ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO

Motivação para a Amamentação: construção de um instrumento de medida

Motivation for breastfeeding: construction of an assessment tool

Paula Alexandra Nelas *
Manuela Ferreira **
João Carvalho Duarte ***

Resumo

Este estudo tem como principal objectivo construir e validar uma escala de motivação para amamentação e ainda, analisar a influência das variáveis idade, paridade e local de residência na motivação para amamentação. As vantagens desta prática são múltiplas, quer a curto quer a longo prazo, existindo um consenso mundial de que o aleitamento materno exclusivo é a melhor maneira de alimentar o bebé até aos 4/6 meses de vida. A decisão de amamentar é pessoal, no entanto, está sujeita a influências de onde destacamos: as características da criança, ambiente familiar, socialização da mulher e a relação estabelecida com os técnicos de saúde durante o período pré e pós natal.
Os resultados obtidos revelam-nos a existência de 3 factores com raízes latentes superiores a 1 que explicam 40,488% da variância total. Assumiram as seguintes nomenclaturas: 1 – Dimensão cognitiva; 2 – Dimensão fisiológica; 3 – Dimensão psicossocial. Verificamos que a motivação para a amamentação é maior nas grávidas residentes em meio urbano e em mulheres mais velhas. A motivação global para a amamentação é maior nas mulheres já com filhos.

Palavras-chave: motivação, amamentação, escala, aleitamento materno

Abstract

The main goal of this study is to build and validate a motivation scale on breastfeeding and also to analyze the influence of the variables age, parity and place of residence towards the motivation to breastfeed. This practice's advantages are multiple in short and long-term, and there is a worldwide consensus that the exclusive maternal breastfeeding is the best way to feed the baby up to 4/6 months of life. The decision to breastfeed is personal; however, it is under some influences, such as: the child's characteristics, the family environment, the woman socialization and the relation established with the health technicians during the pre and post-natal period. To accomplish this study we selected a 199 pregnant women sample who were in the last trimester of gestation and who where attending the Health Centres consultations from the Central Region of the country. The results obtained revealed us the existence of 3 factors with latent roots superior to 1 which explain 40,488% of the total variance. They assumed the following nomenclature: 1 – Cognitive dimension; 2 – Physiological dimension; 3 – Psychological dimension. We verify that the motivation to breastfeed is higher in pregnant women residing in urban environment and in older women. The global motivation to breastfeed is higher in women who already have children.

Keywords: motivation, breastfeeding, scale

* Mestre em Sociopsicologia da Saúde, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde de Viseu.
** Doutora em Ciências da Educação, Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde de Viseu.
*** Mestre em Ciências de Enfermagem, Professor Coordenador na Escola Superior de Saúde de Viseu.

Recebido para publicação em 23-03-07.
Aceite para publicação em 25-02-08.

Introdução

A OMS e a UNICEF recomendam o aleitamento materno exclusivo até aos seis meses de vida e o aleitamento materno complementado com outros alimentos até aos dois anos pelos benefícios destas práticas a nível do crescimento, morbilidade e mortalidade infantil. No entanto, apenas metade das crianças que nascem anualmente são alimentadas exclusivamente com leite materno até ao quarto mês de vida e a interrupção do aleitamento antes da criança complementar dois anos observa-se em metade das crianças.

Os estudos efectuados no nosso país sugerem que a evolução da prática do aleitamento materno se processou de maneira semelhante à de outros países europeus. De facto, a industrialização, a II Grande Guerra, a massificação do trabalho feminino, a perda da família alargada e a publicidade agressiva das indústrias produtoras de substitutos do leite materno tiveram como consequência, a partir dos anos 30/40, uma diminuição da incidência e da prevalência do aleitamento materno. A partir do final dos anos 70, com a divulgação dos benefícios do leite materno verificou-se um retorno gradual à prática do aleitamento materno sobretudo nas mulheres com mais informação. Em Portugal, existe uma alta incidência de aleitamento materno, no entanto, grande parte das mães desistem de amamentar durante o primeiro mês de vida do bebé, o que justifica o incrementar de medidas que promovam o seu maior sucesso. As vantagens deste tipo de aleitamento são bem conhecidas pelos profissionais de saúde que têm obrigação de informar as futuras mães, não devendo no entanto culpabilizar uma mãe que não quer, ou não pode, amamentar.

O aleitamento materno satisfaz as necessidades do bebé, promove a proximidade entre mãe e filho e fortalece o vínculo iniciado na gestação. Sabemos que ao amamentar o bebé beneficia não só dos aspectos nutricionais e imunológicos, mas também da estimulação dos seus órgãos de sentidos: vê a face da mãe, escuta a sua voz, sente a sua pele, cheira o seu odor, sente o gosto do seu leite. Em nosso entender o acto de amamentar está cheio de significados quer para a mãe quer para o bebé. Esta problemática motivou-nos para o desenvolvimento do presente estudo cuja temática é "*Motivação para a amamentação: construção de um instrumento de medida.*" Pretendemos desta forma verificar se existe suporte empírico para uma estrutura dimensional de uma escala de motivação para amamentação e ainda se a motivação para a amamentação pode ser avaliada através de um instrumento de medida.

Aleitamento materno

De acordo com a OMS (1991) uma criança é considerada em aleitamento materno exclusivo quando recebe somente leite materno, directamente da sua mãe ou ama de leite, ou extraído, não sendo oferecido mais nenhum líquido ou sólido.

É durante a gravidez que a mãe começa a desenvolver atitudes e expectativas que irão influenciar a sua decisão de amamentar ou não após o nascimento. Qualquer que seja a opção tomada pela mãe, esta deve ser respeitada; no entanto, cabe aos profissionais de saúde, zelar para que essa decisão seja consciente e informada. Para tal, os pais devem ter conhecimentos suficientes acerca das vantagens do aleitamento materno, as dificuldades mais comuns, as contra-indicações, assim como, da legislação portuguesa existente neste âmbito.

Em toda a história da humanidade, a amamentação foi vista como um acto natural e facilmente apreendido. No início do séc. XX o papel da mulher alterou-se, deixando de ser apenas esposa e mãe e passando a assumir também responsabilidades fora do lar. Com esta reformulação do seu papel social o aleitamento materno foi substituído gradualmente pelo artificial (Carvalho, 2002). De igual modo, após a II Guerra Mundial, alterações sociais, psicológicas, médicas, sanitárias e comerciais, nomeadamente a exagerada publicidade aos leites adaptados, contribuíram para a promoção do aleitamento artificial.

Actualmente somam-se as evidências epidemiológicas das vantagens do aleitamento materno. Pedro (2002) refere que o leite materno é o alimento perfeito para os bebés humanos, contendo todas as proteínas, gorduras, hidratos de carbono, minerais e vitaminas necessários ao crescimento do bebé. Estas proporções ajustam-se ao longo do tempo para corresponder às necessidades do bebé. Por estes motivos concordamos com Giuglian (2002), quando atribui ao aleitamento materno a redução da mortalidade infantil. Segundo o mesmo autor, acredita-se que mais de 2 milhões de mortes (de um total de 9 milhões) poderiam ser evitadas se todas as crianças fossem amamentadas de acordo com a recomendação da OMS.

O autor refere vários estudos realizados em países com diferentes graus de desenvolvimento, comprovando a protecção do leite materno contra infecções respiratórias. Começam também a aparecer relatos na literatura sobre o papel do leite materno na redução do risco de certas doenças auto-imunes, doença celíaca, doença de Crohn, diabetes mellitus, colite ulcerosa e linfoma. Alguns estudos mostram vantagens no desenvolvimento neurológico das crianças amamentadas com leite materno.

Segundo King (2000), um estudo no Bangladesh mostrou que a amamentação foi um factor importante para a prevenção da cegueira nocturna entre crianças em idade pré-escolar. O aleitamento materno melhora a qualidade de vida na medida em que diminui o risco de doenças, de hospitalização, menores gastos e maior prazer. Promove ainda o vínculo afectivo entre mãe e o filho. Pedro (2002), num estudo que realizou com bebés amamentados por mais de um ano, mostrou uma ligação significante entre a duração do período de amamentação e o ajustamento social. Estes autores relacionam a amamentação com a diminuição de desordens da conduta e referem que a amamentação prolongada ajuda os bebés a fazerem uma transição gradual no desenvolvimento da sua personalidade individual e maturidade.

Bobak (1999), refere que o aconselhamento sobre a amamentação deve iniciar-se durante o 1.° trimestre de gravidez. Segundo Franco (2003) o aparecimento de obstáculos à amamentação, como por exemplo, medos, fissuras, mamilos planos ou invertidos, ingurgitamento mamário, mastites, sucção débil do bebé, baixa produção de leite e circunstâncias laborais, pode originar ansiedade e sentimentos de culpa.

A amamentação, apesar das múltiplas vantagens, segundo Oliveira (2002) está parcial ou absolutamente contra-indicada em algumas situações referentes ao bebé e à mãe. Relativamente ao bebé podemos referenciar: doenças metabólicas que o tornam intolerante à digestão do leite materno; malformações congénitas, nomeadamente lábio leporino e fenda do palato; cardiopatias graves e ausência do reflexo de sucção. Em relação à mãe são situações mais frequentes: ser portadora de doença infecciosa aguda como a mastite ou abcesso mamário; toxicodependência ou consumo de medicamentos como imunosupressores, corticóides em doses elevadas, antitiroideos e citostáticos; ser portadora de doenças graves, debilitantes, psicoses, neuroses, cardiopatias, nefropatias, HIV, entre outras e ainda alguns problemas sociais como por exemplo um emprego incompatível com a amamentação.

Motivação para amamentação

A motivação é um factor que deve ser equacionado no contexto da amamentação, tendo grande importância no processo educativo da mesma. No capítulo das motivações, o estudo dos estímulos e das respostas pretende determinar o tipo e as causas do estímulo susceptível de desencadear uma resposta adequada às diversas situações de aprendizagem. Devemos considerar no estudo da motivação, variáveis motivacionais que exercem o seu controlo durante toda a vida e variáveis transitórias. As primeiras inatas ou adquiridas, podem ser consideradas como pertencentes à estrutura da personalidade, as segundas modulam os estados transitórios, que duram alguns segundos ou algumas horas.

Os factores motivacionais afectam a retenção, pelo facto de alterarem os limiares da disponibilidade e influenciarem o processo de reprodução ou reconstrução por meio do qual o material retido é expresso. A motivação é interior à pessoa, não podendo por isso ser observada. Tem um efeito energizador sobre a aprendizagem, e o facto é que indivíduos possuidores de altas necessidades de realização são mais persistentes. Podemos dizer que a motivação é a força que nos move a realizar actividades. Estamos motivados quando temos vontade de fazer alguma coisa e somos capazes de manter o esforço necessário durante o tempo necessário para atingir o objectivo a que nos propusemos. A motivação deverá ser considerada pelos profissionais de saúde de forma cuidadosa, procurando mobilizar as capacidades e potencialidades das mulheres a este nível.

Como referem os autores clássicos no estudo da motivação, qualquer que seja o enfoque que se adopte na investigação psicológica, mais cedo ou mais tarde há necessidade de fazer referência directa ao conceito da motivação. Há necessidade não só de explicar porque se toma uma atitude, mas também porque é que existe variabilidade comportamental observável quer nas diferentes manifestações de comportamento mostradas por uma mesma pessoa perante uma mesma situação estimulante, quer a que é referida nas diferentes manifestações de comportamento apresentadas por um mesmo indivíduo perante uma mesma situação estimulante em dois momentos diferentes. Em qualquer dos casos, parece claro que existe um denominador comum na atitude de qualquer organismo: o hedonismo psicológico. Há pois a tendência a aproximarmo-nos da atitude que produzirá consequências gratificantes, evitando aquela que nos trará consequências desagradáveis.

Apesar da dificuldade sentida para descrever o conceito de motivação podemos entendê-la como um conceito que usamos quando queremos descrever as forças que actuam sobre, ou dentro de um organismo, para iniciar e dirigir a sua conduta ou como diz Petri (1991), citado por Dixe (1995), para explicar e entender as diferenças na intensidade das atitudes, ou seja, as atitudes mais intensas podem ser consideradas como o resultado dos mais elevados níveis de motivação.

Se nos reportarmos ao conceito educativo e considerarmos o carácter intencional da conduta humana, parece bastante evidente que as atitudes, percepções, expectativas e representações que tenha o individuo em si mesmo, da tarefa a realizar e das metas que pretende alcançar, constituem factores de primeira ordem que guiam e dirigem a sua conduta. Mas um estudo mais profundo e integrador da motivação, não só deve ter em conta as variáveis pessoais e internas mas também as variáveis externas, procedentes do contexto em que se desenvolvem as pessoas, que os influenciam e com eles interagem. Não podemos separar os aspectos cognitivos, afectivos, sociais e motivacionais quando pretendemos estudar os factores que influenciam a tomada de decisão. Podemos afirmar que a aprendizagem acontece por um processo cognitivo imbuído de afectividade, relação e motivação.

Ao estudarmos as variáveis pessoais é obrigatório fazer referência às necessidades, às crenças individuais, à unicidade de cada pessoa e às interacções sociais e ainda as variáveis contextuais de cada pessoa. Maslow defende que as pessoas estão motivadas por uma hierarquia de necessidades, começam pelas necessidades básicas e avançam até às necessidades de realização pessoal. A necessidade de estima é considerada como uma característica pessoal que se obtém com as primeiras experiências com a família e como uma reacção a experiências recentes de êxito ou de fracasso, equilibrando-se com a necessidade de evitar o fracasso. Como já referimos, tanto uma como outra são poderosas fontes de motivação.

Segundo Almeida (1995), existem várias teorias que procuram identificar as necessidades que o ser humano tem. Pensamos que para existir uma amamentação eficaz, a satisfação dessas necessidades por parte da mulher têm de estar temporariamente satisfeitas. Referimo-nos especificamente às necessidades primárias, de segurança, curiosidade, necessidade de amor, amizade e convívio, necessidade de nos sentirmos

importantes, necessidade de reconhecimento e necessidade de realização. Como já referimos, a decisão de amamentar acontece geralmente antes do parto, só um pequeno número de mães deixa essa decisão para depois. O meio cultural e social no qual a mulher está inserida também tem influência na motivação para amamentar. Galvão (2002, p. 49) transmite-nos a mesma opinião:

> *"A amamentação é um processo complexo, dependente de múltiplas variáveis, cujo peso relativo varia provavelmente de país para país, no mesmo país de grupo para grupo e de pessoa para pessoa, de acordo com a pressão social, o imaginário colectivo, e as opiniões pessoais (…) tanto poderão incrementar como debelar as decisões tomadas previamente."*

As experiências e a educação da mulher desde a mais tenra idade, parecem influenciar a atitude e desempenho em relação ao aleitamento. Assim, e ainda de acordo com Galvão (2002, p. 51) "ver regularmente outras mulheres amamentando, especialmente na mesma família ou grupo social é um dos numerosos modos importantes através dos quais meninas, adolescentes e mulheres jovens podem desenvolver atitudes positivas em relação à amamentação." Carvalho (2002, p. 101) refere que:

> *"A mulher que alimenta o seu filho está a reviver a sua própria lactância. Se esta foi feliz, gozará em repetir a mesma experiência satisfatória com o seu próprio filho. Se foi muito conflituosa, muito angustiada, podem ocorrer velhas lembranças que ao resurgirem no inconsciente, criem obstáculos à lactância e até impeçam-na de todo, desaparecendo a secreção leitosa (…) "*

As diversas sociedades, no decorrer das diferentes épocas, têm variado grandemente em relação ao papel social da mulher, à importância dada à infância, à forma de ver a relações familiares, principalmente em relação ao binómio mãe/filho e consequentemente às questões relativas à reprodução e ao aleitamento. Para Carvalho (2002) a evolução destes factores estão relacionados com os aspectos económicos, demográficos, culturais, políticos, sociais e ainda ao avanço tecnológico. Dentro destes o papel social da mulher é de extrema importância; se a mulher, em determinada sociedade tem uma alta participação no mercado de trabalho, o seu papel materno pode ser pouco valorizado, logo a amamentação pouco fomentada.

Segundo Carvalho (2002), o envolvimento do pai no processo de amamentação deve ser iniciado nas consultas pré natais onde passaria a compreender os benefícios da amamentação, dispondo-se então a apoiar a mulher, dando apoio emocional e ajuda para superar qualquer crise ou dificuldade que possa ocorrer durante o aleitamento, levando o pai a sentir-se parte integrante nesta fase, em que a mãe e o bebé desenvolvem uma relação afectiva especial. O grau de compromisso paternal passa pelo envolvimento com a gravidez e parto, o tipo de relação com os outros filhos e pela valorização e cooperação em tarefas domésticas.

Giugliani (2000) considera que o aleitamento materno sob livre vontade deve ser encorajado pois faz parte do comportamento normal do recém-nascido mamar com frequência, sem regularidade, sem horários pré estabelecidos. A habilidade do bebé em esvaziar a mama varia muito entre as crianças e na mesma criança, varia também ao longo do dia, dependendo das circunstâncias. Um bebé com um bom poder de sucção, motiva a mãe para amamentar, já o contrário a deixa preocupada e insegura, podendo conduzir a um desmame precoce. É fundamental que a mãe transmita ao recém-nascido sentimentos de segurança e protecção para que possa existir harmonia na relação mãe/filho, o que influencia positivamente o processo de amamentação.

A informação que os profissionais de saúde transmitem à grávida acerca do aleitamento materno, é fundamental na sua decisão de amamentar. Na maioria dos casos em que a mãe opta pelo aleitamento artificial, fá-lo por desconhecimento do valor real do seu leite, ou

porque não foi suficientemente apoiada quando se sentiu insegura. (Carvalho, 2002)

O casal deve ter acesso a literatura adequada e a formação por técnicos qualificados para proporcionarem tanto à gestante como ao seu parceiro a informação necessária à tomada de decisão para amamentar. De facto, tem-se desenvolvido um pouco por todo o mundo campanhas governamentais a favor da amamentação. No final da década de 70 iniciou-se a nível mundial uma discussão para resgatar a prática do aleitamento materno natural. A OMS, o Fundo da Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e alguns países, em 1990, promoveram em Itália um encontro em busca de mecanismos e acções que pudessem ser desenvolvidos para protecção, promoção e apoio do leite materno. Neste encontro, denominado "Aleitamento Materno da década de 90: uma iniciativa global", foram adoptadas um conjunto de metas – "Declaração de Innocenti", que resgatava o direito da mulher aprender e praticar a amamentação com sucesso. Também foi idealizada uma estratégia denominada "Iniciativa Hospital Amigo da Criança", visando apoiar, promover e proteger o leite materno. O objectivo básico consiste na mobilização de profissionais de saúde para mudanças em rotinas e condutas visando a prevenção do desmame precoce.

O conjunto de medidas para atingir as metas contidas na "declaração de Innocenti" foi denominado de "Dez passos para o sucesso do aleitamento materno" (Quadro 1). Basicamente estes dez passos consistem de um elenco de medidas que visam a informação de todas as gestantes, dos benefícios e a técnica correcta do aleitamento materno e orienta os profissionais no comprimento de algumas regras.

Uma das metas para o ano 2002 do Ministério da Saúde em Portugal apontava para 50% dos recém-nascidos com aleitamento materno até pelo menos aos 3 meses. Em 1998/1999, o Observatório Nacional de Saúde efectuou um estudo aplicado a crianças com menos de 6 anos e verificou que neste período o número de crianças amamentadas foi muito superior às não amamentadas, verificando-se no entanto, que a partir dos 6 meses a taxa de amamentação decresceu consideravelmente. A faixa etária das mães que mais amamentaram situava-se entre os 25 e os 34 anos e as que menos amamentaram situavam-se nas faixas etárias inferiores a 15 anos e superior a 45. (Inquérito Nacional de Saúde 2001, p. 392). Estes dados orientam a educação para a saúde a efectuar, pois podemos actuar de forma intencional no sentido de melhorar os resultados.

Metodologia

O objectivo do nosso estudo consiste em verificar se existe suporte empírico para uma estrutura

QUADRO 1 – Dez passos para o sucesso do aleitamento materno

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

Fonte: LAMOUNIER, J.A. (1996). "Promoção e incentivo ao aleitamento materno".

multidimensional de uma escala de motivação para a amamentação e ainda se a motivação para amamentação poderá ser avaliada por um instrumento de medida. O instrumento de colheita de dados utilizado foi um questionário e a sua construção foi precedida de uma revisão de literatura sobre a temática, no sentido da definição conceptual do construto. Houve ainda reflexão pessoal sobre o significado dos termos motivação e amamentação. Foram igualmente analisados relatórios de diversas investigações nacionais e estrangeiras em que a temática da amamentação foi estudada. O questionário foi aplicado a 216 grávidas no último trimestre de gestação que frequentavam as consultas de vigilância pré natal em 9 centros de saúde da zona Centro do país. Apenas se incluiram 199 sujeitos, dado que 17 questionários não se encontravam correctamente preenchidos. Seguiu-se o estudo da validade e fiabilidade do instrumento por nós utilizado – EMA (versão experimental).

Partimos para este estudo com duas preocupações: *Será que existe suporte empírico para uma estrutura dimensional de uma escala de motivação para a amamentação? Poderá a motivação para a amamentação ser avaliado através de um instrumento de medida?*

No decurso da revisão bibliográfica, analisámos vários conceitos de motivação. Kaplan (1990), afirma que a motivação se refere a um comportamento que visa um objectivo. No nosso estudo a motivação refere-se ao comportamento cujo objectivo é a amamentação. Para uma abordagem facilitadora desta variável tão complexa, construímos um instrumento de medida.

Pensamos que a motivação pode ser condicionada por determinadas variáveis, entre as quais as sócio demográficas, as sócio culturais, pessoais e obstétricas. Entre as variáveis sócio demográficas, destacamos a idade, o estado civil, a zona de residência e o nível sócio económico. Entre as variáveis obstétricas considerámos os antecedentes obstétricos e a paridade. Nas variáveis pessoais, o facto de ter apoio familiar e contacto com mães que amamentam para além do envolvimento do pai do bebé na gestação.

Processo de construção da escala

O facto de desconhecermos a existência de um instrumento no país ou no estrangeiro desenvolvido com esta finalidade determinou o esforço da sua construção original. Embora este estudo, sendo o primeiro, não constitua a sua validação definitiva, poderemos aceitar que os resultados psicométricos obtidos representam a sua validação inicial.

Foi construido como uma escala Lickert em que cada item permite uma variação de resposta entre 1 e 5, sendo 1 a máxima discordância e 5 a máxima concordância. A construção da escala foi precedida de uma revisão de literatura sobre aleitamento materno e sobre motivação no sentido da sua análise conceptual. Da consulta de autores como Serrano (1997); Pedro (2002); Franco (2003), e, das reflexões pessoais sobre o significado do conceito e ainda da análise dos relatórios de diversas investigações surgiram as várias componentes do constructo *motivação para amamentação.*

Com base nestas pesquisas elaboramos um primeiro inventário, composto por 37 afirmações que descreviam os aspectos mais importantes a considerar no processo de aleitamento.

Segundo Richardson (1989), quanto mais enunciados há numa escala, mais elevada será a sua fidelidade[1]. A sua organização foi baseada numa análise conceptual e foram considerados os critérios de maior clareza, diminuição da redundância e representatividade temática, no sentido de assegurar a validade do conteúdo (Fortin, 1999).

Para além do referido quadro teórico que deu suporte à construção do instrumento de medida seguiram-se outras fases de validação. Para avaliarmos as qualidades psicométricas de qualquer instrumento de medida, necessitamos de efectuar estudos de *fiabilidade e validade*, que, no seu conjunto, nos indicam o grau de generalização, que os resultados poderão alcançar.

[1] A fidelidade designa a precisão e a constância com que o instrumento fornece resultados comparáveis em situações comparáveis.

Foram efectuados os seguintes procedimentos:

- Determinação do coeficiente de correlação de Pearson das diversas questões com a nota global.
- Determinação do coeficiente alfa de Cronbach tanto para os factores como para o total da escala.
- Determinação da correlação de *split-half.*
- Comprovação de que os itens não são sensíveis a diferenças de sexos.

Para (Fortin, 1999), os *estudos de validade* valorizam a: validade de conteúdo, validade de critério e validade de constructo. Dentro destes a validade de constructo, subordina todas as outras e procura encontrar resposta para a seguinte questão "*em que medida, este instrumento mede realmente o constructo que procura medir?*" Neste contexto, a validade do constructo nunca é provada, é simplesmente aceite, dado que as provas a favor, se evidenciam como superiores às provas contrárias. Recorremos ao julgamento de especialistas a fim de assegurar que o instrumento que construímos é representativo do domínio que ele deseja avaliar. A versão inicial da escala foi submetida a apreciação de quatro enfermeiras especialistas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Foi pedido a cada uma que analisasse cada item per si e que fundamentasse a sua análise em quatro critérios fazendo as sugestões que entendessem pertinentes. Os critérios foram os seguintes:

- Está o item relacionado com os factores intervenientes na motivação para amamentar.
- Está o item claramente enunciado.
- Está o item repetido.
- Representa o item o conteúdo em análise.

Verificamos existir harmonia[2] entre o julgamento dos juízes. Calculámos a percentagem de concordância tendo em conta os julgamentos atribuídos a cada item pelos diferentes avaliadores e seguidamente introduzimos as respectivas alterações, tendo sido eliminados dois itens. Obtivemos uma escala com 37 itens que denominamos de versão experimental.

Continuámos o estudo da validade, utilizando a análise factorial dos itens (Reis e Moreira, 1993) e dos resultados, que é o método que tem revelado maior uso e reconhecimento entre os diversos autores.

Gera equações que são combinações lineares de variáveis. Desenvolve inter-relações complexas com as referidas variáveis e vai identificar aquelas com que se intercorrelacionam. Deste modo obtém-se uma estrutura que se denomina de factores.

Existem vários métodos para o efeito, mas o mais utilizado é o designado por "método dos componentes principais" (Bryman e Cramer, 1992). Este método consiste em analisar toda a variância de um valor ou variável incluindo a variância única, sendo aquele que é preferível em estudos exploratórios. Com o resultado deste procedimento obtemos o que se designa por matriz factorial (Polit e Hungler, 1994).

A matriz assim determinada partilha o máximo de variâncias, tornando difícil a sua leitura e interpretação. Por esse motivo, efectua-se o que se designa por rotação de factores. É o segundo momento da análise factorial. Utilizamos a ortogonal, a mais usada porque mantém a independência dos factores. Por este último processo, as variáveis (itens) que se tomam para cada factor são as que se correlacionam mais fortemente com cada um deles. Uma vez seleccionados os factores, a sua rotação é essencial, pois permite a identificação dos constructos teóricos em estudo.

Para se conseguir uma boa definição de factor convencionou-se que não se deveriam considerar os itens ou variáveis que tenham correlações "*r*" menores que 0,2 com a nota global, quando esta não contém esse item específico (Striener e Norman, 1989). Ainda em relação à análise factorial, alguns autores são de opinião de que para haver precisão dos factores dela resultantes, terá que se ter em consideração a dimensão da amostra.

---

[2] Segundo Fortin (1999), "a harmonia entre os observadores ou harmonia interjuízes refere-se ao graus de concordância entre os resultados de dois ou mais observadores independentes que utilizaram o mesmo instrumento de medida..."

Assim, foi aplicada a EMA (versão experimental) a 216 grávidas com mais de 24 semanas de gestação. Dado a dimensão da amostra utilizada para a efectivação da análise factorial e, tendo em consideração o número de itens que constitui a versão experimental da escala em estudo (37 itens), pensamos não se colocarem problemas de validação. Face ao exposto, vamos apresentar os resultados obtidos nas diferentes etapas, seguindo a ordem porque foram enunciados.

Consistência Interna (homegeneidade dos itens)

Iniciámos o estuda da consistência interna da EMA estabelecendo uma correlação de Pearson entre cada item e o total da escala e, conforme quadro 2, as correlações variaram entre 0,013 e 0,562. Eliminámos os itens (6, 7, 10, 13 e 24) com correlação inferior a 0,20, valor considerado de referência por Striener e Norman (1989) e Vaz Serra (1994). Efectuada a segunda correlação verificámos valores entre 0,253 e 0,598, portanto correlações positivas moderadas entre os itens e o total da escala.

Ao determinarmos a correlação de cada questão ou item com a nota global pretendíamos saber se cada item se definia como um bom operante do constructo geral que se pretendia medir. É tradicionalmente utilizado "α de Cronbach" em escalas tipo Lickert que autores como Sechrest (1984) apontam como indicador mais importante de fiabilidade de um instrumento.

QUADRO 2 – Valores de correlação de Pearson entre os itens

Itens	Média	Desvio padrão	1.ª correlação	2.ª correlação
1	4,41	1,128	0,369 *	0,377 *
2	4,53	0,757	0,546 *	0,585 *
3	3,59	1,150	0,409 *	0,415 *
4	4,53	0,790	0,497 *	0,522 *
5	4,04	1,093	0,386 *	0,432 *
6	1,42	0,986	0,013	—
7	1,81	1,116	0,017	—
8	3,06	1,644	0,297 *	0,264 *
9	3,69	1,207	0,276 *	0,300 *
10	1,76	1,128	0,030	—
11	3,53	1,385	0,269 *	0,260 *
12	4,28	1,120	0,436 *	0,519 *
13	1,45	1,108	0,067	—
14	4,38	0,987	0,414 *	0,477 *
15	3,42	1,558	0,406 *	0,397 *
16	4,05	1,074	0,562 *	0,598 *
17	3,23	1,294	0,407 *	0,393 *
18	4,63	0,653	0,487 *	0,510 *
19	4,68	0,678	0,429 *	0,458 *
20	4,31	0,944	0,556 *	0,582 *
21	3,32	1,398	0,350 *	0,331 *
22	4,53	0,840	0,462 *	0,449 *
23	3,65	1,431	0,389 *	0,396 *
24	2,75	1,302	0,106	—
25	3,91	1,118	0,385 *	0,390 *
26	3,49	1,333	0,504 *	0,509 *
27	4,03	0,945	0,435 *	0,452 *
28	3,28	1,288	0,22 *	0,253 *
29	3,31	1,272	0,452 *	0,417 *
30	4,33	1,064	0,397 *	0,400 *
31	3,69	1,124	0,438 *	0,453 *
32	3,98	1,030	0,555 *	0,563 *
33	4,60	0,745	0,523 *	0,526 *
34	4,34	0,861	0,525 *	0,523 *
35	4,37	0,793	0,450 *	0,481 *
36	4,03	0,937	0,494 *	0,515 *
37	4,20	0,847	0,456 *	0,461 *

* Itens a eliminar por correlação < 0,20. N=199.

O quadro mostra-nos que as correlações obtidas entre cada questão e a nota global quando essa não contém esse item específico foram positivas moderadas. Assim, e conforme quadro 3, as correlações de cada item com o total variam entre 0,1693 e 0,5494. Ao analisarmos os valores de α quando o próprio item é eliminado, observamos valores que oscilam entre 0,839 e 0,853, sendo o α de Cronbach para o total da escala de 0,848, que para Fortin (1999) o valor standard é de 0,7 quando se trata de novas escalas. Os valores encontrados permitem-nos afirmar que o índice alpha de Cronbach tanto para cada item como para o total da escala se encontra dentro de intervalos considerados normais. Os valores médios e respectivos desvios padrões dos diversos itens permitem-nos dizer que se encontram bem centrados.

Para além da correlação com o total da escala e o seu efeito sobre o coeficiente Alpha de Cronbach e as suas medidas descritivas fomos verificar através do teste de Mann-Withney U de que modo o facto de já ter filhos influenciava a resposta. Perante os resultados (cf. Quadro 4) foram excluídos os itens: 2, 4, 9, 19, 21, 22, 23, 25, 28 e 29, por discriminarem a motivação para o aleitamento materno em função do número de filhos (valores de P superiores a 0,05). Após terem sido retirados os itens já referidos obtivemos uma versão da EMA composta por 22 itens. A comprovação de que os itens não são sensíveis ao facto de já ter filhos é, em nosso entender e como já referimos, um procedimento importante na medida em que pretendemos criar uma Escala que avalie os aspectos comuns na motivação para amamentação.

QUADRO 3 – Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna de Cronbach da Escala de Motivação para Amamentação

Itens	Média	Desvio padrão	1.ª correlação	2.ª correlação
M1	4,41	1,128	0,3087	0,8450
M2	4,53	0,757	0,5494	0,8403
M3	3,59	1,150	0,3474	0,8438
M4	4,53	0,790	0,4816	0,8415
M5	4,04	1,093	0,3687	0,8432
M8	3,06	1,644	0,1562	0,8531
M9	3,69	1,207	0,2232	0,8477
M11	3,53	1,385	0,1696	0,8504
M12	4,28	1,120	0,4600	0,8406
M14	4,38	0,987	0,4231	0,8419
M15	3,42	1,558	0,3033	0,8466
M16	4,05	1,074	0,5479	0,8382
M17	3,23	1,294	0,3152	0,8451
M18	4,63	0,653	0,4765	0,8425
M19	4,68	0,678	0,4202	0,8433
M20	4,31	0,944	0,5376	0,8393
M21	3,32	1,398	0,2432	0,8480
M22	4,53	0,840	0,4025	0,8429
M23	3,65	1,431	0,3100	0,8457
M25	3,91	1,118	0,3229	0,8445
M26	3,49	1,333	0,4381	0,8410
M27	4,03	0,945	0,3987	0,8427
M28	3,28	1,288	0,1693	0,8498
M29	3,31	1,272	0,3419	0,8442
M30	4,33	1,064	0,3367	0,8441
M31	3,69	1,124	0,3897	0,8426
M32	3,98	1,030	0,5122	0,8394
M33	4,60	0,745	0,4882	0,8416
M34	4,34	0,861	0,4786	0,8411
M35	4,37	0,793	0,4378	0,8424
M36	4,03	0,937	0,4664	0,8410
M37	4,20	0,847	0,4141	0,8426

N=199 e α = 0,848.

QUADRO 4 – Capacidade discriminativa dos itens em função da paridade (Man-Withney-U) – Versão final

Variável	Com filhos (N=96)		Sem filhos (N=103)		p
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	
M1	4,39	1,089	4,43	1,168	0,355
M2	4,39	0,851	4,67	0,632	0,010 *
M3	3,51	1,196	3,67	1,106	0,344
M4	4,43	0,843	4,63	0,727	0,049 *
M5	3,94	1,054	4,13	1,126	0,086
M8	3,10	1,619	3,02	1,674	0,705
M9	3,50	1,290	3,87	1,100	0,049 *
M11	3,41	1,426	3,65	1,341	0,229
M12	4,31	1,039	4,25	1,194	0,907
M14	4,36	0,964	4,39	1,012	0,555
M15	3,45	1,435	3,39	1,670	0,812
M16	4,05	0,977	4,04	1,163	0,630
M17	3,39	1,234	3,09	1,337	0,091
M18	4,55	0,679	4,70	0,624	0,054
M19	4,57	0,736	4,79	0,605	0,004 *
M20	4,22	0,976	4,39	0,910	0,156
M21	3,72	1,287	2,94	1,399	0,000 *
M22	4,43	0,843	4,62	0,830	0,016 *
M23	3,38	1,489	3,90	1,332	0,010 *
M25	3,73	1,156	3,23	1,058	0,018 *
M26	3,58	1,279	4,09	1,382	0,371
M27	3,98	0,995	3,40	0,899	0,629
M28	3,56	1,320	3,02	1,204	0,001 *
M29	2,97	1,293	3,62	1,173	0,000 *
M30	4,32	1,031	4,34	1,099	0,504
M31	3,79	1,075	3,60	1,166	0,268
M32	4,07	1,059	3,89	0,999	0,122
M33	4,58	0,735	4,61	0,757	0,541
M34	4,38	0,849	4,31	0,875	0,605
M35	4,45	0,738	4,30	0,838	0,231
M36	4,10	0,923	3,96	0,949	0,269
M37	4,09	0,872	4,30	0,815	0,073

Efectuamos de seguida uma correlação "Par/Ímpar" para determinar se cada uma das metades dos itens da EMA é tão consistente a medir o constructo como a outra metade, o α obtido da primeira metade foi de 0,7471 e o da segunda metade ligeiramente superior 0,7709. Obtivemos um valor de correlação de Spearman-Brown de 0,7607 (cf. Quadro 5) que nos indica a consistência esperada quando se aplica o instrumento a outras amostras.

Estudo de validade

Após estes procedimentos passamos à análise factorial para estudo dos componentes principais seguida de uma rotação "varimax" a fim de conhecer as dimensões subjacentes e independentes entre si. Obtivemos 5 factores com raízes latentes superiores a 1. Ao serem confrontados com o quadro conceptual existente, levou-nos a forçar a

QUADRO 5 – Estatísticas referentes ao método das metades – Split-half

	Média	Desvio padrão	α
Parte 1	64,3568	8,2369	0,7471
Parte 2	63,0553	8,2518	0,7709

Split-half=0,7607
Spearman Braw=0,7607

rotação a 3 factores. Os itens foram incluídos nas sub-escalas correspondentes aos factores onde obtiveram maiores valores de saturação (cf. quadro 6). Assim, o primeiro factor é constituído por 11 itens e explica 24,786% da variância total. O segundo factor constituído por 6 itens explica 8,267% da variância, sendo o terceiro factor constituído por 5 itens com 7,435% de uma variância explicada. Para a globalidade do inventário, a variância total explicada é de 40,48% (Quadro 7).

Uma outra contribuição para o estudo da validade do instrumento foi a realização de uma matriz de correlação de Pearson entre os diversos factores e o total da escala (cf. Quadro 8). Encontramos correlações[3] que oscilam entre o moderado (0,285) e o forte (0,879), indicando, portanto, que são sensíveis a aspectos diferentes do mesmo constructo, sendo que as diferenças estatísticas encontradas são bastante significativas.

[3] Vaz Serra (1994) refere que se as correlações forem demasiado elevadas, levam-nos a pensar que os itens são redundantes, levando a que a escala perca em termos de validade de conteúdo.

QUADRO 6 – Dimensionalidade da Escala de Motivação para Amamentação – Versão final

N.° Item	Itens	Factores (saturação)		
		1	2	3
1	Durante a gravidez, penso amamentar		0,348	
3	O dar a mama ajuda o corpo a retomar as formas normais		0,624	
5	Durante a gravidez conversei com o pai sobre a criança e o aleitamento materno			0,732
8	Irei amamentar o meu filho apesar de alguns sacrifícios	0,211		
11	Durante a gravidez o pai acompanha-me nas consultas pré natais			0,391
12	Sinto que vou proteger o meu filho por o amamentar	0,511		
14	Enquanto o meu bebé mamar sentir-me-ei plenamente feliz			0,395
15	Sei o que é o colostro		0,650	
16	Ao dar de mamar há estimulação da produção de leite	0,476		
17	Ao dar de mamar diminui o risco de hemorragia pós parto		0,677	
18	Enquanto amamentar irei sentir-me mais próxima do meu filho	0,669		
20	Sinto que viverei a maternidade em pleno, por amamentar	0,414		
26	Tem-me sido dada informação suficiente pelos técnicos de saúde acerca do aleitamento materno			0,529
27	Sempre que tenho dúvidas sei que posso recorrer aos técnicos de saúde			0,625
30	Penso que o meu bebé será o mais bonito do mundo	0,413		
31	O meu leite vai proporcionar ao bebé água em quantidade suficiente		0,612	
32	Por amamentar, o meu bebé irá ter digestões mais fáceis		0,660	
33	O meu leite vai fornecer mais nutrientes ao meu bebé, que os leites artificiais	0,630		
34	O facto de amamentar vai proteger a mim e ao bebé de algumas doenças	0,758		
35	Os bebés amamentados vão apresentar um melhor desenvolvimento	0,800		
36	Ao amamentar o bebé irei contribuir para o bem-estar da minha família	0,658		
37	Se ocorrer alguma situação que me impeça de amamentar, conheço outras alternativas	0,427		

Total variância explicada = 40,488%
N.° Itens = 22

QUADRO 7 – Eigenvalues e variância explicada após rotação varimax

Factores	Eigenvalue	% Variância	% Variância acumulada
Factor 1	5,453	24,786	24,786
Factor 2	1,819	8,267	33,054
Factor 3	1,636	7,435	40,488

QUADRO 8 – Correlação de Pearson entre os diversos factores da Escala de Motivação para Amamentação

Factores	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Factor 2	0,415 *	—	—
Factor 3	0,391 *	0,285 *	—
Total	0,879 *	0,695 *	0,673 *

* – P < 0,01.

A variação das correlações indica-nos que o aumento de uma das dimensões da escala se encontra associada ao aumento das restantes e como se pode verificar todas as dimensões apresentam correlações mais elevadas com a nota global do que entre si.

Ao verificarmos a consistência interna da versão final da EMA, verificamos que ela é elevada (α =0,8471) variando a correlação de cada factor com o total entre 0,7183 e 0,7770 (Quadro 9). Quando determinamos o α eliminando o próprio factor, o α mantém-se ou aumenta ligeiramente, o que nos leva a afirmar que o factor é importante para a homogeneidade global.

As estatísticas relativas aos factores que constituem a escala de motivação apresentam um valor mínimo de 4 no factor 2 e um máximo de 55 no factor 1, oscilando para a totalidade da escala entre 55 e 100 respectivamente valores mínimos e máximos. Os valores médios por sua vez apresentam índices situados entre os 14,42 no factor 2 e os 46,20 no factor 1 sendo de 79,97 para a escala global. Os valores de assimetria e curtose indiciam curvas gaussianas com ligeiro desvio à direita embora o teste de kolmogorov Smirnov não seja revelador de uma distribuição normal, já que o valor de (p) é em todos os factores estatisticamente significativo (cf. quadro 10). Os coeficientes de variação traduzem uma dispersão baixa no factor 1 e escala global e moderada nos factores 2 e 3.

Síntese dos resultados

A Escala de Motivação para Amamentação é um instrumento de auto resposta, constituído por 22 itens que, tal como o nome indica, se destinam a avaliar a motivação que as grávidas mostram para amamentar. As respostas situam-se numa escala Lickert de 1 a 5 e cotadas de forma a que quanto maior for a pontuação obtida, maior é a motivação para este aspecto. A nota global pode ir de um mínimo de 22 a um máximo de 110.

Na validação da Escala obtivemos um valor de Spearman – Brown de 0,7607 e um índice alpha de Cronbach de 0,8471. A análise factorial, com rotação ortogonal do tipo varimax, revelou a existência de 3 factores com raízes latentes superiores a 1 que explica 40,488% da variância total. Os dois primeiros são os mais significativos. O factor 1 explica 24,786% da variância total, o factor 2 – 8,267% e o factor 3 – 7,435%.

Os 3 factores foram identificados (Polit e Hungler, 1994) como dimensões temáticas que assumiram as seguintes nomenclaturas: 1 – Dimensão cognitiva; 2 – Dimensão afectiva; 3 – Dimensão psicossocial (conforme quadro 11).

QUADRO 9 – α de Cronbach entre os 3 factores da Escala de Motivação para Amamentação

Factores	Média	Desvio padrão	Correlação com total	α itens eliminados
Factor 1	120,19	13,56	0,7535	0,7860
Factor 2	73,67	11,07	0,7770	0,7648
Factor 3	51,77	7,99	0,7183	0,8118

α = 0,8471. N = 199.

QUADRO 10 – Estatísticas de resumo da EMA

Factores	Min	Máx	$\overline{X}$	s	SK	K	KS (p)	CV
Factor 1	28	55	46,20	6,21	-0,560	-0,429	0,000	13,44
Factor 2	4	20	14,32	3,54	-0,261	-0,483	0,001	24,72
Factor 3	8	25	19,46	3,44	-0,343	-0,200	0,008	17,67
Total	55	100	79,97	10,16	-0,209	-0,633	0,046	12,70

QUADRO 11 – Dimensões temáticas da EMA

Dimensão cognitiva	Dimensão fisiológica	Dimensão psicossocial
8 – Irei amamentar o meu filho apesar de alguns sacrifícios 12 – Sinto que vou proteger o meu filho por o amamentar 16 – Ao dar de mamar há estimulação da produção de leite 18 – Enquanto amamentar irei sentir-me mais próxima do meu filho 20 – Sinto que viverei a maternidade em pleno, por amamentar 30 – Penso que o meu bebé será o mais bonito do mundo 33 – O meu leite vai fornecer mais nutrientes ao meu bebé que os leites artificiais 34 – O facto de amamentar vai proteger a mim e ao bebé de algumas doenças 35 – Os bebés amamentados vão apresentar um melhor desenvolvimento 36 – Ao amamentar o bebé irei contribuir para o bem-estar da família 37 – Se ocorrer alguma situação que me impeça de amamentar conheço outras alternativas	1 – Durante a gravidez, penso amamentar 3 – O dar a mama ajuda o corpo a retomar as formas normais 15 – Sei o que é o colostro 17 – Ao dar de mamar diminui o risco de hemorragia pós parto 31 – O meu leite vai proporcionar ao bebé água em quantidade suficiente 32 – Por amamentar, o meu bebé irá ter digestões mais fáceis	5 – Durante a gravidez conversei com o pai sobre a criança e o aleitamento materno 11 – Durante a gravidez o pai acompanha-me nas consultas pré natais 14 – Enquanto o meu bebé mamar sentir-me-ei plenamente feliz 26 – Tem-me sido dada informação suficiente pelos técnicos de saúde acerca do aleitamento materno 27 – Sempre que tenho dúvidas sei que posso recorrer aos técnicos de saúde

Relação entre zona de residência e motivação para a amamentação

Para verificarmos a existência de relação entre a motivação para a amamentação e a zona de residência da grávida, efectuamos um teste t para diferença de médias, baseados na normalidade da amostra e nos valores do cociente entre os valores de N das duas amostras (Pestana e Gageiro, 2003). Dos resultados obtidos e apresentados no quadro 12 notamos pelos valores de p de Levene que as variâncias são homogéneas e que a motivação para a amamentação no que se refere a factores de ordem fisiológica, psico-social e motivação global, é maior nas residentes da zona urbana que nas suas congéneres da zona rural mas factores de índole cognitiva ponderam mais nestas últimas grávidas. As diferenças encontradas apenas são significativas no factor fisiológico, o que nos leva a afirmar a existência de alguma dependência no factor fisiológico e na independência dos outros factores relativamente à zona de residência.

Relação entre paridade e motivação para a amamentação

Partindo do pressuposto que as mulheres com experiência de gravidezes anteriores e com filhos estariam mais motivadas para a amamentação que mães sem essa experiência, procuramos o estudo desta relação usando para tal o teste t para

QUADRO 12 – Teste t para diferença de médias entre zona de residências motivação para a amamentação

Residência / Factores	Rural (N=96)		Urbana (N=103)		p Levene's	t	p
	X	s	X	s			
Factor 1 (cognitivo)	46,30	6,09	46,10	6,18	0,731	0,236	0,814
Factor 2 (fisiológico)	13,61	3,37	14,98	3,58	0,944	-2,759	0,006
Factor 3 (psico-social)	19,07	3,60	19,82	3,25	0,241	-1,526	0,129
Total (motivação)	78,99	10,14	80,89	10,15	0,826	-1,322	0,188

diferença de médias. As diferenças estatísticas no teste de Levene indiciam variâncias homogéneas e as encon-tradas no teste t não são significativas o que confirma a independência entre as variáveis em estudo (quadro 13). Todavia, verifica-se uma tendência para que o factor cognitivo e o factor psico-social seja ligeiramente superior nas mães que não têm filhos, se o factor fisiológica e motivação global, maior nas mães com filhos.

Relação entre idade e motivação para a amamentação

A idade pode a nosso ver ser um factor desencadeante para a amamentação. Neste sentido, procuramos estudar o modo como estas variáveis se influencia. Primeiramente realizamos uma correlação de Pearson de modo a determinarmos a força e o sentido da correlação. Pelos resultados apresentados no quadro 14 notamos que entre a idade e os factores da motivação existem correlações directas mas muito fracas isto é as grávidas mais velhas estarão mais motivadas para a amamentação, com diferenças estatísticas significativos em todos os factores excepto no factor psicossocial. A variância explicada, isto é, a variabilidade observada da idade nos factores da motivação para a amamentação é muito fraca oscilando entre os 0,73% no factor psicossocial e os 4,45% na motivação para a amamentação (escala global).

Não obstante este resultados, quisemos saber o comportamento das mesmas variáveis quando comparados os grupos etários. Efectuada uma análise de variância, a um factor, a mesma veio revelar que o grupo mais velho com idades compreendidas entre os 31 e 44 anos estaria mais motivado nos aspectos cognitivos e motivação global que as outras grávidas, sendo secundado pelo grupo intermédio com idades entre os 26 – 30 anos, enquanto que este mesmo grupo valoriza sobretudo, quando comparados com os outros, a motivação fisiológica e psicossocial. É o grupo mais jovem o menos motivado em todos os factores. Encontramos apenas diferenças estatísticas significativas entre os grupos em estudo no factor fisiológico, revelando o teste post hoc de Tukey que essas diferenças se situam entre o grupo dos 15-25 anos e o grupo dos 26-30 anos (quadro 15).

QUADRO 13 – Teste t para diferença de médias entre zona de residências motivação para a amamentação

Filhos / Factores	Não (N=102)		Sim (N=97)		p Levene's	t	p
	X	s	X	s			
Factor 1 (cognitivo)	46,22	6,15	46,17	6,11	0,629	0,065	0,948
Factor 2 (fisiológico)	13,97	3,56	14,70	3,51	0,683	-1,449	0,149
Factor 3 (psico-social)	19,63	3,18	19,27	3,70	0,212	0,737	0,462
Total (motivação)	79,83	9,95	80,14	10,44	0,265	-0,215	0,830

QUADRO 14 – Correlação entre idade e motivação para a amamentação

Factores	r	% V.E.	p
Factor 1 (cognitivo)	0,181	2,28	0,011
Factor 2 (fisiológico)	0,210	4,41	0,003
Factor 3 (psico-social)	0,086	0,73	0,228
Total (motivação)	0,211	4,45	0,003

QUADRO 15 – Análise de variância entre as dimensões da EMA e os grupos etários

Idade / Factores	15-25 (N=25)		26-30 (N=80)		31-44 (N=94)		F	p	% V.E.
	X	s	X	s	X	s			
Factor 1 (cognitivo)	45,37	6,07	45,95	5,86	47,50	5,63	1,94	0,146	1,94
Factor 2 (fisiológico)	13,17	3,45	14,91	3,35	14,84	3,65	5,32	0,006	5,15
Factor 3 (psico-social)	19,15	3,77	19,71	3,11	19,46	3,50	0,452	0,637	0,45
Total (motivação)	77,69	10,25	80,56	9,65	81,80	10,44	2,72	0,068	2,70

Discussão dos Resultados/Conclusões

O aleitamento materno é a forma de contrato íntimo e protecção mais antiga entre a mãe e o recém-nascido, com inúmeras vantagens para ambos. As directrizes internacionais recomendam o aleitamento exclusivo durante os primeiros seis meses de vida, tendo por base dados científicos que garantem benefícios para a sobrevivência, crescimento e desenvolvimento do bebé tanto ao nível físico como psico-afectiva.

Prestar informação objectiva, adequar as mensagens para as crenças e preocupações de cada população alvo e negociar com as mães para que estas tentem um comportamento novo, pode ajudar a estabelecer o aleitamento exclusivo como uma nova norma comunitária.

No acompanhamento e assistência pré-natal, as orientações/esclarecimentos sobre o aleitamento materno devem ser iniciados o mais precocemente possível, levando desta forma a futura mãe a reconhecer a necessidade de amamentar logo após o nascimento do seu filho. O desejo de amamentar já na gravidez é um sinal positivo para o seu êxito. Para Applebaum (1975) uma mãe motivada para amamentar tem habitualmente mais auto confiança e descontracção, tendo possibilidade de sucesso muito maior.

Seguindo esta linha de pensamento e com base no que foi referenciado anteriormente, pensamos em estudar a motivação para amamentar. Dado não possuirmos nenhuma escala que nos permitisse avaliar a motivação para a amamentação, elaborámos um instrumento de colheita de dados com 32 afirmações com 5 alternativas de resposta Likert.

Para avaliarmos a sua qualidade psicométrica, efectuámos o estudo de fiabilidade e validade, do qual resultou um instrumento organizado em três factores que denominamos de dimensão cognitiva, dimensão fisiológica, e dimensão psicossocial. (Escala de Motivação para Amamentação (EMA).

Consideramos que a análise de confiabilidade e validade da EMA é um aspecto fundamental pois, tendo sido este o instrumento utilizado para operacionalizar a variável central e dependente do estudo, o valor dos resultados obtidos, assim como das conclusões dele retiradas dependem naturalmente das suas qualidades conceptuais e psicométricas. Realçamos a boa receptividade manifestada pelas grávidas ao instrumento, a que de um modo geral responderam sem dificuldade.

A consistência interna do instrumento é bastante elevada (α de Cronbach = 0,8471 e Sperman Braw = 0,7607, aproximando-se dos valores obtidos por outros instrumentos destinados à avaliação de fenómenos subjectivos. Consideramos que a concordância existente entre as análises feitas a cada item dos juízes envolvidos reverte a favor das qualidades psicométricas do instrumento desenvolvido tal como refere Fortin (1999). Outro argumento a favor da validade de EMA, prende-se com o facto de apresentar correlações moderadas e estatisticamente significativas entre as dimensões, não sendo, por isso, redundantes (Vaz Serra, 1994), o que nos leva a pensar que avaliam aspectos diferentes do mesmo constructo.

Esta estrutura multidimensional tem implicações várias exigindo dos profissionais de saúde uma abordagem formativa mais complexa. Há necessidade de avaliar periodicamente em qual das dimensões, a grávida precisa de mais formação de modo a que a intervenção seja mais intencional e intimamente relacionada com os objectivos que se pretendem atingir, ou seja, motivar as futuras mães para uma amamentação eficaz.

Para relacionar a motivação com a idade das mães, utilizamos a correlação de Pearson e o teste de ANOVA e pelas estatísticas verificámos que relativamente à motivação global, é o grupo das mulheres mais velhas que está mais motivada para amamentar. Num estudo feito pelo INS (1998/99) constatamos que as mulheres que mais amamentam se situam na faixa etária dos 25 a 34 anos.

Notámos que na nossa amostra as mulheres as mulheres provenientes de meio urbano se encontram de uma forma global mais motivadas que as provenientes de meio rural. Verificamos que a motivação global para amamentação foi

maior nas mulheres com filhos, o que de alguma forma nos pode levar a valorizar experiências prévias de maternidade.

Entendemos que, para além da formação adequada no período pré-natal, é necessário que na preparação para a alta da puérpera seja incluído um instrumento informativo facilitador da amamentação e que, de algum modo, responda às suas dúvidas e a ajudam a vencer possíveis dificuldades no aleitamento do seu filho.

Bibliografia

ALMEIDA, F. N. (1992) – **Comportamentos de sucesso: psicologia aplicada à gestão**. Lisboa: McGraw-Hill.

ALMEIDA, F. N. (1995) – **Psicologia para gestores: comportamentos de sucesso nas organizações**. Lisboa: McGraw-Hill.

ALVES, A. D.; LAMY, S. (1999) – Aleitamento materno nos concelhos de Cascais, Amadora e Sintra. Porquê o abandono precoce? **Saúde Infantil**. Vol. 21, n.º 1, p. 43-50.

AMORIM, M. J. (2002) – Amamentar: a opção natural. **Pais & Filhos**. N.º 141, p. 38-42.

AMORIM, M. J. (2003) – Amamentar: a opção natural. **Gravidez e Parto**. Vol. 10, p. 90-93.

APPLEBAUM, R. M. (1975) – **Preparação para o aleitamento materno: a preparação pré-natal**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Vol. 1.

BOBAK, I. M.; LOWDERMILK, D. L.; JENSEN, M. (1999) – **Enfermagem na maternidade**. Lisboa: Lusociência.

BRYMAN, A.; CRAMER, D. (1992) – **Análise de dados em ciências sociais: introdução às técnicas utilizando o SPSS**. Oeiras: Celta Editora.

CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. (2002) – **Amamentação, bases científicas para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

CORDEIRO, M. J. G.; CARVALHO, M. C. A. (1990) – **Alimentação da criança saudável: alguns aspectos**. Lisboa: DGCSP.

D'HAINAUT, L. (1990) – **Conceitos e métodos da estatística**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Vol. 1.

DIXE, M. A. C. R. (1995) – **As atitudes dos enfermeiros perante doentes em situação problemática**. Badajoz: [s.n.]. Tese de mestrado.

FORTIN, M. F. (1999) – **O processo de investigação**. Lisboa: Lusociência.

FRANCO, J. J. (2003) – Orientação antecipada para a amamentação. **Sinais Vitais**. N.º 47, p. 57-59.

GALVÃO, D. G. (2002) – A decisão de amamentar: um processo complexo ainda mal conhecido. **Sinais Vitais**. N.º 41, p. 49-51.

GAUTHIER, J. H. M. [*et al.*] (1998) – **Pesquisa em enfermagem, novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

GIL, A C. (1995) – **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4.ª ed. São Paulo: Atlas.

GIUGLIANI, E. R. J. (2000) – O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria** [Em linha]. 76 (Supl.3) S238-S252. Disponível em WWW:<URL: http:www.jped.com.br/>.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. (1990) – **Compêndio de psiquiatria**. 2.ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

KING, F. S. (2002) – Manual de normas para incentivo do aleitamento materno exclusivo. In **Amamentação** [Em linha]. Casa Caiada, Olinda: Grupo Origem. Disponível em WWW:<URL://http:www.Aleitamento materno.org.br/manual/porquean.htm>.

LAMOUNIER, J. A. (1996) – Promoção e incentivo ao aleitamento materno: iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Jornal de Pediatria** [Em linha]. 72:6, 363-368. Disponível em WWW:<URL: http: www. jped. com.br/br/>.

MARTINS, M. J. P. F. (2001) – Aleitamento materno: um dom a não perder. **Sinais Vitais**. N.º 35, p. 21-27.

MYERS, D. (1999) – **Introdução à psicologia geral**. Rio de Janeiro: Editora Livros Técnicos e Científicos.

OLIVEIRA, I.; OLIVEIRA, H. (2002) – Amamentar com sucesso. **Ecos de Enfermagem**. N.º 231/232, p. 9-11.

PEDRO, I. M. S. C. (2002) – Amamentação prolongada: um processo complexo e ainda mal conhecido. **Servir**. Vol. 50, n.º 6, p. 270-275.

PEREIRA, M. A. (2002) – Mãe adolescente – aleitamento materno: uma amostra de Trás-os-Montes e Alto Douro. **Revista Investigação em Enfermagem**. N.º 6, p. 18-31.

PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. (2003) – **Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS**. 3.ª ed. Lisboa: Edições Sílabo.

PIRES, A. L. O. (1991) – Motivar um grupo. **Formar**. N.º 2, p. 35-37.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. (1994) – **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3.ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

PORTUGAL. Ministério da Saúde (1999) – **Saúde, um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século (1998/2002)**. Lisboa: Europress.

PORTUGAL. Ministério da Saúde (2001) – **Inquérito Nacional de Saúde Continente 1998/1999**. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde.

RICHARDSON, R. G. [*et al.*] (1989) – **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 2ª ed. São Paulo: Atlas.

SECHREST, L. [1984) – Reliability and validity. In BELLACK, A. S.; HERSEN, M., ed. lit. – **Research methods in clinical psychology**. New York: Pergamon Press. p. 24-54.

SERRA, A. V. (1986) – A importância do auto-conceito. **Psiquiatria Clínica**. Vol. 7, n.° 2, p. 57-66.

SERRANO, C. (1997) – O aleitamento: diferentes caminhos para o mesmo fim. **Informar**. Ano 2, n.° 8, p.15-20.

STREINER, D. L.; NORMAN, G. R. (1989) – **Health measurement scales: a practical guide to their development and use**. Oxford: Medical Publications.

WHALEY, F.; WONG, D. L. (1985) – **Enfermagem pediátrica**. 2.ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara. Vol. 1.