minerais e lactose (WHO, 2009).

O *leite de transição* é aguado, o que, por vezes, constitui um factor de preocupação para muitas mulheres, levando-as a pensar que o seu leite não é suficientemente bom para a criança, manifestando vontade de desistir de amamentar. Este vai-se modificando de forma gradual, de acordo com a evolução do recém-nascido e das suas necessidades nutricionais (WHO, 2009).

Também a produção do *leite maduro* aumenta ao longo da lactação em função das necessidades da criança, para que este tenha um crescimento e um desenvolvimento ideais. Também designado por definitivo, tem cor branca e aspecto mais consistente do que o leite de transição (Cardoso, 2006; WHO, 2009).

1.2.3. Benefícios do Aleitamento Materno

O leite materno é um alimento vivo, completo e natural, adequado para quase todos os recém-nascidos, salvo raras excepções. Este apresenta vantagens para a mãe e para o bebé (Levy e Bértolo, 2008).

De acordo com WHO (2009), para o *bebé*, o leite materno previne as infecções gastrointestinais, respiratórias e urinárias; tem um efeito protector sobre as alergias; e, faz com que os bebés tenham uma melhor adaptação a outros alimentos. WHO (2009) acrescenta, ainda, que o leite materno contribui para a aceleração do desenvolvimento neurocognitivo. A longo prazo, reduz a incidência e a severidade de várias patologias, nomeadamente, a Doença de Crohn e Doenças Cardiovasculares (incluindo o aumento da pressão arterial, dos níveis de colesterol no sangue e a aterosclerose, em idade posterior), a Diabetes Mellitus e os Linfomas.

No entanto, Leal e Rocha (2008) afirmam que os estudos para as mesmas dimensões da saúde, bem-estar e desenvolvimento infantil apresentam, por vezes, resultados

contraditórios. Há estudos que não identificam uma associação positiva entre a amamentação e a hemofilia, a diabetes e as doenças do foro cardíaco. É salientado também que as crianças amamentadas são mais frequentemente internadas por icterícia.

No que diz respeito às vantagens para a *mãe*, o aleitamento materno associa-se a uma menor probabilidade de desenvolver cancro da mama, do ovário e, ainda, osteoporose. O facto de a mãe amamentar aumenta os níveis de ocitocina que conduz a uma menor hemorragia pós-parto, facilita a involução uterina, provoca amenorreia durante a lactação (que tem o benefício de reduzir a perda de sangue na menstruação e conservar os valores de ferro), promove a perda de peso pós-parto, diminui o risco de pós-menopausa de fracturas da bacia e facilita a remineralização óssea excedendo os níveis antes da gravidez (Ferreira, 2006; Pereira, 2006; WHO, 2009).

Além destas, temos também as vantagens *económicas* e para o *ambiente*, pois o leite materno constitui o método mais barato e seguro de alimentar os bebés, pois é um processo natural, renovável em cada gravidez e, não implica custos monetários (Baracho, 2002; Ferreira, 2006; Levy e Bértolo, 2008).

O aleitamento materno apresenta, ainda, benefícios *psicológicos*, pois ajuda a estabelecer e a fortalecer a vinculação entre o bebé e a mãe e, conseqüentemente favorece a componente social, pois se existe um bem-estar da família, esta irá integrar-se melhor na sociedade, facilitando o processo de socialização da criança, tendo esta uma vida física e mental saudável, ao longo do seu desenvolvimento. Esta vinculação inicia-se durante a gravidez e intensifica-se no momento do parto e no puerpério imediato, durante a amamentação. Também Jansen, Weerth e Riksen-Walreven (2008) referem que os factores endócrinos e sensoriais envolvidos na amamentação poderão aumentar esta vinculação. No entanto consideram que a recomendação do aleitamento materno deve basear-se exclusivamente nos seus benefícios sobre a saúde materna e infantil, pois os poucos estudos empíricos que investigaram esta associação não têm encontrado apoio convincente entre a relação da amamentação e a qualidade no vínculo materno-infantil (Baracho, 2002; Ferreira, 2006; Pereira, 2006).

Os estudos referidos anteriormente referem a importância da amamentação e os seus vários benefícios. Refutando essas ideias, Rocha e Leal (2008) realizaram um estudo que pretende validar esta suposição empiricamente. A partir dos resultados que apresentam, concluem que não existe uma associação estatisticamente significativa entre o tipo de alimentação e a sua duração com a saúde em geral, desenvolvimento psicomotor e alterações comportamentais. Tais resultados sugerem que os benefícios percebidos, ou seja, as crenças relativas à eficácia da amamentação, conduzem à sua prática efectiva, talvez também apoiados por políticas de promoção e manutenção da amamentação. Se pelo contrário, a prática não se concretizar, contrariando o que é esperado do ponto de vista social e cultural, pode conduzir à culpabilidade. No entanto, esta pressão poderá ser relativizada, pois a amamentação parece constituir-se como uma crença de saúde, veiculada pela ideologia médica e clínica, visto que os efeitos não traduzem benefícios significativos do ponto de vista da saúde e do bem-estar.

Mas, embora haja autores que refutam a prática da amamentação, o número de estudos a defendê-la é superior, salientando os inúmeros benefícios que esta prática apresenta para a mãe e para o bebé (WHO, 2009).

1.2.4. Contra-indicações do Aleitamento Materno

O aleitamento materno também apresenta algumas contra-indicações temporárias e definitivas (American Academy of Pediatrics, 2005; Levy e Bértolo, 2008).

Como contra-indicações temporárias situações em que as mães tenham doenças infecciosas como a varicela, herpes com lesões mamárias, tuberculose não tratada ou ainda quando tenham de efectuar uma medicação imprescindível. Durante este período de tempo, os bebés devem ser alimentados com leite artificial por copo ou colher (American Academy of Pediatrics, 2005; Levy e Bértolo, 2008).

As contra-indicações definitivas referem-se a mães com doenças graves, crónicas ou debilitantes, mães infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), mães que precisem de tomar medicamentos que são nocivos para os bebés e, ainda, bebés com doenças metabólicas raras como a fenilcetonúria e a galactosemia (American Academy of Pediatrics, 2005; Levy e Bértolo, 2008).

1.2.5. Duração da Amamentação e Início dos Suplementos e Desmame

Em 2002, a WHO e a UNICEF aprovaram a *Estratégia Global para a Alimentação de Lactantes e Crianças na 1ª Infância*, sendo que recomendam o aleitamento materno exclusivo, desde o nascimento, até aos seis meses e a manutenção da amamentação, com alimentos complementares, até aos dois anos de idade, ou mais. Sendo que antes dos quatro meses de idade, é desnecessário e potencialmente prejudicial, sob o ponto de vista das necessidades nutricionais, da maturação fisiológica e da segurança imunológica. A partir dos seis meses, a necessidade de energia e nutrientes para a criança, começa a ultrapassar o que é fornecido pelo leite materno e, a alimentação complementar assegura esta lacuna. Esta prática contribui para um desenvolvimento físico e mental adequado (Cardoso, 2006; Ferreira, 2006; WHO, 2009).

De acordo com Nylander (2006), em termos mais práticos, a mamada pode ser dada sempre que o bebé se mostrar interessado, independente do intervalo de tempo entre as mamadas e a duração destas. Esta prática denomina-se de “regime livre”. Campos e Salgado (2006) referem, ainda, que no início é fisiológico que os bebés façam mamadas mais curtas e frequentes do que mamadas longas e espaçadas; pois, mais do que seguir uma duração padrão, dever-se-á respeitar o ritmo individual de cada bebé, assegurando-se de que há uma sucção efectiva e um adequado estado nutricional e bom crescimento.

Nas primeiras semanas o bebé deverá mamar nas duas mamas em cada mamada, para estimular ao máximo a produção de leite. Mas, dado que o último leite de cada mama é o mais rico em gordura, após as duas primeiras semanas de vida, recomenda-se que o bebé esvazie a primeira mama, e depois pegue na outra (Campos e Salgado, 2006).

Mesmo após o início da alimentação suplementar, manter a amamentação também é importante porque o aporte de 500 ml diários de leite materno ainda será capaz de fornecer cerca de 75% das necessidades de energia, 50% das proteínas e 95% das de vitaminas A, além da protecção imunológica (Toma e Rea, 2008).

Mas, a decisão de quando iniciar a suplementação não depende só da idade do bebé, mas do seu estadio de desenvolvimento, da qualidade e quantidade de alimento disponível, das condições sanitárias de preparação dos alimentos e da história familiar

de doença atópica, existindo inúmeras desvantagens e riscos, nomeadamente, diminuição da produção de leite materno, redução da absorção de ferro e aumento de risco de contrair infecções e alergias para o bebé (Galvão, 2006).

Segundo a WHO, citada por Galvão (2006), após o desmame a secreção de leite continua por algum tempo e à medida que o volume de leite produzido diminui, a sua composição altera-se. A maioria das mulheres secam em 5 dias após a última mamada.

1.2.6. Problemas de Saúde Comuns relacionados com a Amamentação

Segundo Ferreira (2006), o aleitamento materno é considerado um problema de saúde pública pois a sua duração, na generalidade das populações, afasta-se enormemente do que é recomendado. Esta situação, associada à substituição do leite materno por leites artificiais contribui para o desenvolvimento de patologias que seriam evitáveis.

Embora sejam raras as situações relacionadas com a saúde do bebé, da mãe ou de ambos, em que os bebés não podem ou não devem amamentar, o que se verifica é que muitas mães abandonam a amamentação precocemente, naturalmente por não serem orientadas a prevenir e a tratar possíveis problemas que podem surgir (Galvão, 2006).

Algumas situações comuns do lactente podem ter impacto na lactação, como a hipoglicémia, a icterícia, a desidratação hipernatrémica, o crescimento, entre outros. Se o apoio à sua resolução for inexistente ou ineficaz pode evoluir de forma significativa para o abandono da amamentação (Gouveia e Órfão, 2009).

No âmbito fisiológico e comportamental da mãe, os problemas que ocorrem mais frequentemente são a repleção excessiva por retenção do leite (ingurgitamento mamário), a inflamação das mamas (mastites), acompanhada por dores intensas (seios dolorosos), as gretas ou fissuras dos mamilos, as dores nos mamilos (mamilos dolorosos), a deficiência quantitativa e qualitativa do leite produzido (pouco leite e leite fraco, respectivamente). Em todas estas situações, a solução passa, normalmente, pela continuação da amamentação, em posição apropriada e com um procedimento tecnicamente adequado, ensinada e orientada pelo profissional de saúde competente (Baracho, 2002; González, 2004; Galvão, 2006).

2. A Fisioterapia na Amamentação

2.1. O Papel da Fisioterapia na Saúde da Mulher e no Aleitamento Materno

A visão acerca da gravidez e do parto e, posteriormente, do pós-parto têm vindo a modificar-se ao longo do tempo. Embora a prática da fisioterapia aplicada às mulheres seja tão antiga quanto a própria fisioterapia, a aplicação de técnicas nos domínios da ginecologia e obstetrícia é relativamente recente. Em 1912, o papel da fisioterapia nesta área toma proporções, através da Ft. Minnie Randall que inicia o apoio às mães, em Inglaterra. Em 1919, nos EUA surgem as primeiras classes de preparação para o nascimento, tendo sido introduzidos novos aspectos mais tarde, nos anos 40, pela Ft. Helen Heardman (Polden e Mantle, 2004; Stephenson e O'Connor, 2004).

Em 1980, três fisioterapeutas portuguesas iniciaram a sua formação na área da preparação para o parto (data do primeiro curso mundial), em Inglaterra e França, nomeadamente, a Ft. Isabel Souza Guerra, a Ft. Fátima Sancho e o Ft. António Farrajota Ramos. Em 1983 deu-se a constituição do primeiro grupo de interesse da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, o "Grupo de Interesse de Fisioterapia em Obstetrícia e Ginecologia". Desde esta altura, o grupo tem vindo a desenvolver formação no âmbito da área da saúde da mulher, nomeadamente na preparação para o nascimento, no pós-parto e na incontinência urinária. Mas, em 1998, altera o seu nome para "Grupo de Interesse de Fisioterapia na Saúde da Mulher", tornando-se em Maio de 1999 membro oficial da IOPTWH, sub-grupo da WCPT (www.apfisio.pt).

Segundo a WHO (1997), a Saúde da Mulher foi definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença. Na posição manifestada pela IOPTWH, este campo de intervenção deve subscrever esta definição e, incluir os seguintes aspectos: avaliação, tratamento e educação da mulher ao longo das várias fases da vida; educação dos estudantes de fisioterapia; educação dos profissionais de saúde ou cuidadores; educação à distância; padrões de conhecimento para a prática do fisioterapeuta na Saúde da Mulher; e, promoção de esforços na investigação na área da Saúde da Mulher e na fisioterapia nesta mesma área (IOPTWH, 2005).

Stephenson e O'Connor (2004) consideram que os fisioterapeutas apesar de serem considerados cada vez mais importantes na área da Saúde da Mulher, não são totalmente reconhecidos pela restante equipa de saúde como profissionais indispensáveis nesta área. Assim, deverá adquirir formação contínua a este nível, de forma a otimizar o seu nível de conhecimento e competências em saberes específicos, tornando esse reconhecimento mais evidente. Copeland (1998) reforça, ainda, que só assim, o fisioterapeuta fará uma prática clínica eficaz.

O fisioterapeuta é diariamente pressionado a demonstrar a efectividade da sua prática, que é naturalmente uma característica fundamental do seu exercício profissional – prestar os melhores cuidados possíveis a cada utente. Na sua prática clínica utilizam instrumentos de avaliação, que avaliam a saúde dos utentes ou aspectos relacionados com ela. Ou seja, são instrumentos que permitem demonstrar os resultados obtidos com o processo de cuidados de saúde prestados. O fisioterapeuta avalia ou mede de forma a ajudá-lo enquanto profissional, a avaliar o efeito da sua intervenção e para responder a terceiros sobre a efectividade desta (Santos, 2008).

Os fisioterapeutas que trabalham nesta área têm especial interesse na fase reprodutiva (através da intervenção em classes na preparação para o nascimento e no pós-parto), na menopausa (actuando a nível da prevenção e tratamento das características associadas à osteoporose), na incontinência urinária e em situações de oncologia (nomeadamente, o cancro de mama) (Stephenson e O'Connor, 2004; www.apfisio.pt).

A maternidade é uma das fases mais importantes na vida de uma mulher. Copeland (1998) e Baracho (2002) referem que o fisioterapeuta da Saúde da Mulher, por trabalhar em grande harmonia tanto com a futura mãe como a restante equipa de saúde, oferecendo uma assistência humanizada, desempenha um papel único em aumentar a qualidade e a dignidade do momento do parto e, a longo prazo, influencia a maternidade e a paternidade. Desta forma, Sapsford, Bullock-Saxton e Markwell (1999), Polden e Mantle (2004) e Santos (2008) salientam a intervenção destes na preparação para o nascimento e no pós-parto, promovendo a saúde, orientado e ensinando a futura mãe, nas várias vertentes mais problemáticas desta nova fase da sua vida.

Copeland (1998) acrescenta, ainda, que concelhos, educação, actividades promotoras da saúde, tratamento e apoio, são apenas alguns aspectos da interacção da fisioterapia com as mulheres durante a gravidez, o parto e nos primeiros tempos com o novo bebé.

A Associação Australiana de Fisioterapia declarou que todas as mulheres deviam ter acesso à fisioterapia, no que toca à preparação para o nascimento e ao pós-parto, nos mais variados contextos e que esta deveria ser publicamente consolidada. E, de facto, a evidência apoia a intervenção da fisioterapia nesta área (Baracho, 2002; Jorge, 2008).

Durante as sessões de preparação para o nascimento e pós-parto, aborda-se vários assuntos, nomeadamente, a amamentação, de forma a contribuir para o conhecimento do mecanismo de aleitamento materno, tentando mantê-lo o mais tempo possível (www.apfisio.pt).

A intervenção dos serviços de saúde tem sido incentivada a nível mundial. As mães respeitam os profissionais de saúde, procuram-nos e confiam nas informações por eles disponibilizado e, isto também se aplica no caso da amamentação. Os conhecimentos, as atitudes e práticas dos profissionais de saúde, assim como as suas capacidades para lidar com os problemas, podem influenciar muito no sucesso ou insucesso da amamentação (Marinho e Leal, 2004; www.amamentar.pt).

Compete aos profissionais de saúde garantir que a tomada de decisão seja fundamentada numa informação correcta, adequada e actualizada sobre: a alimentação ideal para a criança, sobretudo nos dois primeiros anos de vida; as vantagens do aleitamento materno para a mãe, criança, família e sociedade; o funcionamento da amamentação; como amamentar; os problemas que podem surgir e como evitá-los ou tratá-los; e, as desvantagens da introdução precoce do leite artificial. Os profissionais de saúde têm, assim, um papel fundamental e insubstituível no objectivo de aumentar a incidência e a duração do aleitamento materno (Liladar, 2007; Rett *et al.*, 2008; www.amamentar.pt).

Baracho (2002) acredita que a efectiva organização dos serviços de saúde, com melhor atendimento pré e pós-natal dos profissionais de saúde, cada vez mais especializados, pode resgatar a prática do aleitamento, tornando-o um processo consciente e prazeroso.

2.2. Preparação para o Nascimento e Pós-parto

As sessões de preparação para o nascimento e de pós-parto permitem aos participantes conhecer aspectos básicos sobre a gravidez, o parto e o puerpério, através do fisioterapeuta. São uma possibilidade para troca de informações, dúvidas e preocupações e, sentimentos de felicidade, típicos desta nova fase. Actualmente, em Portugal, os profissionais padronizaram estas classes, para que todas as mães tenham acesso à mesma informação e apoio (Henscher, 2007).

Cada vez é maior o número de mulheres e casais que procuram preparar-se para o nascimento do seu filho assistindo a “*Encontros de Preparação para o Nascimento*”. Nestes, o fisioterapeuta poderá ajudar os pais a esclarecer as suas dúvidas, aumentar os seus conhecimentos sobre as alterações fisiológicas da gravidez, parto e puerpério, aliviar as suas queixas, reconhecer e tratar correctamente as complicações obstétricas que podem ocorrer durante a gravidez, ajudando a encontrar as melhores soluções para cada situação, ensinar estratégias que possam facilitar o trabalho de parto e o parto, contribuir para o conhecimento do mecanismo de aleitamento materno, e, ainda, como prestar os primeiros cuidados ao bebé e à mãe que vai estar a recuperar (Sapsford, Bullock-Saxton e Markwell, 1999; Baracho, 2002; Polden e Mantle, 2004; www.apfisio.pt).

Em particular, o fisioterapeuta deverá ter em consideração as necessidades individuais de cada mulher e, poderá fazer, entre outras coisas, a prevenção e/ou avaliação e tratamento de disfunções músculo-esqueléticas através da educação da postura, assim como através de rotinas de exercícios apropriados; prevenção ou intervenção na disfunção do pavimento pélvico; treino da mulher grávida e sempre que oportuno do acompanhante, em técnicas de relaxamento, exercícios respiratórios, massagem, posicionamentos e outras estratégias de alívio da dor durante o trabalho de parto; e, contribuir para o conhecimento do mecanismo da amamentação (www.apfisio.pt).

Estas sessões deverão iniciar-se, preferencialmente, entre a 30^a ou 31^a semana e decorrerá até à altura de nascimento do bebé. Há locais onde as sessões são bissemanais e outros que optam por fazer uma sessão por semana com uma duração maior.

Normalmente, a composição de cada grupo varia entre 10 a 12 grávidas (Henscher, 2007; www.apfisio.pt).

As sessões de pós-parto surgiram pois os fisioterapeutas que trabalham na Saúde da Mulher, sentiram a necessidade de apoiarem as mães que já faziam com eles a preparação para o nascimento e darem continuidade a esse apoio após o parto (Bárcia e Veríssimo, 2010).

Nesta fase, ocorre um grande desgaste para a mulher, tanto a nível físico como psicológico, emocional e social. O fisioterapeuta pode ajudar a esclarecer e orientar os pais naquilo que mais os preocupa nesta fase das suas vidas, dando suporte principalmente às necessidades da mãe e do bebé (Sapsford, Bullock-Saxton e Markwell, 1999; Baracho, 2002; Polden e Mantle, 2004; www.apfisio.pt).

A primeira ajuda é dada por contacto telefónico, para descanso dos pais nas primeiras semanas. Depois entre a 5ª e a 8ª semana inicia-se o curso de pós-parto. Este tem a duração de dois meses (8 sessões), de forma a apoiar as mães até voltarem à actividade laboral. Dependendo dos serviços pode ocorrer duas vezes por semana, com uma hora de duração, ou apenas uma vez, com a duração de duas horas (Bárcia e Veríssimo, 2010).

Assim, durante os “*Encontros de Pós-Parto*”, o fisioterapeuta além de ajudar os pais a encontrar a melhor solução para os problemas decorrentes da amamentação, ajudando a mantê-la o maior tempo possível, organiza as sessões em duas principais vertentes: tanto para a mãe, que tem como principal objectivo a sua recuperação e bem-estar, uma vez que esta está a recuperar a forma e a tentar reencontrar o equilíbrio, ou seja, promovendo o retorno saudável às actividades físicas e diárias; como a pensar no bebé e na sua relação com os pais, através da estimulação táctil a partir da massagem no bebé, ensinando também a identificar as etapas de desenvolvimento deste, permitindo assim saber como e quando estimular o bebé (Bárcia e Veríssimo, 2010; www.apfisio.pt).

Nas sessões dedicadas à mãe, o objectivo é de fortalecer, alongar e prevenir futuras complicações. A incontinência é um exemplo, trabalhando o períneo, uma vez que esteve sujeito a estiramentos constantes tanto na gravidez como no parto, prevenindo ou

tratando as perdas de urina quando tosse, espirra ou faz um esforço. Também o trabalho com outros grupos musculares é importante, nomeadamente, os abdominais e os extensores da coluna, que foram os mais envolvidos durante a gravidez e, posteriormente nas posturas incorrectas mantidas. Assim, previnem-se futuras queixas, como as lombalgias, permitindo que as mães recuperem a sua aparência física, possibilitando que esta se sinta melhor consigo mesma. E, ainda, o fisioterapeuta procura ajudar a perceber a sexualidade do casal neste período tão cheio de solicitações (Bárcia e Veríssimo, 2010; www.apfisio.pt).

As sessões dedicadas à relação mãe-bebé abordam a massagem com o objectivo da mãe aprender a lidar melhor com o seu bebé. Quando realiza a massagem, a mãe estimula o bebé através do cheiro, toque, vocalização, visão e audição, permitindo que ambos se conheçam melhor e que esta reconheça os sinais de bem e mal-estar do bebé facilmente. Este contacto íntimo favorece a vinculação, assim como traz muitos benefícios para ambos, tanto a nível físico como psicológico. A massagem deve ser iniciada gradualmente, pois são muitos estímulos para um bebé pequeno. Mais tarde, a exigência progride, com solicitações de intensidade e frequência crescentes. Deve fazer-se pelo corpo todo, até que se perceba as zonas que o bebé gosta mais e as que gosta menos. Para iniciar, deve ser numa zona onde o estímulo táctil seja comum, nomeadamente, os membros inferiores, local da muda de fraldas, por exemplo. O tempo da massagem é inicialmente de 10 a 15 minutos, aumentando 5 minutos por semana, terminando as sessões com 45 minutos de massagem. Mas é importante os pais perceberem se o bebé está receptivo ou não para receber a massagem (Bárcia e Veríssimo, 2010).

Um dos vários pontos a abordar durante as sessões de preparação para o nascimento efectuando nas sessões de pós-parto, são as técnicas para a amamentação, particularmente, os posicionamentos e as pegas (Polden e Mantle, 2004).

A mãe pode dar de mamar ao bebé em várias posições, nomeadamente sentada, deitada ou de pé, mas deverá optar pela mais confortável. O bebé pode mamar em diversas posições em relação à posição escolhida pela mãe, nomeadamente, através do seu tórax e abdómen, debaixo do braço ou ao lado do corpo da mãe. Mas, devem sempre observar-se os seguintes pontos-chave: o corpo do bebé direito com o queixo próximo

do peito, a cabeça alinhada com o corpo, os mamilos ligeiramente apontados para baixo, de forma a ter a oportunidade de ver o rosto da mãe, o corpo do bebê suportado pela cama, almofada, colo ou braço da mãe (González, 2004; WHO, 2009).

Numa boa adaptação do bebê à mama da mãe podem visualizar-se os seus lábios, a língua, o palato e a musculatura lateral da bochecha a rodear o tecido mamário, com um ângulo significativo de abertura da boca e lábio inferior invertido (pela protusão da língua). O bebê usa a sucção principalmente para esticar o tecido mamário e para mantê-lo na sua boca. A saída do leite é auxiliada pelas ondas peristálticas que percorrem toda a língua, premindo o mamilo contra o palato. Quando mal posicionado é comum a mãe referir dor e/ou fissuras (Órfão e Gouveia, 2009).

Vários estudos referem que o ensino sobre o posicionamento e a pega correcta às mães, no período pré-natal e pós-natal, aumenta o sucesso do aleitamento materno e a sua duração (Pereira *et al.*, 2008).

São conhecidas mundialmente diversas guidelines para a gravidez e o puerpério, em que os profissionais de saúde, nomeadamente, os fisioterapeutas, se possam guiar, realizando um trabalho baseado, cada vez mais, na evidência (Polden e Mantle, 2004).

2.3. Amamentação Bem-Sucedida – Factores de Sucesso e Insucesso

O sucesso da amamentação não tem uma definição consensual na literatura. Embora a maioria dos autores defina o seu sucesso através da duração, existem outros que valorizam a relação entre mãe e filho e, neste particularmente, realçam a competência da mãe na orientação da amamentação dentro do contexto familiar (Pinto, 2008).

Voggel, Hutchison e Michel (1999), citados por Cardoso (2006), Dennis (2006) e, ainda, Ferreira (2006), admitem a existência de relações entre factores sócio-demográficos e outras características não-alteráveis com a decisão de amamentar e a duração da amamentação, nomeadamente, a idade da mãe (com referência a uma maior incidência e duração da amamentação à medida que a idade aumenta), o estado civil (a influência e o apoio do cônjuge pode estar associado a um maior ou menor sucesso da amamentação), o nível sócio-demográfico associado às habilitações literárias maternas

(quando mais elevada a escolaridade e a classe social, maior a frequência e a duração do aleitamento materno), entre outros. Blyth *et al.* (2002) acrescentam, ainda, através do estudo por eles realizado, que, além destas variáveis não-alteráveis, também a auto-eficácia é um predictor significativo da duração da amamentação.

Não considerando as situações em que a amamentação seja contra-indicada, entre os factores de insucesso do aleitamento materno habitualmente reconhecidos, contam-se: a ocupação profissional da mãe, muitas vezes associada ao incumprimento da legislação que protege as lactantes; alterações nas estruturas familiares, com acentuada descontinuidade dos saberes transmitidos de geração em geração; a insuficiência das acções de educação para a saúde destinadas a preparar as mães, as famílias e toda a sociedade; o papel negativo do cônjuge, dos familiares ou de outras pessoas influentes sobre a mãe; a insegurança das mães, quanto à sua aptidão para amamentar e quanto à qualidade e quantidade do seu leite; a inconsistência e a ambiguidade das atitudes de alguns profissionais de saúde e, por vezes, as suas lacunas de formação, levando-os, por desinteresse, impreparação ou insuficiente reconhecimento da importância do aleitamento materno, a manifestações de indiferença ou até de oposição; o tipo de parto, pois sabe-se que o parto por cesariana está relacionado ao maior uso de anestésicos e analgésicos, podendo retardar o estabelecimento da amamentação; a primeira mamada tardia (melhor se for na primeira meia hora, com influências positivas no sucesso da amamentação), amamentação com horários rígidos e o recurso demasiado fácil a leites de fórmula e aos suplementos ou alimentos alternativos; os tabus sexuais e a angústia e culpabilidade que resultam do prazer físico e psicológico da mamada; o pudor de amamentar em público; e, as convicções infundadas sobre alegados efeitos inestéticos (Marinho e Leal, 2004; Cardoso, 2006; Ferreira, 2006; Galvão, 2006;).

Até certo ponto, como seria de esperar, os factores de sucesso são o inverso dos factores de insucesso, ou seja, o sucesso é evidentemente mais provável, se as condições que lhe são adversas forem anuladas ou atenuadas. Há, porém, condições especificamente favoráveis ao início e à continuação da amamentação, como seja, as políticas activas de promoção da amamentação; a precocidade da decisão de amamentar; o alojamento conjunto; a precocidade do contacto entre mãe e filho; o apoio durante o parto e no pós-

parto; e, a educação para a saúde através de profissionais capazes de actuar de forma motivadora e de ensinar a agir, tornando a amamentação um êxito (Cardoso, 2006).

A maior parte das mulheres poderão amamentar com sucesso desde que devidamente esclarecidas, encorajadas e apoiadas. Este sucesso depende, mais do que qualquer outra coisa, do bem-estar da mulher, de como se sente a respeito de si própria e da sua situação de vida, tendo por base uma opção fundamentada em vivências pessoais, sociais e educativas facilitadoras da amamentação (Coutinho, 2002; Cardoso, 2006).

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

A *decisão de amamentar* é pessoal e sujeita a muitas influências, resultantes da socialização de cada mulher. Muitas mulheres amamentam porque nasceram num ambiente em que esta prática é natural. Outras porque valorizam positivamente as consequências da amamentação, podendo ser ou não influenciadas pela família ou profissionais de saúde, sendo importante a percepção do seu próprio controlo na prática, traduzindo-se numa maior confiança nas suas capacidades. Ainda, uma experiência anterior de sucesso com outros filhos também se reflecte positivamente na decisão de amamentar. O 3º trimestre da gravidez é o 1º ponto de viragem em termos de sucesso do aleitamento materno, constituindo uma oportunidade privilegiada para uma primeira abordagem à futura mãe acerca do regime alimentar do bebé (Levy e Bértolo, 2008).

O *estabelecimento da lactação* tem sido apontado como o 2º ponto de viragem, sendo decisivas as práticas hospitalares ligadas ao parto e pós-parto, influenciando positiva ou negativamente o estabelecimento e a duração da amamentação (Levy e Bértolo, 2008).

O 3º ponto de viragem será o *suporte da amamentação* depois da alta da maternidade. Os primeiros quinze dias de vida do bebé, até que a lactação esteja bem estabelecida, são especialmente importantes. Durante este período de tempo, a mãe deverá dedicar-se plenamente ao seu bebé e ter o apoio da família e dos profissionais de saúde competentes para que a amamentação seja bem sucedida (Levy e Bértolo, 2008).

3. Estratégias de Promoção, Protecção e Apoio da Amamentação

A promoção da amamentação tem sido uma constante devido à evidência científica dos seus benefícios e o impacto que pode ter a nível da saúde pública. Assim, ao longo dos anos, temos assistido a inúmeras iniciativas que têm constituído marcos fundamentais no incentivo da iniciação e manutenção do aleitamento materno (Ferreira, 2006).

Os conceitos de promoção, protecção e apoio do aleitamento materno são imprescindíveis para a compreensão deste fenómeno. A *promoção* pretende criar os valores e comportamentos culturais favoráveis ao aleitamento materno para que possa ser assumido como a norma, facto que depende de políticas nacionais e de recomendações dos serviços sociais e de saúde. Por outro lado, a *protecção* assegura o estabelecimento e o cumprimento de um conjunto de leis que permitem à mulher gozar o seu direito de amamentar e baseia-se no respeito pelo Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno e pela legislação da maternidade / paternidade. Em relação ao *apoio*, este consiste em fornecer informações correctas nos momentos oportunos com uma postura de aconselhamento e requer empenho e mobilização social no sentido de restabelecer padrões de boas práticas nas instituições (Pinto, 2008).

A partir dos anos 70, houve um interesse acrescido sobre o aleitamento materno. Em Outubro de 1979, uma reunião internacional de peritos, promovida pela WHO e pela UNICEF, entre outras medidas, decretaram o incentivo e o apoio à amamentação pelo maior tempo possível. Desde esse momento e até à aprovação da *Estratégia Global para a Alimentação de Lactantes e Crianças na 1ª Infância*, na 55ª Assembleia Mundial de Saúde, em 2002, muitos passos foram dados para recolocar o aleitamento materno no lugar que lhe é devido (Lourenço, 2009).

Assim, em 1990, a WHO e a UNICEF redigiram em conjunto, a *Declaração de Innocenti*, reconhecendo o aleitamento materno como o único processo capaz de proporcionar uma nutrição ideal de alta qualidade para a criança, contribuindo para o seu crescimento e desenvolvimento saudáveis; reduzir a morbilidade e a mortalidade

infantil ao diminuir a incidência de doenças infecciosas; contribuir para a saúde da mulher, reduzindo o risco do cancro da mama e do ovário, ajudando o útero a contrair-se após o parto, reduzindo a possibilidade de hemorragia prolongada e o risco de anemia e, aumentando o espaçamento entre gravidezes; proporcionar benefícios económicos quer para a família quer para a nação; e, proporcionar à maioria das mulheres a sensação de satisfação quando o aleitamento materno é efectuado com sucesso (Liladar, 2007).

Em 1991, a WHO e a UNICEF na sequência da Cimeira Mundial para a Infância, lançaram um programa mundial de promoção do aleitamento materno, intitulado *Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés*, que tem como objectivo específico promover, proteger e apoiar o aleitamento materno nas unidades de saúde, através da implementação, de forma consistente e sustentada, das *dez medidas* consideradas indispensáveis para apoiar o aleitamento materno (WHO, 2009).

Na Europa, a União Europeia apoiou o projecto *EURODIET*, desenvolvido entre os anos de 1989 e 2000, que nas suas conclusões recomendava o desenvolvimento e implementação de planos de acção para a promoção da amamentação. Em 2002, a mesma União Europeia financia um outro projecto que decorreu até 2004, denominado *Protecção, Promoção e Suporte da Amamentação na Europa: Plano de Acção*, apresentado na Conferência da União Europeia sobre a Promoção do Aleitamento Materno na Europa, em Junho de 2004 em Dublin, revisto em 2008 (Lourenço, 2009).

O capítulo do programa da WHO “*Saúde para Todos na Europa*”, denominado *Começo Saudável de Vida*, fixa, para o ano 2020, que todos os estados membros da União Europeia devem ter acesso aos vários serviços de saúde e que o aleitamento materno é o melhor alimento para as crianças, para que nesse ano, estas tenham uma melhor saúde e uma vida mais saudável e um menor índice de doenças (Cardoso, 2009).

Em Portugal, apesar de termos aprovado e aderido desde a primeira hora a documentos e declarações do trabalho profícuo realizado por várias entidades e da participação no trabalho internacional por parte de vários peritos, as taxas da amamentação mantêm-se baixas e a atenção dispendida a este assunto nem sempre é a melhor (Lourenço, 2009).

A *Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés*, constituída por Portugal em 1992, tem tido uma actividade irregular, tendo certificado os três primeiros *Hospitais Amigos dos Bebés*, em 2005, 2007 e 2008, respectivamente Hospital Garcia da Orta, Maternidade Bissaya Barreto e Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (Lourenço, 2009).

Na área da formação foi necessário esperar por 1996 para que se realizasse o 1º curso de *Formação de Formadores de Aconselhamento em Aleitamento Materno da WHO e da UNICEF*. Depois sucederam-se outros que, permitiram uma progressiva mudança nas práticas dos serviços e dos profissionais (Lourenço, 2009).

A *WABA*, uma rede aberta a todas as pessoas e grupos interessados em promover, proteger e apoiar a amamentação, promoveram as comemorações da *Semana Mundial do Aleitamento Materno* no nosso país. A nível mundial é comemorada desde 1992. Portugal, apenas há alguns anos, é que se associou a esta iniciativa (Pereira, 2007).

Muitas outras iniciativas foram ganhando forma, como a constituição da *Associação Mama Mater* em 2004, a criação do sítio na internet *Amamentar*, da iniciativa da Escola Nacional de Saúde Pública e do Alto Comissário da Saúde e as diversas contribuições das Administrações Regionais de Saúde, de onde se tem destacado a Administrações Regionais de Saúde do Algarve, pela sua aposta na formação, na divulgação de documentos, nas criação de *Cantinhos da Amamentação* e na organização de sessões temáticas com a presença de peritos internacionais (Lourenço, 2009).

Para responder às necessidades nutricionais dos recém-nascidos, a Maternidade Dr. Alfredo da Costa criou o primeiro *Banco de Leite Humano* em Portugal. Este é um departamento especializado, habitualmente em interdependência directa de uma ou mais Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, que tem por objectivo a promoção do aleitamento materno e a recolha, processamento, controlo e distribuição de leite de dadoras saudáveis. A actividade deste não tem fins lucrativos, sendo gratuito o processo de doação do leite, assim como a sua distribuição após prescrição médica (Maternidade Alfredo da Costa, data desconhecida).

As primeiras dadoras foram admitidas em Julho de 2009. Em Agosto foi recebido o 1º leite e efectuada a 1ª pasteurização (cerca de 3 litros de leite). Desde então têm-se

efectuado pasteurizações quase todas as semanas, de dois a três litros de leite cada (Maternidade Alfredo da Costa, data desconhecida).

4. Auto-eficácia na Amamentação

A definição de auto-eficácia universalmente aceite pelos vários investigadores é a de Bandura, para quem as crenças de auto-eficácia são um “julgamento das próprias capacidades de executar cursos de acção exigidos para se atingir certo grau de performance” (Bandura, 1986, p. 391). De acordo com a sua teoria, os julgamentos de auto-eficácia de uma pessoa determinam o seu nível de motivação da seguinte forma: é em função desses julgamentos que essa pessoa tem um incentivo para agir e imprime uma determinada direcção às suas acções pelo facto de antecipar mentalmente o que pode realizar para obter resultados. Portanto, as crenças de auto-eficácia influenciam nas escolhas de cursos de acção, no estabelecimento de metas, na quantidade de esforço e na perseverança de atingir os objectivos (Bandura, 1986, 1989, 1993).

A questão da auto-eficácia tem sido vista como um excelente modo de prever os comportamentos relacionados com a saúde. Esta é composta por duas partes: *expectativas de resultados* (a percepção de que um determinado comportamento gera um determinado resultado); e, *expectativas da auto-eficácia* (a convicção do indivíduo de que é capaz de realizar uma tarefa ou comportamento específicos para obter o resultado desejado). Esta distinção é importante, uma vez que as pessoas podem acreditar que um determinado comportamento as irá ajudar a atingir um determinado resultado mas estão pouco confiantes de que irão desempenhar um certo comportamento numa situação específica. Deste modo, mesmo que um indivíduo acredite num determinado resultado, este facto não resulta necessariamente nesse desempenho, a não ser que o indivíduo também acredite que o comportamento possa ser executado com êxito (Dennis e Faux, 1999; Dennis, 2003).

Nogueira e Mesquita (1992), citados por Santos e Brígido (2003), referem que as *expectativas da auto-eficácia* variam em três dimensões: a *magnitude*, ou nível de dificuldade da tarefa; a *generalização*, ou quantidade de domínios de funcionamento em que a pessoa acredita ser eficaz; e, a *força*, que reflecte a segurança da crença.

Estas expectativas influenciam os comportamentos do indivíduo de várias formas: o esforço que despende, durante quanto tempo persiste quando enfrenta obstáculos, ou se se deixa envolver em processos cognitivos auto-debilitantes ou encorajadores. Como tal, a auto-eficácia na amamentação é uma variável importante para os obstáculos do aleitamento, uma vez que prevê: se uma mãe opta por amamentar ou não; o grau de esforço investido no processo; se a mãe apresenta padrões de pensamento auto-debilitantes ou de auto-elevação; e, de que forma irá reagir emocionalmente às dificuldades da amamentação (Dennis e Faux, 1999; Dennis, 2003).

Na auto-eficácia existem quatro principais fontes de informação: *resultados de desempenho* (experiências anteriores da amamentação); *expectativas visuais* (a observação do desempenho no comportamento específico); *persuasão verbal* (o encorajamento por parte de pessoas influentes na vida da mulher); e, *reações fisiológicas* (reações somáticas em relação à consciencialização autónoma durante a fase de antecipação ou experiência de um acontecimento potencialmente desgastante). No que respeita à amamentação, uma mãe determina a sua capacidade de amamentar o filho com base em experiências anteriores de amamentação, na observação de comportamentos bem sucedidos por parte de outras mães e no encorajamento por parte de pessoas com alguma influência na sua vida (Dennis, 2003).

As pessoas com baixa auto-eficácia tendem a duvidar das suas capacidades e fogem das tarefas difíceis para as quais consideram não ter capacidade de realizar. Por outro lado, aquelas que possuem elevada auto-eficácia encaram tarefas difíceis como um desafio a ser ultrapassado e não como uma ameaça da qual têm que fugir. A crença que as pessoas têm nas suas capacidades determina a quantidade de stress, ansiedade e depressão, que sentem em situações difíceis e ameaçadoras (Santos e Brígido, 2003).

O valor prático da auto-eficácia está na capacidade que esta tem de influenciar o comportamento. Assim, a percepção de auto-eficácia é um produto activo e não um predictor passivo das realizações e acções do indivíduo (Santos e Brígido, 2003).

O efeito da confiança materna nos resultados da amamentação tem sido salientado por diversos investigadores, juntamente com outras variáveis não-alteráveis,

independentemente da metodologia utilizada, da população ou do local onde foram realizados os vários estudos (Dennis, 2003; Ferreira, 2006).

O instrumento BSES-SF é utilizado para identificar as mulheres em risco de abandono precoce do aleitamento materno. Cyndy-Lee Dennis, autora deste instrumento, fez em 2003, um estudo transversal de 64 mulheres, onde utilizou o mesmo, concluindo que as grávidas sem confiança nas suas capacidades de amamentar iriam provavelmente desistir antes das duas semanas após o parto (rácio de risco = 2.38; 95% IC = 1.82-6.18). De igual modo, descobriu-se que 27% das mulheres com baixa confiança na sua capacidade de amamentar antes do parto desistiram de amamentar durante a primeira semana após o mesmo em comparação com apenas 5% de mulheres com elevada confiança ($p \leq .001$). O insucesso na amamentação é de 4 a 5 vezes mais provável em mães menos confiantes. Na sua revisão da literatura cita outro estudo descritivo de 198 mulheres grávidas, onde examinaram 11 variáveis psicológicas e demográficas, tendo-se concluindo que a confiança na amamentação era a variável mais importante que afectava o período de duração da amamentação esperado. Como tal, as mulheres com baixo nível de confiança na sua capacidade de amamentar tinham um risco 3.1 vezes superior (95% IC = 1.39-6.76) de abandonarem precocemente a amamentação, em comparação com mulheres que amamentavam com confiança (Dennis, 2003).

Também Blyth *et al.* (2002) utilizou o BSES-SF, para avaliar o efeito da confiança materna na duração da amamentação. Foi realizado com 300 mulheres no último trimestre da gravidez recrutadas no ambulatório pré-natal de um hospital na Austrália. Foram realizadas entrevistas telefónicas na primeira semana e quatro meses após o parto para avaliar os métodos de alimentação infantil e a confiança materna usando a escala referida. Apesar de 92% dos participantes darem início à amamentação, 40% destas interrompeu quatro meses após o parto e, apenas 28.6% estavam a amamentar exclusivamente. A razão mais comum para a interrupção do aleitamento foi pensarem que o leite era insuficiente. As mães com alta auto-eficácia foram significativamente mais propensas a amamentarem e a fazê-lo exclusivamente desde a primeira semana até quatro meses após o parto, do que as mães com baixa auto-eficácia na amamentação.

Apesar da importância do aleitamento materno ser bem conhecida no Japão, nos últimos anos, menos de 50% das mães continuam a amamentar um mês após o nascimento. Foi realizado um estudo quasi-experimental, com um pré e pós-teste, utilizando a versão japonesa do BSES-SF, após o parto precoce, antes da intervenção e, após a intervenção, um mês depois. Foi utilizada uma amostra de conveniência de 117 mulheres primíparas, divididas em dois grupos: o grupo de intervenção (n = 55), que recebeu cuidados padrão e o Programa de Auto-Cuidado de Aleitamento Materno e, o grupo de controlo (n = 62), que apenas recebeu os cuidados padrão da amamentação. Este programa incluía, além de outras coisas, informações básicas e material audiovisual sobre a amamentação. A pontuação da BSES-SF do grupo de intervenção aumentou significativamente de 34.8% no pós-parto para 49.9% um mês depois ($p < .01$). Para o grupo de controlo, o índice passou de 39.5% para 46.5% ($p = .03$). Um mês após o parto, a taxa de amamentação exclusiva diminuiu significativamente de 65% para o grupo de controlo em comparação com 90% para o grupo intervenção ($p = .02$). Os resultados indicam que o programa aumentou a auto-eficácia mães da amamentação e teve um efeito positivo sobre a continuação do aleitamento materno (Awano e Shimada, 2010).

Em suma, são muitos os benefícios do aleitamento materno e, desta forma, deve apoiar-se esta prática. O papel da fisioterapia na Saúde da Mulher, em consonância com a restante equipa de saúde, está a desenvolver-se e a ganhar importância nos cuidados à futura mãe e, especialmente, a contribuir para o conhecimento do mecanismo do aleitamento materno. Os fisioterapeutas terão de avaliar de forma fiável as mulheres em situação de risco elevado de abandono da amamentação e identificar factores de predisposição subjacentes sobre os quais possam actuar de forma a melhorar os baixos índices de duração da amamentação de forma eficaz. Muitos destes factores são constituídos por variáveis demográficas que não podem ser modificadas, mas também estão presentes factores de outra ordem, nomeadamente a auto-eficácia da mãe. A prática dos profissionais de saúde pode influenciar muito no sucesso ou insucesso da amamentação. E, assim, é importante perceber se a fisioterapia terá influência nesta auto-confiança das mães e, se de certa forma, influência também o período da amamentação. Deste modo, o estudo torna-se relevante, pois o conhecimento que existe sobre esta temática é escasso, sendo necessário garantir o papel do fisioterapeuta nesta

área.

METODOLOGIA

1. Objectivos Gerais e Específicos

O *principal objectivo* deste estudo é compreender se o apoio da fisioterapia no pós-parto influencia o grau de auto-confiança das mães no período da amamentação.

Como *objectivos específicos* destacam-se:

- Compreender a influência dos diversos factores sócio-demográficos não-alteráveis na auto-eficácia da mãe no período da amamentação, nomeadamente, a idade, o estado civil, o nível sócio-económico e as habilitações literárias;
- Compreender a influência de outros factores na auto-eficácia da mãe no período da amamentação, nomeadamente, o número de filhos e a experiência anterior de amamentação, a influência de outros na tomada de decisão da amamentação, o tipo de parto, o intervalo de tempo para a amamentação após o nascimento, o tipo de amamentação praticada e se a própria mãe foi amamentada;
- Compreender a influência das sessões sobre a amamentação da fisioterapia no pós-parto, na auto-eficácia da mãe no período da amamentação.

2. Desenho do Estudo

O estudo é *quasi-experimental e longitudinal*, seguindo uma *corrente paradigmática quantitativa*, onde a principal característica é a não aleatorização da amostra. Este é dirigido a uma amostra de puérperas, que se divide em dois grupos: o grupo experimental e de controlo. Ambos têm em comum o facto de terem frequentado a preparação para o nascimento, mas apenas o grupo experimental continua com o pós-parto. Estes serão sujeitos a um pré e pós-teste, que corresponde à aplicação do instrumento de avaliação BSES-SF, com uma ficha de caracterização, para análise dos diversos factores que se relacionam ou interferem com a auto-confiança da mãe neste

processo e um consentimento informado. Os momentos de aplicação são dois, a primeira e a última sessão do pós-parto (tendo este 8 sessões, correspondendo, então, à 1ª e à 8ª sessão), sendo aplicados pessoalmente ao grupo experimental e, por via telefónica ao grupo de controlo, coincidindo com as mesmas datas. Os bebés terão entre um a dois meses na primeira aplicação (com início entre a 5ª e a 8ª semana de vida do bebé) e três a quatro meses na segunda (terminando entre a 12ª e a 15ª semana). Depois os dados serão comparados e analisados, de forma a comparar os níveis de auto-confiança entre as mães que usufruíram do apoio pós-parto, das que não usufruíram. Como qualquer estudo deste género, as etapas da investigação são: *fase conceptual* (onde se define o problema, realiza-se uma revisão da literatura pertinente e enunciam-se os objectivos do estudo), *fase metodológica* (onde se define o desenho de investigação, a amostra, as variáveis e os instrumentos de medida) e a *fase empírica* (onde se procede à execução dos procedimentos, com a recolha dos dados e a análise dos mesmos, terminando com uma reflexão e conclusão) (Carmo e Ferreira, 2008).

3. População e Amostra

3.1. População

O estudo é dirigido à população de puérperas que frequentaram os cursos de preparação para o nascimento e pós-parto, orientados por fisioterapeutas com formação na área da Saúde da Mulher, em duas instituições de saúde da área da grande Lisboa.

3.2. Amostra

A amostra é de conveniência e cada grupo apresenta 25 inquiridas, num total de 50, pois a recolha limitou-se aos meses de Setembro de 2010 a Março de 2011, por forma a cumprir os prazos impostos para a realização do estudo.

3.2.1. Processo de Selecção

Como *Critérios de Inclusão* temos:

- Mães que frequentam a instituição de saúde definida;

- Mães que frequentaram a preparação para o nascimento, onde foi abordada a temática da amamentação;
- Mães que se encontram a amamentar exclusivamente ou com amamentação mista (com um máximo de dois biberões por dia);
- Mães que compreendam a língua portuguesa, falada e escrita.

Como *Crítérios de Exclusão* temos:

- Bebés com patologia que os impossibilite de mamar;
- Mães com patologia que sejam aconselhadas a não amamentar;
- Mães cuja quantidade de leite não seja suficiente;
- Mães que apresentem contra-indicações para puderem amamentar;
- Mães que deixaram de amamentar no momento da primeira ou segunda aplicação do instrumento de avaliação.

3.2.2. Caracterização

Relativamente às principais *características sócio-demográficas*, nomeadamente, a idade, o estado civil, o nível sócio-económico e as habilitações literárias, tanto no grupo experimental como no de controlo, observa-se que estes são muito semelhantes entre si, embora com ligeiras flutuações. Estes foram obtidos a partir da aplicação da ficha de caracterização e podem ser apreciados através de gráficos circulares, nas seguintes tabelas.

Grupo Experimental	Grupo de Controlo
Distribuição Etária	
■ 18-24 ■ 25-31 ■ 32-38 ■ 39-45	

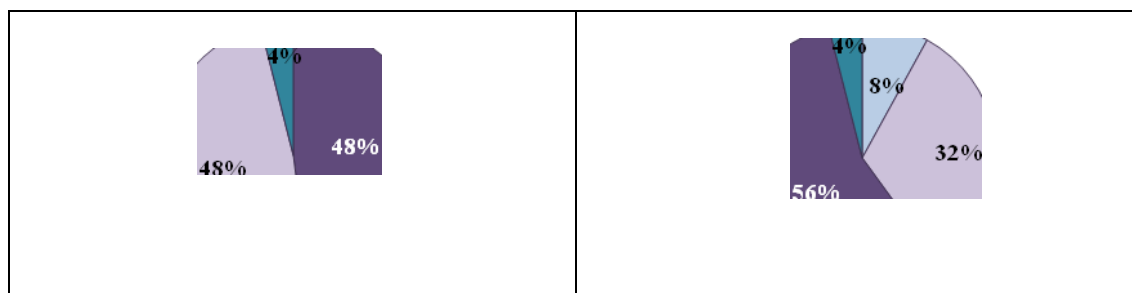


Tabela 1 – Distribuição etária dos grupos experimental e de controlo.

Relativamente à *distribuição etária*, os grupos são muito semelhantes, tendo uma média de idades, aproximadamente, de 32 anos, situando-se no escalão etário modal no intervalo de 32 a 38 anos, embora o grupo experimental também tenha o seu escalão etário modal situado no intervalo de 25 a 31 anos. O grupo de controlo apresenta duas mulheres relativamente mais jovens, com idades entre os 18 e os 24 anos (*Tabela 1*).

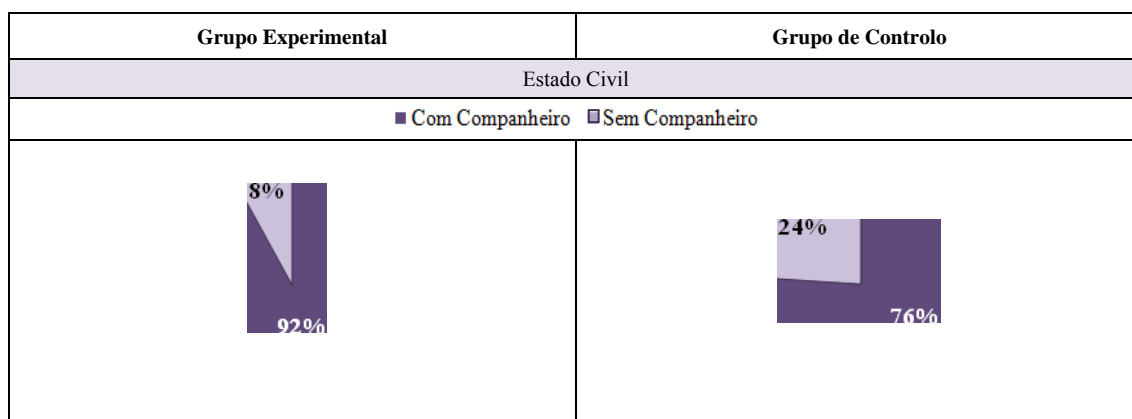
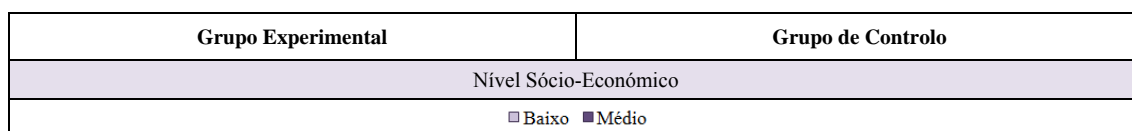


Tabela 2 – Estado civil dos grupos experimental e de controlo.

Em termos do *estado civil*, predominam as mulheres com companheiro, nomeadamente as casadas e as que vivem em união de facto, tanto no grupo experimental (92%), como no de controlo (76%), relativamente às mulheres que não têm companheiro, que ou são solteiras ou divorciadas, respectivamente 8% e 24% (*Tabela 2*).



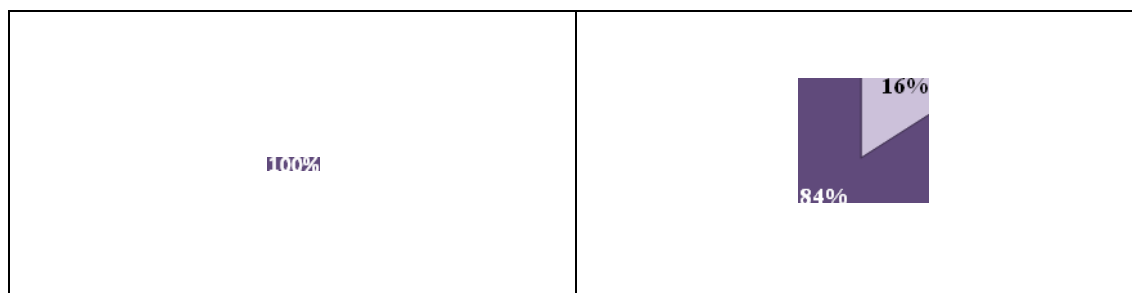


Tabela 3 – Nível sócio-económico dos grupos experimental e de controlo.

No grupo experimental predominam as mulheres com um *nível socio-económico* médio (100%), o que difere do grupo de controlo, onde 16% das mulheres apresentam um nível sócio-económico baixo (*Tabela 3*).

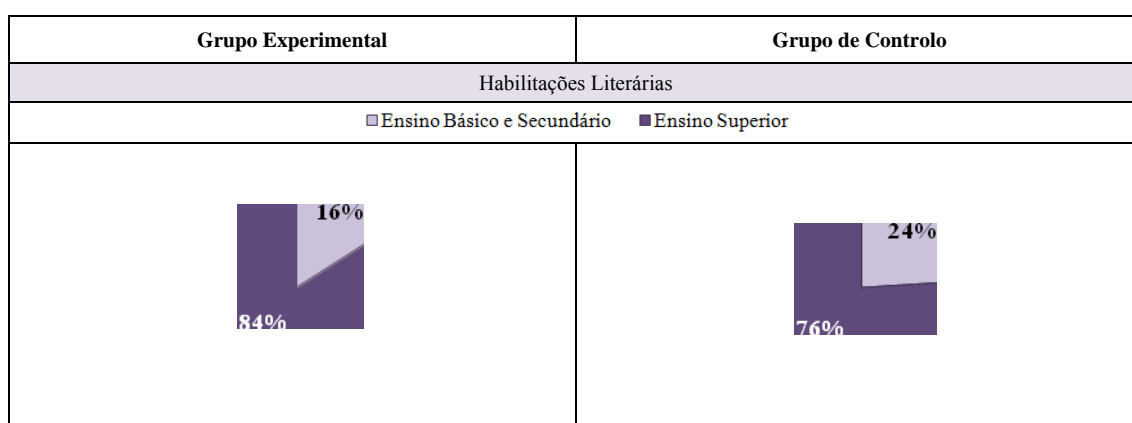


Tabela 4 – Habilitações literárias dos grupos experimental e de controlo.

A maioria das inquiridas apresenta um elevado grau de instrução, pois relativamente ao item *habilitações literárias*, em ambos os grupos a maioria frequentou o ensino superior, 84% no grupo experimental e 76% no grupo de controlo, relativamente às que frequentaram o ensino básico e secundário, 16% e 24%, respectivamente (*Tabela 4*).

Quando analisados os *restantes dados*, nomeadamente, o número de filhos, a experiência anterior de amamentação, a decisão de amamentar, o tipo de parto, o intervalo de tempo para a amamentação após o nascimento, o tipo de amamentação praticada e a prática do aleitamento materno no seio familiar, dos grupos experimental e de controlo, também estes permitem afirmar que os grupos são muito semelhantes. Estes dados podem ser apreciados no *Apêndice I*, apresentados através de gráficos circulares.

No que diz respeito ao *número de filhos*, a maioria das inquiridas são primíparas, tanto no grupo experimental (80%), como no grupo de controlo (92%). No grupo experimental, apenas 20% já não são mães de primeira vez (múltiparas) e, destas, apenas 16% tiveram experiência anterior da amamentação. No grupo de controlo, 8% são múltiparas, sendo que todas tiveram experiência anterior da amamentação.

Relativamente à *decisão de amamentar*, predominam as mulheres que decidiram por elas próprias, nomeadamente, 88% no caso do grupo experimental e, 92% no caso do grupo de controlo. As restantes mães, 12% e 8%, respectivamente, referem a influência dos profissionais de saúde, inclusive o fisioterapeuta, nas suas tomadas de decisão relativas à amamentação.

No que se refere ao *tipo de parto*, constata-se que na generalidade estes foram eutócitos, num total de 56% para o grupo experimental e 68% para o grupo de controlo. Para a maioria das mães, cerca de 80% para o grupo experimental e 68% para o grupo de controlo, referem ainda, que a *amamentação após o parto* aconteceu até aos 30 minutos.

O total de inquiridas, em ambos os grupos, está a amamentar o seu bebé durante o estudo, sendo que o *tipo de amamentação* mais praticado é o exclusivo, com 68% para o grupo experimental, em relação aos 60% para o grupo de controlo.

Quando questionadas sobre se terão sido elas próprias amamentadas, ou seja, se existe a prática do aleitamento materno no seu seio familiar, a resposta é maioritariamente positiva com 76% no grupo experimental e 84% no grupo de controlo.

4. Instrumento de Avaliação

4.1. Descrição do Instrumento de Recolha de Dados

O instrumento escolhido para a avaliação do grau de auto-confiança das mães no período da amamentação foi o BSES-SF (*Anexo I*), identificando aquelas que necessitam de suporte adicional. Foi construído por Dennis, em 1999, e reformulado, em 2003 (Dennis, 2003). Apesar de ter sido criado e validado no Canadá, o BSES-SF tem sido validado também para outros países, nomeadamente Brasil, China, Espanha,

entre outros. Em 2008, foi validado para a língua portuguesa por Santos e Bárcia (*Anexo II*). Após a validação para a realidade de muitos países, os vários investigadores têm-no utilizado em diversos estudos e em diversos momentos do puerpério (tendo sido alguns referidos anteriormente).

Trata-se de uma escala de auto-preenchimento composta por 14 itens. Em cada item avaliado, a mulher recebe uma pontuação (segundo uma escala de Likert, variável de 1 a 5 pontos) de acordo com o grau de concordância concedido pela mesma. Assim, os scores totais da escala variam entre 14 a 70 pontos, sendo as mulheres com maior pontuação, aquelas que têm maior confiança no leite materno e no seu potencial para manter a amamentação, tendo portanto uma maior probabilidade de iniciar e manter o aleitamento materno exclusivo por um período mais longo (Santos e Bárcia, 2009).

Oriá (2008) categoriza o score total em: *baixa eficácia* (de 14 a 32 pontos), *média eficácia* (de 33 a 51 pontos) e *alta eficácia* (de 52 a 70 pontos) (Dodt, 2008).

O BSES-SF está organizado de forma aleatória, em duas categorias: a *Técnica* (8 itens) e a de *Pensamentos Interpessoais* (6 itens). Na primeira, a escala foca os aspectos técnicos do aleitamento materno como, a posição correcta do bebé durante a mamada, o conforto durante o acto de amamentar, o reconhecimento de sinais de uma boa lactação, entre outros factores. Já na segunda categoria, é tido em consideração o desejo de amamentar, a motivação e a satisfação com a experiência de amamentar (Dennis, 2003).

A sua utilização é essencial, pois esta identifica as mães que se encontram em risco elevado de abandono precoce da amamentação, avalia comportamentos e aspectos cognitivos na amamentação de forma a individualizar estratégias de construção de confiança e, avalia a eficácia de diversas intervenções (Santos e Bárcia, 2009).

4.2. Validade e Fiabilidade da Versão Portuguesa

Na avaliação das propriedades psicométricas, foi analisada a validade de conteúdo por um comité de sete peritos. A consistência interna e o teste/re-teste foram medidos utilizando uma amostra constituída por 31 puérperas a amamentar, que preencheram a escala na 1^a – 2^a semana após o parto e novamente uma semana mais tarde. Em relação

à fiabilidade, a consistência interna da BSES-SF deu um valor de .95 para o coeficiente alfa de Cronbach, semelhante ao da versão original que foi de .94, tendo sido este valor considerado excelente. Na reprodutibilidade teste / re-teste, o coeficiente de correlação de Pearson foi de .52, sendo diferente da escala original na 1ª ($r = .99$), 4ª ($r = .99$) e 8ª ($r = .99$) semanas, tendo sido este valor considerado positivo, moderado e significativo (Santos e Bárcia, 2009).

5. Variáveis

- *Variável Dependente* – auto-confiança das mães relativamente à amamentação e, ainda, os vários factores sócio-demográficos e outros.
- *Variáveis Independentes* – participação das mães nas sessões de pós-parto.

6. Procedimentos

Os dados foram recolhidos em duas instituições de saúde na área da grande Lisboa, para cada grupo, após os pareceres favoráveis das mesmas e respectivas comissões de éticas (*Apêndice II*). As puérperas foram convidadas a participar no estudo, no caso do grupo experimental, na 1ª sessão do pós-parto e, o grupo de controlo foi no mesmo período de tempo, correspondendo aproximadamente à 5ª semana após o parto, momento em que se tivessem as sessões de pós-parto, elas iniciariam. Foi-lhes explicado os objectivos do estudo e garantido o anonimato e confidencialidade dos dados, tendo sido pedido que preenchessem um consentimento informado (*Apêndice III*).

O presente estudo teve dois momentos de avaliação (no início e no final das sessões de pós-parto, sendo elas num total de 8, uma vez por semana, com a duração de duas hora), tendo sido aplicado o BSES-SF, com uma ficha de caracterização (*Apêndice IV*), para análise dos diversos factores que se relacionam ou interferem com a auto-confiança da mãe. A recolha foi realizada pessoalmente, no caso do grupo experimental e, por via telefónica, no caso do grupo de controlo, nos respectivos momentos.

7. Tratamento e Análise Estatística dos Dados

O tratamento e a análise estatística dos dados foram realizados através do PASW® Statistics Versão 18 (antigo SPSS).

Para a caracterização da amostra, em cada grupo, utilizou-se a estatística descritiva. Posteriormente, para a análise dos resultados obtidos no primeiro e segundo momentos da aplicação do instrumento de avaliação, em cada grupo e na relação entre eles, procurou-se utilizar a inferência estatística paramétrica, uma vez que os dados seguem uma distribuição normal.

Por fim, verificou-se a variação nas respostas ao instrumento entre os momentos de aplicação deste, através, mais uma vez, da estatística descritiva. Tendo terminado com a verificação da relação das várias variáveis obtidas através da ficha de caracterização com a confiança materna obtida através do BSES-SF, pela inferência estatística.

RESULTADOS

No *Apêndice I* podem apreciar-se os gráficos, tabelas e figuras que completam os resultados apresentados de seguida.

1. Descrição dos Scores Obtidos na 1ª e 2ª Aplicação do BSES-SF nos Grupos Experimental e de Controlo

Neste ponto, analisa-se a soma da pontuação obtida, por cada mulher, nos dois momentos da aplicação do BSES-SF, nos grupos experimental e de controlo, através da estatística descritiva (*Tabela 5 e 6*) e de um diagrama de extremos e quartis (*Figura 1*).

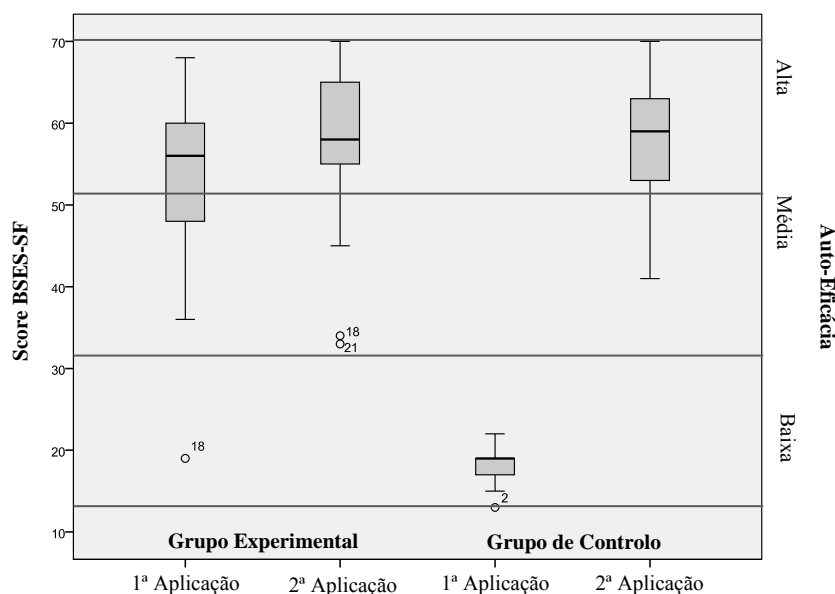


Figura 1 – Diagrama de extremos e quartis dos scores médios totais obtidos nos dois momentos de aplicação do instrumento BSES-SF, para o grupo experimental e de controlo.

	Média (SD)
<i>BSES-SF 1ª Aplicação</i>	53.2 (11.7)
<i>BSES-SF 2ª Aplicação</i>	57.4 (9.9)

Tabela 5 – Estatística descritiva da 1ª e 2ª aplicação do BSES-SF para o grupo experimental.

	Média (SD)
<i>BSES-SF 1ª Aplicação</i>	18.2 (2.1)
<i>BSES-SF 2ª Aplicação</i>	58.2 (6.1)

Tabela 6 – Estatística descritiva da 1ª e 2ª aplicação do BSES-SF para o grupo de controlo.

No que diz respeito ao grupo experimental, as inquiridas começaram com um valor médio de confiança na 1ª aplicação de 53.2 (*alta eficácia*), evoluindo para 57.4 (*alta eficácia*) após a 2ª aplicação. Em ambos os momentos podem observar-se *valores atípicos* muito abaixo da média. Pelo contrário, no grupo de controlo, as inquiridas começaram com um valor médio de confiança muito mais baixo na 1ª aplicação de 18.2 (*baixa eficácia*), evoluindo posteriormente para 58.2 (*alta eficácia*) após a 2ª aplicação, alcançando, portanto, valores próximos do grupo experimental. Neste, existe apenas um *valor atípico* na 1ª aplicação, também esse abaixo da média.

Após a análise anterior, das medidas de centralidade (média / mediana), analisa-se agora as medidas de dispersão. Relativamente ao grupo experimental, verifica-se que a distância interquartil é relativamente grande, da qual se confere que todas as mulheres

partem de uma auto-eficácia considerada *média-alta*. Em relação ao grupo de controlo, este é muito mais homogéneo na 1ª aplicação do BSES-SF, uma vez que a distância interquantil é muito menor, sendo que todas as inquiridas estão dentro do intervalo que corresponde à *baixa eficácia*. Mais uma vez, é de ressaltar a diferença significativa entre os scores médios totais da confiança materna na 1ª aplicação entre os grupos, partindo o grupo de controlo com uma auto-eficácia na amamentação muito baixa.

2. Comparação da Variação dos Scores Obtidos na 1ª e 2ª Aplicação do BSES-SF nos Grupos Experimental e de Controlo

Neste ponto, analisa-se a variação do score obtido entre a 1ª e a 2ª aplicação do BSES-SF, através do valor Δ , que foi calculado subtraindo o score entre o 2º e o 1º momento.

Na *Figura 2*, apresentada de seguida, observar-se que, no grupo de controlo, todas as mulheres apresentam uma variação positiva no score entre a 1ª e a 2ª aplicação do BSES-SF, portanto, todas aumentaram a sua confiança na amamentação. No entanto, no grupo experimental, destaca-se uma pequena percentagem (*Percentil 25*), em que a distribuição se situa aproximadamente no zero (onde a confiança se manteve ou desceu), não sendo esta significativa. As restantes 75% das mulheres, neste grupo, apresentam uma variação positiva e, portanto, considera-se que também estas aumentaram a sua confiança na amamentação.

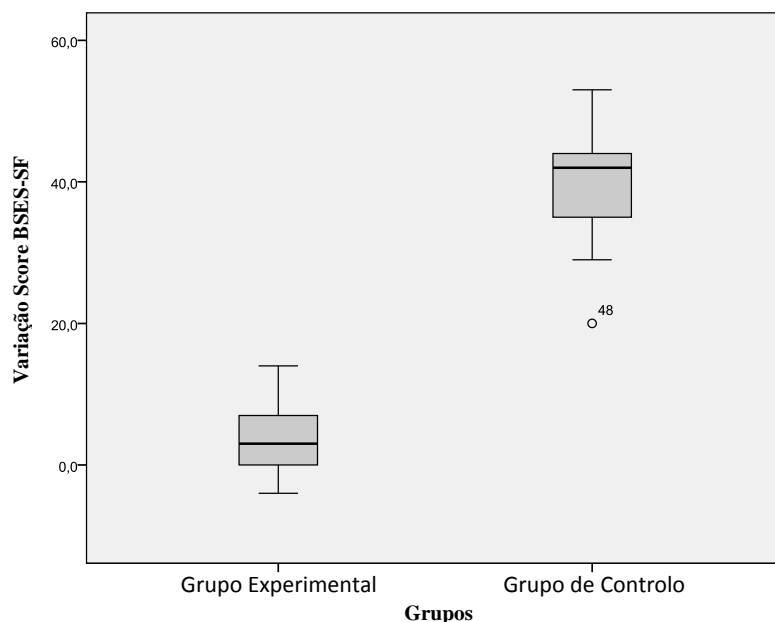


Figura 2 – Diagrama de extremos e quartis da variação do score obtido no BSES-SF entre os dois momentos para os grupos experimental e de controlo.

De seguida, efectua-se uma análise mais profunda destas variações para cada grupo e a sua comparação. Quando as amostras têm uma dimensão inferior a 30 sujeitos e, para que possam ser aplicados testes paramétricos, é exigido que as variáveis em análise sigam uma distribuição normal. A aplicação dos testes de normalidade não paramétricos (*Kolmogorv-Smirnov e Shapiro-Wilk*) revelou não existirem evidências estatísticas significativas em como não seguem uma distribuição normal, pelo que será utilizado o *teste t*, para amostras emparelhadas, de forma a comparar e testar a relevância estatística destas variações. Alguns autores consideram discutível a utilização destes testes para escalas do tipo ordinal, no entanto, por não existirem evidências fortes que descartem a normalidade das variáveis, optou-se por usar a inferência estatística paramétrica, uma vez que estes conduzem a menores erros do tipo II (ou seja, é menor a probabilidade de rejeitar a hipótese nula sendo esta falsa). É ainda, importante esclarecer que nos vários testes estatísticos utilizados, utilizou-se como referência, para aceitar ou rejeitar a hipótese nula, um nível de significância inferior a .05.

2.1. Grupo Experimental

Com a utilização do *teste t*, pretende-se verificar se houve alterações significativas entre a 1ª e a 2ª aplicação do BSES-SF, ou seja, se houve um aumento em média dos scores

totais da escala para cada mãe. A aplicação deste, permite-nos rejeitar a hipótese nula ($H_0: \Delta = 0$) e aceitar a hipótese alternativa ($H_1: \Delta > 0$), pois existem evidências estatísticas muito significativas em que houve um aumento da auto-confiança materna na amamentação para o grupo experimental, dado que $t(24) = 4.538$ e $p = .000$, com 95% de confiança em que $\Delta \in [2.3 ; 6.0]$.

3.2. Grupo de Controlo

A aplicação do *teste t*, permite-nos rejeitar a hipótese nula ($H_0: \Delta = 0$) e aceitar a hipótese alternativa ($H_1: \Delta > 0$), pois existem evidências estatísticas muito significativas em que houve um aumento da auto-confiança materna na amamentação para o grupo de controlo, entre a 1ª e a 2ª aplicação do BSES- SF, dado que $t(24) = 27.413$ e $p = .000$, com 95% de confiança em que $\Delta \in [37.0 ; 43.0]$.

3.3. Comparação entre os Grupos

A comparação entre a média das variações dos scores obtidos da 1ª para a 2ª aplicação do BSES-SF, dos grupos experimental e de controlo, é efectuada através do *teste t* para duas amostras independentes. Este aplica-se sempre que se pretende comparar as médias de uma variável quantitativa em dois grupos diferentes de sujeitos. A aplicação directa deste teste (sem correcção Welch) pressupõe, ainda, a homogeneidade ou igualdade das variâncias em ambos os grupos, verificada através do *teste de Levene*.

O *teste de Levene* demonstrou não existirem evidências significativas contra a hipótese nula da igualdade de variâncias ($p = .052$). Assim, a aplicação directa do *teste t*, permite-nos rejeitar a hipótese nula ($H_0: \Delta_E = \Delta_C$) e aceitar a hipótese alternativa ($H_1: \Delta_E > \Delta_C$), pois existem diferenças estatísticas muito significativas entre a variação do grupo experimental e de controlo, sendo que a variação é maior no grupo de controlo, dado que $t(48) = -20.869$ e $p = .000$, com 95% de confiança em que $\Delta \in [-39.3 ; -32.4]$.

3. Análise da Variação das Respostas ao BSES-SF entre a 1ª e a 2ª Aplicação para Cada Grupo

Neste ponto, analisa-se a variação da resposta para a mesma pergunta da 1ª aplicação para a 2ª aplicação do BSES-SF, para cada grupo (Figura 3 e 4).

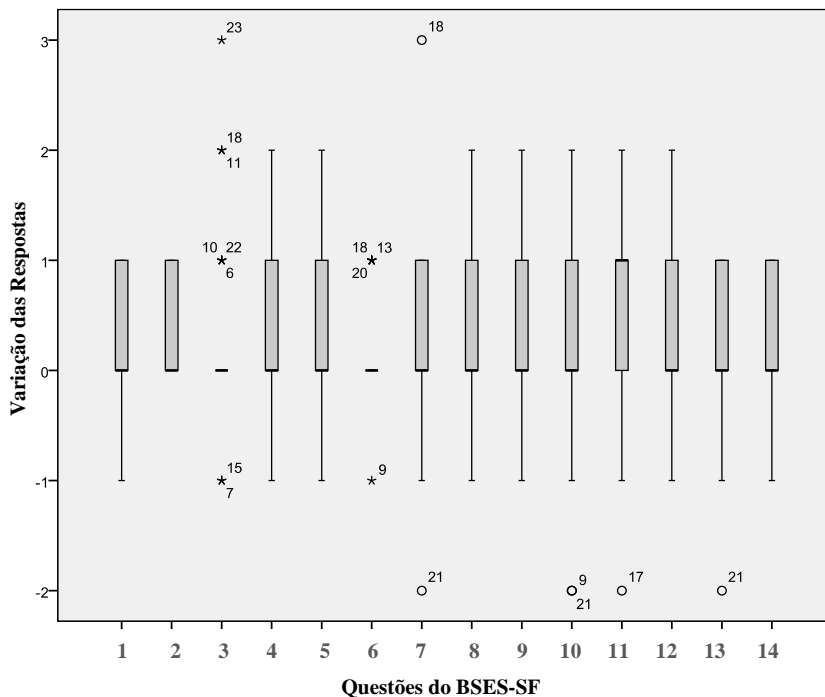


Figura 3 – Diagrama de Extremos e Quartis para a Análise da Variação das Respostas ao BSES-SF entre a 1ª e 2ª Aplicação para o Grupo Experimental.

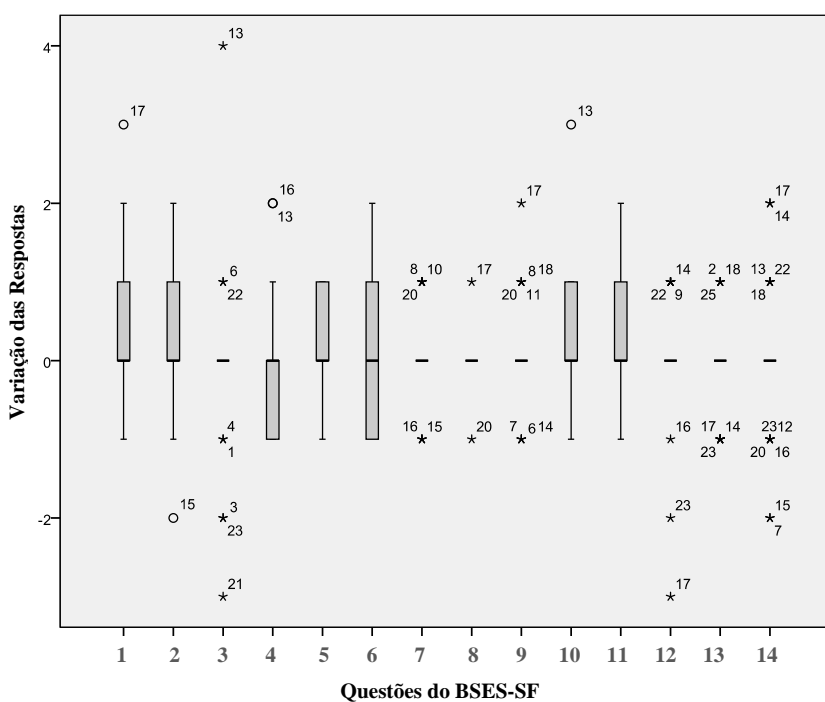


Figura 4 – Diagrama de Extremos e Quartis para a Análise da Variação das Respostas ao BSES-SF entre a 1ª e a 2ª Aplicação para o Grupo de Controlo.

Como referido anteriormente, o BSES-SF está organizado de forma aleatória, em duas categorias: a *Técnica* (com 8 itens, correspondendo às questões 1, 3, 4, 6, 11, 12, 13 e 14) e os *Pensamentos Interpessoais* (com 6 itens, correspondendo às questões 2, 5, 7, 8, 9 e 10). Quando analisadas as questões correspondentes a essas duas categorias, tanto para o grupo experimental como para o grupo de controlo, a maioria das respostas manteve-se com a mesma pontuação e as que desceram não foram significativas. O que se realça nestes grupos são os muitos *valores atípicos e extremos*. Desta forma, é possível afirmar que são estas respostas atípicas que estão a influenciar os resultados. Este pressuposto é, ainda, mais visível no caso do grupo de controlo, na categoria da técnica, sugerindo que possivelmente as mulheres não estão a responder de forma consistente às questões que lhes são apresentadas, uma vez que os valores não se repartem igualmente por todas as questões.

4. Associação entre os Resultados Obtidos no BSES-SF nos Grupos Experimental e de Controlo e as Diversas Variáveis

Utilizou-se o valor de Δ para investigar e compreender a influência dos diversos factores na auto-eficácia materna no período da amamentação. Dado o reduzido tamanho da amostra, não foi possível proceder a um estudo aprofundado, tendo-se usado como critério de comparação entre grupos, que estes possuíssem um mínimo de cinco elementos. Como qualquer uma destas análises envolve a comparação de apenas dois grupos, utilizou-se o teste *t*, para amostras independentes, sem correcção de Welch, após se ter constatado a homogeneidade das variâncias entre os scores dos grupos, pela aplicação do teste de *Levene*. É ainda, importante esclarecer que nos vários testes estatísticos utilizados, utilizou-se como referência, para aceitar ou rejeitar a hipótese nula, um nível de significância inferior a .05.

4.1. Grupo Experimental

No que diz respeito ao grupo experimental, apenas foi possível estudar a influência do tipo de parto (eutócito ou cesariana). O valor de prova do *teste de Levene* conduz à não rejeição da hipótese nula de igualdade de variâncias ($p = .601$). A aplicação do *teste t* permite-nos rejeitar a hipótese nula ($H_0: \Delta_E = \Delta_C$) e aceitar a hipótese alternativa ($H_1: \Delta_E > \Delta_C$), pois existem diferenças estatísticas muito significativas entre a variação dos partos eutócitos e dos partos por cesariana, sendo que a variação é maior nos eutócitos, dado que $t(19) = 2.619$ e $p = 0.017$, com 95% de confiança em que $\Delta \in [-0.9 ; 8.0]$.

5.2. Grupo de Controlo

No que diz respeito ao grupo de controlo, apenas foi possível estudar a influência do intervalo de tempo para a amamentação após o nascimento (antes ou depois dos 30 minutos) e o tipo de amamentação praticada (exclusiva ou mista).

Relativamente ao intervalo de tempo após a amamentação, o valor de prova do *teste de Levene* conduz à não rejeição da hipótese nula de igualdade de variâncias ($p = .401$). A aplicação do *teste t* permite-nos rejeitar a hipótese nula ($H_0: \Delta_{30} = \Delta_{+30}$) e aceitar a hipótese alternativa ($H_1: \Delta_{30} > \Delta_{+30}$), pois existem diferenças estatísticas muito significativas entre a variação do início da primeira mamada até aos 30 minutos e após esse tempo, sendo que a variação é maior no intervalo de tempo até aos 30 minutos, dado que $t(21) = 3.388$ e $p = .003$, com 95% de confiança em que $\Delta \in [3.3 ; 13.5]$.

Para o tipo de amamentação praticada, o valor de prova do *teste de Levene* conduz à não rejeição da hipótese nula de igualdade de variâncias ($p = .577$). A aplicação do *teste t* permite-nos rejeitar a hipótese nula ($H_0: \Delta_E = \Delta_M$) e aceitar a hipótese alternativa ($H_1: \Delta_E > \Delta_M$), pois existem diferenças estatísticas muito significativas entre a variação entre o aleitamento materno exclusivo e misto, sendo que a variação é maior para a amamentação exclusiva, dado que $t(20) = 2.363$ e $p = .028$, com 95% de confiança em que $\Delta \in [0.8 ; 12.9]$.

DISCUSSÃO

O pós-parto é um período muito importante para a mulher, contudo de grande desgaste a nível físico, psicológico, emocional e social. O papel dos profissionais de saúde é fundamental para promover a saúde, orientado e ensinando a futura mãe, nas várias vertentes mais problemáticas desta nova fase da sua vida. A transmissão de conhecimentos e da avaliação da situação por parte de profissionais como os fisioterapeutas, influência, assim, de forma positiva também a prática da amamentação. Associado a este apoio, também os encontros regulares entre as puérperas potenciam a partilha e a troca de ideias. Estes dois factores conjugados ajudam as mães a lidar melhor com as suas dúvidas e receios (Bárcia e Veríssimo, 2010).

Entre os vários factores predisponentes para a amamentação, o efeito da auto-eficácia materna nos resultados desta, tem sido uma variável importante salientada por diversos investigadores nos seus estudos, segundo Dennis (2003) e Ferreira (2006). Desta forma, o principal objectivo do estudo era compreender se o apoio da fisioterapia no pós-parto influencia o grau de auto-confiança das mães no período da amamentação.

A amostra é constituída por 25 elementos em cada grupo, sendo estes muito semelhantes, embora com ligeiras flutuações, relativamente aos *factores sócio-demográficos* e a *outros dados*. Assim, pode-se concluir que, segundo Marinho e Leal (2004), Cardoso (2006), Dennis (2006), Ferreira (2006) e Galvão (2006), esta possui todas as condições favoráveis para manter a amamentação e ser bem sucedida nesta. Tal facto é comprovado pelos estudos que têm sido efectuados até à data, realçando estas mesmas características sócio-demográficas e outras como favoráveis para a decisão e duração do aleitamento materno. Mas segundo Blyth *et al.* (2002) acrescentam, ainda, que, além destas variáveis não-alteráveis, também a auto-eficácia é um predictor significativo da duração da amamentação, como referido.

Para estudar o efeito da confiança materna na amamentação, foi realizado um estudo quantitativo, quasi-experimental e longitudinal, dirigido a dois grupos de puérperas que

têm em comum o facto de terem frequentado a preparação para o nascimento, mas apenas um dos grupos continua para o pós-parto. Foi utilizado o instrumento BSES-SF, aplicado em dois momentos: na primeira e na última sessão do pós-parto (correspondendo à 1ª e à 8ª sessão), orientado por fisioterapeutas da área da Saúde da Mulher. Sendo a auto-confiança materna uma condição subjectiva, da qual os fisioterapeutas podem ter uma interpretação, segundo Santos (2008), a utilização deste instrumento de avaliação permite objectivar esta mesma condição e demonstrar os resultados obtidos com o processo de cuidados de saúde prestados pelos fisioterapeutas, através da variação deste factor, de forma a avaliar a sua intervenção e a responder a terceiros sobre a efectividade desta. De seguida, analisa-se os *dois momentos* para cada grupo e a sua comparação.

A aplicação do BSES-SF permitiu verificar que os grupos não começaram nas mesmas condições, no que respeita ao valor médio de auto-eficácia na amamentação. O grupo experimental apresenta um valor de 53.2, correspondendo a uma *alta eficácia* e, o grupo de controlo, em contrapartida, apresenta um valor de 18.2, correspondendo a uma *baixa eficácia*. Estes valores eram esperados, no caso do grupo experimental, pois as mães possuem favoráveis factores sócio-demográficos e outros, segundo a literatura, para terem por base uma confiança elevada, além de terem frequentado as sessões de preparação para o nascimento. Associado a estes factores e, por terem um maior grau de escolaridade, as mães encontram-se mais informadas e esclarecidas e, procuram assim, frequentar também as sessões de pós-parto, pois consideram importante continuar com o apoio dos profissionais de saúde. No que diz respeito ao grupo de controlo, as características sócio-demográficas e outras, associadas ao apoio da fisioterapia na preparação para o nascimento, não fariam esperar que as mães neste grupo tivessem um valor médio de confiança tão baixo à partida, contrariando a ideia dos autores mencionados anteriormente. Tal facto pode ser explicado pelas ligeiras flutuações, com o grupo experimental, em factores como o estado civil e o nível sócio-económico e, por não terem apostado num apoio posterior, pois talvez a nível pessoal e profissional, poderia não ser possível. Por outro lado, de acordo com Levy e Bértolo (2008), para que a amamentação tenha sucesso devem conjugar-se três factores, supondo que, talvez, o apoio fornecido nas práticas hospitalares logo após o parto e nos primeiros 15 dias, ou

seja, o estabelecimento e suporte do aleitamento materno, diferiram de hospital para hospital e, logo se verificou esta diferença entre os grupos.

No caso do grupo experimental, a confiança materna aumentou ao longo do tempo para 57.4, mantendo-se na *alta eficácia*, sendo explicado pelas características favoráveis sócio-demográficas e outras referidas anteriormente, como também, segundo Dennis (2003), pelo passar do tempo que permite que as mães criem competências à medida que existe a prática da amamentação, tendo sido o apoio da fisioterapia no pós-parto determinante. A literatura refere que as mães respeitam os profissionais de saúde e confiam nas informações e no apoio por eles disponibilizado e, isto também se aplica no caso do aleitamento materno. Os conhecimentos, as atitudes e as práticas dos profissionais de saúde, assim como as suas capacidades para lidar com os problemas, influenciam o sucesso ou insucesso da amamentação. Estes têm, assim, um papel fundamental e insubstituível no objectivo de aumentar a incidência e a duração do aleitamento materno (Marinho e Leal, 2004; Liladar, 2007; Rett *et al.*, 2008; www.amamentar.pt). Assim, as mães poderão amamentar com sucesso desde que devidamente esclarecidas, encorajadas e apoiadas na sua prática (Coutinho, 2002; Cardoso, 2006).

Mas verificou-se igualmente, que a confiança no grupo de controlo também aumentou para 58.2, correspondendo a uma *alta eficácia*, tendo sido este aumento muito significativo, visto que o grupo começou com uma confiança muito baixa. Este facto pode estar relacionado com vários factores, apesar de nenhum deles ter sido o apoio da fisioterapia no pós-parto, nomeadamente, as favoráveis características sócio-demográficas e outras, como referidas anteriormente. Ou, ainda prováveis apoios por parte de outros profissionais de saúde no centro de saúde ou no hospital, que não foram possíveis de controlar. Desta forma, os resultados encontrados permitem levantar a hipótese que as políticas de saúde implementadas, para o incentivo da iniciação e manutenção do aleitamento materno, estão de certa forma a resultar. Também por um lado, é esperado que a confiança destas mães tivesse aumentado, pois a prática de uma actividade, que quando bem sucedida, aumenta os níveis de confiança nesta, segundo Dennis (2003). Mas, isto contraria a ideia de Santos e Brígido (2003) que, referem que

as pessoas com baixa auto-eficácia tendem a duvidar das suas capacidades e fogem das tarefas difíceis para as quais consideram não ter capacidade de realizar, logo poderiam desistir de amamentar, o que não se verificou.

Apesar de não existirem estudos da fisioterapia neste contexto, é possível comparar os resultados deste, com outro estudo similar, apresentado anteriormente. Mas, em vez do apoio ou não da fisioterapia, os grupos ou recebiam cuidados padrão para a amamentação ou um Programa de Auto-Cuidado de Aleitamento Materno. Em ambos os grupos também se verificou um aumento da confiança materna de 34.8% no pós-parto para 49.9% um mês depois ($p < .01$), para o grupo experimental e, para o grupo de controlo, o índice passou de 39.5% para 46.5% ($p = .03$). Os resultados indicam que o programa aumentou a auto-eficácia das mães na amamentação e teve um efeito positivo sobre a continuação desta (Awano e Shimada, 2010).

Mas o sucesso da amamentação não tem uma definição consensual na literatura. Por um lado, verificou-se a manutenção / duração desta prática, realçando a competência da mãe na orientação do aleitamento materno, mas por outro lado, não foi possível avaliar outros factores como a relação entre a mãe e o filho, referidos na literatura como outros pontos de sucesso da amamentação. Assim, desta forma, é discutível até que ponto existiu o sucesso da amamentação (Pinto, 2008).

Quando analisadas as respostas ao instrumento de avaliação, verificou-se que tanto no grupo experimental como no de controlo, o aumento da confiança materna foi influenciado pelas muitas respostas atípicas. Mas, no caso do grupo de controlo estas são ainda mais visíveis, principalmente na categoria da *técnica*, crendo que as mães não responderam de forma consistente às questões, tendo algumas dúvidas. Esta situação pode ser explicada, pelo facto do grupo não ter frequentado as sessões de pós-parto, de modo que, as técnicas para a amamentação, assim como os posicionamentos e as pegas não foram contemplados na sua formação de forma prática e, segundo Polden e Mantle (2004) e Pereira *et al.* (2008), o seu ensino aumenta o sucesso na amamentação. Por outro lado, possivelmente a informação teórica ministrada durante a preparação para o nascimento não foi apreendida e, ainda, a ajuda prática fornecida por outros

profissionais de saúde durante o pós-parto inicial não tiveram influência no momento em que se deu a amamentação, levantando algumas dúvidas para estas mães.

Tratando-se de um processo de selecção por conveniência, as participantes não constituem uma amostra representativa das mulheres portuguesas. Também por ser uma amostra tão pequena, não se obteve uma variabilidade suficiente em alguns aspectos da ficha de caracterização para detectar diferenças estatisticamente significativas na auto-eficácia na amamentação. Quando foi realizada a correlação entre os dados obtidos a partir da BSES-SF e as variáveis sócio-demográficas, não se verificou uma associação estatisticamente significativa. Em relação aos outros dados, apenas foi estatisticamente possível analisar a relação entre o tipo de parto, o tipo de amamentação praticada e o intervalo de tempo para a amamentação após o nascimento, com os scores obtidos no instrumento, para o grupo experimental e de controlo respectivamente.

Foi possível concluir que as mães que tiveram um parto eutócito obtiveram valores mais elevados na BSES-SF do que as mulheres que tiveram um parto por cesariana, assim como as mulheres que amamentaram até aos 30 minutos e as mulheres que praticam uma amamentação exclusiva, relativamente às restantes. Desta forma, pudemos concluir que os resultados vão de encontro com a literatura, uma vez que as mulheres com um parto normal, que amamentaram logo o seu bebé e que praticam um aleitamento materno exclusivo, têm uma auto-eficácia superior comparativamente com as restantes mães, segundo Voggel, Hutchison e Michel (1999), citados por Cardoso (2006) e Ferreira (2006). De seguida são analisados de forma criteriosa estes aspectos.

No que se refere ao *tipo de parto*, no grupo experimental, constata-se que na generalidade foram eutócitos, logo é maior a probabilidade da precocidade do contacto entre mãe e filho. A literatura refere que a cesariana tem factores de risco para a amamentação e que está relacionada ao maior uso de anestésicos e analgésicos, o que retarda o estabelecimento da amamentação (Marinho e Leal, 2004; Cardoso, 2006; Ferreira, 2006; Galvão, 2006).

O total de inquiridas, em ambos os grupos, está a amamentar o seu bebé durante o estudo, sendo que o *tipo de amamentação* mais praticado é o exclusivo, no caso do

grupo de controlo, tendo estas mães uma auto-eficácia superior, em relação às mães que praticam outro tipo de amamentação. Segundo a WHO este é o mais recomendado, desde o nascimento até aos seis meses de vida, com a continuação deste processo associado ao complemento com outros alimentos, até aos dois anos de idade. Esta prática contribui para um desenvolvimento físico e mental adequado (WHO, 2009).

A maioria das inquiridas, no grupo anterior, refere que a *amamentação após o parto* aconteceu até aos 30 minutos. Segundo o quarto passo dos dez para o sucesso da amamentação, deve-se ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o nascimento. Este facto parece vir de encontro com os autores que defendem que o contacto precoce, pele a pele, após o nascimento, assim como a oportunidade do bebé mamar logo após o nascimento, são factores importantes para o sucesso da amamentação. Imediatamente após o parto, o bebé está mais sensível, activo e com fome, esse momento deve ser aproveitado para iniciar a vinculação mãe-filho e a primeira adaptação do recém-nascido à mama. Após o parto, tanto a mãe como o bebé vivem momentos de grande receptividade, antes de se abandonarem ao descanso do esforço realizado. É durante esse período que se deve proporcionar um contacto tão precoce quanto possível, não tanto como fins nutritivos mas para estabelecer uma ligação mental e um bom vínculo inicial (Marinho e Leal, 2004; Cardoso, 2006; Ferreira, 2006; Galvão, 2006; WHO, 2009).

Como referido anteriormente, quanto aos *aspectos sócio-demográficos*, não foi possível analisar a relação destes com a auto-eficácia materna na amamentação. Desta forma, não se sabe se, as informações que constam na literatura se comprovam. Os autores referem que as mulheres de idades avançadas, com o apoio do companheiro, com um nível socioeconómico e habilitações literárias altas, têm maior confiança na tomada de decisão e na prática do aleitamento materno (Marinho e Leal, 2004; Cardoso, 2006; Ferreira, 2006; Galvão, 2006). Apesar de não ter sido avaliado, considera-se que uma reflexão sobre o assunto pode ser importante para estudos futuros.

Relativamente à *idade*, os grupos são muito semelhantes, tendo uma média de idades, aproximadamente, de 32 anos. A literatura refere que as mulheres com idade avançada

têm um melhor desempenho na prática e amamentam os seus filhos por um período de maior duração relativamente às mais novas (Cardoso, 2006; Ferreira, 2006).

No presente estudo, predominam as *mulheres com companheiro*, nomeadamente as casadas e as que vivem em união de facto. Segundo a literatura, a importância do pai da criança é essencial no desenvolvimento da confiança materna, associado a um maior ou menor sucesso da amamentação. A sua presença e apoio reflectem na mãe que fica mais tranquila e confiante em relação à amamentação (Marinho e Leal, 2004; Cardoso, 2006; Ferreira, 2006; Galvão, 2006).

Em ambos os grupos predominam as mulheres que se consideram pertencentes a um *nível socio-económico* médio e que apresentam um elevado *grau de instrução* (com maior frequência no ensino superior). Segundo a literatura, os estudos apontam que estas mães têm mais confiança, apresentando maior frequência e duração do aleitamento materno (Cardoso, 2006; Ferreira, 2006).

Também não foi possível avaliar a influência de *outros factores*, nomeadamente, o número de filhos, a experiência anterior de amamentação, a decisão de amamentar e se a existe a prática do aleitamento materno no seio familiar, ou seja, se a própria mãe terá sido amamentada. Mas, mais uma vez uma reflexão sobre o assunto é importante para estudos futuros.

Em relação ao *número de filhos*, a maioria das inquiridas são primíparas em ambos os grupos. Das que já não são mães de primeira vez, a maioria já teve *experiência anterior de amamentação*. Na literatura está descrito que já ter experienciado esta prática permite ter uma maior confiança, pois já existem resultados de desempenhos, experiências visuais, persuasão verbal ou encorajamento por parte de outros e reacções fisiológicas (ou seja, reacções de somatização em relação à consciencialização autónoma durante a fase de antecipação ou experiência de um acontecimento potencialmente desgastante), segundo Dennis (2003). Mas por outro lado, a literatura afirma que as primíparas devem receber orientação e estímulos diferenciados, pois fazem parte do grupo de risco de interrupção do aleitamento materno. Desta forma, os profissionais de saúde devem ficar atentos em promover intervenções mais eficazes a

este grupo de mulheres, pois estas muitas vezes se encontram disponíveis à aprendizagem, pois não trazem “bagagem” anterior e isso facilita a comunicação. Contudo, as mulheres com experiência anterior, muitas vezes vêm com argumentos e justificativas fundamentadas no fracasso prévio, o que pode necessitar por parte deste profissional, uma comunicação efectiva que requer mais envolvimento e paciência redobrada, para não haver o risco de alimentar conflitos e dúvidas quanto ao processo de amamentar. Os estudos apontam que as mulheres que vivenciaram experiências positivas anteriores da amamentação, apresentam pré-disposição para amamentar um novo bebé e geralmente por mais tempo, quando comparadas com mulheres que vivenciaram experiências negativas ou outras dificuldades (Dodt, 2008).

Relativamente à *decisão de amamentar*, predominam as que decidiram por elas próprias. As restantes mães referem a influência dos profissionais de saúde, inclusive o fisioterapeuta, nas suas decisões. A literatura afirma que compete aos profissionais de saúde garantir que a tomada de decisão seja fundamentada numa informação correcta, adequada e actualizada sobre a amamentação. Se as mães decidem amamentar por elas próprias, maior é a probabilidade deste processo correr bem, pois provavelmente existe um bem-estar e a opção é fundamentada em vivências pessoais, sociais e educativas facilitadoras da amamentação (Cardoso, 2006; Levy e Bértolo, 2008).

Quando questionadas sobre se terão sido *elas próprias amamentadas*, a maioria responde que sim. As influências e as práticas familiares são importantes na decisão e manutenção da amamentação, pois se as mulheres nascerem num ambiente em que o aleitamento materno é visto como uma prática natural, então elas próprias têm mais probabilidades de continuar esta tendência (Levy e Bértolo, 2008).

Os resultados revelam-nos que através de instrumentos de avaliação como o utilizado, é-nos permitido avaliar de forma fiável as mulheres em situação de risco elevado de abandono da amamentação e identificar factores de predisposição do aleitamento de forma eficaz, no sentido de dar um contributo para a manutenção desta prática, pois este é considerado fundamental quando se fala da promoção e protecção da saúde das crianças. Ao longo do tempo, o papel dos profissionais de saúde, em específico dos fisioterapeutas, através de sessões de preparação para o nascimento e pós-parto,

influenciam o sucesso da amamentação. Mais estudos como estes devem ser realizados, com amostras de maiores dimensões e mesmo com características diferentes, pois o conhecimento que existe sobre esta temática é ainda muito escasso, sendo necessário garantir o papel do fisioterapeuta nesta área, que segundo os resultados obtidos é de extrema importância. Assim, os fisioterapeutas têm a oportunidade de divulgar a eficácia dos seus serviços, conhecimento e experiência, de modo a aumentar o acesso a estas mulheres.

CONCLUSÃO

Os profissionais de saúde podem ter influência no sucesso da amamentação e o papel da fisioterapia na Saúde da Mulher tem evoluído, tendo maior importância nos cuidados à futura mãe e nos conhecimentos e prática do aleitamento materno. Sabendo a existência dos vários factores predisponentes ao abandono precoce da amamentação, nomeadamente, as variáveis demográficas não-alteráveis e a confiança materna, o fisioterapeuta deverá avaliar e identificar estes, no sentido de dar um contributo para a manutenção desta prática, uma vez que traz muitos benefícios.

Para compreender se o apoio da fisioterapia no pós-parto influencia o grau de auto-confiança das mães no período da amamentação, foi realizado um estudo quantitativo, quasi-experimental e longitudinal, com uma amostra de puérperas, durante o período de pós-parto, utilizando o instrumento BSES-SF. A sua realização e percurso correram da melhor forma, tendo sido os objectivos propostos alcançados.

Os resultados vão de encontro com o que os autores defendem, ou seja, profissionais de saúde, como os fisioterapeutas, que trabalham nesta área da Saúde da Mulher, desempenham um papel único em aumentar a qualidade e a dignidade do momento do parto e, a longo prazo, influenciam a maternidade e a paternidade, tendo um papel fundamental e insubstituível no objectivo de aumentar a incidência e a duração do aleitamento materno, aumentando a confiança materna nesta prática. Por outro lado, as mães que não tiveram o apoio no pós-parto também tiveram um aumento significativo na sua confiança, que contraria as ideias dos autores. Este facto pode ser explicado por situações que lhes são favoráveis e, outras que não foram possíveis de controlar.

Realçam-se alguns aspectos positivos do estudo, pois este trata-se de uma investigação piloto, que procurou colmatar a escassa investigação que há nesta área da fisioterapia. Assim, este é uma mais-valia para os fisioterapeutas que trabalham na área da Saúde da Mulher, na compreensão dos comportamentos e emoções das puérperas durante a amamentação. Mais estudos como estes devem ser feitos, no sentido de dar relevância

ao papel do fisioterapeuta no acompanhamento da mãe durante a preparação para o nascimento e no pós-parto.

O estudo apresentou algumas limitações, nomeadamente, a dificuldade em controlar as ameaças à validade interna, o que pode causar o enviesamento dos resultados, presente por exemplo, na dificuldade de interpretação do instrumento por parte de algumas mães (principalmente no grupo de controlo) e no diferente modo de aplicação deste; os prazos para a realização do estudo não permitiram uma maior disponibilidade de tempo de recolha dos dados, o que resultou numa amostra pequena (inferior a 30 elementos em cada grupo), logo os resultados não podem ser extravasados para a população em geral; por fim, a falta de estudos sobre a realidade portuguesa e o facto de se ter que se basear em estudos estrangeiros, não permitem uma comparação mais específica.

Este estudo contribui para a formação pessoal e profissional, uma vez que, permitiu aumentar o conhecimento geral dentro da área da Saúde da Mulher, sendo esta uma especialização da fisioterapia, em parceria com muitas outras, que são igualmente importantes. Também a investigação e o tratamento da informação para a realização deste projecto contribui para o crescimento profissional, constatando a importância de dar a conhecer à comunidade dos profissionais de saúde, a prática dos fisioterapeutas.

Para generalizar estes resultados seria necessário replicar o estudo com uma amostra mais representativa da realidade. Contudo, a título de sugestão, surgem ainda, a necessidade de desenvolver novas pesquisas com mães com diferentes características sócio-demográficas, nomeadamente, mais novas, com estratos sociais mais baixos, com menores habilitações literárias ou com menos suporte social. Também, seria interessante saber se o apoio no pós-parto se prolongasse por mais tempo, se os ganhos na continuação da amamentação seriam potenciados, sabendo que o primeiro ano de vida do bebé é um ano de grandes transformações. Por fim, é necessária mais investigação nesta área para se determinar se as intervenções que incrementaram a auto-eficácia na amamentação podem ou não alterar os resultados da própria amamentação.

Em conclusão, os fisioterapeutas devem ter consciência da importância de seguir uma prática baseada na evidência e de olhar para cada mãe de uma perspectiva bio-psico-social, de forma a prestar um serviço de qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Academy of Pediatrics (2005). 'Breastfeeding and the Use of Human Milk'. *Pediatrics*, pp. 496-506.
- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (1998). Grupo de Interesse de Fisioterapia na Saúde da Mulher. *Objectivos da GIFSM, Pré-Parto e Pós-Parto*. Disponível on-line em: <http://www.apfisio.pt/gifsm/>. Último acesso em 21-12-de 2009.
- Awano, M. e Shimada, K. (2010). 'Development and evaluation of a self care program on breastfeeding in Japan: A quasi-experimental study'. *International Breastfeeding Journal*, pp. 1 -10.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations Of Thought & Action – A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1989). 'Human Agency In Social Cognitive Theory'. *American Psychologist*, pp. 1175 - 1184.
- Bandura, A. (1993). 'Perceived Self-Efficacy In Cognitive Development And Functioning'. *Educational Psychologist*, pp. 117 - 148.
- Baracho, E. (2002). *Fisioterapia aplicada à Obstetricia - Aspectos de Ginecologia e Neonatologia*. Brasil: Medsi.
- Bárcia, S. e Verissimo, M. (2010). *A massagem no desenvolvimento do bebé e das competências parentais*. Tese de Doutoramento em Psicologia Educacional apresentada ao ISPA, Lisboa.
- Blyth, R., Creedy, D., Dennis, C., Moyle, W., Pratt, J. e De Vries, S. (2002). 'Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: An application of breastfeeding self-efficacy theory'. *Birth*, pp. 278-284.
- Byam-Cook, C. (2008). *Guia do Aleitamento Materno*. Lisboa: Arteplural.

- Campos, A. e Salgado, M. (2006). 'Aleitamento Materno: Questões e Respostas para Pais e Profissionais de Saúde'. *Saúde Infantil*, pp. 47 - 52.
- Cardoso, L. (2006). *Aleitamento Materno – Uma prática de educação para a saúde no âmbito da enfermagem obstétrica*. Dissertação de Mestrado em Educação, especialização em Educação para a Saúde. Braga: Universidade do Minho.
- Carmo, H. e Ferreira, M. (2008). *Metodologia de Investigação - Guia para Auto-preenchimento*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Coutinho, J. (2002) *Atitudes de Mulheres em Relação à Amamentação (Estudo Exploratório)*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Lisboa: Instituto Superior em Psicologia Aplicada.
- Decreto-Lei n.º 91/2009 de 9 de Abril. *Diário da República n.º 70 - I Série*.
- Dennis, C. (2003). 'The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric Assessment of the Short Form'. *Jornal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32, pp. 734-744.
- Dennis, C. (2006). 'Identifying Predictors of Breastfeeding Self-Efficacy in the Immediate Postpartum Period'. *Research in Nursing & Health*, 29, pp. 256-268.
- Dennis, C. e Faux, S. (1999). 'Development and Psychometric Testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale'. *Research in Nursing & Health*, 22, pp. 399-409.
- Dotz, R. (2008). *Aplicação e Validação da BSES-SF em Puérperas*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará.
- Escola Nacional de Saúde Pública e Alto Comissário da Saúde (2007). *Site do Aleitamento Materno*. Disponível *on-line* em: através de <http://www.amamentar.net/>. Último acesso em 20-12-2009.
- Ferreira, C. (2006). 'A Realidade do Aleitamento Materno'. *Nursing*, pp. 1-16.

- Galvão, D. (2006). *Amamentação Bem-Sucedida - Alguns Factores Determinantes*. Loures: Lusociência.
- González, C. (2004). *Manual Prático do Aleitamento Materno*. Caneças: Núcleo.
- Gouveia, C. e Órfão, A. (2009). ‘Problemas Comuns da Amamentação’. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, pp. 370-375.
- Henscher, U. (2007). *Fisioterapia em Ginecologia*. Brasil: Editora Santos.
- International Organization of Physical Therapists in Women’s Health (2005). ‘Scope of Practice. *International Organization of Physical Therapists in Women’s Health*’, pp. 1-2.
- Jansen, J., Weerth, C. e Riksen-Walraven, J. (2008). ‘Breastfeeding and the mother-infant relationship’. A review. *Elsevier* , pp. 503 - 521.
- Jorge, P. (2008). *Preparação para o Nascimento - Da Teoria à Prática* (Monografia da Licenciatura em Fisioterapia). Barcarena: Universidade Atlântica.
- Leal, I. e Rocha, A. (2008). A Amamentação: Uma Revisão Teórica e Empírica. In I. Leal, J. Ribeiro, I. Silva e S. Marques, *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 267 - 269). Porto: Universidade do Porto.
- Levy, L. e Bértolo, H. (2008). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF.
- Liladar, C. (2007). ‘A Importância do Aleitamento Materno’. *Jornal do Centro* , pp. 4 - 6.
- Lourenço, R. (2009). ‘Aleitamento Materno, uma prioridade para o Século XXI’. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, pp. 344-346.
- Marinho, C. e Leal, I. P. (2004). ‘Os Profissionais de Saúde e o Aleitamento Materno: Um estudo Exploratório sobre as Atitudes de Médicos e Enfermeiros’. *Psicologia, Saúde & Doenças*, pp. 93-105.

- Maternidade Alfredo da Costa (data desconhecida). *Banco de Leite Humano*. Disponível *on-line* em: http://www.mac.min-saude.pt/pdfs/Banco_de_Leite.pdf. Último acesso em 10-03-2011.
- Nylander, G. (2006). *Mamã pela Primeira Vez - Crianças Felizes com o Aleitamento Materno*. Porto: ASA Editores.
- Órfão, A. e Gouveia, C. (2009). ‘Apontamentos de Anatomia e Fisiologia da Lactação’. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, pp. 347-353.
- Pereira, A. (2006). ‘Equilíbra pela Amamentação desde o Nascimento: O Aleitamento Materno’. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 3, pp. 80 - 88.
- Pereira, A. (2007). ‘Amamentação na 1ª hora de vida salva um milhão de bebés: Semana Mundial do Aleitamento Materno 2007’. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 4, pp. 254 - 267.
- Pereira, M. (2006). *Importância da Correção da Pega no Sucesso da Amamentação - Relatos de um Estudo Experimental*. Loures: Lusociência.
- Pereira, M., Levy, L., Matos, M. e Calheiros, J. (2008). ‘Influência da Correção da Pega no Sucesso do Aleitamento Materno: Resultados de um Estudo Experimental’. *Revista Referência*, pp. 27 - 38.
- Pinto, T. (2008). ‘Promoção, Protecção e Apoio ao Aleitamento Materno’. *Arquivos de Medicina*, pp. 57 - 68.
- Plano Nacional de Saúde (2004-2010). *Mestras Prioritárias para Crescer com Segurança – pós neonatal aos 9 anos*. Disponível *on-line* em: http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol1_61.html. Último acesso em 19-05-2010.
- Polden, M. e Mantle, J. (2004). *Physiotherapy in Obstetrics and Gynaecology*. Osford: Butterworth Heinemann.

- Rett, M., Bernardes, N., Santos, A., Oliveira, M. e Andrade, S. (2008). ‘Atendimento de Puérrupras pela Fisioterapia em uma Maternidade Pública Humanizada’. *Fisioterapia e Pesquisa*, pp. 361 - 366.
- Rocha, A., e Leal, I. (2008). Aleitamento Materno: Uma Questão em Aberto. In I. Leal, J. Ribeiro, I. Silva e S. Marques, *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 65 - 67). Porto: Universidade do Porto.
- Santos, M. e Brígido, S. (2003) *Adaptação da Mulher ao Nascimento de um Filho*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Psicopatologia. Lisboa: Instituto Superior em Psicologia Aplicada.
- Santos, V. e Bárcia, S. (2009). Contributo para a adaptação transcultural e validação da «Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form» - versão portuguesa. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 363-369.
- Santos, V. (2008). *Contributo para a adaptação transcultural e validação da «Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form» - para a Língua Portuguesa* (Monografia da Licenciatura em Fisioterapia). Barcarena: Universidade Atlântica.
- Sapsford, R., Bullock-Saxton, J. e Markwell, S. (1999). *Women's health – A Textbook for Physiotherapists*. United Kingdom: WB Saunders Company.
- Stephenson, R. e O'Connor, L. (2004). *Fisioterapia aplicada à Ginecologia e Obstetrícia*. São Paulo: Manole.
- Toma, T. e Rea, M. (2008). ‘Benefícios da Amamentação para a saúde da Mulher e da Criança: Um Ensaio sobre as Evidências’. *Caderno de Saúde Pública*, pp. 235 - 246.
- WHO (2009). *Infant and Young Child Feeding: Model Chapter for Textbooks for Medical Students*. Geneva: World Health Organization.

Escola Superior de Saúde da Universidade Atlântica

Licenciatura em Fisioterapia

Ano lectivo 2010/2011 – 4º Ano

Seminário de Monografia

Monografia Final de Curso

**Grau de Auto-Confiança das Mães
no período da Amamentação**



Volume II

Orientadora: *Doutora Sónia Bárcia*

Co-Orientadora: *Dra. Isabel Tomás de Oliveira*

Discente: *Marisa Andreia Ruivo Costa Nº 200791459*

Barcarena, 11 de Julho de 2011



Escola Superior de Saúde da Universidade Atlântica



Licenciatura em Fisioterapia

Ano lectivo 2010/2011 – 4º Ano



Seminário de Monografia

Monografia Final de Curso

**Grau de Auto-Confiança das Mães
no período da Amamentação**

Volume II



Orientadora: Doutora Sónia Bárcia

Co-Orientadora: Dra. Isabel Tomás de Oliveira

Discente: Marisa Andreia Ruivo Costa nº 200791459

Barcarena, 11 de Julho de 2011

ÍNDICE GERAL

Volume II

<i>Índice Geral</i>	67
I.	Apê
ndices	69
Apêndice I – <i>Resultados e Tratamento Estatístico</i>	71
Apêndice II – <i>Carta de Pedido de Autorização</i>	85
Apêndice III – <i>Consentimentos Informados</i>	89
Apêndice IV – <i>Ficha de Caracterização</i>	95
II.	Ane
xos	99
Anexo I – <i>Instrumento de Avaliação: BSES- SF</i>	101
Anexo II – <i>Artigo sobre a Adaptação Transcultural e Validação Instrumento do Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form para a Língua Portuguesa</i>	105

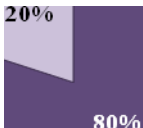

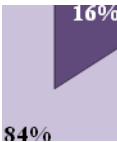



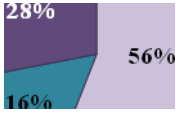

Apêndices

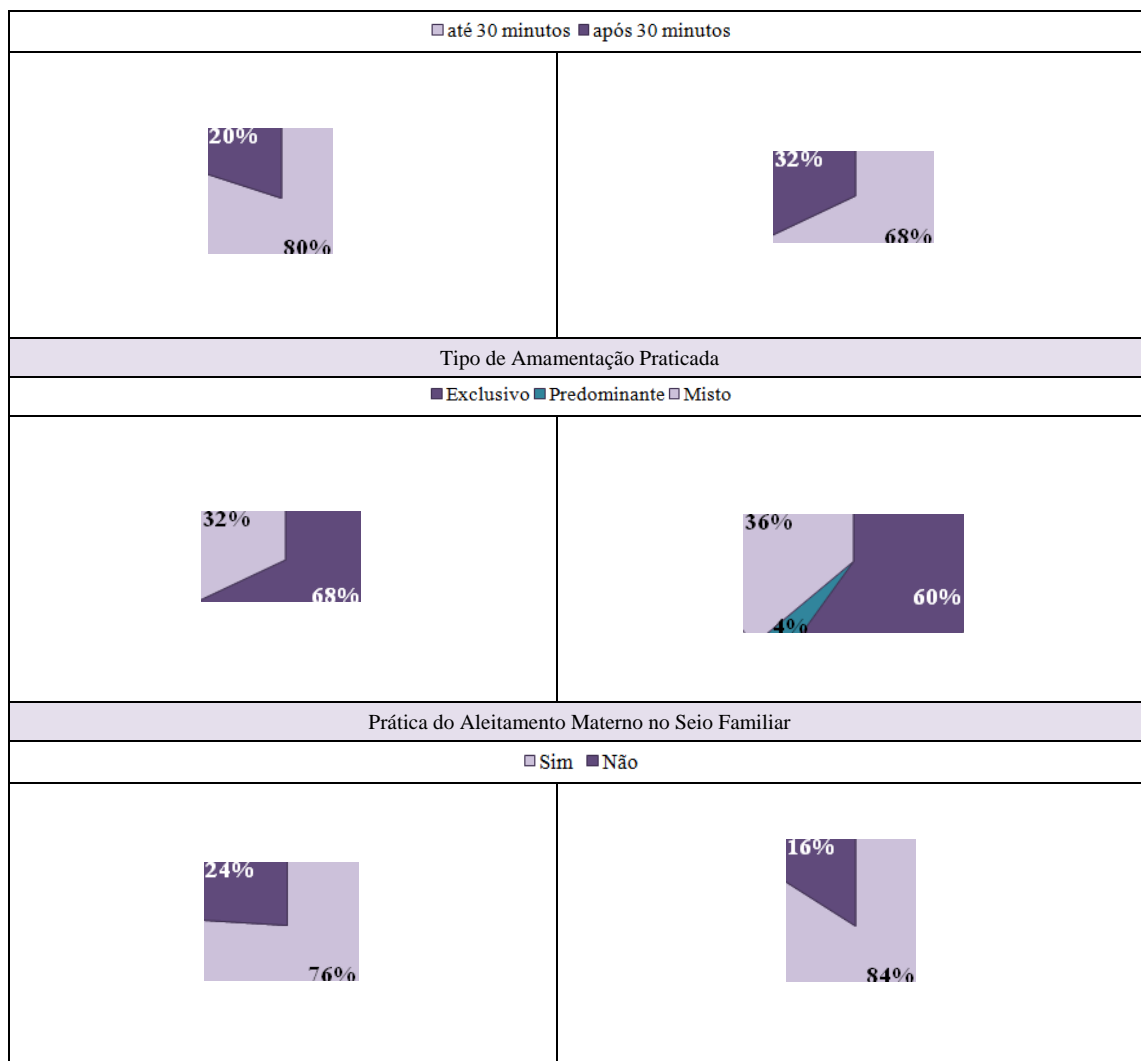
Apêndices

Apêndice I

Resultados e Tratamento Estatístico

Tabelas com Gráficos Circulares para Análise de Outros Dados do Grupo Experimental e de Controlo

Grupo Experimental	Grupo de Controlo
Número de Filhos	
■ Primíparas □ Múltiparas	
	
Experiência Anterior de Amamentação	
■ Sim □ Não	
	
Decisão de Amamentar	
■ Própria □ Própria + Profissionais de Saúde	
	
Tipo de Parto	
□ Eutócito ■ Instrumental ■ Cesariana	
	
Intervalo de Tempo para a Amamentação Após o Nascimento	



Estatística Descritiva da 1ª e 2ª aplicação do BSES-SF para o Grupo Experimental e de Controlo

Grupo Experimental

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Percentis		
						25	50	75
BSES-SF 1ª Aplicação	25	19	68	53,2	11,7	46,5	56,0	61,5
BSES-SF 2ª Aplicação	25	33	70	57,4	9,9	52,0	58,0	65,5

Grupo de Controlo

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Percentis		
						25	50	75
BSES-SF 1ª Aplicação	25	13	22	18,2	2,1	17,0	19,0	19,5
BSES-SF 2ª Aplicação	25	41	70	58,2	6,1	53,0	59,0	63,0

Testes de Normalidade para o Grupo Experimental

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estatística	Graus de Liberdade	Valor de Prova	Estatística	Graus de Liberdade	Valor de Prova
1ª Aplicação	.120	25	.200	.925	25	.067
2ª Aplicação	.166	25	.073	.903	25	.022
Δ (2ª - 1ª Aplicação)	.120	25	.200	.963	25	.473

Estatística Descritiva / *Teste t* do Δ para amostras emparelhadas para o Grupo Experimental

	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão
Δ (2ª - 1ª Aplicação)	25	4.12	4.540	.908

	Valor do Teste = 0					
	t	Graus de Liberdade	Valor de Prova	Diferença Média	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
					Limite Inferior	Limite Superior
Δ (2ª - 1ª Aplicação)	4.538	24	.000	4.120	2.25	5.99

Testes de Normalidade para o Grupo de Controlo

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estatística	Graus de Liberdade	Valor de Prova	Estatística	Graus de Liberdade	Valor de Prova
1ª Aplicação	.161	25	.094	.948	25	.231
2ª Aplicação	.112	25	.200	.943	25	.175
Δ (2ª - 1ª Aplicação)	.130	25	.200	.955	25	.330

Estatística Descritiva / *Teste t* do Δ para amostras emparelhadas para o Grupo de Controlo

	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão
Δ (2ª - 1ª Aplicação)	25	39.96	7.289	1.458

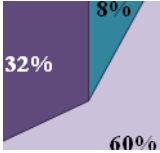
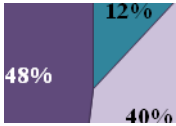

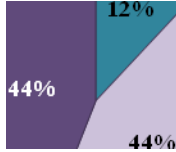
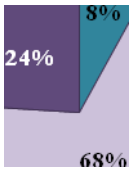
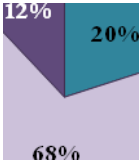
	Test Value = 0					
	t	Graus de Liberdade	Valor de Prova	Diferença Média	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
					Limite Inferior	Limite Superior
Δ (2ª - 1ª Aplicação)	27.413	24	.000	39.960	36.95	42.97

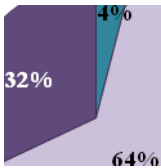
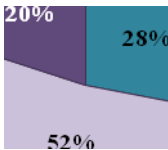
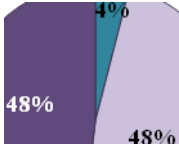
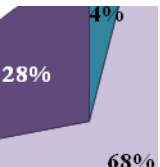
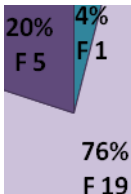
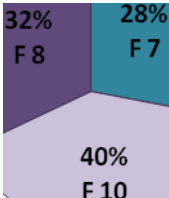
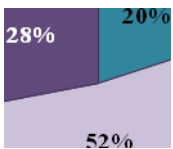
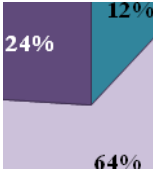
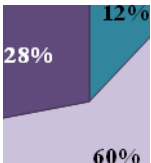

Estatística Descritiva do Δ / Teste de Levene para a igualdade das variâncias e *Teste t* do Δ para amostras independentes para o Grupo Experimental e para o Grupo de Controlo

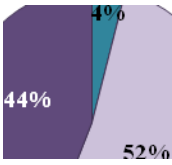
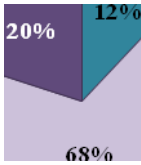
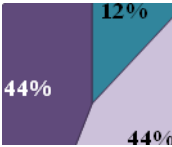
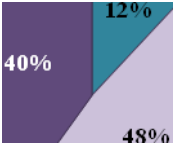
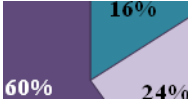

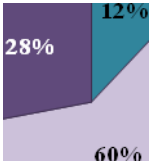
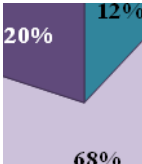
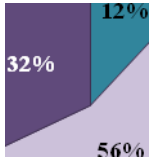
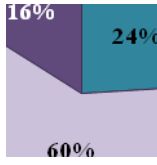
	Grupo	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão
Δ (2ª - 1ª Aplicação)	Experimental	25	4.120	4.5398	.9080
	Controlo	25	39.960	7.2886	1.4577

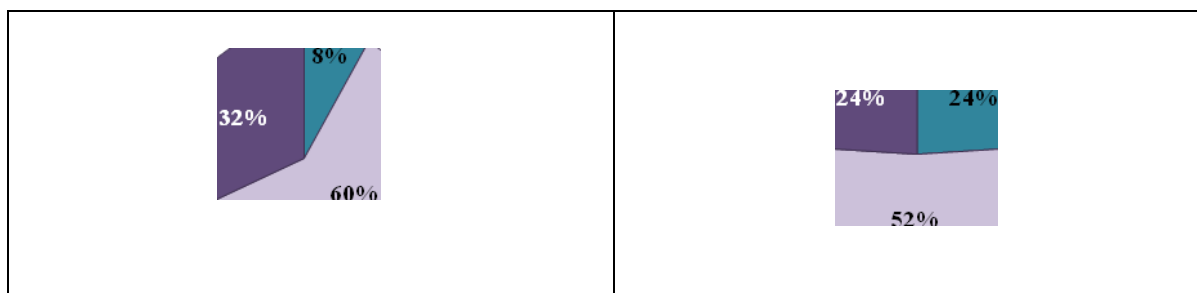
		Teste de Levene para a igualdade das variâncias		Teste t para a igualdade das médias						
		F	Valor de Prova	t	Graus de Liberdade	Valor de Prova	Diferença Média	Erro Padrão da Diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Limite Inferior	Limite Superior
Δ (2ª - 1ª Aplicação)	Igualdade de Variâncias Assumidas	3.970	.052	-20.869	48	.000	-35.8400	1.7174	-39.2930	-32.3870
	Igualdade de Variâncias Não Assumidas			-20.869	40.186	.000	-35.8400	1.7174	-39.3104	-32.3696

Tabela com Gráficos Circulares para a Análise da Variação das Respostas ao BSES-SF entre a 1ª e a 2ª Aplicação para o Grupo Experimental e de Controlo (respostas que não se alteraram (0) - respostas que aumentaram a pontuação (1) - respostas nas quais a pontuação desceu (-1))

Grupo Experimental	Grupo de Controlo
Pergunta 1	
■ -1 □ 0 ■ 1	
	
Pergunta 2	
	
Pergunta 3	
	
Pergunta 4	

	
Pergunta 5	
	
Pergunta 6	
	
Pergunta 7	
	
Pergunta 8	
	
Pergunta 9	

	
Pergunta 10	
	
Pergunta 11	
	
Pergunta 12	
	
Pergunta 13	
	
Pergunta 14	



Comparação dos Resultados da Escala no Grupo Experimental com as Várias Variáveis: Tipo de Parto

	Tipo de Parto	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão
▲ (2ª - 1ª Aplicação)	Eutócito	14	5.43	3.673	.982
	Cesariana	7	1.00	3.606	1.363

		Teste de Levene para a igualdade das variâncias		Teste t para a igualdade das médias						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Diferença Média	Erro Padrão da Diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Limite Inferior	Limite Superior
▲ (2ª - 1ª Aplicação)	Igualdade de Variâncias Assumidas	.282	.601	2.619	19	.017	4.429	1.691	.890	7.967
	Igualdade de Variâncias Não Assumidas			2.637	12.314	.021	4.429	1.680	.779	8.078

Comparação dos Resultados da Escala no Grupo de Controlo com as Várias Variáveis: Intervalo de Tempo para a Amamentação Após o Nascimento e Tipo de Amamentação Praticada

	Intervalo de Tempo para a Amamentação Após o Nascimento	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão
▲ (2ª - 1ª Aplicação)	Até aos 30 minutos	15	42.27	4.906	1.267
	Depois dos 30 minutos	8	33.63	7.328	2.591

		Teste de Levene para a igualdade das variâncias		Teste t para a igualdade das médias						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Diferença Média	Erro Padrão da Diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Limite Inferior	Limite Superior
▲ (2ª - 1ª Aplicação)	Igualdade de Variâncias Assumidas	.736	.401	3.388	21	.003	8.642	2.551	3.337	13.946
	Igualdade de Variâncias Não Assumidas			2.997	10.448	.013	8.642	2.884	2.253	15.030

	Tipo de Amamentação Praticada	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão
▲ (2ª - 1ª Aplicação)	Exclusiva	14	41.86	5.816	1.554
	Mista	8	35.00	7.728	2.732

		Teste de Levene para a igualdade das variâncias		Teste t para a igualdade das médias						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Diferença Média	Erro Padrão da Diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Limite Inferior	Limite Inferior
▲ (2ª - 1ª Aplicação)	Igualdade de Variâncias Assumidas	.322	.577	2.363	20	.028	6.857	2.902	.803	12.911
	Igualdade de Variâncias Não Assumidas			2.182	11.610	.050	6.857	3.143	-.017	13.731

Apêndices

Apêndice II

Carta de Pedido de Autorização



Destinatário

Assunto: Pedido de Autorização para Realização de Estudo

Exmo. Destinatário,

Marisa Andreia Ruivo Costa, aluna na Escola Superior de Saúde da Universidade Atlântica, vem por este meio, solicitar parecer para a realização de um estudo, cujo tema trata o “*Grau de Confiança das Mães no período da Amamentação*”, no Serviço de Medicina Física e Reabilitação do *local de recolha pretendido*, no âmbito da Licenciatura em Fisioterapia, pedindo por isso a colaboração da equipa dos fisioterapeutas que trabalham na preparação para o nascimento e das suas utentes.

Descrição do Estudo: Neste estudo pretende-se avaliar o grau de confiança das mães durante o período da amamentação, compreendendo se o apoio da Fisioterapia no pós-parto tem influência nesta confiança. Para este efeito, será utilizado o instrumento de avaliação – Escala de Auto-Eficácia na Amamentação – Curta Versão –, validado para a língua portuguesa por Santos e Bárcia, em 2008. Este pretende avaliar quais os factores que intervêm na manutenção ou desmame precoce da amamentação por parte das mães. Assim, para que os profissionais de saúde possam melhorar os baixos índices de duração da amamentação de forma eficaz, terão de avaliar de forma fiável as mulheres em situação de risco elevado de abandono e identificar factores de predisposição subjacentes sobre os quais possam actuar.

Metodologia: O estudo pressupõe dois grupos distintos - o de controlo e o experimental. Ambos têm preparação para o nascimento, mas apenas o grupo experimental continua para o pós-parto. A estes grupos serão aplicados um instrumento de avaliação, Escala de Auto-Eficácia na Amamentação – Curta Versão, juntamente com uma ficha de caracterização, para análise dos diversos factores que se relacionam ou interferem com a auto-confiança da mãe neste processo. Os momentos de aplicação correspondem ao período em que decorre o pós-parto para o grupo experimental. Sendo este aplicado na primeira e na última sessão do mesmo. Às mães que apenas têm preparação para o nascimento, e que pertencem ao grupo de controlo, a aplicação do instrumento coincidirá com as mesmas alturas e será feito pessoalmente, por contacto telefónico ou por via electrónica.

Local e Data

Assinatura

Apêndices

Apêndice III

Consentimento Informado

Declaração de Consentimento Informado (Grupo Experimental)

Título do Estudo: “Grau de Auto-Confiança das Mães no período da Amamentação”.

Objectivo do Estudo: O estudo tem como *principal objectivo* compreender se o apoio da Fisioterapia no pós-parto, influência no grau de auto-confiança das mães no período da amamentação. Como *objectivos secundários* pretende compreender, ainda, a influência de factores sócio-demográficos não-alteráveis e outros na auto-eficácia da mãe no período da amamentação.

Metodologia: O estudo pressupõe dois grupos distintos: o de *controlo* e o *experimental*. Ambos têm preparação para o nascimento, mas apenas o grupo experimental continua para o pós-parto. A estes grupos serão aplicados um instrumento de avaliação, *Escala de Auto-Eficácia na Amamentação – Curta Versão*, juntamente com uma ficha de caracterização, para análise dos diversos factores que se relacionam ou interferem com a auto-confiança da mãe neste processo. Os momentos de aplicação correspondem ao período em que decorre o pós-parto para o grupo experimental. Sendo este aplicado pessoalmente pela investigadora, na primeira e na última sessão do mesmo, ao grupo experimental. Depois os dados serão comparados e analisados.

Eu, _____,
declaro que fui informada do objectivo e metodologia do estudo intitulado “Grau de Confiança das Mães no período da Amamentação”, pelo que:

1. Estou consciente de que em nenhum momento serei exposta a riscos em virtude da minha participação no estudo e que poderei em qualquer momento recusar continuar ou ser informada acerca da mesma, sem nenhum prejuízo para a minha pessoa;

2. É também do meu conhecimento que todos os dados por mim fornecidos serão usados exclusivamente para fins científicos e, aquando do tratamento desses dados, estes serão codificados mantendo assim o anonimato;
3. Fui informada de que não terei qualquer tipo de despesa nem receberei nenhuma gratificação ou pagamento pela minha participação neste trabalho.

Depois do anterior referido aceito participar voluntariamente neste estudo.

Assinatura da Participante: _____

Assinatura da Investigadora: _____

Lisboa, ____ de _____ de 2010

Contactos: Telemóvel – 91 481 74 06 – E-mail – marisacosta.ft@gmail.com

Declaração de Consentimento Informado (Grupo de Controlo)

Título do Estudo: “Grau de Auto-Confiança das Mães no período da Amamentação”.

Objectivo do Estudo: O estudo tem como *principal objectivo* compreender se o apoio da Fisioterapia no pós-parto, influência no grau de auto-confiança das mães no período da amamentação. Como *objectivos secundários* pretende compreender, ainda, a influência de factores sócio-demográficos não-alteráveis e outros na auto-eficácia da mãe no período da amamentação.

Metodologia: O estudo pressupõe dois grupos distintos: o de *controlo* e o *experimental*. Ambos têm preparação para o nascimento, mas apenas o grupo experimental continua para o pós-parto. A estes grupos serão aplicados um instrumento de avaliação, *Escala de Auto-Eficácia na Amamentação – Curta Versão*, juntamente com uma ficha de caracterização, para análise dos diversos factores que se relacionam ou interferem com a auto-confiança da mãe neste processo. Os momentos de aplicação correspondem ao período em que decorre o pós-parto para o grupo experimental. Sendo este aplicado na primeira e na última sessão do mesmo. Às mães que apenas têm preparação para o nascimento, e que pertencem ao grupo de controlo, a aplicação do instrumento coincidirá com as mesmas alturas e será feito pessoalmente, por contacto telefónico ou por via electrónica. Depois os dados serão comparados e analisados.

Eu, _____,

declaro que fui informada do objectivo e metodologia do estudo intitulado “Grau de Confiança das Mães no período da Amamentação”, pelo que:

1. Estou consciente de que em nenhum momento serei exposta a riscos em virtude da minha participação no estudo e que poderei em qualquer momento recusar

continuar ou ser informada acerca da mesma, sem nenhum prejuízo para a minha pessoa;

2. É também do meu conhecimento que todos os dados por mim fornecidos serão usados exclusivamente para fins científicos e, aquando do tratamento desses dados, estes serão codificados mantendo assim o anonimato;
3. Fui informada de que não terei qualquer tipo de despesa nem receberei nenhuma gratificação ou pagamento pela minha participação neste trabalho.

Depois do anterior referido aceito participar voluntariamente neste estudo.

Assinatura da Participante: _____

Assinatura da Investigadora: _____

Lisboa, ____ de _____ de 2010

Contactos: Telemóvel – 91 481 74 06 – E-mail – marisacosta.ft@gmail.com

Apêndices

Apêndice IV

Ficha de Caracterização

Ficha de Caracterização

1. Dados Biográficos

Código: _____

Etnia: *Caucasiana* *Africana* *Afro-americana* *Asiática* *Outra* _____

Nacionalidade: _____ Data de Nascimento: _____ Idade: _____

Estado Civil: *Casada* *União de Facto* *Solteira* *Outro:* _____

Nível Socioeconómico: *Baixo* *Médio* *Alto*

Habilitações Literárias: *S/Escolaridade* *1º Ciclo* *2/3º Ciclos* *Secundário* *Superior*

Contactos: *Telefone* - _____ *Telemóvel* - _____

E-mail - _____

2. Outros Dados

Número de Filhos: _____ Idades: _____

Experiência anterior de Amamentação: *Sim* *Não* *Quanto tempo?* _____

A decisão de Amamentar foi tomada:

- *por iniciativa própria*

- *a conselho do profissional de saúde* *Qual?* *Médico* *Enfermeiro* *Fisioterapeuta* *Outro*

- *a conselho de outros* *Quem?* _____

Tipo de Parto:

Normal *Ventosa* *Fórceps* *Cesariana com:* *Anestesia Geral* *ou Epidural*

Amamentação após o nascimento: *Mamou logo* *Mamou ao fim de quanto tempo* _____

Amamentação: - *Aleitamento Materno Exclusivo*

- *Aleitamento Materno Predominante (água, chás, sumos)*

- *Aleitamento Misto (aleitamento materno + fórmula)*

- *Aleitamento por Fórmula*

Se está só com fórmula - mamou: *Sim* *Não* *Quanto tempo?* _____

Quando nasceu foi amamentada? *Sim* *Não* *Quanto tempo?* _____

Obrigada pela sua colaboração!

Anexos

Anexos

Anexo I

Instrumento de Avaliação

Escala de Auto-Eficácia na Amamentação – Curta Versão

Escala de Auto-Eficácia na Amamentação – Curta Versão (Dennis, 2003)

Para cada uma das seguintes afirmações, seleccione a resposta que melhor descreve **o seu grau de confiança** relativamente à amamentação do seu novo bebé. Assinale a sua resposta colocando um círculo à volta do número que melhor **descreve a forma como se sente**. Não existem respostas certas ou erradas.

1 = Nada Confiante 2 = Pouco Confiante 3 = Às vezes Confiante 4 = Confiante 5 = Muito Confiante

	Nada Confiante		Muito Confiante		
1. Eu consigo sempre perceber se o meu bebé está a receber leite suficiente	1	2	3	4	5
2. Eu consigo sempre lidar com sucesso com a amamentação, tal como com outras tarefas desafiantes	1	2	3	4	5
3. Eu consigo sempre amamentar o meu bebé sem ser necessário dar-lhe suplemento	1	2	3	4	5
4. Eu consigo sempre garantir que o meu bebé faz uma boa pega durante toda a mamada	1	2	3	4	5
5. Eu consigo sempre gerir de forma satisfatória a amamentação	1	2	3	4	5
6. Eu consigo sempre gerir a amamentação mesmo que o meu bebé esteja a chorar	1	2	3	4	5
7. Eu posso sempre continuar a desejar amamentar	1	2	3	4	5
8. Eu consigo sempre sentir-me à vontade a amamentar o meu bebé quando estão presentes outros membros da família	1	2	3	4	5
9. Eu consigo sempre sentir-me satisfeita com a minha experiência de amamentar	1	2	3	4	5
10. Eu consigo sempre lidar bem com o facto de a amamentação poder consumir tempo	1	2	3	4	5
11. Eu consigo sempre amamentar o meu bebé esvaziando uma mama antes de passar à outra mama	1	2	3	4	5
12. Eu consigo sempre continuar a amamentar o meu bebé em todas as mamadas	1	2	3	4	5
13. Eu consigo sempre amamentar o meu bebé quando ele pede	1	2	3	4	5
14. Eu consigo sempre identificar quando é que o meu bebé acabou de mamar	1	2	3	4	5

Santos, V., & Bárcia, S. (2008). *Contributo para a adaptação transcultural e validação da «Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form» - para a Língua Portuguesa*. Monografia Final de Curso da Licenciatura em Fisioterapia. Barcarena: Universidade Atlântica.

Anexos

Anexo II

*Artigo sobre a Adaptação Transcultural e Validação
Instrumento do Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short
Form para a Língua Portuguesa*

Contributo para a adaptação transcultural e validação da «Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form» – versão portuguesa

Vanessa Santos,* Sónia Bárca**



RESUMO

A amamentação apresenta muitas vantagens, tanto para a mãe, como para o bebé. É reconhecida pelas organizações internacionais como a OMS/UNICEF/Academia Americana de Pediatria como o melhor método para alimentar uma criança. Contudo, muitas mães abandonam a amamentação precocemente. Nesse sentido é necessário identificar os factores responsáveis por este facto. Os instrumentos de medida são uma boa ferramenta de avaliação ao dispor dos profissionais de saúde. A «Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF)» é um instrumento de auto-preenchimento composto por 14 itens concebidos para avaliar a confiança das mães na amamentação. O objectivo deste estudo é dar um contributo na validação da BSES-SF, para a realidade portuguesa. Foram realizados os procedimentos para a validade de conteúdo, consistência interna e estabilidade do instrumento ao longo do tempo. Na avaliação das propriedades psicométricas, foi analisada a validade de conteúdo por um comité de sete peritos. A consistência interna e o teste/re-teste foram medidos utilizando uma amostra constituída por 31 puérperas a amamentar, que preencheram a escala na 1^a-2^a semana após o parto e novamente uma semana mais tarde. Em relação à fiabilidade, a consistência interna da BSES-SF deu um valor de 0,95 no coeficiente alfa de Cronbach e um valor de 0,52 na reprodutibilidade teste/re-teste. Nas sete questões secundárias levantadas, verificou-se que a relação entre a auto-eficácia e experiência anterior de amamentação, aleitamento materno exclusivo e a amamentação imediatamente após o parto, são estatisticamente significativos. As habilitações literárias, estado civil, idade e tipo de parto não influenciaram significativamente a auto-eficácia. Este estudo revela que a versão traduzida da BSES-SF é uma medida válida e fiável de auto-eficácia na amamentação.

Palavras-Chave: Amamentação; Instrumentos de Medida; Adaptação Cultural; Validação; Breastfeeding Self-Efficacy Scale.

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é considerado um dos pilares fundamentais para a promoção e protecção da saúde das crianças em todo o mundo. A sua prevalência tem sido muito variável ao longo dos tempos, tendo atingido valores muito reduzidos nas décadas que se seguiram à II Guerra Mundial, devido às alterações sociais e comportamentais que modificaram o estilo de vida das mulheres. Após os anos 70 verificou-se um retorno gradual à

prática do aleitamento materno, sobretudo nas mulheres mais informadas. Nos últimos anos, através dos esforços da Organização Mundial de Saúde (OMS) e de muitas outras entidades, têm-se realizado estudos para averiguar as causas deste declínio e estabelecer estratégias que conciliem a prática do aleitamento materno com as condições de vida moderna.¹

Em Portugal, os estudos epidemiológicos parecem confirmar que as taxas de amamentação têm tido uma melhoria progressiva nas últimas duas décadas.^{1,2} Os dados nacionais situam-se dentro do intervalo de variação dos países do Sul da Europa, onde as taxas de ini-

*Licenciada em Fisioterapia
**Docente do Curso de Fisioterapia, Universidade Atlântica



cio de amamentação se aproximam dos 80%, rondam os 50% aos três meses e decrescem para os 25% aos seis meses.²

O sucesso da amamentação depende de muitos factores. O apoio por parte do companheiro é fundamental, a mãe fica mais confiante na escolha de amamentar se o parceiro estiver de acordo e confiante em relação à amamentação.^{3,4} A restante família e os amigos também podem ser fonte de encorajamento, ou pelo contrário contribuir para o aumento das dificuldades. Como acontece às avós que não amamentaram pela chamada «síndrome do leite insuficiente», que têm tendência a questionar a quantidade e qualidade do leite e a criar um ambiente adverso à amamentação.⁵ Também as práticas da maternidade, nomeadamente a adaptação do recém-nascido ao seio, de preferência na primeira meia hora, são importantes para iniciar a amamentação e a vinculação mãe-filho.^{6,7}

Entre as razões subjectivas mais frequentes para o insucesso da amamentação, conta-se a circunstância de muitas mães acreditarem que não têm leite suficiente, em quantidade ou qualidade, ou terem tido anteriormente dificuldade em amamentar.⁸ No âmbito fisiológico, os problemas que ocorrem mais frequentemente são o ingurgitamento mamário, as mastites, que podem ser dolorosas, as gretas ou fissuras nos mamilos, os mamilos dolorosos, a insuficiência quantitativa da produção de leite e a deficiência qualitativa do leite. Em todas estas situações, a solução passa, normalmente, pela continuação da amamentação, em posição apropriada e com um procedimento técnico adequado.⁹

Recentemente a questão da auto-eficácia tem sido vista como um excelente modo de prever os comportamentos relacionados com a saúde. Identificada como a percepção que um indivíduo tem de que é capaz de desempenhar uma tarefa ou comportamento específico, a auto-eficácia compõe-se de duas partes: (a) expectativas de resultados, a percepção de que um determinado comportamento gera um determinado resultado; e (b) expectativas da auto-eficácia, a convicção do indivíduo de que é capaz de realizar uma tarefa ou comportamento específicos para obter o resultado desejado. Esta distinção é importante. As pessoas podem acreditar que um determinado comportamento as irá ajudar a atingir um determinado resultado, mas estarem

pouco confiantes de que irão desempenhar esse comportamento numa situação específica. Por exemplo, se uma mãe acreditar que é importante não introduzir uma fórmula láctea suplementar, mas não tiver confiança na sua capacidade de manter a produção de leite ou de determinar se o bebé recebe leite materno suficiente, torna-se provável que essa mãe vá introduzir o suplemento lácteo.^{10,11}

Estas expectativas de auto-eficácia influenciam os comportamentos do indivíduo de várias formas: o esforço que despende, durante quanto tempo persiste quando enfrenta obstáculos, ou se se deixa envolver em processos cognitivos auto-debilitantes ou encorajadores. Assim, a auto-eficácia na amamentação é uma variável importante para os resultados do aleitamento, uma vez que prevê: (a) se a mãe opta por amamentar ou não, (b) o grau de esforço investido no processo, (c) se a mãe apresenta padrões de pensamento auto-debilitantes ou de auto-elevação, e (d) de que forma reage emocionalmente às dificuldades da amamentação.^{10,11}

Na auto-eficácia existem quatro fontes principais de informação: (a) resultados de desempenhos (experiências anteriores de amamentação), (b) experiências visuais (observação do desempenho nesse comportamento), (c) persuasão verbal (encorajamento por parte de pessoas significativas), e (d) reacções fisiológicas (reacções somáticas à consciencialização autónoma durante a antecipação ou experiência de um acontecimento potencialmente desgastante). Em relação à auto-eficácia na amamentação, uma mãe determina a sua capacidade de amamentar o recém-nascido com base em experiências anteriores de amamentação, na observação de comportamentos de amamentação de outras mães e no encorajamento por parte das pessoas que influenciam a sua vida. Também, o seu estado psicológico e afectivo, incluindo fadiga, *stress* ou ansiedade, é uma importante fonte de informação para avaliar a sua capacidade de amamentar.¹¹

Foram realizados vários estudos para identificar as mães em risco de abandonar precocemente a amamentação, mas muitos dos factores de prognóstico são variáveis demográficas que não podem ser modificadas, como a idade da mãe, estado civil, nível de escolaridade e nível socioeconómico.¹²

O efeito da confiança materna nos resultados da amamentação tem sido salientado por diversos inves-



tigadores. Num estudo transversal de 64 mulheres nos EUA, conclui-se que as grávidas sem confiança nas suas capacidades de amamentar iriam provavelmente desistir antes de 2 semanas após o parto (rácio de risco = 2,38; 95% intervalo de confiança [IC] = 1,82-6,18). De igual modo, descobriu-se que 27% das mulheres com uma baixa confiança, antes do parto, na sua capacidade de amamentar, desistiam de amamentar durante a primeira semana, em comparação com apenas 5% das mulheres com confiança elevada ($p < 0,001$). O insucesso na amamentação é 4 a 5 vezes mais provável em mães menos confiantes.¹¹

A evidência científica actual aponta para o facto de que todas as formas de apoio, profissional ou outro, aumentam a duração do aleitamento materno (AM). O apoio profissional parece aumentar especialmente a duração do AM exclusivo, enquanto o apoio por leigos parece ser eficaz em todos os tipos de AM. Há ainda evidência de que a formação das equipas de saúde hospitalares segundo o modelo da OMS/UNICEF contribui significativamente para o prolongamento do AM exclusivo.¹²

MÉTODOS

Amostra

A amostra é constituída por 31 puérperas seguidas nos Centros de Saúde da Parede e de Cascais, no período de Julho a Outubro de 2008. Os critérios de inclusão foram: utentes a amamentar na primeira ou segunda semana de vida do bebé, mães com idade igual ou superior a 18 anos, mães que frequentem os Centros de Saúde da Parede e de Cascais e que compreendam a língua portuguesa. Como critérios de exclusão: bebés com patologia que os impossibilite de mamar, utentes a amamentar na terceira semana de vida do bebé, mães com patologia que desaconselhe a amamentação, mães em aleitamento materno exclusivo mas por biberão, e mães que vão deixar de amamentar no momento da primeira ou segunda aplicação da escala.

As trinta e uma utentes dos Centros de Saúde de Cascais e da Parede que participaram na investigação têm uma média de idades de 30,8 anos ($dp=4,5$), a utente mais nova tem 22 anos e a mais velha 41 anos. O escalão etário modal situa-se no intervalo 31-35 anos, que compreende 48,4% do total das inquiridas. A maioria das inquiridas tem o ensino superior (51,6%), seguin-

do-se as utentes com o ensino secundário (42%) e as que têm o ensino básico (6,4%). Em termos de estado civil, predominam as casadas (68%) e as utentes em união de facto (29%). Cerca de 48% são primíparas, 42% têm o segundo filho e 9,7% o terceiro. No que se refere ao tipo de parto, constata-se que a generalidade se refere a partos de cesariana com epidural (35,5%), seguindo-se os partos eutócicos (29%). Mais de metade da amostra já tinha tido experiência anterior de amamentação (52%) e o tipo de amamentação mais praticado é o aleitamento materno exclusivo (74,2%).

Instrumento

Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF)

A *Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES)*, desenvolvida em 1999 por Cindy-Lee Dennis e Sandra Faux, é uma escala que identifica as mães que amamentam no período pós-parto imediato e que necessitam de suporte adicional. Identifica a confiança das mães na amamentação: mães em risco de abandono precoce, comportamentos e cognições relacionadas com a amamentação, individualização de estratégias de confiança, avaliação das intervenções e desenvolvimento de um programa guião.¹⁰ Em 2003, esta versão foi revista por Cindy-Lee Dennis e desenvolvida uma Short-Form da BSES. Assim, a BSES passou de 33 itens para a BSES-SF, com 14 itens, cujas propriedades psicométricas foram estudadas numa amostra de 491 mães, sendo cada pergunta respondida segundo uma escala de Likert de um a cinco: 1 – nada confiante, 2 – pouco confiante, 3 – às vezes confiante, 4 – confiante, 5 – muito confiante.^{10,11} Em anexo será apresentada a versão portuguesa da BSES-SF (Anexo 1).

Procedimentos

O estudo efectuado é uma adaptação transcultural e validação de um instrumento de medida na área da saúde. O objectivo principal é traduzir, adaptar e validar para a cultura portuguesa o instrumento de medida «*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*», em termos de validade de conteúdo e mantendo a fiabilidade (validade interna através do alfa de Cronbach e reprodutibilidade teste/re-teste). O objectivo secundário é tentar perceber qual a influência da auto-eficácia na amamentação de sete factores: a idade, a experiência



anterior de amamentação, as habilitações literárias, o estado civil, o tipo de parto, ter ou não amamentado logo após o parto e o tipo de amamentação.

A adaptação inter-cultural de um instrumento envolve dois passos principais: avaliação das equivalências conceptuais e linguísticas e avaliação das propriedades psicométricas. Segundo o *European Group on Health Outcomes (ERGHO)* estes são os critérios que permitem considerar que determinada medida tem equivalência cultural.¹⁴

A avaliação das equivalências conceptual e linguística inicia-se com um processo de tradução. Esta deve ser realizada por dois ou mais tradutores independentes, bilingues e multi-profissionais, ou tradutores oficiais cuja língua-mãe é a da versão a adaptar. A versão assim obtida deve ser retrovertida para a língua original por tradutores cuja língua-mãe seja a da versão original. As duas versões na língua original devem então ser comparadas.¹⁴

A adaptação inter-cultural de um instrumento envolve duas fases principais: (1) avaliação das equivalências conceptuais e linguísticas e (2) avaliação das propriedades psicométricas.

(1)

- Foi feito um pedido formal à autora para a tradução da escala, o qual foi autorizado.
- Tradução e retroversão cegas: realizadas por 2 tradutores.
- As versões de consenso da tradução e retroversão foram feitas pelas autoras deste artigo.
- A versão final da retroversão foi aprovada pela autora da escala.

(2)

- Avaliação por um painel de sete peritos, três fisioterapeutas, duas médicas e duas enfermeiras, da versão portuguesa da BSES-SF.
- O painel avaliou quanto ao formato, apresentação, realidade portuguesa e nível de compreensão.
- Critérios de inclusão para os sete peritos: experiência na área da saúde da mulher ou de aleitamento materno, mínimo de seis anos de experiência e grau académico de licenciatura.

Após estas etapas foi efectuado um pré-teste a um pequeno grupo de puérperas. Passando em seguida à aplicação da escala em contexto real, foi feita em dois tempos: um primeiro com acompanhamento de uma das au-

toras, na primeira ou segunda semana de vida do bebé e um segundo tempo, uma semana após a primeira.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Análise das dimensões da escala

Os valores descritivos da escala encontram-se apresentados no Quadro I, assim como, o respectivo Alfa de Cronbach.

QUADRO I. Média, Desvio Padrão e Alfa da Escala

Escala	Média	Desvio-Padrão	Alfa
BSES-SF	53,4	12,2	0,95

O Alfa de Cronbach da versão portuguesa foi de 0,95, semelhante ao da versão original, que foi de 0,94 e acima do da versão polaca que foi de 0,89. A média que se obteve é muito semelhante aos valores obtidos pela autora na escala original (55,8) e o valor do desvio-padrão da BSES-SF foi ligeiramente superior do que na escala original (10,8).

A consistência interna da escala de auto-eficácia da amamentação (BSES-SF) foi avaliada com recurso ao coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach. O valor obtido na versão portuguesa da BSES-SF foi de 0,95. Segundo Hill e Hill (2005), quando se obtêm valores de alfa de Cronbach acima de 0,9, este pode ser considerado excelente.¹⁵

- > 0,9 – Excelente
- 0,8 – 0,9 – Bom
- 0,7 – 0,8 – Razoável
- 0,6 – 0,7 – Fraco
- < 0,6 – Inaceitável

REPRODUTIBILIDADE (TESTE/RETESTE)

QUADRO II. Correlação entre tempo 1 e tempo 2

	BSES-SF 2
BSES-SF 1	0,52

p < 0,001

O coeficiente de reprodutibilidade (teste/reteste) medido através do coeficiente de correlação momento-

Rev Port Clin Geral 2009;25:363-9



produto de *Pearson* entre a primeira aplicação e a segunda aplicação é de ($r=0,52$), diferente do da escala original na 1ª ($r= 0,99$), 4ª ($r= 0,99$) e 8ª ($r= 0,99$) semanas após o parto. Segundo Pestana e Gageiro (2005) este valor pode ser considerado positivo, moderado e significativo¹⁸

- < 0,2 – Muito fraca
- 0,2 – 0,4 – Fraca
- 0,4 – 0,7 – Moderada
- 0,7 – 0,9 – Elevada
- > 0,9 – Muito elevada

Questões secundárias

Uma vez que a auto-eficácia pode ser influenciada por diversos factores, fomos ainda tentar perceber qual a relação entre sete factores: a idade, a experiência anterior de amamentação, as habilitações literárias, o estado civil, o tipo de parto, ter ou não amamentado logo após o parto e o tipo de amamentação, na auto-eficácia da amamentação.

Nas questões secundárias levantadas, é utilizada como referência, para aceitar ou rejeitar a hipótese nula, um nível de significância (α) $\leq 0,05$. Nas questões 1,2,3 como foram comparados dois grupos em variáveis dependentes medidas em escalas de rácio, utilizou-se o teste *t* de *Student* para amostras independentes.

Questão 1 – Será que a experiência anterior de amamentação influencia significativamente a auto-eficácia da amamentação?

Questão 2 – Será que as mulheres que amamentaram o bebé logo após o parto obtêm valores superiores na escala de amamentação aos das mulheres que não amamentaram logo o seu bebé?

Questão 3 – Será que o tipo de amamentação influencia significativamente a auto-eficácia da amamentação?

Questão 1

A experiência anterior de amamentação influenciou significativamente a auto-eficácia da amamentação, pois $t(29) = -2,319$, $p= 0,028$. As mulheres com experiência anterior de amamentação obtêm valores mais elevados na escala de auto-eficácia da amamentação do que as mulheres sem experiência anterior de amamentação ($m=58,0$ versus 48,5).

Questão 2

As mulheres que amamentaram o bebé logo após o parto obtêm valores significativamente superiores na escala de auto-eficácia de amamentação aos das mulheres que não amamentaram logo o seu bebé ($m=56,7$ versus 46,5), com $t(29) = 2,345$, $p= 0,026$

Questão 3

A relação é estatisticamente significativa pois $t(29) = 6,822$, $p= 0,000$. As mulheres que amamentam os bebés com leite materno exclusivo obtêm valores significativamente superiores na escala de auto-eficácia de amamentação aos das mulheres que fazem aleitamento misto ($m=58,9$ versus 37,5).

Estes resultados, obtidos estatisticamente, são consistentes com as mais antigas tradições da humanidade e com os avanços mais recentes da ciência. Apesar de as habilitações literárias, estado civil, idade e tipo de parto não influenciarem significativamente a auto-eficácia neste estudo, pois obtiveram $p \geq 0,05$, tal como nos resultados da escala original (com excepção do tipo de parto, factor que não é contemplado na escala original), estes constituem bons indicadores, que possivelmente numa amostra maior se alterariam e poderiam vir a influenciar a amamentação.

No âmbito da actual política de internamentos de curta duração no hospital, a BSES-SF fornece aos profissionais de saúde um instrumento clínico útil.

Limitações/Restrições

As pequenas dimensões da amostra (31 mães) deveriam-se às limitações temporais e de recursos humanos. Como pode observar-se na descrição da amostra, esta é muito homogênea, pelo que não é representativa das mulheres portuguesas. Como tal, não se obteve uma variabilidade suficiente em algumas respostas ao questionário, de modo a detectarem-se diferenças na auto-eficácia da amamentação.

CONCLUSÃO

O objectivo deste trabalho foi o de dar um contributo para a adaptação e validação cultural do instrumento de medida BSES-SF para a realidade portuguesa. Este propósito foi atingido, contudo é de salientar que a amostra utilizada foi de conveniência e de dimensões reduzidas. Este instrumento pretende avaliar a confian-



ça das mães durante a amamentação.

No final das várias etapas metodológicas, constatou-se que os resultados encontrados na amostra utilizada nesta investigação psicométrica, foram consistentes com o estudo original e revelam que a versão portuguesa da BSES-SF pode ser um valioso instrumento de medição da confiança das mães na amamentação. Em relação à validade de conteúdo, embora não tenha havido uma concordância total entre peritos, pode-se salientar que houve um bom nível de consenso, tendo-se introduzido pequenas alterações a nível linguístico e cultural. O valor da validade interna foi considerado excelente pois encontra-se acima de 0,9 e o coeficiente de reprodutibilidade pode ser considerado positivo, moderado e significativo, pois foi de 0,52.

Uma vez que se encontraram relações estatisticamente significativas entre a BSES-SF e a experiência anterior de amamentação, a amamentação logo após o

QUADRO III. Questões Secundárias significativas

	BSES-SF
Experiência anterior de amamentação	p = 0,028
Amamentação logo após o parto	p = 0,026
Tipo de amamentação	p = 0,000

parto e o tipo de amamentação, seria importante realizar novos estudos com diferentes amostras no sentido de perceber se estas associações se mantêm.

A BSES-SF é uma preciosa ferramenta ao dispor dos profissionais de saúde no sentido de identificar mães em risco de abandonarem precocemente o acto de amamentar, avaliar comportamentos inerentes à amamentação, avaliar a eficácia das intervenções ou ajudar na construção de programas direccionados à díade mãe-bebé.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sarafana S, Abecasis F, Tavares A, Soares I, Gomes A. Aleitamento materno: evolução na última década. Act Ped Port 2006 Jan-Fev; 37 (1): 9-14.
2. Cardoso L. Aleitamento Materno uma prática de educação para a saúde no âmbito da enfermagem obstétrica [Dissertação]. Braga: Universidade do Minho; 2006. p. 110.
3. LLLI. La Leche League Portugal. Disponível em: <http://www.llli.org/Portugal.html> [acedido em 19/10/2009].
4. NCT: Information Sheet: Fathers and Breastfeeding. [Internet]. National Childbirth Trust 2008. Disponível em: <http://www.nct.org.uk/info-centre/publications/view/37> [acedido em 22/10/2008].
5. Portal da Saúde. Site do Aleitamento Materno. Disponível em: <http://www.amamentar.net/> [acedido em 25/10/2008].
6. Michaelsen K, Weaver L, Branca F, Robertson A. Feeding and nutrition of infants and young children. Geneva: WHO; 2003.
7. Kennell H, Klaus H.V. Inculco afetivo: observações recentes que alteram o cuidado perinatal. Disponível em: Available from http://www.ifean.org.br/documentos/mes/doc4_99.pdf [acedido em 12/09/2008].
8. Coutinho J, Leal IP. Atitudes de mulheres em relação à amamentação: Estudo exploratório. Anál Psicol 2005 Jul; 23 (3): 277-82.
9. Galvão D. Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes. Loures: Lusociência; 2006.
10. Dennis CL, Faux S. Development and Psychometric Testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. Res Nurs Health 1999 Oct; 22 (5): 399-409.
11. Dennis CL. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2003 Nov-Dec; 32 (6): 734-44.
12. Dennis CL. Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period. Res Nurs Health 2006 Aug; 29 (4): 256-68.
13. Mama Mater: Associação Pró-Aleitamento Materno em Portugal. Newsletter 2008. Disponível em: <http://www.mamamater.org/newsletter.html> [acedido em 19/10/2008].
14. Ferreira PL, Marques FB. Adaptação cultural e linguística. In: Ferreira PL, Marques FB, compiladores. Avaliação psicométrica e adaptação cultural e linguística de instrumentos de medição em saúde: princípios metodológicos gerais. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra; 1998. p. 19-20.
15. Hill MM, Hill A. Investigação por questionário. 2ª ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2005.
16. Pestana MH, Gajreiro JN. Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. 5ª ed. Lisboa: Sílabo; 2008.

Conflitos de Interesse: não assinalados

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Vanessa Santos
E-mail: nexasantos@gmail.com



ABSTRACT

Breastfeeding has many advantages for both the mother and the baby. It is recognized by international organizations such as WHO / UNICEF / American Academy of Paediatrics as the best method to feed a child. Many mothers prematurely discontinue breastfeeding. So it is very important to identify the factors which are responsible for this. Measurement Instruments are good assessing tools for health professionals. Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF) is an auto fill measure instrument composed by 14 items meant to evaluate mothers' confidence in breastfeeding. The main purpose of our study is to contribute to validate the BSES-SF to the Portuguese reality. Procedures were made to construct validity, internal consistency and instrument's stability in time. A seven expert Committee analyzed the construct validity. Internal consistency and test/ re-test were measured using a sample of 31 breastfeeding mothers, who filled the scale in the 1st-2nd week postpartum and again one week later. BSES-SF internal consistency showed a Cronbach's alpha coefficient of 0,95, and 0,52 in test/ re-test. Concerning seven secondary questions about factors which could influence self-efficacy in breastfeeding, we could verify statistical significance between self-efficacy and previous breastfeeding experience, exclusive breastfeeding, and breastfeeding immediately after birth. Educational level, marital status, age and the kind of birth had no significant influence in self-efficacy. This study showed that the translated version of BSES-SF is a valid and reliable measure of self-efficacy in breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding; Measure Instruments; Cross adaptation; Validation; Breastfeeding Self-Efficacy Scale.

ANEXO

Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form (Dennis, 2003)

Para cada uma das seguintes afirmações, seleccione a resposta que melhor descreve o seu grau de confiança relativamente à amamentação do seu novo bebé. Assinale a sua resposta colocando um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sente. Não existem respostas certas ou erradas.

	1 = nada confiante	2 = pouco confiante	3 = às vezes confiante	4 = confiante	5 = muito confiante
					Nada confiante Muito confiante
1					1 2 3 4 5
2					1 2 3 4 5
3					1 2 3 4 5
4					1 2 3 4 5
5					1 2 3 4 5
6					1 2 3 4 5
7					1 2 3 4 5
8					1 2 3 4 5
9					1 2 3 4 5
10					1 2 3 4 5
11					1 2 3 4 5
12					1 2 3 4 5
13					1 2 3 4 5
14					1 2 3 4 5

Rev Port Clin Geral 2008;23:363-9