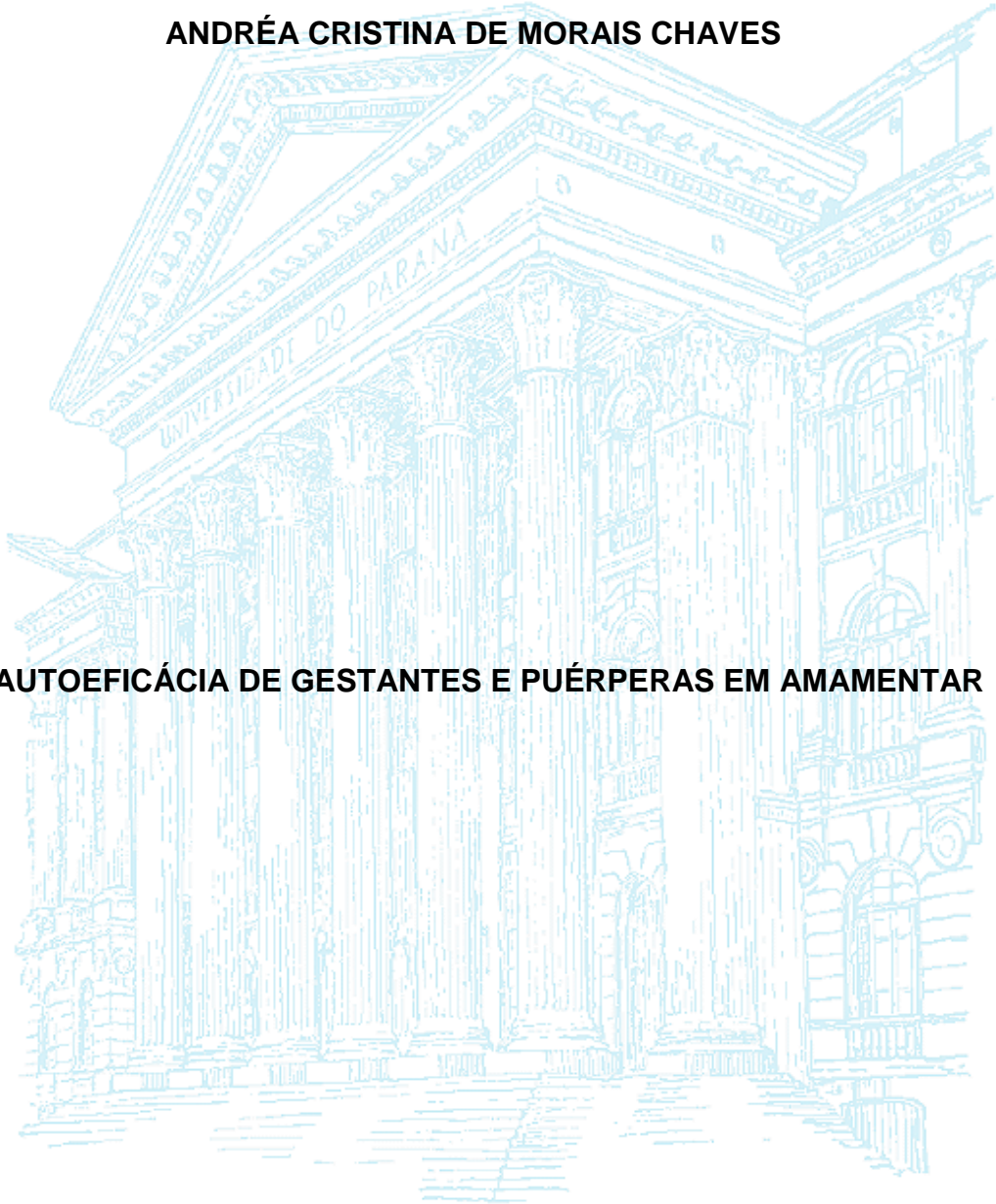


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANDRÉA CRISTINA DE MORAIS CHAVES

A AUTOEFICÁCIA DE GESTANTES E PUÉRPERAS EM AMAMENTAR



CURITIBA

2014

ANDRÉA CRISTINA DE MORAIS CHAVES



A AUTOEFICÁCIA DE GESTANTES E PUÉRPERAS EM AMAMENTAR

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem, Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof^a Dr^a Marilene Loewen Wall

CURITIBA

2014

Chaves, Andréa Cristina de Morais

A autoeficácia de gestantes e puérperas em amamentar / Andréa Cristina de Morais Chaves – Curitiba, PR, 2014.

97f. : il.(algumas color.); 30 cm.

Orientadora: Professora Dra. Marilene Loewen Wall.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2014.

Inclui bibliografia

1. Amamentação. 2. Ciclo Gravídico-Puerperal. 3. Autoeficácia. 4. Educação em Saúde. 5. Enfermagem. I. Wall, Marilene Loewen. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

TERMO DE APROVAÇÃO

ANDRÉA CRISTINA DE MORAIS CHAVES

A AUTOEFICÁCIA DE GESTANTES E PUÉRPERAS EM AMAMENTAR

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:



Profa. Dra. Marilene Loewen Wall
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná – UFPR



Profa. Dra. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos
Membro Titular: Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC



Profa. Dra. Maria de Fátima Mantovani
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 18 de novembro de 2014.

AGRADECIMENTOS

A Deus, mestre e orientador dos meus passos, por permitir a realização demais um sonho.

À minha vó Luiza (*in memoriam*) que me criou e me acompanhou...e mesmo distante, sei que estás ao meu lado...sempre!

À minha mãe Graça, que sempre me apoiou e acreditou nas minhas escolhas.

A você Reginaldo que abdicou dos seus sonhos pelos nossos... por me compreender e me estimular sempre com muito carinho. Amo você!

Ao meu amado filho Rafael, por todo amor, compreensão, apoio e suporte tecnológico para que pudesse completar esta etapa.

À minha orientadora, minha “luz”, Prof^aDr^a Marilene Loewen Wall, mestre na arte de educar e motivar. Obrigada, pelo apoio, ensinamentos, confiança, paciência. Obrigada por ter acreditado no meu potencial.

Às Professoras Doutouras: EvangueliaKotziasAtherino Santos, Maria de Fátima Mantovani, NenNalú Alves das Mercês e Maria Cristina Paganini, pelas contribuições para desenvolvimento e finalização deste trabalho.

Aos membros do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o Cuidar Humano e Enfermagem (NEPECHE) pelas discussões em grupo no desenvolvimento deste trabalho, em especial a Marli, pelos momentos de descontração e incentivo.

Aos colegas de mestrado, por dividir as angústias, medos, alegrias, superações e conquistas.

À equipe do Hospital e Maternidade de São José dos Pinhais, pela confiança para o desenvolvimento do estudo.

À UFPR, pela oportunidade de cursar o mestrado e possibilitar esta etapa de aperfeiçoamento.

Ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UFPR, pela qualidade nas atividades prestadas.

Às participantes da pesquisa, que representam o sentido desse trabalho.

Obrigado a todas as pessoas, que contribuíram para a concretização desse estudo. Sou o resultado da confiança e da força de cada um de vocês.

*“Os sonhos não determinam o lugar em que
você vai estar, mas produzem a força
necessária para tirá-lo do lugar em que está.”*

Augusto Cury

RESUMO

CHAVES, A. C. M. **A autoeficácia de gestantes e puérperas em amamentar.** 97p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

Introdução: A prática da amamentação deve ser uma ação prioritária para melhoria da saúde e qualidade de vida da criança e sua família. As estratégias de promoção devem fortalecer a autoeficácia da gestante e da puérpera que devem ser fundamentadas nas quatro fontes de informações: experiência direta, experiência vicária, persuasão verbal, estado físico e emocional.

Objetivo: Analisar a autoeficácia das gestantes e puérperas quanto ao seu potencial em amamentar. **Materiais e Método:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa analítica, com delineamento longitudinal do tipo painel realizado no município de São José dos Pinhais/PR, no período de novembro 2013 a junho de 2014. A amostra foi de 51 participantes. Adotou-se como critérios de inclusão, gestantes maiores de 18 anos de idade, a partir do 3º trimestre de gestação, que participassem do encontro de gestantes realizado no Hospital e Maternidade de São José dos Pinhais e que aceitassem ser acompanhadas no puerpério imediato. A coleta de dados foi realizada, por meio de entrevista, em dois momentos: o primeiro, no pré-natal no período de novembro 2013 a abril de 2014 e o segundo no durante puerpério ocorreu concomitantemente com a primeira, mas finalizou em junho 2014, devido data de parto das gestantes. No primeiro momento, aplicaram-se dois instrumentos, a Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Versão Brasileira e o formulário socioeconômico, antecedentes ginecológicos, obstétrico e gravidez atual. No segundo momento foram aplicados a Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Versão Brasileira e o formulário sobre os dados do parto, puerpério atual e o tipo de aleitamento materno ofertado ao recém-nascido. Os dados foram analisados pelo *software BioEstat* versão 5.0. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná com o protocolo nº 433.414. **Resultados e discussões:** As participantes eram casadas/união estável (80,39%), faixa etária de 19 - 24 anos (45,10%), com mais de 8 anos de estudo (60,78%), exerciam atividades no lar (80,39%), mais de 80% sem história de tabagismo ou etilismo, a renda familiar variou 1 a 3 salários mínimos (66,67%). Quanto aos antecedentes obstétricos, eram primigestas (54,90%), sem história de abortamento (92,15%), que tiveram 1-2 consultas com enfermeiro (37,25%), não receberam orientação sobre aleitamento materno no pré-natal (54,90%) e (96,08%) conheciam alguém que amamentou. Na gestação atual, tiveram parto vaginal (60,79%), o RN sugou na sala de parto (54,90%), o aleitamento materno exclusivo foi utilizado na maternidade (84,31%), apresentaram dificuldade em amamentar (43,14%) e a principal dificuldade foi referida foi a dor (27,45%), receberam ajuda na maternidade (50,99%), do enfermeiro (37,25%), e tiveram seus problemas solucionados (29,41%). Em relação aos dados antropométricos dos RN a predominância, do peso ao nascer de 3000 – 3999g (74,52%), estatura de 47- 50 cm (56,86%), sexo masculino (54,91%), Apgar > 7 no primeiro minuto (88,23%) e no quinto minuto (100%). A maioria das mães deseja amamentar quando retornar para casa (94,15%), retornar as atividades laborais (66,67%) quando o RN estiver

entre 2 – 4 meses (43,13%). As maiores médias da escala ocorram no período puerperal e o domínio técnico apresentou maiores médias. **Conclusão:** As médias dos escores da BSES-VB foram maiores durante o puerpério, demonstrando maior autoeficácia das mulheres após o nascimento do seu bebê, mas apesar de conhecermos as médias nessa pesquisa, ainda não há publicações que indiquem os valores que classificam o limite entre alta e baixa eficácia. O uso de substitutos do leite materno nas maternidades pode desencorajar as nutrizes para o ato de amamentar, assim a atuação do enfermeiro na atenção básica e nas maternidades torna-se essencial para aumento da autoeficácia. A educação em saúde durante o ciclo gravídico-puerperal é uma estratégia fundamental para que ocorra o aumento da autoeficácia, podendo ser mensurado por meio da aplicação da escala Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Versão Brasileira, na tentativa de reduzir as taxas de desmame precoce.

Palavras-chave: Amamentação, Gestação, Puérperio, Autoeficácia, Educação em Saúde, Enfermagem.

ABSTRACT

CHAVES, A. C. M. **Pregnant and Postpartum Women's Breastfeeding Self-efficacy**. 97 p. Dissertation (Nursing Master's Degree) – Nursing Postgraduation Program, Federal University of Paraná, Curitiba/Brazil, 2014.

Introduction: Breastfeeding practice must be a priority to improve health and quality of life of children and their families. Promotion strategies must strengthen pregnant and postpartum women who must be supported in the four sources of information: direct experience, vicarious experience, verbal persuasion, physical and emotional status. **Objective:** To analyze pregnant and postpartum women's self-efficacy on their breastfeeding potential. **Materials and Method:** Analytical quantitative research with a longitudinal panel study design, held in the municipality of São José dos Pinhais, Paraná State/Brazil, from November 2013 to June 2014. The sample comprised 51 participants. Convenience sampling adopted as inclusion criteria: pregnant women over 18 years old in the third trimester of pregnancy who participated in the pregnant women's meeting held in the Maternity Hospital of São José dos Pinhais and accepted to be followed-up in immediate postpartum. Data collection was carried out by means of interviews at two moments: first, during the prenatal period in November 2013 to April 2014, second in during postpartum occurred concurrently with the first, but finished in June 2014 as the date of delivery of pregnant women. Two instruments were applied at the first moment: Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Brazilian Version and the socioeconomic form, gynecological, obstetric reports, and current pregnancy reports; at the second moment, Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Brazilian Version and the formulary on labor, current postpartum and the kind of breastfeeding offered to the newborn were applied. Data were analyzed by BioEstat 5.0 software. The study was approved by Committee for Ethics in Research of the Health Science Sector of the Federal University of Paraná, protocol n. 433,414. **Results and discussions:** The participants were married women/Stable union (80.39%), age ranging from 19 to 24 years old (45.10%), over 8 years of schooling (60.78%), housewives (80.39%), no records of smoking or alcoholism (over 80%), family income ranging from 1 to 3 minimum wages (66.67%). As for obstetric records, most of them were primigest (54.90%), no abortion history (92.15%), 1 or 2 consultations (37.25%), no breastfeeding counseling during the prenatal period (54.90%), and knowing someone who had breastfed (96.08%). In the current pregnancy, vaginal delivery prevailed (60.79%), the newborn were breastfed in the delivery room (54.90%), breastfeeding was exclusively

held in the maternity hospital (84.31%), difficulties in breastfeeding (43.14%), and pain was referred to as the main difficulty (27.45%), assistance was provided in the maternity hospital (50.99%), and by nurses (37.25%), and their problems were solved (29.41%). In relation to the newborn anthropometric data, there was prevalence of birth weight from 3000 – 3999g (74.52%), female height from 47 – 50cm (56.86%), male height (54.91%), Apgar > 7 in the first minute (88.23%) and in the fifth minute (100%). Most mothers wish to breastfeed when they return home (94.15%), to return to their professional activities (66.67%) when the newborn is between 2 – 4 months (43.13%). The highest scale average scores were verified in the postpartum period, and the technical domain evidenced the highest average scores. **Conclusion:** The mean Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Brazilian Version scores were higher during the postpartum period, showing greater self-efficacy of women after the birth of her baby, but despite knowing the average in this study, there are no publications that indicate the values that classify the limit between high and low efficiency. The use of breastmilk substitutes in maternity may discourage women to the act of breastfeeding, so the work of nurses in primary care and in hospitals is essential to increase self-efficacy. Health education during pregnancy and postpartum is a key strategy for the occurrence increasing self-efficacy, which can be measured through the application Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Brazilian version, in an attempt to reduce early weaning rates.

Key words: Breastfeeding, Pregnancy, Postpartum, Self-efficacy, Health Education, Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	RELAÇÃO ENTRE EXPECTATIVA DE AUTOEFICÁCIA E EXPECTATIVA DE RESULTADO SEGUNDO BANDURA (1977)	32
FIGURA 2	RELAÇÃO ENTRE O OBJETO DE ESTUDO E O REFERENCIAL TEÓRICO DE AUTOEFICÁCIA (DENNIS 1999).....	35
FIGURA 3	ESQUEMA DO PROCESSO DE COLETA DE AMOSTRA E AMOSTRA FINAL.....	42
FIGURA 4	REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA PESQUISA LONGITUDINAL DO TIPO PAINEL	45
FIGURA 5	MÉDIA DOS ESCORES DA BSES-VB, NO PRÉ-NATAL E NO PUERPÉRIO.....	64

LISTA DE TABELAS

- TABELA 1 – DADOS DO RELATÓRIO ANUAL DE PARTOS E CIRURGIAS DO HOSPITAL E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS (HMSJP), NOS ANOS DE 2012, 2013 E 2014.41
- TABELA 2 – COMPARAÇÃO DA MÉDIA DOS ESCORES DA BSES-VB NO PRÉ-NATAL, SEGUNDO AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, SJP/PR, NOVEMBRO DE 2013 A JUNHO DE 201449
- TABELA 3 – COMPARAÇÃO DAS MÉDIAS DOS ESCORES DA BSES-VB NO PRÉ-NATAL E NO PÓS-PARTO, SEGUNDO ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS E GRAVIDEZ ATUAL, SJP/PR, NOVEMBRO 2013 A JULHO DE 2014.....53
- TABELA 4 – COMPARAÇÃO DAS MÉDIAS DOS ESCORES DA BSES-VB NO PRÉ-NATAL E NO PÓS-PARTO, SEGUNDO OS DADOS DO PARTO E PUERPÉRIO, SJP/PR, NOVEMBRO 2013 A JULHO DE 2014.....56
- TABELA 5 – COMPARAÇÃO DAS MÉDIAS DOS ESCORES DA BSES-VB NO PRÉ-NATAL E NO PÓS-PARTO, SEGUNDO OS DADOS ANTROPOMÉTRICOS E DE SAÚDE DO RN, SJP/PR, NOVEMBRO DE 2013 A JULHO 201461
- TABELA 6 – COMPARAÇÃO DAS MÉDIAS DOS ESCORES DA BSES-VB NO PRÉ-NATAL E NO PÓS-PARTO, AMAMENTAR EM CASA, RETORNO DAS ATIVIDADES LABORAIS DA PUÉRPERA, SJP/PR. NOVEMBRO DE 2013 A JULHO 201462
- TABELA 7 – CLASSIFICAÇÃO BSES-VB NO PRÉ-NATAL E NO PÓS-PARTO, SJP/PR, NO PRÉ-NATAL E NO PÓS-PARTO, SJP/PR, NO PERÍODO DE NOVEMBRO DE 2013 A JULHO 2014.....65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alojamento Conjunto
AM	Aleitamento Materno
AMC	Aleitamento Materno Complementado
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMM	Aleitamento Materno Misto ou Parcial
AMP	Aleitamento Materno Predominante
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BSES	BreastfeedingSelf-EfficacyScale
BSES-VB	BreastfeedingSelf-EfficacyScale – Versão Brasileira
DF	Distrito Federal
ENPACS	Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável
HMSJP	Hospital e Maternidade de São José dos Pinhais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IRA	Infecções Respiratórias Agudas
LA	Leite Artificial
LH	Leite Humano
MC	Método Canguru
MS	Ministério da Saúde
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes

OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PN	Pré-Natal
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PR	Paraná
PSSI	Primeira Semana de Saúde Integral
RN	Recém-nascido
SJP	São José dos Pinhais
SUS	Sistema Único de Saúde
UCIN	Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	38
2.1 GERAL	38
2.2 ESPECÍFICOS	38
3.1 DELINEAMENTO E TIPO DE ESTUDO	39
3.2 PERÍODO E LOCAL DE ESTUDO	40
3.3 POPULAÇÃO (N) E AMOSTRA (N)	41
3.4 COLETA DE DADOS	43
3.5 INSTRUMENTOS	44
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	45
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	47
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	48
5 CONCLUSÃO	67
REFERÊNCIAS	70
APÊNDICES	82
ANEXOS	90

1 INTRODUÇÃO

Amamentar é mais do que apenas nutrir a criança. É um processo em que ocorreu envolvimento entre mãe e filho, trazendo inúmeros benefícios para o binômio, contribuindo satisfatoriamente para a saúde física e mental do bebê (GRANDO; ZUSE, 2011).

O ato de amamentar está associado a diferentes fatores dentre eles a falta de conhecimento, a cultura e a autoeficácia, que podem interferir diretamente na interrupção precoce dessa prática (DODT *et al.*, 2012). Segundo Bandura (1977), a autoeficácia é a confiança pessoal de que se pode realizar com sucesso o comportamento necessário para alcançar o resultado desejado e as estratégias de promoção deve fortalecer a autoeficácia da gestante e da puérpera que devem ser fundamentadas nas quatro fontes de informações: experiência direta, experiência vicária, persuasão verbal, estado físico e emocional.

Assim, as estratégias devem estar presentes em todo ciclo gravídico, tornando necessário esclarecer as vantagens do leite materno e assim, o binômio mãe/filho poderão ser beneficiados com a prática do aleitamento materno, pois esta poderá contribuir para a diminuição das infecções respiratórias agudas (IRA) e diarréicas, o melhor desenvolvimento e crescimento para as crianças, além da diminuição do risco de diabetes tipo 2; e quando ofertado de forma exclusiva até o sexto mês de vida da criança e de forma complementar até os dois anos de idade, reduz as taxas de mortalidade e morbidades na infância e na vida adulta (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2013a).

Para que ocorra a prevenção da mortalidade e morbidade, faz-se necessário que o estímulo da cultura de amamentar seja introduzido desde a infância e adolescência nas escolas, estendendo no pré-natal às gestantes e às nutrizes no puerpério, além da atuação eficaz dos profissionais de saúde, no reconhecimento da amamentação ineficaz, aumentando assim a autoeficácia das mulheres em amamentar.

A prática da amamentação deve ser acompanhada e observada na maternidade e deverá ter acompanhamento mais intensamente após a alta, pelos profissionais do programa de estratégia de saúde da família, evitando o desmame precoce e estimulando o aleitamento materno exclusivo.

Estudo realizado com crianças menores de um ano, residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal nos anos de 1999 a 2008, demonstraram que as cidades que conseguiram melhorar os padrões de aleitamento materno, tiveram menores taxas de internação hospitalar por diarreias (BOCCOLINI *et al.*, 2012).

Para a mulher, a amamentação pode evitar a possibilidade de câncer de ovário e mama, contribuir para maior perda de peso no puerpério e prolongar o período de amenorréia pós-parto, além de favorecer o fortalecimento dos laços afetivos, possibilitando intimidade, afeto, segurança, proteção à criança e de autoconfiança e realização para a mulher (BRASIL, 2011a).

Num estudo realizado com acadêmicos de diferentes cursos, foi constatado que 100% dos acadêmicos de fisioterapia associam a amamentação com a prevenção do câncer de mama, porém 85,7% dos acadêmicos de enfermagem, e 60% do curso de psicologia têm o mesmo entendimento. Apesar deste conteúdo ser abordado em disciplinas das áreas de saúde da mulher e saúde do adulto, estes índices, ainda estão abaixo do esperado tornando necessário o reforço desta temática nas universidades (FREITAS; TERRA; MERCÊS, 2011). Em outro estudo realizado no sul do país, demonstrou-se que o aleitamento materno também contribui para a capacidade intelectual geral, mesmo entre aqueles com menores condições socioeconômicas (FONSECA *et al.*, 2013).

O aleitamento materno oferece ainda, vantagens econômicas para as famílias, para o sistema de saúde e para a sociedade em geral, ao diminuir os gastos com leites artificiais, mamadeiras e ao reduzir os episódios de doenças e internações infantis, contribuindo na redução do absenteísmo dos pais ao trabalho (BRASIL, 2013a; RIBEIRO *et al.*, 2013).

Para que ocorra consenso no uso de terminologias neste estudo, optou-se pelas definições que a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008) adota quanto ao aleitamento materno, ou seja:

- aleitamento materno exclusivo (AME) é quando a criança recebe apenas o leite materno direto da mama ou ordenhado, sem outros líquidos ou sólidos, sendo permitindo apenas vitaminas, sais minerais na forma de comprimidos ou xarope;

- o aleitamento materno predominante (AMP) é quando o lactente recebe o leite materno como fonte principal de nutrição, sendo oferecidos ainda líquidos como água, chás e suco de fruta;

- aleitamento materno, quando o recém-nascido recebe o leite materno direto da mama ou ordenhado independente de receber ou não outros alimentos;

-aleitamento materno complementar (AMC) é quando a criança recebe além do leite materno, qualquer tipo de alimento sólido, semissólido ou líquido com a finalidade de completá-lo e não de substituí-lo e o aleitamento materno misto (AMM) quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

Assim, a oferta de outros alimentos deve ocorrer em quantidade e qualidade adequada de acordo com as fases do desenvolvimento infantil, promovendo a saúde e protegendo a criança de deficiências nutricionais e de doenças crônicas, pois quando ocorre a introdução precoce de outros alimentos, ou seja, antes do sexto mês de vida da criança, pode ocorrer a diminuição na absorção de minerais, além do risco de desnutrição devido hiperdiluição das fórmulas infantis (BRASIL, 2012a).

O profissional de saúde que conhece a cultura na qual o recém-nascido está inserido pode orientar os familiares e a nutriz quanto às crenças que estão em torno do aleitamento materno e fortalecer a autoeficácia das nutrizes. Estudos relatam que o senso comum, a oferta inadequada, a influência das avós e o uso de chupetas e mamadeiras são os fatores principais do desmame precoce (MARQUES; COTTA; PRIORE, 2011; RIBEIRO *et al.*, 2013; SANGALLI; HENRIQUES; OLIVEIRA, 2010).

Água, chás e principalmente leites artificiais devem ser evitados, pois há evidências que seu uso está associado com o desmame precoce e o aumento da morbimortalidade infantil. A mamadeira também é considerada uma importante fonte de contaminação e pode influenciar negativamente a amamentação, pois algumas crianças depois de experimentarem a mamadeira e a chupeta passam a apresentar dificuldade na sucção, denominada de “confusão de bicos” gerada pela diferença marcante entre a maneira de sugar na mama e na mamadeira (BRASIL, 2013b).

Ficou caracterizado em estudo realizado que as crianças que não fizeram uso de chupeta foram amamentadas exclusivamente por mais tempo do que aquelas que a usaram. O estudo ainda relata que os profissionais devem realizar orientações desde o pré-natal para todos os integrantes da família, informando sobre os efeitos do uso da chupeta e que a sua utilização deverá ser considerada como alerta para o desmame. (DEMITTO; BERCINI; ROSSI, 2013).

Na China e no Vietnã as avós são as principais cuidadoras dos bebês e incentivam a introdução precoce de água, para saciar a sede e limpar a boca da

criança, além de diversos tipos de leite com ou sem açúcar para complementar o leite fraco (CHEN *et al.*, 2008; ALMOROTH *et al.*, 2008).

Na maioria das vezes, nos primeiros dias de vida, mesmo ingerindo pouco colostro, os RN não necessitam de líquidos além do leite materno, pois nascem com níveis de hidratação relativamente altos, assim, com o controle diário de peso até a alta hospitalar, será um método eficiente de acompanhamento. Perdas entre 7% a 10% do peso de nascimento são indicativos de que a criança não está recebendo volume hídrico adequado (BRASIL, 2013b).

Num caso clínico realizado em Portugal, observou-se que quando o aleitamento, mesmo de forma exclusiva, é ofertado de forma inadequada, apresenta consequências para o recém-nascido, como situações de desidratação hipernatrêmica grave e insuficiência renal aguda. Por isto a prevenção da morbimortalidade deve começar com a educação materna pré e pós-natal e os profissionais de saúde devem estar atentos para sinais de alerta, evitando um diagnóstico tardio (RIBEIRO *et al.*, 2013).

As características clínicas relacionadas a uma inadequada amamentação devem receber especial atenção e a técnica deve ser observada pelo profissional de saúde antes da alta da maternidade e acompanhada posteriormente na atenção primária, identificando problemas e fortalecendo a autoeficácia das mães para o aleitamento materno. Além disso, as mães devem ser orientadas a reconhecerem sinais de alerta e aconselhadas a procurar ajuda o mais precoce possível.

No estudo de Sangalli, Henriques e Oliveira (2010) constatou-se que os profissionais de saúde e os parentes que convivem com a nutriz têm influência no padrão exclusivo do aleitamento. Já a influência cultural das avós seja materna ou paterna, está intimamente ligada à duração e exclusividade do aleitamento materno. Assim, torna-se necessário incluí-las em estratégias educativas e envolver suas vivências para torná-las apoiadoras de suas filhas e noras.

O Ministério da Saúde (2011b, p.122) ressalta que

A participação das avós é bastante marcante na cultura brasileira, e costumam exercer grande influência sobre as mães, em especial as adolescentes, o que pode favorecer ou dificultar a amamentação. Muitas avós transmitem às suas filhas ou noras suas experiências com a amamentação, as quais, em muitos casos, são contrárias às recomendações atuais das práticas alimentares de crianças, como, por exemplo, o uso de água, chás e outros leites nos primeiros seis meses. Por

isso, é importante incluir as avós no aconselhamento em amamentação, para que práticas nocivas à criança não continuem sendo transmitidas às novas gerações de mães. Com informação adequada e diálogo que permitam às avós expor suas experiências, crenças e sentimentos com relação à amamentação.

O estudo que apresenta a revisão bibliográfica realizada em 2011 demonstrou que os mitos e crenças sobre aleitamento materno como: “pouco leite”, “leite fraco”, “o bebê não quis pegar o peito”, “o leite materno não mata a sede do bebê” ou então “os seios caem com a lactação”, demonstram a insegurança da nutriz diante da prática da amamentação (MARQUES; COTTA; PRIORE, 2011).

É importante que as mulheres sintam que o profissional se interessa pelo bem-estar delas e de seus filhos para que adquiram confiança, sendo o aconselhamento por meio do diálogo, possa ajudar a nutriz a tomar decisões acertadas em relação à amamentação (BRASIL, 2009b).

Apesar da maioria das nutrizes apresentarem condições fisiológicas na produção de leite suficiente para atender à demanda de seus filhos, muitas vezes, a percepção de “pouco leite” ou “leite fraco” é comum e deve ser valorizada e adequadamente manejada (BRASIL, 2009b).

Essa percepção é fruto da insegurança materna quanto a sua capacidade de nutrir plenamente seu filho e essa insegurança, a maioria das vezes, é reforçada por pessoas próximas, que interpretam o choro do bebê e as mamadas frequentes como sinais de fome (BRASIL, 2013b).

Qualquer fator materno ou da criança que limite o esvaziamento das mamas pode causar diminuição na produção do leite, como, por exemplo, mamadas infrequentes ou curtas, com horários pré-estabelecidos, ausências de mamadas noturnas, ingurgitamento mamário, uso de suplementos e uso protetores de mamilo, são situações consideradas possíveis determinantes de baixa produção de leite (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2013b).

A posição inadequada da mãe e/ou da criança durante o ato de amamentar dificulta o posicionamento correto da boca do bebê em relação ao mamilo e à aréola, resultando na “má pega” e assim, levando também a uma diminuição da produção do leite (BRASIL, 2009b).

Deste modo, o ato de amamentar mantém-se no foco de discussões e desafia os serviços de saúde, pois apesar das vantagens e estratégias desenvolvidas para apoio, promoção e proteção ao aleitamento materno desde a

década de 1980, esta prática ainda está distante do preconizado pela OMS, que recomenda o aleitamento materno de forma exclusiva até o sexto mês de vida da criança e de forma complementar até os dois anos de idade ou mais (WHO, 2009).

1.1 Políticas de Incentivo ao Aleitamento Materno

A promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, principalmente o exclusivo, deve ser visto como uma ação prioritária para a melhoria da saúde das crianças. As estratégias de estímulo devem ser iniciadas precocemente e a amamentação deve ser estimulada logo na primeira hora após o nascimento e incentivada durante o período denominado puerpério, também conhecido como pós-parto ou resguardo que dura em torno de 6 a 8 semanas e é dividido didaticamente em três fases: puerpério imediato do 1º ao 10º dia; puerpério tardio do 11º ao 42º dia e, puerpério remoto a partir do 43º dia pós-parto (BRASIL, 2006a).

Para assistir integralmente a mulher nesse período, os profissionais de enfermagem devem estar atentos às suas reais necessidades. Assim sendo, o cuidado de enfermagem no puerpério imediato tem por meta oferecer estratégias de enfrentamento e adaptação à maternidade, com ações voltadas para superação de dificuldades.

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, pois antes de seu surgimento, o foco central era a mulher/mãe (BRASIL, 2004).

Com o novo programa para a saúde da mulher, baseado no conceito de atenção integral, houve a inclusão de ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004).

A promoção da amamentação durante a gestação tem impacto positivo na prevalência do aleitamento materno, em especial com as primíparas (BRASIL, 2009b). O acompanhamento no pré-natal é uma excelente oportunidade para

motivar as mulheres a amamentarem, assim como a inclusão da participação de pessoas significativas para a gestante durante este aconselhamento.

Com intuito de fortalecer a estratégia durante o período puerperal, ainda na década de 80, foi publicada a Portaria que tornava obrigatória a permanência de mãe e filho juntos, 24 horas por dia até a alta hospitalar, no alojamento conjunto, em todos os hospitais públicos e conveniados. Com a criação do alojamento conjunto fica possível melhor cuidado ao binômio e a oportunidade para promover a educação em saúde durante a internação hospitalar (BRASIL, 1993).

Desde então, essa prática tem sido valorizada e recomendada no mundo inteiro pelas inúmeras vantagens que oferece para a mãe, para a criança, para a família e para a própria instituição. Dentre as várias ações destacamos a humanização do atendimento ao binômio e sua família, convivência contínua entre mãe e bebê, o maior envolvimento dos pais, estabelecimento precoce do vínculo afetivo entre mãe e filho, promoção do aleitamento materno, troca de experiências com outras mães quando compartilham o mesmo quarto, a oportunidade para as mães em especial as primigestas aprenderem noções básicas dos cuidados com os RN e assim, melhorar a autoconfiança dessa mulher para amamentar.

O alojamento conjunto é um local que deve ser utilizado para o aconselhamento em saúde, por meio de linguagem acessível, demonstrar empatia, e reconhecer e elogiar os avanços na relação entre a mãe e o bebê, a comunicação não verbal e palavras que soam como julgamentos devem ser evitados. Estas ações são úteis para que as mulheres sintam-se apoiadas, acolhidas, confiantes e encorajadas a manterem práticas saudáveis (BRASIL, 2013b).

No ano de 1992, o Ministério da Saúde com apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) adotou a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) que tem como base os “Dez Passos para o Sucesso no Aleitamento Materno”, que resumem as práticas necessárias a serem desenvolvidas nas maternidades, para apoio ao aleitamento materno (BRASIL, 2010).

Essa iniciativa garante à puérpera e ao RN que a maternidade tenha uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, incluindo o alojamento conjunto. Assim, segundo o Ministério da Saúde (2010, p. 11) todo serviço de saúde que presta assistência obstétrica e neonatal deve:

1. Ter uma política de aleitamento materno escrita, que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde;
2. capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar a política;
3. informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno;
4. ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento;
5. mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas dos seus filhos;
6. não oferecer ao recém-nascido, bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica;
7. praticar o alojamento conjunto – permitir que as mães e bebês permaneçam juntos – 24 horas por dia;
8. incentivar o aleitamento materno sob livre demanda;
9. não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas, e
10. promover a formação de grupos de apoio a amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade.

O Brasil possui cerca de 3.750 maternidades, das quais apenas 335 são credenciadas na IHAC. No Estado do Paraná existem 18 hospitais credenciados como amigos da criança, sendo que desses, seis estão localizados na capital (UNICEF, 2010).

Apesar da relevância da IHAC, sua atuação é limitada, uma vez que a maioria das puérperas normalmente permanece no ambiente hospitalar por no máximo três dias. Dessa forma, a atenção básica de saúde também se torna indispensável na estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno exclusivo.

Com a publicação da Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014, que redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, dentre eles, os Hospitais Amigos da Criança adotarão ações educativas articuladas com a Atenção Básica, de modo a informar à mulher sobre a assistência que lhe é devida, do pré-natal ao puerpério, visando ao estímulo das "Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento", garantirão a vinculação da gestante, no último trimestre de gestação, ao estabelecimento hospitalar em que será realizado o parto e assegurarão às mulheres e aos seus filhos recém-nascidos, alta hospitalar responsável e contrarreferência na Atenção Básica, bem como o acesso a outros serviços e grupos de apoio à amamentação, após a alta (BRASIL, 2014).

Sendo assim, com intuito de proteger legalmente o aleitamento materno, existem no país legislações específicas, dentre elas a Resolução nº 5, do Conselho

Nacional de Saúde, que aprova a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL) que teve sua reavaliação em 1999 na Resolução 31, de 12 de outubro, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a).

A aprovação da NBCAL representou um marco importante para a história do aleitamento materno no Brasil, pois se constituiu um instrumento legal para regularizar a promoção comercial e o uso apropriado dos alimentos que estão à venda como substitutos ou complementos do leite materno, bem como de bicos, chupetas e mamadeiras (BRASIL, 2012a).

No final da década de 1990, ocorreu a expansão do Método Canguru (MC) no Brasil, transformando-o em uma política pública. O MC, inicialmente idealizado na Colômbia no ano 1979, consiste na colocação do recém-nascido prematuro na posição vertical sobre o peito da mãe com a finalidade do contato pele a pele, favorecendo o vínculo entre o binômio e estimulando o aleitamento materno, permitindo que a amamentação seja iniciada precocemente, com maior frequência e duração (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2011b; BRASIL 2012c).

Na década seguinte, com a Portaria nº693 foi aprovada a Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (BRASIL, 2000) e posteriormente sua atualização com a Portaria SAS/MS nº1.683 (BRASIL, 2007a).

Com o Método Canguru, inicia uma mudança nos moldes de atenção perinatal, onde as questões pertinentes à atenção humanizada se complementam com os avanços tecnológicos. Esse método inicia antes do nascimento de um bebê prematuro e/ou de baixo peso, com a identificação das gestantes de risco, assim a futura mãe e sua família recebem orientações e cuidados específicos, além do suporte psicológico (BRASIL, 2011b).

Apesar da implantação de várias políticas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, durante a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, em 2008, verificou-se que, no total das crianças analisadas, 67,7% foram amamentadas na primeira hora de vida; e que a prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses foi de 41% no conjunto das capitais brasileiras e Distrito Federal (BRASIL, 2009a).

No Paraná (PR), o estudo foi desenvolvido em Curitiba, e o percentual de crianças amamentadas na primeira hora foi de 71,2%. No entanto, a prevalência do AME em crianças menores de seis meses foi de 46,1%, evidenciando assim a

diminuição dos índices entre o percentual de crianças amamentadas nas primeiras horas e a prevalência do AME (BRASIL, 2009a).

Sabe-se que esta redução pode ser evitada e ou amenizada com o compromisso dos profissionais de saúde no apoio as nutrizes. Acredita-se que esta situação poderia ser mudada com a presença atuante do profissional de enfermagem durante o acompanhamento efetivo no pré-natal, parto e puerpério.

A Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal demonstraram também que a maioria das crianças brasileiras são amamentadas no primeiro mês de vida, mas, ao longo do tempo vai ocorrendo uma diminuição desta prática, sendo a prevalência de aleitamento materno exclusivo de 60,7% aos 30 dias; 23,3% aos 120 dias e 9,3% aos 180 dias (BRASIL, 2009a).

Num hospital universitário do sudeste do país, um estudo apontou que 70,8% das mulheres, apesar de terem recebido orientações sobre o aleitamento materno no pré-natal (PN), não possuíam conhecimento em relação à higiene das mamas, frequência das mamadas, complementação alimentar e ingurgitamento mamário e seus cuidados (FONSECA *et al.*, 2011).

Ao realizar orientações durante o pré e pós-natal, a mulher deve ser esclarecida sobre as vantagens do aleitamento materno, que amamentar demanda tempo e dedicação e que deve ser prazeroso para o binômio. As dúvidas devem ser finalizadas e esclarecidas com o propósito de evitar a oferta de fórmulas lácteas.

Em 2006, com o propósito de diminuir a oferta de substitutos do leite materno nas unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), foi publicada a Lei nº 11.265 que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos. Dentre os principais pontos está a proibição da promoção de substitutos do leite materno em unidades de saúde e da doação de suprimentos, gratuitos ou subsidiados, de substitutos do leite materno ou outros produtos, em qualquer parte do sistema de saúde (BRASIL, 2006b).

Segundo o MS, o gasto médio mensal com a compra de fórmula infantil para alimentar um lactente nos primeiros seis meses de vida no Brasil, em 2004, variou de 38% a 133% do salário-mínimo. Valor que correspondia aproximadamente a faixa entre R\$ 98,80 a R\$345,58 na dependência da marca da fórmula infantil utilizada, podendo-se acrescentar ainda a despesa com mamadeiras, bicos, gás de cozinha, além de eventuais custos decorrentes de doenças, que são mais comuns em

crianças não amamentadas. Amamentar pode significar uma economia nos gastos, que poderá ser utilizada em outras despesas da família (BRASIL, 2009a).

Estudos demonstram que lactentes que estão em aleitamento materno não devem receber bicos artificiais, pois pode alterar a dinâmica oral do neonato, afetar a frequência das mamadas, propiciar a transmissão de infecções devida higienização precária dos bicos, além de favorecer os traumas mamilares nas nutrizes (UNICEF, 2008; WHO, 2009; NUNES *et al.*, 2012).

Outro fator importante para diminuir os riscos associados a não amamentação ou desmame precoce é a licença maternidade que constitui um benefício previdenciário, reconhecido desde 1988, respaldado no Art.7º, inciso XVII, da Constituição Federal. A mesma confere às trabalhadoras urbanas e rurais, que permite o total afastamento de suas funções sem prejuízo da sua renumeração e do emprego com duração de cento e vinte dias (BRASIL, 1988). Para as servidoras nutrizes ocupantes de cargo público, de acordo com a Lei Federal nº 11.770, de 09 de setembro de 2008, o período do benefício passa a ser de cento e oitenta dias (BRASIL, 2008).

Com objetivo de mudar esse cenário nas empresas privadas, foi criado, em 2010, pelo MS o programa Mulheres Trabalhadoras que Amamentam que incentiva a ampliação da licença maternidade de quatro para seis meses (BRASIL, 2010).

Este programa tem como objetivo incentivar as funcionárias que retornam ao trabalho a continuarem amamentando seus filhos. Para participar do programa além da licença de seis meses, a empresa deve oferecer creche no local de trabalho e sala de amamentação (BRASIL, 2010).

Para que as mães possam manter a lactação após retorno do trabalho, é importante que o profissional de saúde estimule os familiares, a dividir as tarefas domésticas e oriente a mãe trabalhadora quanto algumas medidas que facilitam a manutenção do aleitamento materno. Antes de retornar ao trabalho, a nutriz trabalhadora, poderá manter o aleitamento materno exclusivo ao praticar a ordenha e congelar o leite para ser usado enquanto não estiver em casa, sendo oferecido ao RN, no copinho ou na colher por outra pessoa, enquanto a mãe trabalha (BRASIL, 2009b).

Após o retorno ao trabalho, a mãe trabalhadora deve aumentar a frequência das mamadas quando estiver em casa, inclusive à noite. Deverá evitar que a criança receba mamadeiras durante as horas de trabalho e se possível, esvaziar as mamas

por meio de ordenha manual no local de trabalho para oferecer ao bebê ao retornar para casa (BRASIL, 2009b).

No entanto, se após o nascimento do recém-nascido houver necessidade de permanência na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e/ou Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), especial atenção é dada no sentido de estimular a entrada dos pais nesses locais e de estabelecer contato pele a pele com o bebê, de forma gradual e crescente, de maneira segura e agradável para ambos, além de estimular a lactação e à participação dos pais nos cuidados com seu filho (BRASIL, 2011b).

Em 2012, foram definidas as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave bem como os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal. Assim, as unidades neonatais estão divididas em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), com duas tipologias: a) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e b) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) conforme a Portaria Nº 930, de 10 de maio de 2012 (BRASIL, 2012c).

A UCINCa é o serviço em unidade hospitalar cuja infraestrutura física e material permite acolher mãe e filho para prática do método canguru, para repouso e permanência no mesmo ambiente nas 24 horas por dia até a alta hospitalar (BRASIL, 2012c). As recomendações contidas nessa Portaria deverão ser consideradas como um mínimo ideal para um atendimento adequado ao recém-nascido de baixo peso com procedimentos humanizados, objetivando maior apego e melhor relacionamento familiar além do incentivo ao aleitamento materno (BRASIL, 2012c).

Para que as ações possam ser mais abrangentes encontramos na atenção básica estratégias como a Rede Cegonha, que preconiza a realização da Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI), na qual são realizadas atividades à saúde de puérperas e recém-nascidos durante a primeira semana pós-parto. Mas para que isso ocorra em tempo oportuno é necessário que a equipe da maternidade, no momento da alta, comunique a equipe da atenção básica na qual a mulher está vinculada, para que se possa realizar a visita domiciliar (BRASIL, 2012a).

Ainda no eixo da atenção básica, OMS, em 2012, criou a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável,

denominada Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. A mesma tem como objetivo qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica com o intuito de reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos (BRASIL, 2012a).

1.2 Cuidados de Enfermagem e o Aleitamento Materno

A equipe que acolhe a gestante/nutriz deve estar capacitada e sensível para reconhecimento das dificuldades e possível desmame, pois, como citado anteriormente, são vários os fatores que podem contribuir para a não amamentação. Os profissionais responsáveis pela orientação às gestantes e puérperas, precisam estar atentos às experiências, a cultura e aos hábitos para que possam auxiliá-las e incentivá-las de forma adequada.

Cabe aos profissionais de saúde repensar atitudes e superar obstáculos em busca de um pré-natal com bom vínculo e preparo para amamentação, conhecer os desejos e interesse da nutriz em amamentar e envolver pai e familiares no apoio ao aleitamento (SOUZA; MELLO; AYRES, 2013).

As orientações para a pega e posicionamento adequado do recém-nascido, podem prevenir o aparecimento de mamas ingurgitadas e fissuras mamilares, tão comuns na maioria das nutrizes durante o puerpério, fato que poderá levar ao desmame precoce (BRASIL, 2006a). Essas orientações, se fornecidas durante as consultas de pré-natal podem ajudar na decisão da mulher pelo aleitamento materno (NASCIMENTO *et al.*, 2013).

A associação do cuidado com as práticas educativas tornam-se uma relação compartilhada na qual a enfermeira exerce seu papel de cuidadora e educadora, dividindo o seu saber e fazer popular, evitando posturas autoritárias (PROGIANTI; COSTA, 2012). O desafio está em comunicar-se com a mulher, dando-lhe a informação de que ela necessita no momento adequado, pois o sucesso da amamentação depende de sua autoconfiança.

Dentre as diferentes formas de cuidar, a prática da educação em saúde é uma das estratégias para a promoção da saúde. Além de mostrar caminhos, a

educação em saúde fornece uma consciência crítica sobre conceitos e valores (SOUZA; WEGNER; GORINI, 2007).

A educação em saúde deve favorecer oportunidade de promoção à saúde e não entendida somente como transmissão de informações. Preconiza a busca de autonomia dos sujeitos, podendo ser adaptada aos conhecimentos anteriores de cada indivíduo, devendo ser utilizada como instrumento para gerar novas formas de estruturação de cuidados à saúde.

Dessa forma, o profissional de enfermagem é um importante agente de ações educativas voltadas para promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno, além de prestar o cuidado à gestante, à puérpera e ao recém-nascido.

Durante muito tempo o ato de cuidar significou um momento de zelo, preocupação, responsabilidade e envolvimento afetivo com o outro e não esteve associada a nenhuma profissão, mas sempre ligado às atividades femininas (WALDOW, 2006; COLLIÈRE, 1999; CABRAL; HIRT; SAND, 2013).

As atividades de cuidados exercidas pelas mulheres são transmitidas de vizinha a vizinha, de mãe para filha com o objetivo de garantir ou compensar as funções vitais e são desenvolvidos num conjunto de hábitos, de rituais e crenças, que são intensificados em certos momentos da vida, como a infância, a maternidade, o nascimento, a doença, a velhice e a morte (COLLIÈRE, 1999).

Embora constitua um atributo para todos os seres humanos, na área de saúde, especialmente na enfermagem o cuidado é característico e resulta de um encontro entre duas ou mais pessoas, e cada um possui formas de cuidar, tornando-se um ato recíproco (WALDOW, 2006; COLLIÈRE, 1999). O processo de cuidar em enfermagem é estar com o outro durante as questões especiais da vida, como a recuperação da saúde, o nascimento e a morte (SILVA *et al.*, 2009).

A partir do século XVII, com o aparecimento da medicalização e o recuo da prática de cuidados com a mulher consagrada (irmãs de caridade), surge a imagem da mulher – enfermeira (COLLIÈRE, 1999).

Florence Nightingale, na segunda metade do século XIX, mostra-nos que é necessário prestar um cuidado humanizado e que o paciente é um ser dotado de cultura e espiritualidade e desta forma deve ser tratado com dignidade e estimulado a exercer suas potencialidades de cura (MACEDO *et al.*, 2008).

Na obstetrícia contemporânea, a educação em saúde é uma estratégia profissional valiosa, pois atua junto com a mulher e suas condições de vida, almejando estratégias de mudança para seu benefício (PROGIANTI; COSTA, 2012).

A educação em saúde, o apoio e as campanhas de informação nas unidades de saúde e maternidades, principalmente se iniciadas no pré-natal e quando continuam durante o pós-parto, são mais eficazes do que aquelas que se limitam a um determinado período (BRASIL, 2013a).

Para o MS, a educação em saúde é uma prática direcionada para a sociedade e é um processo que contribui para formação de uma visão crítica das pessoas. Em concordância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a humanização da atenção à saúde envolve compartilhar saberes, e reconhecer direitos, levando em consideração aspectos sócio-culturais e étnicos (BRASIL, 1989; BRASIL, 2004).

Assim, se a mulher receber orientações adequadas e completas pertinentes ao aleitamento materno, já durante o pré-natal, pode enfrentar possíveis intercorrências como a mastite e o ingurgitamento mamário com maior confiança, bem como, com o necessário conhecimento do que fazer e de como agir, evitando as preocupações desnecessárias e as complicações por falta de informação.

A enfermagem deve orientar, informar e esclarecer as dúvidas com relação ao aleitamento materno, mas nunca deverá impor ou obrigar (CATAFESTA *et al.*, 2007). Todo cuidado representa um compromisso, e ao decidir por cuidar ocorre um envolvimento, transmitindo tranquilidade e apoio.

Os profissionais de enfermagem apresentam uma característica diferenciada das demais profissões, pois são os que estão maior tempo junto ao ser humano, seja no ambiente hospitalar, onde estão assistindo a paciente por 24 horas ou durante a consulta de enfermagem na Unidade Básica de Saúde, ou no cuidado domiciliar. Estas situações e ações que reforçam a importância do vínculo como elemento essencial para o cuidado (PILOTTO; VARGENS; PROGIANTI, 2009).

Assim, devem promover o empoderamento das mulheres para que possam vivenciar com dignidade, segurança e autonomia a gestação, parto e pós-parto; além de realizar uma assistência humanizada favorecendo um ambiente acolhedor (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

Para Waldow (2006. p.87), cuidar na enfermagem

Compreende os comportamentos e atitudes demonstradas nas ações que lhe são pertinentes e asseguradas por lei e desenvolvidas com competência no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo viver e morrer.

Ressalta-se que a prática de amamentar não é um ato natural e espontâneo, exige diferentes recursos para que supere a fase inicial de dificuldades e estabeleça o aleitamento materno de forma eficaz (CATAFESTA *et al.*, 2007). Assim, torna-se essencial que o profissional de enfermagem permita à mulher expor suas preocupações, temores e expectativas e a partir desses conhecimentos, incrementar ações que auxiliaram as mulheres a superar as dificuldades durante o processo de amamentação (SHIMIZU; LIMA, 2009).

O vínculo que é formado com a mulher e a família devem ser fortalecidos durante as consultas e reuniões de grupo, tornando assim uma oportunidade para identificar as mulheres que apresentam alto risco para o desmame precoce e desenvolver estratégias para incentivo e promoção ao aleitamento materno.

Ao realizar intervenções educativas e clínicas, atitudes vulneráveis a mudança, como confiança e habilidades em amamentar poderão ser aumentadas, e assim, reverter as baixas taxas de duração do aleitamento materno (ORIÁ, 2008).

1.3 Autoeficácia e o Ato de Amamentar

A confiança ou autoeficácia foi estudada por Albert Bandura, tendo como base a Teoria da Aprendizagem Social. Com o desenvolvimento de seus estudos, passa a definir sua própria como Teoria Social Cognitiva e utiliza de sua teoria como base para análise do construto autoeficácia (BANDURA, 1977; VAN DER BIJL; SHORTRIDGE-BAGGETT, 2001).

A autoeficácia tem como propósito explicar o comportamento humano, a manutenção e extinção de comportamentos. De acordo com Bandura (1977), a motivação está diretamente relacionada com as atitudes de comportamento, assim a autoeficácia tem importante papel na mudança de comportamento.

Destarte, a autoeficácia é definida como a avaliação que o indivíduo faz de sua habilidade para realizar uma atividade dentro de certo domínio (BANDURA, 1977; BANDURA, 1994).

Desta forma, a autoeficácia determina como os indivíduos pensam, se sentem, se motivam e se comportam para planejar e executar ações em situações de desafio e o quanto estão determinados a dedicar a uma atividade, quanto tempo perseverarão frente às dificuldades e o quanto serão resilientes em superar obstáculos (BANDURA, 1994).

Segundo Bandura (1977, p. 193) o principal pressuposto da teoria de autoeficácia é que os procedimentos psicológicos servem de meio para criar e fortalecer as expectativas de eficácia pessoal. Assim as expectativas de eficácia são diferentes das expectativas de repostas.

Uma expectativa de resultado é definida como estimativa de uma pessoa que um determinado comportamento levará a determinados resultados. Uma expectativa de eficácia é a convicção de que se pode executar com sucesso o comportamento necessário para produzir os resultados.

Deste modo, um indivíduo pode acreditar que um comportamento produz um resultado, que é denominado de expectativa de resultados e assim admitir ser capaz de executá-lo, ou seja, a expectativa de autoeficácia, conforme podemos observar na Figura 1.

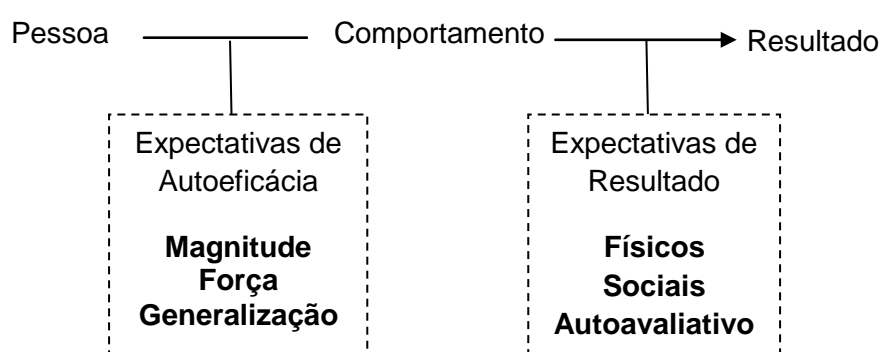


FIGURA 1- RELAÇÃO ENTRE EXPECTATIVA DE AUTOEFICÁCIA E EXPECTATIVA DE RESULTADO SEGUNDO BANDURA (1977)

FONTE: Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. Bandura 1977. p. 193.

A expectativa de autoeficácia é formada por três dimensões: a magnitude, a

força e a generalidade e é fundamentada em quatro fontes de informações, a experiência direta, a experiência vicária, a persuasão verbal e o estado físico e emocional (BANDURA 1977, 1994), descritos a seguir.

A magnitude envolve diferentes níveis de dificuldades próprias da atividade. A força refere-se ao nível de intensidade da crença do indivíduo diante de diferentes aspectos e a generalidade trata da amplitude das crenças de autoeficácia (BANDURA, 1977; AZZI; POLYDORO, 2006).

Em relação as quatro fontes de informação que fundamentam a expectativa de autoeficácia, são descritas como:

- Experiência Pessoal é a considerada como a mais influente, pois se baseia em experiências de domínio pessoal, isto é, as expectativas de eficácia são desenvolvidas através do sucesso em determinada atividade. Já quando ocorrem repetidos fracassos, tendem a reduzi-los, especialmente se as dificuldades ocorrerem no início do curso dos acontecimentos. Quando ocorrem falhas ocasionais que são vencidos pelo esforço, as pessoas tendem a ter mais persistência (BANDURA, 1977; AZZI; POLYDORO, 2006).

- Experiência Vicária ou Observacional por ser induzida pela comparação social tornam-se mais fracas e vulneráveis, se utilizadas de forma isolada, mas pessoas ao observar experiências exitosas tendem a intensificar e persistir em seus esforços, convencendo-os de que são capazes de ter sucesso como os outros possuem (BANDURA, 1977; AZZI; POLYDORO, 2006).

- Persuasão Verbal é amplamente utilizada, pois as pessoas são levadas, através da sugestão, em acreditar que elas podem alcançar o sucesso, mesmo que tenham apresentado dificuldades no passado (BANDURA, 1977; AZZI; POLYDORO, 2006).

- Estados Físicos e Emocionais são os estados físicos e emocionais, que dependendo das circunstâncias apresenta valor informativo a respeito da competência pessoal, pois o estresse e ansiedade podem prejudicar o desenvolvimento das atividades bem sucedidas (BANDURA, 1977; AZZI; POLYDORO, 2006).

Bandura (1994) defende que o indivíduo que reconhece ser capaz de realizar uma atividade, tem maior motivação para concluí-la, e mantém forte compromisso diante de resultados adversos ao mesmo tempo em que determina seu comportamento para o futuro.

Desta forma, a autoeficácia de um sujeito revela uma atitude motivacional que fortalece a percepção pessoal de competência e vai além do grau de capacidade atual.

A avaliação adequada de autoeficácia desempenha um papel fundamental no sujeito, pois afeta o comportamento não só diretamente, mas também pelo seu impacto sobre outros fatores determinantes como, objetivos, expectativas de resultado e oportunidades (BANDURA, 1994; 2009).

Neste modo, as crenças de autoeficácia, na perspectiva do modelo teórico formulado por Bandura, atuam como um dos vários determinantes que regulam a motivação, o afeto e a ação humana (AZZI; POLYDORO, 2006). Conforme Bandura (2009,p.2)

As crenças de eficácia influenciam se as pessoas pensam errática ou estrategicamente, de forma otimista ou pessimista; quais cursos de ação elas escolhem para perseguir; as metas que estabelecem para si próprias e seus compromissos com as mesmas; quanto esforço elas colocam; os resultados que elas esperam que seus esforços produzam.

Assim, não basta que as capacidades estejam presentes, o sujeito precisa acreditar que as possui. De acordo com Bandura (1977; 1994), as pessoas determinam seu nível de motivação a partir do incentivo para agir e antecipar mentalmente o que pode realizar para a obtenção do resultado.

Portanto, as expectativas de autoeficácia e resultado influenciam o estabelecimento de metas, na quantidade de esforço, na perseverança e na busca de resultados (AZZI; POLYDORO, 2006).

As expectativas de resultado, apresentado anteriormente na Figura 1 possuem três formas: os efeitos físicos, presentes no comportamento que podem ser positivos (alegria, bem-estar) ou negativos (dor, cansaço). Os efeitos sociais podem ser apresentados de forma positiva com reconhecimento e apoio e de forma negativa com rejeição e falta de apoio e autoavaliação, que é a capacidade percebida para vencer os desafios. Sendo assim, aqueles indivíduos que possuem alta eficácia não são facilmente dissuadidos por resultados negativos (BANDURA, 2009).

Assim, a autoeficácia é objeto de grande interesse e tem sido estudada por diferentes áreas do conhecimento e desta forma são encontradas diversas escalas que avaliam a autoeficácia do indivíduo em diversas atividades. Vale citar, Berry e

Dennehey (1989) que desenvolveram a escala para avaliação de autoeficácia de uma tarefa de memória. Leite *et al.* (2002) elaboraram a escala de expectativa de autoeficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral, Anderson *et al.* (1995) desenvolveram a escala da autoeficácia da dor crônica e Lowe (1993) desenvolveu a escala da autoeficácia no parto.

Em 1999, Dennis e Faux iniciaram seus estudos com enfoque no aleitamento materno e fundamentaram-se na teoria de Albert Bandura para o desenvolvimento da escala – Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES), para avaliar a confiança materna na amamentação (DENNIS; FAUX, 1999).

Segundo Dennis (1999), a autoeficácia no aleitamento materno é construída a partir das fontes de informações (antecedentes) que serão influenciados pelo comportamento individual (consequências) e para que aconteça a realização e manutenção da atividade (comportamento), conforme se observa na Figura 2.

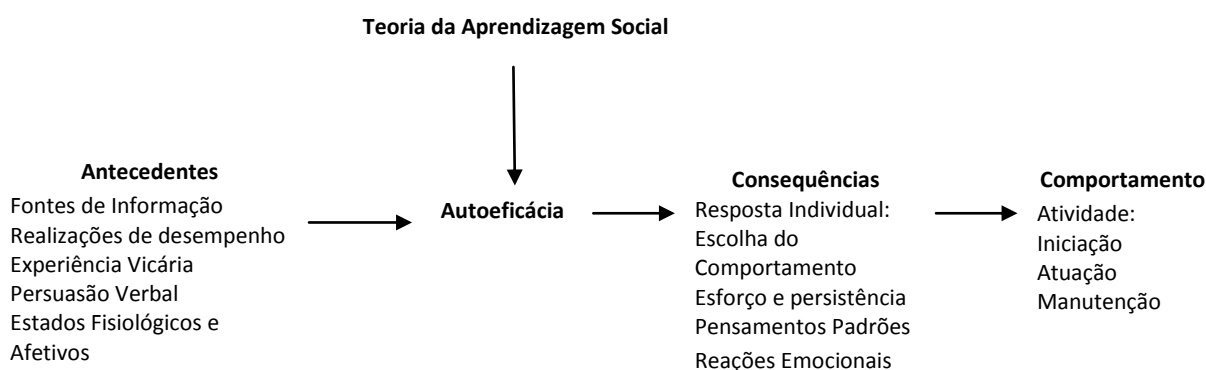


FIGURA 2 - RELAÇÃO ENTRE O OBJETO DE ESTUDO E O REFERENCIAL TEÓRICO DE AUTOEFICÁCIA (DENNIS 1999).

FONTE: Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. J Hum.Lact., 15, 195-201. Dennis, C. L. (1999).

O processo apresentado na Figura 2 está fundamentado nas fontes de informação e pode ser observado durante a realização da consulta à gestante no pré-natal e no cotidiano do alojamento conjunto onde pode-se observar as fontes de eficácia. Como a experiência direta se baseia em superar dificuldades por meio de esforço, a mulher que foi bem sucedida anteriormente durante a amamentação, terá mais confiança para desenvolvê-lo novamente. Caso contrário poderá trazer medo e ansiedade, portanto menos confiança em amamentar seu filho.

Para que se possa ampliar a crença de autoeficácia, pessoas podem observar modelos nos quais os objetivos foram alcançados. A participação de

puerpéras que alcançaram sucesso no aleitamento materno, em um grupo de gestantes poderá levar outras mulheres a adotarem condutas para superar as dificuldades.

Profissionais de saúde devem estar preparados e sensibilizados para apoiar e incentivar o aleitamento materno, utilizando persuasões positivas durante as consultas de pré-natal, grupos de gestantes e no alojamento conjunto, para que as mulheres possam superar as dificuldades. Mas, estados emocionais como o estresse, a tensão, a ansiedade, o cansaço e a dor podem interferir no desempenho das atividades. Quando as atividades envolvem resistência e força, as pessoas sentem-se incapazes ao julgar suas dores e o cansaço como sinais de debilidade física (BARROS; SANTOS, 2010).

Ao interpretar e perceber esses sentimentos corretamente, como sinais de debilidade física, as pessoas podem utilizá-los como facilitadores do seu desempenho. Durante a gravidez e puerpério a mulher vivencia desgastes emocionais e o profissional de saúde deve oferecer cuidados individualizados para que a mulher mantenha seu desempenho e autoeficácia.

Baseando-se nas fontes de informações, apresentadas anteriormente na Figura 2, Dennis (1999) fundamentou-se para estudar a confiança da mulher no aleitamento materno e no mesmo ano com Faux desenvolveu a Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES).

Desde então a BSES vem sendo utilizada em vários países para avaliar a autoeficácia das mães na sua habilidade de amamentar, como McCarter, Spaulding e Dennis (2010) que validaram a escala nos Estados Unidos, Zubaran *et al.*(2010) em Portugal, Alus, Okumos e Dennis (2010) na Turquia, Daí e Dennis (2003) na China e Molina *et al.* (2003) na Espanha.

Esta escala foi adaptada e validada para a população brasileira, em 2008, por Oriá, e passa a ser difundida como Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Versão Brasileira (BSES-VB) que após traduzida foi aplicada a 30 mulheres, sendo 15 gestantes (4 primigestas e 11 multigestas) e 15 puérperas (6 primíparas e 9 múltíparas) para o pré-teste, no qual ocorreram os ajustes necessários para aplicação da versão final com 117 mulheres (ORIÁ, 2008).

A aplicação da escala pode prever se a mãe opta por amamentar ou não, quanto esforço ela vai gastar e se terá pensamento de autorreforço ou

autodestrutivos e como ela poderá reagir emocionalmente às dificuldades para prática do aleitamento materno (DENNIS, 1999; ORIÁ, 2008; UCHOA, 2012).

Na Austrália, estudo realizado com a aplicação da escala, com 300 gestantes, demonstrou que após quatro meses pós-parto, apenas 28,6% estavam amamentando exclusivamente e a razão relatada para a interrupção foi leite insuficiente (BLYTH, 2002).

Em estudo desenvolvido na Polônia, observou-se que a duração da amamentação exclusiva era de 8 e 16 semanas após o parto, e concluiu que a BSES é uma ferramenta para identificação das mães que estão em risco de interrupção prematura (WUTKE; DENNIS, 2007).

A aplicação dessa escala é de grande importância para conhecermos os motivos do desmame precoce e assim intervir e contribuir para o aumento dos índices de aleitamento materno. Ao utilizar a BSES os profissionais de saúde poderão programar ações de apoio e promoção ao aleitamento materno personalizada às mulheres com menor escore, isto é com menor índice de autoeficácia, com intuito de reduzir o desmame precoce (ORIÁ, 2008).

Neste contexto, evidencia-se uma nova modalidade para a identificação do desmame precoce e a realização de atividades para a promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno, baseado nas necessidades individuais da gestante e/ou nutriz.

Por se tratar de uma nova forma de avaliação mensurável para a autoeficácia do aleitamento materno no Brasil, surge a hipótese de que as gestantes e puérperas que decidem pelo aleitamento materno possuem maior autoeficácia e segurança quanto ao seu potencial em amamentar.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a autoeficácia das gestantes e puérperas quanto ao seu potencial em amamentar.

2.2 Específicos

Identificar as médias dos escores da BSES-VB das mulheres no ciclo gravídico-puerperal;

Identificar as médias dos escores da BSES-VB segundo as variáveis sociodemográficas; gineco-obstétricas; gravidez atual; do parto e puerpério.

Comparar as médias dos escores da BSES-VB obtidas pelas mulheres no período gestacional e puerperal;

Analisar as médias dos escores da BSES-VB obtidos no período gestacional e puerperal com o tipo de aleitamento materno nos primeiros três dias.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Delineamento e Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa quantitativa analítica, com delineamento longitudinal do tipo painel. Neste tipo de estudo, os dados são coletados em múltiplas ocasiões durante um período pré-estabelecido, podendo demonstrar as mudanças ao longo do tempo e a sequência temporal dos fenômenos, que constitui um critério essencial para causalidade (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). Neste estudo os dados foram coletados em duas ocasiões, e assim cada participante foi acompanhada isoladamente servindo para o próprio controle.

A abordagem quantitativa foi utilizada tendo um instrumento de medida válido, pois segundo Polit e Beck (2011), esta abordagem é realizada para o estudo de fenômenos que são possíveis à mensuração precisa e à quantificação, envolvendo frequentemente um delineamento rigoroso e controlado.

Além de adequado para coletar informações dos entrevistados, deve ser representativo de um universo de modo que seus dados possam ser generalizados e projetados. Na maioria dos casos geram dados que podem ser comparados ao longo do tempo, permitindo traçar um histórico da informação (SILVA; MENEZES, 2001).

O estudo longitudinal do tipo painel possibilita que os mesmos participantes forneçam dados em dois ou mais pontos do tempo, examinando os padrões de mudanças e suas razões (POLIT; BECK, 2011). Assim, foi possível identificar as médias dos escores da BSES-VB das mulheres no período gestacional e puerperal.

Segundo Polit e Beck (2014), o termo painel propicia mais informações do que os estudos de tendência e são mais interessantes como abordagem ao estudo das mudanças. A coleta de dados foi realizada em dois momentos com a mesma mulher, desde modo, identificaram-se aquelas que mudaram e as que não mudaram, verificando as características nas quais ocorreu a mudança.

O estudo analítico tem como objetivo testar a teoria em campo, explorando a associação entre variáveis. São altamente estruturadas e enfatizam a seleção

aleatória cuidadosa das amostras, para que os resultados possam ser generalizados a outras situações e contextos (GRAY, 2012).

3.2 Período e Local de Estudo

A coleta de dados teve duração de oito meses com início em novembro 2013 até junho de 2014. Após este período procederam-se o processamento dos dados e as análises estatísticas.

O local de realização da pesquisa foi em São José dos Pinhais (SJP), cidade pertencente à Região Metropolitana de Curitiba, no Estado do Paraná (PR), e que conta com aproximadamente com 264.210 habitantes, tendo uma população de mulheres em idade fértil (10-49 anos) que corresponde a 34,05% da população do município, ou seja, 89.948 habitantes (IBGE, 2010).

São José dos Pinhais possui um Hospital/Maternidade para atendimento das gestantes residentes dos municípios de Agudos do Sul, Tijucas do Sul além das residentes na zona rural e urbana de SJP, sendo que a maternidade possui alojamento conjunto, centro obstétrico e UTIN e possui equipe multiprofissional composta de enfermeiros, técnicos e auxiliares em enfermagem, médicos, residentes de ginecologia e obstetrícia, fonoaudiólogo e fisioterapeuta.

Conforme diretrizes da Rede Cegonha, que institui que as gestantes sejam vinculadas desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto, assim a cada quinze dias esta maternidade realiza encontro com as gestantes, momento que recebem orientações sobre o parto, aleitamento materno e as rotinas da maternidade, além de visita em suas dependências (BRASIL, 2011c). Segundo o Relatório Preliminar da Pesquisa de Satisfação com mulheres puérperas que tiveram parto pelo SUS entre novembro de 2011 e junho de 2012, demonstrou que 52,7% visitou a maternidade indicada para o parto. Ainda segundo este relatório, 52,7% mulheres tiveram parto normal e 45,2% realizaram cesárea (BRASIL, 2013c).

Na maternidade, local desta pesquisa, conforme demonstrado na Tabela 1, no ano de 2013, houve pouca redução do número de cesáreas em relação a 2012 e durante o primeiro semestre de 2014 mantém a média de 32%, dados estes, acima

do preconizado pela OMS, que recomenda que a intervenção se restrinja a no máximo 15% dos nascimentos.

TABELA1 - DADOS DO RELATÓRIO ANUAL DE PARTOS E CIRURGIAS DO HOSPITAL E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS (HMSJP), NOS ANOS DE 2012, 2013 E 2014

Ano	Número de Partos		Total
	Normal	Cesária	
2012	1792 (64,43%)	947 (34,57%)	2.739
2013	1843 (67%)	908 (33%)	2.751
2014	875 (67,56%)	420 (32,43%)	1.295*

* Dados Parciais: 1º Semestre

FONTE: Relatório Anual de Partos e Cirurgias – Departamento de Vigilância Epidemiológica de SJP 2012.

3.3 População (N) e Amostra (n)

A população-alvo incluiu 66 gestantes a partir do 3º trimestre de gestação (> 28 semanas gestacionais), que aceitaram participar da pesquisa e que compareçam para o encontro e visita no Hospital e Maternidade de São José dos Pinhais (HMSJP) no período de novembro 2013 a abril de 2014. Estas gestantes realizam o pré-natal nas unidades de saúde do município de SJP foram convidadas a participar do encontro/visita à maternidade juntamente com seus familiares.

De acordo com Polit e Beck (2011), as pesquisas com amostragens não probabilísticas podem possuir capacidade de generalização, desde que tenham critérios que assegurem a seleção de amostras heterogêneas. Sendo assim, adotou-se a amostragem não probabilística, do tipo acidental por conveniência.

Considerando que a amostragem foi por conveniência, isto é, todas as gestantes que atenderem os critérios de inclusão na pesquisa, ou seja, gestantes maiores de 18 anos de idade, a partir do 3º trimestre de gestação, que participassem do encontro de gestantes realizado no HMSJP e que aceitassem ser acompanhadas no puerpério imediato. Os critérios de exclusão foram restrições físicas e/ou mentais

que impossibilitassem a compreensão do instrumento e as que não tiveram seu parto no HMSJP.

Quanto aos critérios de descontinuidade do estudo foram: desistência da gestante/mãe de participar da pesquisa após o início da coleta, mudança de residência durante o estudo e óbito da mãe ou da criança.

Sendo assim, a amostra inicial foi constituída 66 gestantes que atendeu aos critérios de inclusão, ou seja, 36,66% do total de mulheres que compareceu para o encontro/visita à maternidade. Entretanto, algumas dificuldades surgiram durante o segundo momento da coleta, fazendo com que análise do estudo acontecesse com 51 participantes, como demonstrado na Figura 4. Dentre as dificuldades, pode-se ressaltar óbito fetal (n= 1; 1,96%), partos em outra maternidade devido mudança de domicilio (n= 11; 21,57%), recusa da mãe em continuar a pesquisa, devido permanência do filho na UTIN (n=3; 3,88%).

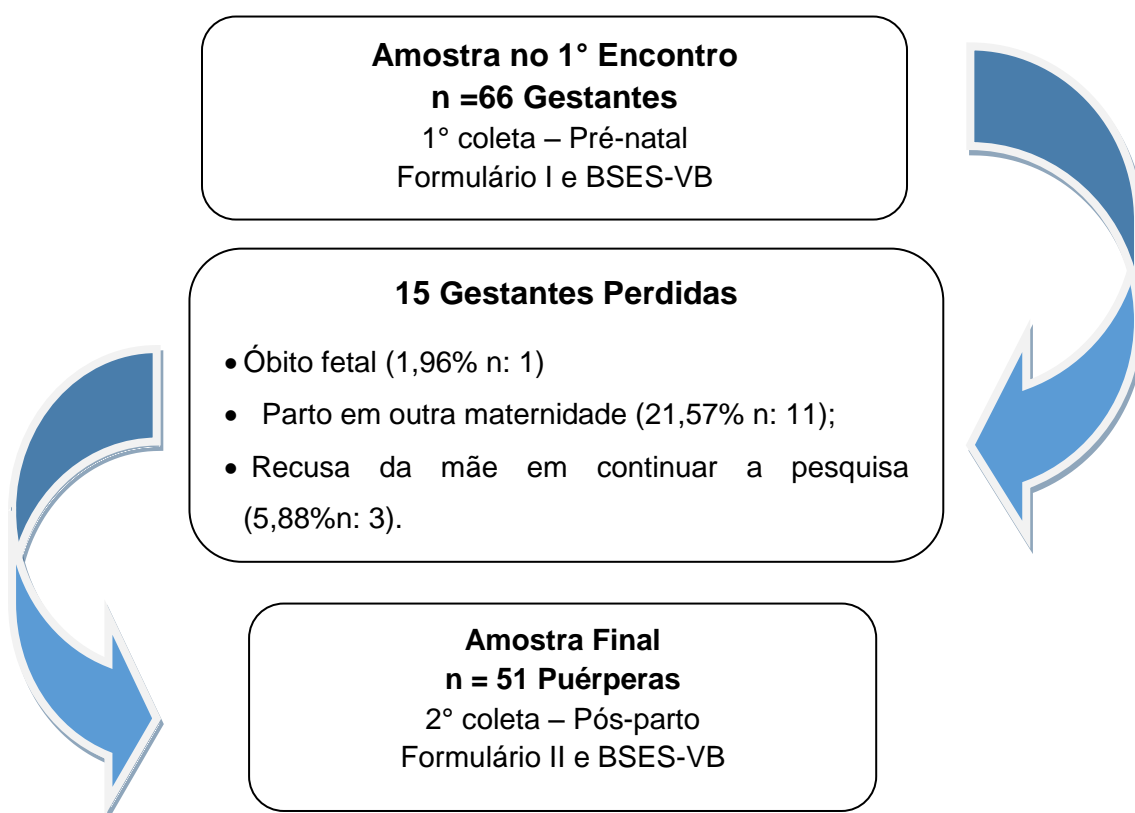


FIGURA 3 - ESQUEMA DO PROCESSO DE COLETA DE AMOSTRA E AMOSTRA FINAL
FONTE: O Autor

Como o estudo é longitudinal, é comum haver perda na amostra, segundo Polit e Beck (2011) os estudos de painel são interessantes para descrever as mudanças, mas são de difícil controle, além de ser dispendioso em tempo, esforço e dinheiro.

A redução dos participantes, para Polit e Beck (2011), pode causar problemas para o pesquisador, pois os que abandonaram o estudo podem divergir em aspectos importantes daqueles que continuam a participar, podendo prejudicar a generalização dos resultados.

3.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada com gestantes que realizaram o pré-natal na rede pública municipal, que procuraram espontaneamente ou por indicação da UBS, para o encontro e visita na maternidade a qual estão vinculadas, que ocorre a cada quinze dias, normalmente na quinta-feira à tarde, com duração de 2 horas e tem como objetivo esclarecer dúvidas e orientar quanto às rotinas da instituição.

A primeira etapa da coleta de dados foi realizada durante seis meses, no auditório da maternidade do HMSJP, conforme previsto no cronograma da instituição, durante os meses de novembro de 2013 a abril de 2014, totalizando 12 encontros e a média de gestantes que comparecem ao encontro foi de 12mulheres/encontro, totalizando aproximadamente 144 gestantes, isto é 45,83% da população aceitou participar do estudo. A segunda etapa aconteceu concomitantemente com a primeira, mas finalizou após dois meses, em junho de 2014, devido a data de parto das gestantes.

Antes de iniciar o encontro/visita na maternidade, a pesquisadora recepcionava as gestantes no auditório desta instituição e explicava sobre os objetivos da pesquisa, ou seja, como seria a coleta de dados e a importância da participação para promoção da saúde do binômio mãe-bebê. Ao aceitar participar da pesquisa, preenchem o formulário socioeconômico, antecedentes ginecológico e obstétrico, e gravidez atual (APÊNDICE 1) e a BSES-VB (ANEXO 1).

Após o preenchimento, iniciava-se a palestra à maternidade, sendo que durante a palestra abordou-se as orientações utilizadas pela maternidade, ou seja,

identificação dos sinais de trabalho de parto, a lei do acompanhante durante o parto, utilização de recursos como banho quente, banho de banheira, o uso de bola suíça como efeito relaxante para o parto, cuidados com o recém-nascido, promoção e apoio ao aleitamento materno, além de orientações quanto rotinas da instituição.

Depois do parto, no alojamento conjunto, foram realizadas orientações quanto à higiene íntima da puérpera, cuidados com o recém-nascido e coto umbilical e ao observar amamentação, a pesquisadora realizou orientações como a pega correta, a importância da eructação, quanto ao uso da chupeta e o armazenamento do leite materno após o retorno ao trabalho (BRASIL, 2007b).

3.5 Instrumentos

Os dados foram coletados por meio da aplicação de três instrumentos dentre eles a escala Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES). Para elaboração da escala BSES, Dennis e Faux (1999) utilizaram a metodologia da escala de tipo Likert. E após vários estudos, resultou a versão final que consta de 33 afirmações organizadas em duas categorias de domínios técnica e pensamentos intrapessoais.

Na primeira categoria, isso é no domínio técnico são observados os aspectos relativos à técnica utilizada pelas mães para amamentação, como posição correta do bebê, conforto durante a amamentação, reconhecimento de sinais de boa lactação, forma de sucção entre outros fatores que correspondem aos itens 1, 2, 4, 5, 6, 10, 12, 14, 15, 16, 18, 22, 26, 28, 29, 30, 31, 32 e 33. Na segunda categoria, no domínio pensamento intrapessoais, são considerados a vontade, a motivação, a experiência em amamentar entre outros fatores, contemplados pelos itens: 3, 7, 8, 9, 13, 17, 19, 20, 21, 23, 24, 25 e 27 (DAI; DENNIS, 2003; MOLINA *et al.*, 2003).

Cada afirmativa recebe uma pontuação que varia de 1 a 5 pontos e os escores totais da escala variam de 33 a 165 pontos, sendo que as mulheres que recebem maior escore possuem maior autoeficácia na amamentação e as mulheres que apresentarem menor pontuação necessitam ser acompanhadas com o intuito de reduzir o risco do desmame precoce (ORIÁ, 2008).

Esse estudo foi dividido em dois momentos conforme demonstrado na Figura 3, no primeiro, antes da realização do grupo de gestantes foi esclarecido os

objetivos da pesquisa e aplicados dois instrumentos, a Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Versão Brasileira (BSES-VB) (ANEXO 1) e um questionário (APÊNDICE 1) sobre os dados socioeconômico e antecedente ginecológico.

No segundo momento durante o puerpério imediato no alojamento conjunto da maternidade, foram aplicados, a BSES-VB (ANEXO 1) e um questionário sobre os dados do parto,puerpério atual e o tipo de aleitamento materno ofertado ao recém-nascido, entre outros (APÊNDICE 2).

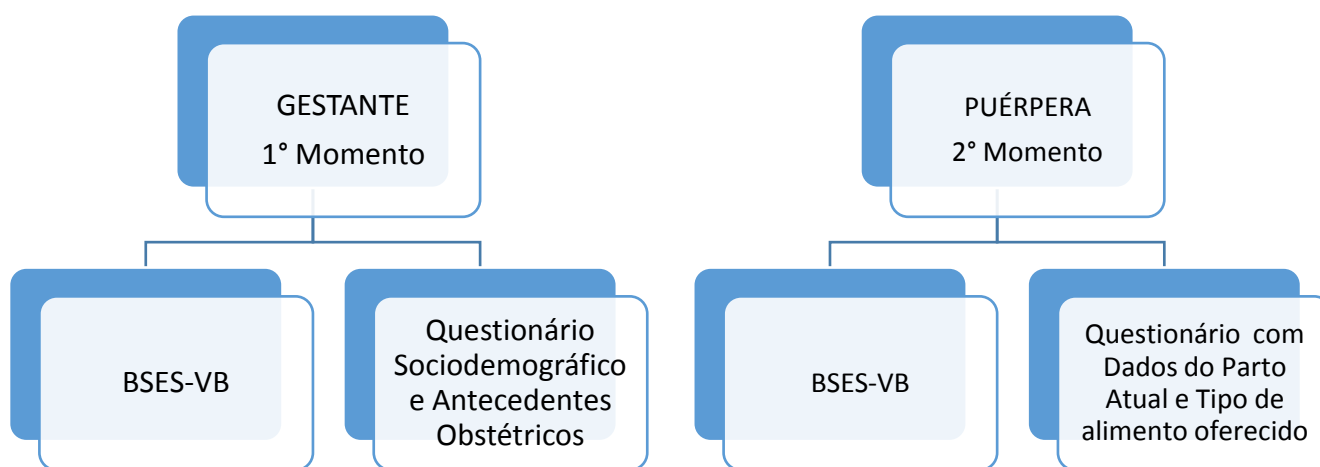


FIGURA 4 – REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA PESQUISA LONGITUDINAL DO TIPO PAINEL.
FONTE: O Autor.

3.6 Variáveis do Estudo

Para esse estudo as variáveis foram divididas em dados socioeconômicos, antecedente ginecológico, gravidez atual e dados do parto, pós-parto e da criança. Destaca-se que os dados foram coletados exclusivamente pela pesquisadora, a fim de evitar vieses.

As variáveis sociodemográficas incluíram a identificação da participante mediante os seguintes dados: código da participante data de nascimento, estado civil, município de residência, ocupação, escolaridade, quantas pessoas moram na casa, quantas pessoas ajudam no sustentam da família, renda, se é fumante e/ou etilista.

No que concerne às variáveis de antecedentes gineco-obstétricos: número de gestações, partos normais, cesáreas e abortos, número de filhos vivos, se houve problemas na gravidez anterior, se amamentou exclusivamente e por quanto tempo, quais os motivos para amamentar e quais os motivos para não amamentar.

As variáveis relacionadas aos dados da gravidez atual foram: data da última menstruação, data provável do parto, idade gestacional no dia da entrevista, se está realizando pré-natal, número de consultas realizadas até o momento da entrevista, se teve consulta com enfermeiro, se recebeu orientação no pré-natal sobre aleitamento materno, se deseja amamentar, por quanto tempo, o que o companheiro pensa da amamentação e se conhece alguém que amamenta ou amamentou.

Quanto as variáveis relacionadas ao parto, pós-parto e dados da criança foram o tipo de parto, número de consultas, dados da criança no nascimento, sexo, Apgar no 1 e no 5 minuto, quanto tempo após o parto teve contato com o bebê e o que aconteceu após o parto, se o RN ficou na incubadora e se ficou na incubadora realizou ordenha para alimentá-lo, a reação da criança quando ficou em companhia da mãe após retorno da UTI, como o bebê está se comportando para amamentar, se apresenta dificuldades para amamentar, se está satisfeita com a amamentação, se pretende amamentar ao retornar para casa, se pretende voltar a trabalhar, qual o expediente do trabalho, como fará com a alimentação do RN quando retornar a amamentar e se conhece alguém que a amamenta ou amamentou.

3.6 Análise dos dados

Os dados foram processados no programa *Microsoft Excel®* 2003 e apresentados por meio de tabelas e gráficos para melhor compreensão dos resultados. As variáveis nominais ou categóricas descritivas em números absolutos e frequência, as variáveis numéricas em média e desvio padrão e as médias da BSES-SF aplicadas, foram comparadas pelo teste *t de Student*.

A planilha de dados foi exportada para o *software BioEstat* versão 5.0, no qual se precederam as análises e foram realizadas associações entre as variáveis e as médias do 1° e 2° momento da escala BSES-VB.

3.7 Aspectos Éticos

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciência da Saúde da Universidade Federal do Paraná em julho de 2013, registrado com o protocolo nº 433.414 e recebeu aprovação na data 16/10/2014 sob nº CAAE 1961022013.00000.0102 (ANEXO 3), seguindo-se os princípios da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Pesquisa (BRASIL, 2012b).

E foi autorizado pelo Gestor do Hospital e Maternidade de São José dos Pinhais (ANEXO 2) e antes de iniciar a coleta de dados, foi realizada reunião com a coordenadora da maternidade para apresentação do projeto e solicitação para que houvesse a divulgação para os demais membros da equipe.

A autorização para utilização da Breastfeeding Self-Efficacy Scale – BSES VB foi fornecida através do Termo de Autorização de Autores (ANEXO 4) por Oriá, em setembro de 2013.

Os dados foram coletados por meio da aplicação de três instrumentos, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 3), durante o grupo de gestante e durante a internação no alojamento conjunto, após o parto.

A pesquisa teve início em novembro de 2013, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e finalizou em novembro de 2014.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Quanto às características sociodemográficas, pode-se verificar que, dentre as 51 mulheres que participaram desta pesquisa, apresentaram idade entre 19 a 42 anos (média de 26,2 anos; DP: 5,8) e iniciaram sua participação na pesquisa por volta das 33 semanas gestacionais.

Os dados referentes ao estado civil mostraram que 80,39% estavam casadas ou em união consensual, 60,78% informaram que tinham mais de 8 anos de estudo, 54,90% exerciam somente atividades no lar, 80,39% sem história de tabagismo e 84,31% não utilizavam bebidas alcoólicas.

A renda familiar variou em 1 a 3 salários mínimos 66,67%, prevalecendo uma renda *per capita* de um salário mínimo, devido a média de 3 pessoas residindo no mesmo domicílio.

Salienta-se que a BSES-VB é composta por 33 itens, com cinco opções de resposta (1 a 5 pontos), e o escore total da escala pode variar 33 (valor mínimo), 99 (valor médio) e 165 (valor máximo). Assim, verificou-se que as mulheres enquanto gestantes apresentaram os seguintes valores: mínimo de 55, máximo de 161 e média de 128; e no puerpério imediato: mínimo de 101, máximo de 164 e média de 136. Nessa pesquisa pode-se observar o aumento dos escores após o parto, assim, com a presença do filho as nutrizes possuíam uma elevada autoeficácia materna e conseqüentemente maior confiança para amamentar o seu filho.

A partir da Tabela 2 pode-se observar a relação entre a autoeficácia na amamentação com as variáveis sociodemográficas, analisando-se as médias da BSES-VB no pré-natal (1ª aplicação) e no puerpério imediato (2ª aplicação).

Ocorreu a predominância de mulheres na faixa etária de 19 – 24 anos (45,10%), com união estável e/ou casada (80,39%), escolaridade \geq 8 anos (60,78%), não exerciam atividades laborais remunerada (54,90%), com renda de 1 a 3 salários mínimos (66,67%) e não apresentavam vícios, como etilismo (84,31%) e tabagismo (80,39%).

Constatamos significância entre as médias dos escores da BSES-VB pré-natal e no puerpério imediato, com as seguintes variáveis: idade da mãe entre 19 e 24 anos (p: 0.0322), ser casada ou com união estável (p: 0.0181), a mãe ter escolaridade $<$ 8 anos (p: 0.0367), exerciam atividade remunerada (0.0183), renda 1

a 3 salários mínimos (p: 0.0449), a mãe não ser tabagista (p: 0.0165) e nem etilista (p: 0.0098).

TABELA 2 – COMPARAÇÃO DA MÉDIA DOS ESCORES DA BSES-VB NO PRÉ-NATAL, SEGUNDO AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, SJP/PR, NOVEMBRO DE 2013 A JUNHO DE 2014

Variáveis	%	N	M	DP	BSES-VB PN M	BSES-VB VB PI M	p
Idade			26,2	5,8			
19 – 24	45,10	23			129,39	139,47	0.0322
25 – 30	39,22	20			127,40	130,63	0.2513
31 – 36	7,84	4			133,25	147,00	0.1830
37 – 42	7,84	4			119,50	135,00	0.0748
Estado Civil							
Solteira	15,69	8			137,75	133,53	0.0422
Casada/união estável	80,39	41			125,34	147,62	0.0181
Divorciada	3,92	2			147,00	149,50	0.4380
Escolaridade			8,5	5,56			0.0181
< 8 anos	39,22	20			130,00	139,60	0.0367
≥ 8 anos	60,78	31			127,00	134,29	0.0540
Atividades laborais							
Renumeradas							
Sim	45,10	23			126,85	137,17	0.0183
Não	54,90	28			129,64	135,57	0.0811
Renda							
< que 1 SM	13,72	7			130,71	135,57	0.2866
1 a 3 SM	66,67	34			130,38	137,00	0.0449
> 3 SM	19,61	10			118,70	134,80	0.0669
Tabagista							
Sim	13,72	7			126,71	140,85	0.1718
Não	80,39	41			127,63	135,46	0.0165
Ex-fumante	5,89	3			132,00	142,66	0.3579
Etilista							
Não	84,32	43			128,37	137,18	0.0098
Sim	11,76	6			128,16	134,00	0.3056
Parou devido gravidez	3,92	2			123,00	126,00	0.4495

FONTE: O Autor (2014)

LEGENDA: SM: Salário Mínimo durante o estudo: R\$ 678,00, M:Média; DP: Desvio padrão; M BSES-VB PN: Média dos escores da BSES-VB no pré-natal; M BSES-VB PI: Média dos escores da BSES-VB no puerpério imediato; p: t de Student.

Observa-se que mulheres com idade entre 19 – 24 anos apresentaram significância estatística ($p: 0.0322$) e segundo Dennis (1999), mais chance de manter o aleitamento materno por um maior período. Corroborando com Oliveira *et al.* (2013) verifica-se que as mães com idade entre 20 a 29 anos apresentaram uma maior duração no tempo de aleitamento exclusivo/predominante. Já em estudo realizado por Oriá (2008), demonstrou-se que mulheres na faixa etária de 20 a 30 anos apresentaram maior média de autoeficácia.

A idade materna está relacionada como fator para o sucesso ou não da amamentação, as mulheres devem ser motivadas, quando encontram alguma dificuldade como insegurança, falta de confiança em si mesma e falta de apoio dos familiares.

Segundo Ku e Chow (2010), a idade avançada (28-32 anos) está associada com menor autoeficácia na amamentação, enquanto que Wutke e Dennis (2007) e Gregory *et al.* (2008) não encontraram diferença entre a idade materna e a pontuação total da escala, já Al-Sahabet *al.* (2010) mostrou maior associação entre a primiparidade em nutrízes com maior idade e o aleitamento materno exclusivo.

Quanto ao estado civil, mulheres casadas/união estável (80,39%; $n: 41$) apresentaram médias mais elevadas equiparando com estudo desenvolvido com 100 puérperas no qual demonstrou-se que mulheres casadas ou com união estável, sentem-se mais confiantes, pois a presença da figura paterna pode estimular o aleitamento materno (DODT *et al.*, 2013). Contudo, torna-se necessário o incentivo do pai a participar efetivamente desse momento (PIAZZALUNGA; LAMOUNIER, 2009), ajudando a reduzir o stress e as preocupações da mãe.

A inclusão paterna durante as consultas de pré-natal e na educação em saúde está cada vez mais presente, porém os profissionais de saúde não estão aptos para recebê-los nas consultas de pré-natal ou até mesmo nos centros obstétricos, pois durante a graduação os temas abordados relacionados ao aleitamento materno são principalmente sobre técnica, manejo e composição do leite, ficando os aspectos psicológicos e a inclusão paterna esquecida (SILVA *et al.*, 2012).

O homem, enquanto pai e companheiro deve participar da saúde integral da família, além de ajudar nos afazeres domésticos, nos horários de descanso da mulher e durante as mamadas, promovendo tranquilidade e apoio.

Em relação à escolaridade, verificou-se que as mães que apresentaram um nível de escolaridade menor apresentaram maior autoeficácia em amamentar, corroborando com pesquisa realizada por Uchoa (2012). Porém, Damião (2008) e Oliveira *et al.* (2013), sugerem que quanto maior a escolaridade, maior a prevalência do AME, assim mulheres com menor escolaridade possuem menor acesso a uma rede de suporte familiar/social, a serviços de saúde e apoio familiar, fatores que podem contribuir para o desmame precoce.

Em pesquisas realizadas utilizando a BSES, observou-se que o nível educacional das mães, apresentam influência significativa na manutenção do aleitamento materno exclusivo (AL-SAHAB *et al.*, 2010; WOJCICKI *et al.*; 2010; KRISTIANSEN *et al.*, 2010), assim, torna-se necessário a prática da educação em saúde para construção de saberes. O nível de escolaridade das mães facilita o aprendizado durante as reuniões de grupo ou durante as consultas de pré-natal, melhorando a duração do aleitamento materno.

Durante as ações educativas, deve-se ressaltar a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses e que deve ser ofertado de forma complementar até dois anos ou mais, enfatizando que o leite materno protege o bebê de infecções e alergias além das demais vantagens para o binômio. Durante os atendimentos individuais é importante que se converse com a gestante e seu acompanhante a respeito de sua intenção de amamentar e a necessidade do apoio pelos familiares.

Quanto as atividades laborais remuneradas, 19,61% das gestantes participavam da renda familiar, e nessa pesquisa prevaleceu a renda de um a três salários mínimos. Não amamentar pode significar sacrifícios para famílias com pouca renda, desta forma torna-se necessário o incentivo para o aleitamento materno, principalmente o exclusivo, pois é um alimento completo para crianças e reduz os gastos, inclusive com mamadeiras, bicos e gás. Diferentemente do estudo realizado em Fortaleza, onde que mulheres com renda familiar de três a oito salários mínimos apresentaram um aumento nos escores de autoeficácia (DODT *et al.*, 2013).

Estudos têm ressaltado que existem diversas causas para o desmame precoce. Dentre as causas não modificáveis pode-se ressaltar a idade, a escolaridade, a renda familiar e o estado civil das puérperas (POON *et al.*, 2011; TAVARES *et al.*, 2010).

Embora nessa pesquisa o consumo de tabaco e de bebida alcoólica não apresentou significância estatística, existem estudos que demonstram que o etilismo e o tabagismo são problemas de saúde pública e o recém-nascido fica exposto tanto à fumaça (fumante passivo) quanto à nicotina transferida pelo leite materno. A nicotina apresenta efeitos graves ao RN, dentre eles, alterações nos padrões de sono e vigília; redução da oferta de iodo; danos histopatológicos no fígado e pulmão; danos oxidativos intracelulares e diminuição da tolerância à glicose (PRIMO *et al.*, 2013).

Segundo o MS, a nicotina pode reduzir a produção láctea e alterar o sabor do leite, entretanto quando a nicotina é usada no tratamento de dependência (adesivo, goma de mascar e spray), torna-se compatível com a amamentação (BRASIL, 2010).

De acordo com estudo de POON (2011), as mulheres que não utilizam essas drogas lícitas, estão mais propensas a manter o aleitamento materno por mais tempo. No aconselhamento, os profissionais de saúde devem alertar sobre os possíveis efeitos do cigarro para o desenvolvimento da criança e para minimizar os efeitos do cigarro para a criança, as mulheres que não conseguirem para de fumar devem reduzir o máximo possível o número de cigarros e não fumar no mesmo ambiente onde a crianças e encontra (BRASIL, 2011b).

Na Tabela 3, pode-se observar predominância de primigestas (54,90%), primípara (56,52%) sem história de abortamento (92,16%), que tiveram 1-2 consultas (37,25%) com enfermeiro, (70,58%) que não receberam orientação sobre aleitamento materno no pré-natal (54,90%) e que conheciam alguém que amamentou (96,08%).

Nesse estudo as variáveis relacionadas aos antecedentes obstétricos, estatisticamente significantes foram ser primigesta (p: 0.0359), primípara (p: 0.0231), sem relato de abortamento anterior (p: 0.0182), que tiveram 1 a 2 consultas (p: 0.0174) com enfermeiro (p: 0.0136), que receberam orientação sobre amamentação no pré-natal (p: 0.0270) e que conheciam alguém que já amamentou (p: 0.0105). Estes dados e principalmente os dois últimos, reforçam a teoria da autoeficácia, na fonte de aprendizagem vicária, pois a nutriz ao observar experiências positivas tende a persistir em seus esforços para alcançar com sucesso seus objetivos.

TABELA 3– COMPARAÇÃO DAS MÉDIAS DOS ESCORES DA BSES-VB NO PRÉ-NATAL E NO PÓS-PARTO, SEGUNDO ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS E GRAVIDEZ ATUAL, SJP/PR, NOVEMBRO 2013 A JULHO DE 2014

Variáveis	%	N	M	DP	BSES-VB PN M	BSES-VB PI M	p
Número de gestações							
Primigesta	54,90	28			129,74	137,29	0.0359
Multigesta	45,10	23			126,33	135,33	0.0591
Paridade							
Primípara	56,52	13			127,07	136,85	0.0231
Múltipara	43,48	10			129,43	135,78	0.1015
Abortamento							
			0,08	0,27			
Sim	7,84	4			111,25	134,25	0.1528
Não	92,16	47			129,57	136,55	0.0182
Consulta com Enfermeiro							
Sim	70,58	36			129,11	136,89	0.0136
Não	29,41	15			125,80	135,13	0.1360
N de consultas com Enfermeiro							
			1,08	0,87			
Nenhuma	29,41	15			125,80	135,13	0.1360
1-2 consultas	37,25	19			130,63	136,42	0.0174
2-4 consultas	29,42	15			127,40	137,80	0.1412
> 5 consultas	3,92	2			127,50	134,50	0.3652
Orientação sobre AM							
Sim	45,10	23			128,17	138,08	0.0270
Não	54,90	28			128,10	134,97	0.0775
Conhece alguém que amamentou							
Sim	96,08	49			128,12	136,44	0.0105
Não	3,92	2			128,50	134,50	0.0879

FONTE: O Autor (2014)

LEGENDA: M: Média; DP: Desvio padrão; M BSES-VB PN: Média dos escores da BSES-VB no pré-natal; M BSES-VB PI: Média dos escores da BSES-VB no puerpério imediato; p: t de Student.

Vê-se na Tabela 3, que 56,52% das mulheres eram primíparas. A promoção da amamentação na gestação tem impacto positivo nas prevalências de aleitamento materno, especialmente entre primíparas (BRASIL, 2011c).

As primíparas precisam ser acompanhadas e orientadas pela equipe de saúde, e a construção do vínculo deve ser conquistado, para que não ocorra o desmame precoce, fator esse, que poderia ser fortalecido com estratégias de educação em saúde para gestantes, nutrizes e acompanhantes, pois a falta de conhecimento sobre o aleitamento materno pode interferir no desmame precoce (DODT *et al.*, 2012).

Em pesquisa realizada por Dennis (2003), demonstrou-se que canadenses múltiparas apresentaram maiores escores que as primíparas, durante a 1^o, 4^o e 8^o semanas após o parto e segundo Bandura (1977), as experiências anteriores são fonte para o aumento da autoeficácia. Assim os antecedentes obstétricos devem ser considerados relevantes para o enfretamento de uma nova gestação (DODT, 2013).

Múltiparas que tiveram experiências anteriores positivas com aleitamento materno possuem maiores escores de autoeficácia, porém não pode-se afirmar que esta experiência manterá o aleitamento exclusivo pelo tempo recomendado, uma vez que poderão sofrer influência de mitos e crenças durante o período de puerpério ou por um fracasso anterior.

O MS recomenda que a orientação e o incentivo ao aleitamento materno devem ser realizados principalmente durante o pré-natal para evitar excessos de informações durante o puerpério, assim, nesse momento as atividades em grupo são fundamentais para troca de experiências entre as gestantes.

Durante as consultas de pré-natal, que devem ser no mínimo de seis consultas a mulher deve conhecer as vantagens do aleitamento materno. A primeira consulta será realizada o mais precocemente possível, ou até o final da 11^o semana gestacional, além de uma consulta no puerpério, durante a primeira semana de vida do recém-nascido (BRASIL, 2006a), e devem ser feitas, preferencialmente, de forma intercalada, entre médico e enfermeiro.

Neste estudo, 100% das gestantes compareceram a mais de seis consultas durante o pré-natal, porém 37,25% tiveram entre 2-4 consultas realizadas pelo enfermeiro. Apesar do número de consultas ser o preconizado, 54,90% das gestantes afirmaram que não receberam orientações sobre aleitamento materno durante o acompanhamento do pré-natal. Segundo Bandura (1977), a persuasão verbal, é uma das fontes de autoeficácia que deve ser utilizada pelos profissionais de saúde durante a realização de atividades educativas, de apoio e incentivo, bem como o aconselhamento de forma positiva às gestantes e familiares sobre amamentação, que é um importante elemento para mudança de comportamento.

O profissional de saúde, sobretudo o enfermeiro, tem papel fundamental para o incentivo ao aleitamento materno durante o pré-natal e essa variável remete à qualidade desta atenção, realizada as gestantes e familiares (BRASIL, 2006a).

Em pesquisa de revisão bibliográfica, realizada por Carvalho, Carvalho e Magalhães (2011), foi observado que os profissionais de enfermagem influenciam no

processo de escolha da mulher entre o aleitamento materno e desmame precoce, evitando que as nutrizes sofram intercorrências na lactação.

Incluir as puérperas nos grupos de gestantes torna-se uma estratégia para troca de experiência entre as mulheres para reforçar a experiência vicária. De acordo com relatório dos resultados preliminares da pesquisa de satisfação com mulheres puérperas atendidas no SUS, 73,9% das mulheres não participaram de atividades em grupos, nota-se que mesmo sendo uma atividade que está incluída no pré-natal, poucas recebem e trocam experiências em grupo (BRASIL, 2013c).

Ainda segundo este relatório, apesar de 60,9% das gestantes terem sido informadas sobre o local para o parto, apenas 58,4% visitou o local em que aconteceria o parto, limitando o vínculo entre a gestante e os profissionais de saúde que atuam no serviço (BRASIL, 2013c).

Estudos realizados com grupos de gestantes com a participação de puérperas, independentemente da época, constataram que ao tirar dúvidas, falar sobre medos e dificuldades ou abordar assuntos sobre “alojamento conjunto” e “amamentação”, estabeleciam laços entre o saber científico e saber popular (WALL, 2000; SANTOS; PENNA, 2009).

Segundo Poon (2011), gestantes relataram que ao assistir filmes de mulheres amamentando durante o pré-natal ou no pós-parto imediato apresentaram maiores escores de autoeficácia, pois trata-se de experiência vicária.

Na Tabela 4, pode-se observar predominância do parto vaginal (60,79%), o contato com o RN aconteceu na primeira hora (54,90%), a sala de parto foi o local que o bebê sugou pela primeira vez (54,90%), a alimentação do RN usada na maternidade foi o aleitamento materno exclusivo (84,31%), apresentaram dificuldade em amamentar (43,14%), e a principal dificuldade referida foi dor (27,45%), receberam ajuda na maternidade (50,99%), do enfermeiro (37,25%), e tiveram seus problemas solucionados (29,41%).

As variáveis do parto e puerpério, na Tabela 4, que apresentaram significância estatística com a escala BSES-VB foram: parto vaginal ($p: 0.0272$), que tiveram contato com o recém-nascido na primeira hora ($p: 0.0151$), que amamentaram ainda na sala de parto ($p: 0.0151$), que manteve AME durante a internação hospitalar, além das mães que durante a internação apresentaram dificuldades como, bebê demora pegar a mama e chora ($p: 0.0166$).

TABELA 4 – COMPARAÇÃO DAS MÉDIAS DOS ESCORES DA BSES-VB NO PRÉ-NATAL E NO PÓS-PARTO, SEGUNDO OS DADOS DO PARTO E PUERPÉRIO, SJP/PR, NOVEMBRO 2013 A JULHO DE 2014

Variáveis	%	N	BSES- VB PN	BSES- VB PI	p
			M	M	
Tipo de Parto					
Vaginal	60,79	31	129,16	137,22	0.0272
Cesário	39,21	20	126,55	136,60	0.0659
Contato com bebê					
Na primeira hora	54,90	28	127,79	138,36	0.0151
Após a primeira hora	45,10	23	128,57	133,96	0.1412
Local em que o RN sugou pela primeira vez					
Sala de parto	54,90	28	127,79	138,35	0.0151
Alojamento conjunto	45,10	23	128,57	133,96	0.1412
Alimentação do RN na Maternidade					
Usou leite artificial	15,69	8	124,25	131,50	0.1620
AME	84,31	43	128,86	137,28	0.0154
Teve dificuldade para amamentar?					
Sim	43,14	22	125,31	132,13	0.0618
Não	33,33	17	128,76	139,00	0.1009
Em parte	23,53	12	132,41	140,41	0.0568
Quais dificuldades?					
Mama ferida	19,61	10	127,70	135,80	0.1532
Dor	27,45	14	131,71	132,86	0.4147
RN demora a pegar a mama e chora	19,61	10	125,23	136,53	0.0166
Recebeu ajuda ?					
Sim	50,99	26	128,88	135,00	0.0693
Não	15,69	8	125,50	133,62	0.1375
Quem ?					
Enfermeiro	37,25	19	130,61	136,42	0.0955
Fonoaudiólogo	1,96	1	109,00	118,00	-
Téc. de Enfermagem	9,80	5	121,20	131,80	0.1796
Médico	1,96	1	140,00	147,00	-
Solucionou o problema?					
Sim	29,41	15	130,60	137,93	0.1029
Não	3,92	2	117,50	190,00	0.4783
Em parte	17,64	9	126,80	133,13	0.1116

FONTE: O Autor (2014)

LEGENDA: M BSES-VB PN: Média dos escores da BSES-VB no pré-natal; M BSES-VB PI: Média dos escores da BSES-VB no puerpério imediato; p: t de Student.

Observa-se, na Tabela 4, que a maioria dos partos (60,79%) foram vaginais, bem maior do que as puérperas com parto cesárea, que tiveram (39,21%), mesmo assim, muito além da taxa de 15% preconizado pela OMS, que considera epidêmica a elevação das taxas (BRASIL,1996).

O número de cesarianas no Brasil vem aumentando significativamente em apenas 8 anos (2000-2008) a taxa aumentou de 38,0% para 48,8%, sendo que 35% dos nascimentos foram realizados pelo sistema público (SUS) e 80% pelo setor privado (VICTORA *et al*, 2011). Segundo o MS (2011), o parto normal é a maneira mais segura e deve ser estimulado de forma humanizada promovendo assim o mínimo de intervenções. Porém se necessário for, o profissional deverá ter uma evidência para interromper o processo fisiológico do parto (BRASIL, 2011a).

As puérperas de parto cirúrgico apresentam maior dificuldade para amamentar, devido ao mau posicionamento e dor devido a incisão cirúrgica operatória, dificultando as primeiras mamadas, além da sonolência após a anestesia, afetando a interação entre o binômio (BRASIL, 2011a).

O MS (2010) indica o contato pele a pele para fortalecimento do vínculo do binômio (mãe e RN), mesmo em mães que não possam amamentar (BRASIL, 2005). Durante a primeira hora de vida do RN, denominado de inatividade alerta, deve-se estimular o reconhecimento entre mãe e filho, dando prosseguimento ao vínculo iniciado na vida intrauterina (CRUZ *et al.*, 2007).

Conforme a Tabela 4, apenas 54,90% teve contato pele a pele após o nascimento corroborando com os dados preliminares do estudo “Nascer no Brasil”, na qual apenas 26,6% dos RN tiveram contato pele a pele após o nascimento e apenas 40,9% mamou na primeira hora de vida, e a separação precoce foi mais frequente em regiões de maior poder aquisitivo (LEAL; GAMA, 2014).

Observou-se ainda, que o parto cirúrgico contribuiu significativamente para a separação precoce do binômio, pois devido ao procedimento e a falta de sensibilização da equipe o contato pele a pele não ocorre, prejudicando o quarto passo da IHAC que preconiza “colocar os bebês em contato direto com as mães logo após o parto por pelo menos uma hora e incentivar a mãe a identificar se o bebê está pronto para ser amamentado, oferecendo ajuda se necessário” (WHO, 2009).

A vivência do quarto passo, tem significado para mulher que vai além do ato de amamentar, pois antecipa a possibilidade do toque ao filho e o estabelecimento

da amamentação logo após o parto, colaborando com que a nutriz tenha mais confiança e que aceite que amamentar é um ato natural (BARBOSA *et al.*, 2010).

No Relatório Preliminar da Rede Cegonha, 42,3% das mulheres não tiveram contato pele a pele com o recém-nascido após o parto e 46,2% tiveram seus filhos de cesárea, pode-se observar que o afastamento do bebê da mãe foi significativo, pois 42,3% não tiveram contato pele a pele com o recém-nascido logo após o parto (BRASIL, 2013c).

A falta de informação das puérperas sobre o direito de amamentar na sala de parto contribui para diminuição dos números de bebês amamentados e conseqüentemente para a diminuição da prática do aleitamento materno exclusivo (BARBOSA *et al.*, 2010; BRASIL, 2010).

Conforme Portaria nº 371, de 7/05/14 (BRASIL, 2014), que institui novas diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao RN a termo com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial, recomenda-se:

- assegurar o contato pele a pele imediato e contínuo, colocando o RN sobre o abdômem ou tórax da mãe de acordo com sua vontade, de bruços e cobri-lo com uma coberta seca e aquecida para evitar a perda de calor.

- estimular o aleitamento materno na primeira hora de vida, exceto em casos de mães HIV positivas,

- postergar os procedimentos de rotina do recém-nascido, como: exame físico, pesagem, vacinação e outros procedimentos nessa primeira hora de vida.

A amamentação deve ser iniciada e estimulada ainda na sala de parto ou no centro cirúrgico, desde que mãe e filho não apresentem intercorrências, pois segundo estudo realizado em Pelotas existe associação entre amamentação precoce e aleitamento materno exclusivo (SILVA *et al.*, 2008).

As mães devem ser incentivadas a iniciar a amamentação na primeira hora de vida e em raras situações poderá haver indicação médica para complementar ou até mesmo para não oferecer o leite materno.

Durante este estudo, 15,69% do RN, receberam leite artificial, mesmo não se enquadrando nas orientações realizadas pelo MS que cita as razões médicas aceitáveis para uso de substitutos do leite materno, que são (BRASIL, 2010):

- lactentes que não podem ser alimentados no seio, mas para quem o leite materno permanece o alimento ideal – nesses casos os lactentes muito fracos, com

dificuldade de sucção ou anormalidades orais ou que estejam separados de suas mães, podem receber leite ordenhado por meio de sonda, copo ou colher.

- lactentes que podem precisar de outra nutrição além do leite materno – podem ser lactentes nascidos com peso muito baixo (<1.500g) ou muito prematuro (32 semanas de tempo de gestação), lactente com risco de hipoglicemia devido problemas médicos, lactentes desidratados ou mal nutridos. Estes lactentes necessitam de um plano individualizado, mas o leite materno deve ser usado e estimulado sua produção por meio da ordenha.

- lactentes que não devem receber leite materno ou qualquer tipo de leite, incluindo ou substitutos do leite materno habituais, como lactentes com galactosemia ou fenilcetonúria.

- lactentes para quem o leite materno não está disponível – recém-nascidos que perderam suas mães, mas pode-se considerar o leite materno pasteurizado.

Dentre as doenças maternas que podem afetar o aleitamento materno estão as mães fisicamente fracas, em uso de medicações não compatíveis com amamentação (antimetabólicos, iodo radioativo ou alguns medicamentos para tireoide) ou que tenha alguma doença infecciosa (HIV positiva, abscesso mamário, herpes simples – vírus tipo I, com lesões ativas; varicela zoster; doença de Lyme e HTLV-I – vírus T-linfotrópicos humanos tipo I) (BRASIL,2010). Nesses casos os profissionais de saúde têm papel essencial e importante no aconselhamento às mães sobre a alimentação deste RN.

Neste estudo 43,14% apresentaram dificuldade para amamentar, e as queixas mais citadas foram a mama ferida (19,61%), a dor (27,45%) e a demora do RN em pegar a mama e chorar (19,61%). Esses problemas são comuns devido à má técnica de amamentação.

Por isso, o profissional de saúde precisa estar preparado para prestar uma assistência eficaz, solidária e integral, que respeite a mulher tanto no seu saber quanto na sua história de vida, ajudando a superar medos, dificuldades e insegurança (BRASIL, 2009).

Algumas mulheres idealizam a amamentação de uma forma “fácil” e “natural” e terminam se frustrando ao se depararem com a realidade e as dificuldades que surgem no início e que são superadas com a prática e a ajuda dos profissionais de saúde, que tem um papel importante na prevenção e manejo dessas dificuldades (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2013b).

Em algumas situações o bebê começa a mamar e após alguns segundos larga a mama e chora, pois ele pode estar mal posicionado. A dor pode ocorrer devido as lesões nos mamilos, que são comuns devido a forte sucção e ou por posicionamento e pega inadequados (BRASIL, 2009b).

A OMS destaca pontos-chaves para o posicionamento correto durante a amamentação, que são o rosto da criança de frente para a mama com nariz na altura do mamilo, corpo do bebê próximo ao da mãe, com cabeça e tronco alinhado e bem apoiado. Para a pega adequada, orienta que a aréola fique mais visível acima da boca do bebê que embaixo, boca bem aberta, lábio inferior virado para fora e queixo tocando a mama (BRASIL, 2013).

O apoio ao aleitamento materno deve ser iniciado durante o pré-natal, para que as dificuldades sejam reconhecidas e superadas. Segundo o MS, as orientações durante as consultas devem informar as vantagens da amamentação e promover a autoconfiança e habilidade mediante o ensinamento das técnicas de posicionamento e pega correta (BRASIL, 2007b).

As informações devem ser reforçadas na sala de parto e durante a permanência no alojamento conjunto as técnicas devem ser praticadas com o reconhecimento das necessidades individuais de cada recém-nascido, pois devido à má pega e posicionamento inadequado, podem ocorrer traumas mamilares e que uma vez instalados são extremamente dolorosos. A dor no início da amamentação é comum, mas torna-se necessário a intervenção para aliviar a dor e promover a cicatrização o mais breve possível, pois esta intercorrência pode ser uma das causas de desmame precoce.

Neste estudo 50,99% das nutrizes receberam ajuda durante a internação hospitalar, e em 37,25% o cuidado foi realizado pelo profissional enfermeiro, mas apenas 29,41% delas tiveram suas dificuldades solucionadas. Torna-se assim necessário o efetivo acompanhamento dessas nutrizes, pelo profissional de enfermagem, tanto durante o internamento na maternidade quanto o acompanhamento pela equipe de estratégia de saúde da família após a alta hospitalar.

Observa-se na Tabela 5, em relação aos dados antropométricos dos RN a predominância do peso ao nascer de 3000 – 3999g (74,52%), estatura de 47- 50 cm (56,86%), sexo masculino (54,91%), Apgar > 7 no primeiro minuto (88,23%) e no quinto minuto (100%).

As variáveis referente aos dados antropométricos e de saúde dos RN, na Tabela 5, foram estatisticamente significantes com as médias dos escores da escala aqueles que nasceram pesando entre 3000g – 3999g, as mães de RN que nasceram com peso entre 30000-3999g (p: 0.0170), estatura entre 47–50cm (p: < 0.0001), sexo masculino (p: 0.0018) e aqueles que apresentaram Apgar no primeiro e quinto minuto maior a sete (p: 0.0084).

TABELA 5 – COMPARAÇÃO DAS MÉDIAS DOS ESCORES DA BSES-VB NO PRÉ-NATAL E NO PÓS-PARTO, SEGUNDO OS DADOS ANTROPOMÉTRICOS E DE SAÚDE DO RN, SJP/PR, NOVEMBRO DE 2013 A JULHO 2014

Variáveis	%	N	M	DP	BSES-VB PN M	BSES-VB VB PI M	p
Peso do RN ao nascer			3405	466			
2500-2999g	13,72	7			123,14	131,14	0.1181
3000 – 3999g	74,52	38			128,31	137,18	0.0170
>4000g	11,76	6			132,83	137,33	0.3479
Estatura do RN			47,88	2,46			
43 – 46	25,51	13			123,53	130,69	0.0010
47 – 50	56,85	29			132,13	140,20	< 0.0001
51 – 54	17,64	9			121,88	132,22	0.1552
Sexo do RN							
Feminino	45,09	23			123,39	132,39	0.0127
Masculino	54,91	28			132,03	139,64	0.0018
Saúde do RN							
Apgar 1º			8,3	1,2			
≤7	11,77	6			116,33	120,50	0.2774
>7	88,23	45			129,71	138,48	0.0084
Apgar 5º							
>7	100	51					0.0084

FONTE: O Autor (2014)

LEGENDA: M: Média; DP: Desvio padrão; M BSES-VB PN: Média dos escores da BSES-VB no pré-natal; M BSES-VB PI: Média dos escores da BSES-VB no puerpério imediato; p: t de Student.

Os achados referentes ao peso do RN ao nascer corroboram com Uchoa (2012), M: 3272g e DP ± 473,10g e com Kristiansen *et al* (2010) > 3500g, todos apresentaram peso acima de 3000g. Segundo o MS (2010), o baixo peso ao nascer é tradicionalmente um fator de risco para óbitos infantis e o aleitamento materno exclusivo deve ser incentivado, pois contribui para reduzir a morbimortalidade das crianças.

O peso ao nascer tem forte associação entre o tempo de gestação e ao crescimento intrauterino, que sofrem influência pelo estado nutricional da gestante, pelo fato de ser tabagista, adequação da assistência pré-natal, idade da gestante e paridade, além de ser um indicador do nível de saúde e associado às condições socioeconômicas (UCHOA, 2012).

A desnutrição pode ocorrer na vida intra-uterina (baixo peso ao nascer) e devido à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo associado à ocorrência de repetidos episódios de doenças infecciosas diarréicas e respiratórias. A desnutrição pode ocorrer cedo na infância, já em relação a estatura no momento do nascimento, esse indicador é considerado mais sensível das influências ambientais e é mais frequente nas áreas de piores condições socioeconômicas (BRASIL, 2009b).

O índice de Apgar é utilizado para determinar a vitalidade do RN e varia de 0 a 10, que é mensurado no primeiro e no quinto minuto de vida, sendo que valores acima de 7, são considerados RN com boa vitalidade (OLIVEIRA, 2012).

Neste estudo, teve-se interesse de investigar o Apgar, visto que o contato pele a pele somente poderá ser realizado se o RN estiver em boas condições de saúde, conforme a Portaria do MS nº 371, de 7 de maio de 2014.

Observa-se que o Apgar do primeiro e do quinto minuto encontrado no estudo foram maiores que 7, 88,23% e 100% respectivamente, indicando boas condições do RN ao nascer (M: 8,3 e DP: $\pm 1,2$), semelhante ao estudo de Uchoa (2012). Assim, torna-se possível realizar as diretrizes da Portaria, Nº 371, de 7/05/2014 assegurando o contato pele a pele imediato e continuo estimulando-se o aleitamento materno na primeira hora, pelo fato do RN apresentar em boas condições de saúde ao nascer (BRASIL, 2014).

Observa-se na Tabela 6, demonstrou maior prevalência, nas mães que desejam amamentar quando retornar para casa (94,11%), retornar as atividades laborais (66,67%) quando o RN estiver entre 2 – 4 meses (43,13%).

Quanto às variáveis referente ao desejo de amamentar em casa e retorno ao trabalho demonstradas na Tabela 6, foram estatisticamente significantes com as médias dos escores da escala, aquelas que pretendem amamentar quando retornar para casa (p: 0.0077) pretende voltar a trabalhar (p: < 0.0001) e quando o RN tiver entre 2 e 4 meses de vida (p: 0.0008).

TABELA 6– COMPARAÇÃO DAS MÉDIAS DOS ESCORES DA BSES-VB NO PRÉ-NATAL E NO PÓS-PARTO, AMAMENTAR EM CASA, RETORNO DAS ATIVIDADES LABORAIS DA PUÉRPERA, SJP/PR. NOVEMBRO DE 2013 A JULHO 2014

Variáveis	%	N	BSES- VB PN M	BSES- VB PI M	P
Pretende amamentar em casa					
Sim	94,11	48	128,39	142,00	0.0077
Não	5,89	3	124,00	136,02	0.0187
Pretende voltar a trabalhar					
Sim	66,67	34	126,73	137,20	< 0.0001
Não	33,33	17	131,00	134,70	0.1596
Quando?					
O RN completar 1 mês	1,96	1	-	-	-
O RN completar 2 meses	1,96	1	-	-	-
O RN tiver entre 2 – 4 meses	43,13	22	126,63	139,59	0.0008
Trabalho em casa posso amamentar e trabalhar	19,61	10	127,50	130,40	0.1210

FONTE: O Autor (2014)

LEGENDA: M: Média; DP: Desvio padrão; M BSES-VB PN: Média dos escores da BSES-VB no pré-natal; M BSES-VB PI: Média dos escores da BSES-VB no puerpério imediato; p: t de Student.

A prática da amamentação deve ser estimulada pela sociedade, incluindo as mulheres que tem um trabalho renumerado. A legislação de apoio à mãe trabalhadora contempla a garantia do emprego desde a gestação até a licença maternidade remunerada e o apoio à prática do aleitamento materno. Com isso, as mulheres com vínculo empregatício formal podem manter a amamentação pelo período preconizado pelo Ministério da Saúde.

Após a Lei Federal nº 11.770 de 09 de setembro de 2008, as funcionárias do serviço público passam a usufruir da licença maternidade estendida até aos 6 meses de vida da criança e assim introduzir novos alimentos no período ideal, complementando com o leite materno até os dois anos de idade.

Para as funcionárias da rede privada, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) em conjunto com o MS, criou nota técnica em 2010, para que as empresas particulares apoiem suas funcionárias para a viabilização e manutenção do aleitamento materno após a licença maternidade com a instalação de sala de apoio à amamentação nas dependências da empresa (BRASIL, 2010).

Assim, as nutrizes podem utilizar esta sala de apoio à amamentação, para manter a produção do leite e o alívio do desconforto das mamas cheias. As mulheres

que amamentam e se afastam de seus filhos em virtude do trabalho necessitam de local apropriado para esgotar e armazenar o leite materno durante sua jornada de trabalho.

As empresas que aderem a esse programa desempenham papel importante para que a mulher amamente por um longo período de tempo. Já existem experiências bem sucedidas com apoio de profissionais de saúde para implantação das salas de apoio à amamentação (BRASIL, 2012a).

Esta nota técnica governamental não beneficia apenas mãe e filho, mas as empresas também são beneficiadas com menor absenteísmo das funcionárias, pois as crianças que são amamentadas adoecem menos, além de valorizar as suas funcionárias, levando a uma percepção mais positiva da imagem da empresa e conseqüentemente a permanência de pessoal capacitado (BRASIL, 2012a).

Constata-se na Figura 5, o aumento da média dos escores da BSES-VB, no primeiro momento durante o pré-natal a média foi de 128,14, subindo para 136,37 no segundo momento, verifica-se que a significância entre as médias dos escores da BSES-VB e os dois momentos de aplicação da escala (primeiro momento durante o pré-natal, e no segundo momento no puerpério) ($p: 0.0018$).

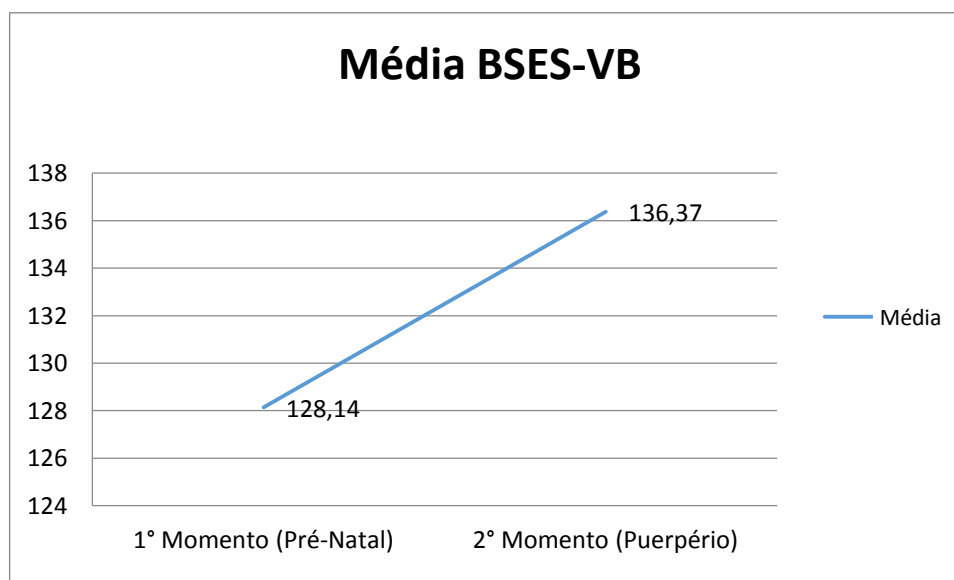


FIGURA 5 - MÉDIA DOS ESCORES DA BSES-VB, NO PRÉ-NATAL E NO PUERPÉRIO.
FONTE: O Autor

Observa-se que ocorre um aumento significativo após o nascimento do RN, nas médias dos escores da BSES-VB, demonstrando que as mulheres após o

nascimento de seus filhos apresentam maior autoeficácia da amamentação e assim maior probabilidade de amamentar por pelo menos seis meses.

Na Tabela 7, quanto aos domínios da escala, as médias dos escores foram maiores tanto no domínio técnico quanto no de pensamentos intrapessoais foram maiores durante o puerpério, contudo somente o domínio técnico apresentou significância estatística (p: 0.0006).

TABELA 7 – CLASSIFICAÇÃO BSES-VB NO PRÉ-NATAL E NO PÓS-PARTO, SJP/PR, NO PRÉ-NATAL E NO PÓS-PARTO, SJP/PR, NO PERÍODO DE NOVEMBRO DE 2013 A JULHO 2014

Variáveis	M	DP	Mín	Máx	p
BSES – VB					0.0018
1º Momento – Pré-Natal	128,14	18,87	55	161	
2º Momento – Pós-Natal	136,37	15,44	101	164	
Domínio Técnico (1, 4, 5, 6, 7, 11, 12, 14, 15, 16, 18, 28, 29, 30, 31, 32, 33)					0.0006
1º Momento – Pré-Natal	211,94	26,93	169	255	
2º Momento – Pós-Natal	224,53	25,99	175	258	
Domínio Intrapessoal (2, 3, 8, 9, 10, 13, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27)					0.0014
1º Momento – Pré-Natal	111,88	15,45	252	173	
2º Momento – Pós-Natal	112,33	16,44	198	261	

FONTE: O Autor (2014)

LEGENDA: M: Média; DP: Desvio padrão; M BSES-VB PN: Média dos escores da BSES-VB no pré-natal; M BSES-VB PI: Média dos escores da BSES-VB no puerpério imediato; p: t de Student.

O domínio técnico é composto de 17 itens e refere-se aos atos utilizados pelas nutrizes para a amamentação como, a posição apropriada, os sinais corretos de sucção e o conforto durante o ato de amamentar. Os pensamentos intrapessoais são formados por 16 itens e descrevem as atitudes, a motivação e satisfação para a mãe que amamenta seu filho (DENNIS; FAUX, 1999). Neste estudo, o domínio intrapessoal apresentou menor média em relação ao domínio técnico.

Autores como Uchoa (2012) e Dodt (2011), encontraram diferença entre os domínios de escala, sendo que no primeiro estudo houve maior média no domínio técnico e no segundo o domínio de maior média foi o intrapessoal.

A decisão de amamentar está ligada a história de vida da mulher e pode ser influenciada pelos aspectos emocionais, sociais, culturais e econômicos. Ao

vivenciar experiências positivas do aleitamento materno, a nutriz sente-se capaz de amamentar mesmo nas situações de estresse.

Mas para a mãe optar pelo aleitamento, não basta apenas conhecer as vantagens, é necessário que ela receba apoio de todos para que se sinta segura e confiante de que pode amamentar.

Assim, com utilização de um instrumento de fácil aplicação e de baixo custo utilizada durante o pré-natal e puerpério, como a BSES-VB, demonstra evidências para que os profissionais de saúde identifiquem em quais aspectos devem ser incentivados durante a realização de ações de educação em saúde de forma direcionada, estimulando os aspectos deficitários na tentativa de reduzir as taxas de desmame precoce.

5 CONCLUSÃO

O perfil das participantes caracteriza-se, por mulheres casadas ou em união consensual, com três pessoas residindo no domicílio, com renda *per capita* de um salário mínimo e exerciam atividades no domicílio. A média de idade é de 26,2 anos, com oito anos de estudo e quanto aos hábitos de etilismo e tabagismo, mais de 80% não mencionaram a prática, mas torna-se necessário que durante as consultas de pré-natal, as mulheres devem ser informadas sobre os riscos do tabagismo na gestação e no puerpério.

As gestantes iniciaram sua participação na pesquisa com 33 semanas gestacionais e realizaram mais de seis consultas durante o pré-natal, dentre as quais 2 – 4 consultas foram realizadas pelo enfermeiro, entretanto mais de 50% das participantes não recebeu orientação quanto aleitamento materno.

A caracterização das participantes quanto às variáveis do parto e puerpério, demonstra que mais de 60% das participantes tiveram parto vaginal e o contato com o bebê ocorreu na primeira hora, podendo assim ser amamentado ainda na sala de parto. Durante o parto cirúrgico, a equipe deve envidar esforços com intuito de proporcionar condições para a prática da amamentação, tornando uma ação natural, sem medo e com confiança.

Observa-se ainda que há significância estatística em todas as variáveis sociodemográficas, antecedentes obstétricos, gravidez atual, dados antropométricos e saúde do recém-nascido, retorno das atividades laborais e as médias dos escores da BSES-VB no pré-natal e no puerpério ($p: <0,05$). No que se refere ao parto e puerpério, houve significância entre a maioria das variáveis ($p: <0,05$), tipo de parto, contato com bebê, local que sugou pela primeira vez, alimentação do RN na maternidade.

Pode-se constatar que as mães que não ofereceram substitutos do leite aos seus filhos mantiveram as médias dos escores mais elevados no pré-parto e no puerpério do que as mulheres que ofertaram o leite materno na maternidade.

A utilização de leite artificial nos três dias após o parto foi mencionada por 15,64% das mães. O uso de substitutos do leite materno nas maternidades pode desencorajar as nutrizes para o ato de amamentar e a desencadear o mesmo

sentimento no retorno para casa após a alta hospitalar, fazendo com que acreditem que, são incapazes de produzir leite materno suficiente.

A dor é relatada como a principal dificuldade para amamentar e o enfermeiro esteve presente para solucionar o problema durante a internação. Superar situações e eliminar fatores negativos que dificultam o aleitamento favorece a confiança da mulher.

Quanto aos dados antropométricos e de saúde do recém-nascido, os bebês do sexo masculino, que apresentaram peso entre 3000 – 3999g e estatura entre 47-50 cm, além de Apgar maior que 7 no primeiro e no quinto minuto, apresentaram maior significância nesse estudo. Recém-nascidos a termo, sem fatores de risco precisam ser estimulados ao contato pele a pele ainda na sala de parto, para que a produção láctea seja satisfatória.

A análise permite verificar que as médias dos escores da BSES-VB foram maiores durante o puerpério, M: 136,37; p: 0.0018, demonstrando maior autoeficácia das mulheres após o nascimento do seu bebê. Pôde-se observar ainda, que as médias dos escores referentes aos domínios técnicos são maiores do que no domínio interpessoal e apesar de conhecermos as médias nessa pesquisa, ainda não há publicações que indiquem os valores que classificam o limite entre alta e baixa eficácia.

No entanto, a amamentação depende da autoconfiança da mãe, da proximidade entre ela e seu filho e da facilidade para amamentar a qualquer momento. Para tanto é importante que receba incentivo, apoio, proteção, condições e ajuda durante todo o processo, tanto em relação ao domínio técnico como no domínio interpessoal. Mas a confiança da mãe pode ser abalada facilmente, pois mesmo palavras sutis, por parte da família e de profissionais, são suficientes para colocar dúvidas quanto a sua capacidade de produção ou quanto a qualidade de seu leite.

Assim, com relação à hipótese desse estudo, aceita-se a hipótese de que as gestantes e puérperas que decidem pelo aleitamento materno possuem maior autoeficácia e segurança quanto ao seu potencial em amamentar e a presença do enfermeiro durante o grupo e o puerpério imediato para esclarecimento de dúvidas acerca da amamentação e do cuidado, pode ter contribuído para o aumento da média dos escores da escala BSES- VB.

Assim, este estudo contribui como base para outros com amostragem randomizada que mensure a prevalência do aleitamento materno em outros momentos do puerpério, pois os poucos estudos encontrados com a utilização da escala não contemplam um acompanhamento por um tempo prolongado. Deste modo, recomenda-se que pesquisadores da área de enfermagem em saúde da mulher e da criança intensifiquem estudos que abordem a escala BSES-VB como forma de acompanhamento da autoeficácia das mulheres ao longo do puerpério tardio.

Outro aporte que este estudo traz à prática de enfermagem é o encontro/visita nas maternidades, uma vez que este modo de educação em saúde pode ser considerado pelas políticas públicas como sendo uma forma de vínculo entre a gestante/família e o profissional de saúde da maternidade, tornando uma oportunidade para apoio, incentivo e promoção ao aleitamento materno.

Apesar da sociedade brasileira possuir uma tradição positiva quanto a amamentação e que tem um sistema de licença maternidade que suporta a possibilidade de amamentar pelo período preconizado pelo OMS e MS, implantar a cultura do aleitamento materno exclusivo não tem sido tarefa fácil, mesmo com as campanhas e informações vinculadas na mídia, não estão conseguindo transformar as atitudes e as barreiras emocionais e culturais que impedem o sucesso da prática do aleitamento materno.

Tomando como base os resultados da aplicação da BSES-VB, temos subsídios para incrementar, a participação do enfermeiro na atenção básica, na elaboração de estratégias educativas, não só para a gestante, mas para todos os componentes familiares, respeitando a individualidade de cada uma, transmitindo segurança, esclarecendo dúvidas e encontrando soluções para as dificuldades.

Desta forma, sugerimos novos estudos com aplicação da escala em outros momentos do puerpério e assim identificar possíveis momentos da baixa autoeficácia em amamentar, pois para que ocorra o aumento a prevalência de aleitamento materno exclusivo, não basta apenas informar, é preciso promover mudanças de atitudes, pois esse é o verdadeiro papel do profissional de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMROTH, S. *et al.* Exclusive breastfeeding in Vietnam: in attainable goal. **Acta Paediatrica**, v.97: p.1066-9. 2008. Disponível em: <<http://zip.net/bdpRIS>>. Acesso em: 08/05/2014.

AL-SAHAB, B. *et al.* Prevalence and predictors of 6 month exclusive breastfeeding among Canadian women: a national survey. **BMC Pediatrics**, v. 10, n. 20, 2010. Disponível em: <<http://zip.net/brpz4Q>>. Acesso em: 05/06/2014.

ALUS TOKAT, M.; OKUMUS, H.; DENNIS, C.L. Translation and psychometric assessment of the breastfeeding self-efficacy scale – short form among pregnant and postnatal women in Turkey. **Midwifery**, v. 26, p. 101-108, 2010. Disponível em: <<http://zip.net/brpRM9>>. Acesso em: 05/04/2014.

ANDERSON, K.O. *et al.* Development and initial validation of scale to measure self-efficacy beliefs in patients with chronic pain. **Midwifery**.v. 63, n. 1, p. 77-84, 1995. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8577493>>. Acesso em: 22/04/2013.

AZZI, R.G; POLYDORO S.A.J.; **Auto-eficácia proposta por Albert Bandura – Algumas discussões**. In: Auto-eficácia em diferentes contextos. 1. ed. Campinas, SP: Editora Alínea, 2006.

BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**. v.84, n.2, p.191-215, 1977. Disponível em: <<http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1977PR.pdf>>. Acesso em: 10/03/2013.

BANDURA, A. **Self-efficacy**. In V. S. Ramachaudran, Encyclopedia of human behavior New York: Academic Press, 1994 Disponível em: <<http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1994EHB.pdf>> Acesso em: 20/04/2013

BANDURA A. for **Personal and cultivate self-efficacy organizational effectiveness**. In Handbook of principles of organizations behavior. E.A. Locke Ed. New York: Wuley. 2009. Disponível em: <<http://zip.net/bfpQN0>>. Acesso em: 03/04/2013.

BARBOSA, V. *et al.* Aleitamento materno na sala de parto: a vivência da puérpera. **Ciência Cuidado e Saúde**. v. 9, n. 2, p. 366-373, 2010. Disponível em: <<http://zip.net/bypT7N>>. Acesso em: 26/09/14.

BARROS, M.; SANTOS, A.C.B. Por dentro da autoeficácia: um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos. **Revista Espaço Acadêmico**. Nº 112. Setembro, 2010 Disponível em: <<http://zip.net/bdpRS9>>. Acesso em: 20/05/2014.

BERRY, J. M., WEST, R. L.; DENNEHEY, D. M. Reliability and validity of the self-efficacy questionnaire. **Developmental Psychology**, v. 25, p. 701-713, 1989. Disponível em: <<http://zip.net/bqpSf7>>. Acesso em: 04/06/2013

BLYTH, R. *et al.* Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. **Birth**, v. 29, n.4. 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12484390>>. Acesso em: 20/05/2014.

BOCCOLINI, C. C. *et al.* Padrões de aleitamento materno exclusivo e internação por diarreia entre 1999 e 2008 em capitais brasileiras. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, p n.7, p 1857 – 1863. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/25.pdf>>. Acesso em: 04/03/2014.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: <<http://goo.gl/zaRrL>>. Acesso em: 10/01/2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Nacional de Ações Básicas de Saúde. **Educação em Saúde**: diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 1989. Disponível em: <<http://zip.net/bjpRhT>>. Acesso em: 09/10/2013

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa nacional de incentivo ao aleitamento materno. Normas básicas para alojamento conjunto**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em: <<http://zip.net/bnpRsM>>. Acesso em: 25/05/2013.

BRASIL, Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000. Aprova a norma de orientação para a implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 5 de julho de 2000. Disponível: <<http://goo.gl/GlxnQS>>. Acesso em: 01/02/2014.

BRASIL, Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios

e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://zip.net/bppRZK>>. Acesso em: 05/06/2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <<http://goo.gl/mvdgsU>>. Acesso em: 20/10/2013.

BRASIL. Lei nº 11.265, de 3 de Janeiro de 2006. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também de produtos de puericultura correlatos. **Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 4 de jan 2006b. Disponível em: <<http://goo.gl/19ic8O>>Acesso em 20/03/2013.

BRASIL. Portaria nº 1.683 de 12 de julho de 2007. Aprova, na forma do anexo, a Norma de orientações para a Implantação do Método Canguru. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 12 de jul de 2007a. Disponível em:<<http://goo.gl/FvTQ8U>>. Acesso em: 13/09/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Promovendo o aleitamento materno**. 2ª edição, revisada. Álbum Seriado. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/pt/aleitamento.pdf>>. Acesso em: 01/11/2013.

BRASIL. Lei nº 11.770 de 9 de setembro de 2008. Cria o programa empresa cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. **Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 9 de set. de 2008. Disponível em: <<http://goo.gl/R7tezq>>. Acesso em: 10/01/2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Série C, Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Ministério da Saúde; 2009a. Disponível em:<<http://goo.gl/7WAwNz>>. Acesso em: 10/01/2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança**: nutrição infantil aleitamento materno e alimentação complementar. Série A, Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2009b. Disponível em:<<http://zip.net/blpQ0p>>. Acesso em: 15/04/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Secretaria de Atenção à

Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<http://zip.net/bnqh4r>>. Acesso em: 10/08/2013.

BRASIL. Portaria nº 193, de 23 de fevereiro de 2010. Aprovar Nota Técnica Conjunta nº 01/2010 Anvisa e Ministério da Saúde. Orientar a instalação de salas de apoio à amamentação em empresas públicas ou privadas e a fiscalização desses ambientes pelas vigilâncias sanitárias locais. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 23 de fev. 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/CovpXA>>. Acesso em: 09/06/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Além da sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <<http://zip.net/bbpRrR>>. Acesso em: 04/06/2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**. 2.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/manualcanguru.pdf>>. Acesso em 04/05/2013.

BRASIL. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 24 de jun. 2011c. Disponível em <<http://migre.me/nwayc>>. Acesso em 20/03/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Aleitamento Materno, distribuição de fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação**. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas- Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <<http://www.ibfan.org.br/legislacao/pdf/doc-750.pdf>>. Acesso em: 07/04/2013.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos. **Conselho Nacional de Saúde**, Brasília, DF, 12 dez 2012b. Disponível em: <<http://goo.gl/2Xz8af>> Acesso em 05/10/2013.

BRASIL. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação de habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Ministério da Saúde**,

Brasília, DF, 10 mai. 2012c. Disponível em:<<http://goo.gl/LxEux8>>. Acesso em: 13/10/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Departamento de Atenção Básica. 1. Ed. Ver. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/caderno_atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf>. Acesso em: 05/03/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: Guia para os profissionais de saúde**. 1. Ed. Ver. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em:<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn_v1.pdf>. Acesso em: 06/06/2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. **Resultados preliminares da pesquisa de satisfação com mulheres puérpera atendidas no SUS**. 1 Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 07 mai. 2014a. Disponível em: <<http://zip.net/bnpBq5>>. Acesso em: 20/08/2014.

BRASIL. Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 22 mai. 2014b. Disponível em: <<http://zip.net/brqjJC>>. Acesso em: 20/10/2014.

CABRAL F.B.;HIRT L.M.; SAND I.C.V. Atendimento pré-natal na ótica de puérpera: da medicalização à fragmentação do cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, v.47, n.2 São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://zip.net/bnpTqp>>. Acesso em: 08/07/2014.

CARVALHO, J.K.M. CARVALHO, C.G. MAGALHÃES, S.R. A importância da assistência de enfermagem no aleitamento materno. **E-Scientia**, v. 4, n.2, p. 11-20, 2011. Disponível em: <<http://zip.net/bqpBRW>>. Acesso em: 08/07/2014.

CATAFESTA, F. *et al.* Pesquisa-cuidado de enfermagem na transição ao papel materno entre puérperas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n 2, p. 457-475. 2007. Disponível em:<<http://zip.net/bwpS5q>>. Acesso em: 08/07/2014.

CHEN L. H. *et al.* Initiation of breastfeeding lessons from Taiwan. **Paediatric Nurs** v. 20, n. 3, p. 34-36, 2008. Disponível em: <<http://zip.net/btpRiS>>. Acesso em: julho de 2014.

COLLIÈRE, M.F, **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Lidel, 1999.

CRUZ, D. C. S.; SUMAM, N.S.; SPÍNDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**. v. 41, n. 4, p. 690-7. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/20.pdf>>. Acesso em: 08/6/2014.

DAI, X.; DENNIS, C.L. Translation and validation of the breastfeeding self-efficacy scale into Chinese. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 48, n. 5, p. 350-356, 2003. Disponível em: <<http://zip.net/bjpTfB>>. Acesso em: 06/03/2013.

DAMIÃO, J.J. Influência da escolaridade e do trabalho materno no aleitamento materno exclusivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 11, n. 3, p. 442-52. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n3/10.pdf>>. Acesso em: 07/08/2014.

DEMITTO, M.O.; BERGINI, L.O.; ROSSI, R.M. Uso de chupeta e aleitamento materno exclusivo. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 2, p. 271-276, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a10.pdf>>. Acesso em: 25/05/2014.

DENNIS, C.L.; FAUX, S. Development and psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale. **Research in Nursing & Health**, v. 22, n. 5, p. 399-409, 1999. Disponível em: <<http://goo.gl/rfMhss>>. Acesso em: 03/03/2013.

DENNIS, C.L. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. **Journal of Human Lactation**, v. 15 n. 3, p. 195-201, 1999. Disponível em: <<http://goo.gl/JPzIrb>>. Acesso em: 02/03/2013.

DENNIS, C.L. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**. V. 32, n. 6, p. 734-744, 2003. Disponível em: <<http://zip.net/bjpQK2>>. Acesso em: 06/07/2014.

DODT, R.C.M. *et al.* Psychometric assessment of the short form version of the breastfeeding self-efficacy scale in a Brazilian sample. **J Nurs Educ Pract**. v. 3, n. 2, p. 66-73, 2012. Disponível em: <<http://zip.net/bcpz1F>>. Acesso em: 08/06/2014.

DODT, R.C.M. *et al.* Influência de estratégia de educação em saúde mediada por álbum seriado sobre a autoeficácia materna para amamentar. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 33, p. 610-8. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a06.pdf>>. Acesso em: 3/04/2014.

FONSECA, A. L. M. *et al.* Impacto do aleitamento materno no coeficiente de inteligência de crianças de oito anos de idade. **Jornal de Pediatria**, v. 89, n 4, p 346–53, 2013. Disponível em: <<http://zip.net/bmpTm7>>. Acesso em: 30/05/2014.

FONSECA, M.O. *et al.* Aleitamento materno: conhecimento de mães admitidas no alojamento conjunto de um hospital universitário. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 1, p.141-149, 2011. Disponível em: <<http://zip.net/brpTLS>>. Acesso em: 27/05/2013.

FREITAS, C.R.P.; TERRA K.L., MERCÊS N.N.A. Conhecimentos dos acadêmicos sobre prevenção do câncer de mama. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 4, p 682-7. 2011. Disponível em: <<http://zip.net/bbpTqk>>. 05/04/2014.

GRANDO, T.; ZUSE, C.L. Amamentação exclusiva: um ato de amor, afeto e tranquilidade – relato de experiência. **Vivências: Revista Eletrônica de Extensão da URI**, VV. 7, n 13, p. 22-28, 2011. Disponível em: <<http://zip.net/blpQst>>. Acesso em: 05/10/2014.

GRAY, D.E. **Pesquisa no mundo real**. 2º. Ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

GREGORY, A. *et al.* Psychometric properties of the breastfeeding self-efficacy scale form in a Ethnically diverse U.K. Sample. **Public Health Nursing**. v. 25, n. 3, p. 278-284, 2008. Disponível em: <<http://goo.gl/gWCavf>>. Acesso em: 03/12/2013.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas Cidades. **Paraná**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 01 outubro 2013.

KRISTIANSEN, A.L. *et al.* Factors associated with exclusive breastfeeding and breastfeeding in Norway. **Public Health Nutrition**. v. 13, n. 12, p. 2087-2096, 2010. Disponível em: <<http://zip.net/bgpzPW>>. Acesso em: 07/07/2014.

KU, C.M; CHOW, S.K.Y. Factors influencing the practice of exclusive breastfeeding among Hong Kong Chinese women: a questionnaire survey. **Journal of Clinical Nursing**, v.19, p.2434–2445. 2010. Disponível em: <<http://zip.net/bmpTny>>. Acesso em: 05/04/2013.

LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N. Nascer no Brasil – Inquérito nacional sobre parto e nascimento. 2011. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 30. Suplemento 2014. Disponível em: <<http://zip.net/bdpBJ>>. Acesso em: 07/07/2014.

LEITE, J.C.C. *et al.* Desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral. **Psicologia: Reflexão e Crítica**.v.15 n. 1, p. 121-133. 2002. Disponível em: <<http://zip.net/bgpTn7>>. Acesso em: 05/04/2013.

LOWE, N.K. Maternal confidence for labor: development of the childbirth self-efficacy inventory. **Research in Nursing and Health**, v.16.p. 141-149, 1993.Disponível em: <<http://zip.net/bmpTnL>>. Acesso em: 05/04/2013.

MACEDO, P.O. *et al.* As tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica fundamentadas pela teoria ambientalista de Florence Nightingale. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 341-347, 2008.

MARQUES E.S.; COTTA R.M.M.; PRIORE S.E. Mitos e crenças sobre aleitamento materno. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. 5, p. 2461-2468, 2011.

McCARTER-SPAULDING,D.; DENNIS,C.L.Psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale-short form in a sample of black women in the United States. **Research in Nursing & Health**, v.33, p. 111-119, 2010.Disponível em: <<http://zip.net/bnpTrh>>. Acesso em: 07/8/2014.

MOLINA, T.M. *et al.* Translation and validation of the breastfeeding self-efficacy scale into Spanish: data from a Puerto Rican population. **Journal of Human Lactation**, v.19, n.1, p. 35-42, 2003.Disponível em: <<http://zip.net/bqpVgg>>. Acesso em: 05/04/2013.

NASCIMENTO, V.C. *et al.* Associação entre as orientações pré-natais em aleitamento materno e a satisfação com o apoio para amamentar. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, v. 13, n. 2, p. 147-159, 2013. Disponível em: <<http://zip.net/bwpS57>>. Acesso em: 08/07/2014.

NUNES, A.C.L. *et al.* Prevalência do uso de bicos artificiais em menores de um ano. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**,v.13, n. 5, p. 1182-90, 2012. Disponível em:<www.revistarene.ufc.br>. Acesso em: 20/09/2013.

OLIVEIRA, T.G. *et al.* Escore de Apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo. **Einstein**. v. 10, n. 1, p. 22-8.

2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v10n1/pt_v10n1a06.pdf>. Acesso em: 15/07/2014.

OLIVEIRA, M. G. O. A. *et al.* Fatores associados ao aleitamento materno em dois municípios com baixo índice de desenvolvimento humano no nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 1, p. 178-89, 2013. Disponível em: <<http://zip.net/btpBb9>>. Acesso em: 09/06/2014

ORIÁ, M. O. B. **Tradução e validação da breastfeeding self-efficacy scale: aplicação em gestantes.** Tese. (Doutorado em Enfermagem). Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2008. Disponível em: <<http://pct.capes.gov.br/teses/2008/22001018021P0/TES.pdf>>. Acesso em 07/04/2013.

PIAZZALUNGA, C. R. C; LAMOUNIER, J.A. A paternidade e sua influência no aleitamento materno. **Pediatria**, n. 31, v. 1, p. 49-57, 2009. Disponível em: <<http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/1290.pdf>>. Acesso em: 04/05/2014.

PILOTTO, D.T.S.; VARGENS O.M.C.; PROGIANTI, J.M. Alojamento conjunto como espaço de cuidado materno e profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n.4, p. 604-607, 2009. Disponível em: <<http://zip.net/bwpS6b>>. Acesso em: 06/07/2014.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POON, K.K.Y. **Does in-hospital breastfeeding self-efficacy predict breastfeeding duration?** Dissertation. Department of Community Health and Epidemiology. 2011. Disponível em: <<http://zip.net/bfpzPD>>. Acesso em 01/02/2013.

PRIMO, C. C. *et al.* Effects of maternal nicotine on breastfeeding infants. **Revista Paulista de Pediatria**. V. 31, n. 3, p. 392-7. 2013. Disponível em: <<http://zip.net/bfpzP4>>. Acesso em: 04/08/2014.

PROGIANTI, J.M.; COSTA R.F. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 2, p. 257-63, 2012. Disponível em: <<http://zip.net/bfpzTjk>>. Acesso em: 09/07/2014.

RIBEIRO, L. *et al.* Suplementação com leite de fórmula: nem sempre nem nunca... **Revista Nascer e Crescer**, v. 22, n. 2, Porto, 2013. Acesso em: <<http://zip.net/bgpTpw>>. Acesso em: 09/06/2014.

SANGALLI, C. N.; HENRIQUES, F. N.; OLIVEIRA, L. D. A influência das avós no aleitamento materno exclusivo. **Revista Hospital das Clínicas de Porto Alegre**, v. 30, n. 2, p 153-160, 2010. Disponível em: <<http://zip.net/bkpTqp>>. Acesso em: 06/05/2013.

SANTOS, R.V; PENNA, C.M.M. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. **Texto Contexto Enfermagem**. V. 18, n. 4, p. 652-60. 2009. Disponível em: <<http://zip.net/bdpRml>>. Acesso em: 07/08/2014.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G.; As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 3, p. 387-392, 2009. Disponível em: <<http://zip.net/bppTY8>>. Acesso em: 09/06/2013.

SILVA, E.L.; MENEZES, E. M.; **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3.^a ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SILVA, M.B.*et al.* Influência do apoio à amamentação sobre aleitamento materno exclusivo dos bebês no primeiro mês de vida e nascidos na cidade de Pelotas. **Revista Brasileira de Saúde Materno e Infantil**. v.8, n. 3, P. 275-284, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n3/a06v8n3.pdf>>. Acesso em: 06/07/2014.

SILVA, B.T. SANTIAGO, L.B. LAMONIER, J.A. Apoio ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. **Revista Paulista Pediatria**, v. 30, n. 1, p. 122-30, 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v30n1/18.pdf>>. Acesso em: 04/03/2014.

SILVA, I. J. *et al.* Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, v. 43, n. 3, p. 697-703, 2009. Disponível em: <<http://zip.net/bxpVqP>>. Acesso em: 07/04/2013.

SJP. São José dos Pinhais. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Relatório Anual de Partos e Cirurgias**. 2012.

SOUZA, L.M.; WEGNER, W.; GORINI, M.I.P.C. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n.2, 2007. Disponível em: <<http://zip.net/bkpTqs>>. Acesso em: 07/07/2013.

SOUZA, S.N.D.H.; MELLO D.F.; AYRES J.R.C.M. O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado. **Caderno de Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1186-1194, 2013. Disponível em: <<http://zip.net/bxpVqV>>. Acesso em: 06/04/2014.

TAVARES, M.C. *et al.* Aplicação da breastfeedingself-efficacyscale-short form a puérperas em alojamento conjunto: um estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, n. 1. 2010. Disponível em: <<http://zip.net/blpzi6>>. Acesso em 02/02/2014.

UCHOA, J.L. **Autoeficácia das mulheres no ciclo gravídico-puerperal em amamentar**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2012. Disponível em:<<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/4133>>. Acesso em: 20/03/2013.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação mundial da infância 2008**. Caderno Brasil. Brasil: Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://zip.net/bbpTrk>>. Acesso em: 05/06/2013.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Lista dos hospitais amigos da criança** – Julho 2010. Disponível em: <<http://zip.net/bvpRkb>>. Acesso em 12/08/2014.

VAN DER BIJL, J.J.; SHORTRIDGE-BAGGETT, L.M. The theory and measurement of self-efficacy construct. **SchInque NursPract**. v.15, n3, p. 189-207, 2001. Disponível em: <<http://goo.gl/4jsra3>>. Acesso em: 06/05/2013.

VELHO, M.B.; OLIVEIRA, M.E.; SANTOS, E.K.A. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 4, p. 652-9, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/23.pdf>>. Acesso em: 08/08/2014.

VICTORA, C. G.*et al.* Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**. Séries – Saúde no Brasil 2. 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>>. Acesso em: 08/07/2014.

WALDOW, V.R. **Cuidar expressão humanizadora da enfermagem**. Petrópolis, RJ. Editora Vozes, 2006.

WALL, M.L. Metodologia da Assistência: **Um elo entre a enfermeira e a mulher-mãe**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2000.

WHO - World Health Organization. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part 1 - Definitions** Geneva: World Health Organization, 2008. Disponível em: <<http://goo.gl/kdTmyW>>. Acesso em: 05 outubro 2013.

WHO, World Health Organization. **Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals**. WHO, 2009. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597494_eng.pdf> Acesso em: 09/09/2013.

WOJCICKI, J.M. *et al.* Early exclusive breastfeeding and maternal attitudes towards infant feeding in a population of new mothers in San Francisco, California. **Breastfeeding Medicine**, v. 5, n 1, 2010. Disponível em: <<http://zip.net/bkpQ0g>>. Acesso em: 09/09/2014.

WUTKE, K. DENNIS, C.L. The reliability and validity of the polish version of the breastfeeding self-efficacy scale-short form: Translation and psychometric assessment. **International Journal of nursing Studies**. V. 44, pg 1439-1446, Nov 2007. Disponível em: <<http://zip.net/bgpTpY>>. Acesso em: 05/03/2013.

ZUBARAN, C. *et al.* The Portuguese version of the breastfeeding self-efficacy scale-short form. **Journal of Human Lactation**, v.5, 2010. Disponível em: <<http://zip.net/bdpTRR>>. Acesso em: 05/03/2013.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO, ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS E GRAVIDEZ ATUAL.

PARTE I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, DEMOGRÁFICOS E SOCIAIS

Código da paciente:
Data de Nascimento: ____/____/____
Estado Civil: 1.() Casada/união consensual 2.() Solteira 3.() Divorciada 4.() Viúva
Município de Residência: 1.() São José dos Pinhais 2.() Outro: _____
Ocupação:
Escolaridade: 1.() 1º grau incompleto 5.() Nunca estudou 2.() 1º grau completo 6.() Superior Completo 3.() 2º grau incompleto 7.() Superior Incompleto 4.() 2º grau completo 8.() Outro
Quantas pessoas moram na casa?
Das pessoas que moram na casa, quantas ajudam no sustento da família?
Qual a renda aproximada da família (número de salários mínimos)? 1.() < que 1 SM (< R\$ 678,00) 2.() 1 a 3 SM (R\$ 678,00 a R\$ 2.034,00) 3.() > 3 SM (> R\$ 2.034,00)
Você fuma? 1.() Sim Se sim, n° de cigarros por dia: _____ 2.() Não 3.() Ex-fumante 4.() Fumante passiva (se reside ou trabalha no mesmo ambiente que outros fumantes) 5.() Deixou de fumar por causa da gravidez
Faz uso de bebida alcoólica: 1.() Não 2.() Sim, frequentemente 3.() Sim, só nos fins de semana 4.() Sim, raramente 5.() Parou de beber devido a gravidez

PARTE II – ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

G: ____ **P:** ____ **A:** ____ **PC:** ____ **PN:** ____

Número de filhos vivos: _____
Teve problemas durante a(s) gravidez(es) anteriormente(es)? 1.(<input type="checkbox"/>) Sim 2.(<input type="checkbox"/>) Não

Amamentou exclusivamente os outros filhos:	1.() Sim 2.() Não
Quanto tempo?	1.() Menos de 1 mês 2.() Durante 1 mês 3.() Entre 1 e 2 meses 4.() 2 a 4 meses 5.() Outros, especificar
Quais foram seus principais motivos para amamentar seus filhos?	1.() Minha família incentivou 2.() Eu me sentia motivada para amamentar 3.() O aleitamento materno é melhor para o meu filho
Quais foram seus principais motivos para NÃO amamentar seus filhos?	1.() O leite era fraco 2.() Devido dor e feridas na mama 3.() Não queria amamentar 4.() Não tive apoio da minha família
PARTE III – DADOS DA GRAVIDEZ ATUAL	
Data da última menstruação:	____/____/____
Data provável do parto:	____/____/____
Idade Gestacional (no dia da entrevista):	_____
Está realizando pré-natal?	1.() Sim 2.() Não
Nº de consultas já realizadas (no dia da entrevista)	_____
Você teve consulta com Enfermeiro?	1.() Sim 2.() Não
Se sim, quantas consultas?	1.() 01 -02 2.() 02-04 3.() > 05
Durante esta gravidez, você recebeu orientação no pré-natal sobre aleitamento materno?	1.() Sim 2.() Não
Quem forneceu a orientação?	1.() Enfermeiro 3.() Fonoaudióloga 2.() Médico 4.() Assistente Social
Quando o bebê nascer você deseja amamentá-lo?	1.() Sim 2.() Não
Em caso afirmativo, quanto tempo você pretende amamentar?	1.() primeiros 15 dias 2.() 1 mês 3.() de 1 a 2 meses 4.() 3 a 4 meses 5.() 5 a 6 meses 6.() 7 a 9 meses 7.() 10 a 12 meses 8.() > 12 meses
Se você não pretende amamentar, que tipo de alimentação você pretende dar ao seu filho?	1.() Leite artificial 2.() Suco 3.() Chá 4.() Papinha/mingau 5.() Não sei 6.() Outros, especificar
O que se companheiro pensa da amamentação?	1.() Ele acha importante 2.() Ele não interfere 3.() Não conversamos sobre o assunto 4.() Outro: _____
Você conhece alguém (família/amiga) que amamenta ou amamentou?	1.() Sim 2.() Não

APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Andréa Cristina de Moraes Chaves e a Prof^aDr^a Marilene Loewen Wall, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná (UFPR), estamos convidando a senhora que é gestante a participar de um estudo intitulado “A Autoeficácia de Gestantes e Puérperas em Amamentar” ou seja, conhecer a autoeficácia para lidar com o aleitamento materno. Desta forma, se faz necessário conhecer a experiência da gestante e puérpera em relação ao aleitamento materno.

- a) O objetivo desta pesquisa é analisar a autoeficácia das gestantes e puérperas quanto ao seu potencial em amamentar.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário participar de uma entrevista no Hospital e Maternidade de São José dos Pinhais por aproximadamente 30 minutos.
- c) A pesquisa não apresenta risco à sua saúde já que consiste na realização de uma entrevista com os participantes.
- d) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: conhecer as possíveis causas do desmame precoce e incentivar o aleitamento materno. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico
- e) Os pesquisadores Andréa Cristina de Moraes Chaves, enfermeira, mestranda, que estará disponível pelo e-mail: andrea.mchaves@yahoo.com.br ou pelo celular (41) 9689-8804 e a Prof^aDr^a Marilene Loewen Wall, professora doutora adjunta da UFPR, estará disponível pelo e-mail: wall@ufpr.br ou pelo endereço Av. Prof. Lothário Meissner, 632 4º andar – Jardim Botânico, telefone (41) 3361-3756, para esclarecer eventuais dúvidas que possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- f) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.
- g) As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelos pesquisadores que executam a pesquisa e pelas autoridades legais. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada para que a sua **confidencialidade** seja mantida. Sua entrevista será gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.

- h) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- i) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão influencie meu atendimento durante o parto.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Assinatura do participante de pesquisa

Pesquisador

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXOS

ANEXO 1 – ESCALA BREASTFEEDING SELF-EFFICACY SCALE: VERSÃO BRASILEIRA (BSES-VB)

BREASTFEEDING SELF-EFFICACY SCALE: VERSÃO BRASILEIRA

Escala de Autoeficácia na Amamentação

Para cada uma das seguintes afirmações, por favor, escolha a resposta que melhor descreve até que ponto você está confiante em amamentar o seu novo bebê. Por favor, marque a sua resposta circulando o número mais próximo de como vocês se sente. Não existe uma resposta certa ou errada.

1= Discordo totalmente

2= Discordo

3= Às vezes concordo

4= Concordo

5= Concordo totalmente

1. Eu sempre seguro meu bebê confortavelmente quando dou de mamar.	12	3	4	5
2. Eu sempre coloco o meu bebê corretamente no peito.	12	3	4	5
3. Eu sempre me concentro para completar uma mamada de cada vez (na hora da mamada presto atenção somente no meu bebê).	12	3	4	5
4. Eu sempre sinto quando o bebê pega o peito.	12	3	4	5
5. Eu sempre consigo tirar o bebê do meu peito sem sentir dor.	12	3	4	5
6. Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente.	12	3	4	5
7. Eu sempre lido com amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios. (supero com sucesso a amamentação e as demais situações da vida).	12	3	4	5
8. Eu sempre posso contar com a minha família para apoiar a minha decisão de amamentar.	12	3	4	5
9. Eu sempre me sinto motivada para dar de mamar direitinho.	12	3	4	5
10. Eu sempre acompanho a quantidade de leite que o bebê está tomando ao observar a urina e as fezes. (atenta para a troca de fralda 6 vezes ou mais durante o dia).	12	3	4	5
11. Eu sempre alimento o meu bebê sem usar o leite em pó como suplemento.	12	3	4	5
12. Eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada.	12	3	4	5
13. Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer.	12	3	4	5
14. Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando.	12	3	4	5
15. Eu sempre consigo manter meu bebê acordado no peito durante a amamentação.	12	3	4	5
16. Eu sempre tenho leite suficiente de acordo com as necessidades do bebê.	12	3	4	5

17. Eu sempre evito usar mamadeira no primeiro mês. (não uso mamadeira no primeiro mês).	12	3	4	5
18. Eu sempre alimento o meu bebê somente no peito. (toda vez que o bebê está com fome dou o peito).	12	3	4	5
19. Eu sempre me mantenho motivada para amamentar o meu bebê. (quero amamentar).	12	3	4	5
20. Eu sempre posso contar com o apoio das minhas amigas para amamentar (ajuda, força das amigas).	12	3	4	5
21. Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando.	12	3	4	5
22. Eu sempre amamento meu bebê a cada 2-3 horas.	12	3	4	5
23. Eu sempre posso perceber que realmente quero amamentar por pelo menos 1 mês e meio	12	3	4	5
24. Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família.	12	3	4	5
25. Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar.	12	3	4	5
26. Eu sempre consigo amamentar confortavelmente em lugares públicos.	12	3	4	5
27. Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo. (mesmo consumindo o meu tempo eu quero amamentar).	12	3	4	5
28. Eu sempre amamento meu bebê em um peito e depois mudo para o outro.	12	3	4	5
29. Eu sempre continuo amamentando meu bebê a cada alimentação dele. (a cada mamada).	12	3	4	5
30. Eu sempre sinto se o bebê está chupando o peito direitinho.	12	3	4	5
31. Eu sempre posso aceitar o fato de que amamentar limita temporariamente minha liberdade. (organizo as minhas saídas de cada para o trabalho, festas com a amamentação do bebê).	12	3	4	5
32. Eu sempre consigo adequar as minhas necessidade às necessidades do bebê. (organizo minhas necessidades de banho, sono, alimentação com a amamentação do bebê).	12	3	4	5
33. Eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada.	12	3	4	5

ANEXO 2 - AUTORIZAÇÃO DO GESTOR DO HOSPITAL E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS



HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL
DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS

Rua Paulino de Siqueira Cortes, 2304
Centro - São José dos Pinhais - Paraná
CEP: 83005-030
FONE (41) 3283-5522

Declaração

Pesquisador(a) Responsável : Andréa Cristina de Moraes Chaves

Título da Pesquisa: A Autoeficácia de Gestante e Puérperas em Amamentar


Nº do Parecer PB: 405.457

Nº CONEP/CAAE: 19610213.0.0000.0102

Instituição Co-Participante: Hospital e Maternidade Municipal de São José dos Pinhais.

Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente: Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, e em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do projeto de pesquisa em tela, assim como do compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

São José dos Pinhais, 03 / Outubro / 2013.


Lisene Aparecida da Silveira
Direção Geral do HMMSJP
Mat. nº 5899

ANEXO 3 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Autoeficácia de Gestantes e Puérperas em Amamentar

Pesquisador: Marilene Loewen Wall

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 19610213.0.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 433.414

Data da Relatoria: 16/10/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, longitudinal do tipo painel, realizada com mulheres no período gestacional e puerperal. Objetiva-se analisar a autoeficácia das gestantes e puérperas quanto ao seu potencial em amamentar, durante o período de 2013 a 2015. Os dados serão coletos por meio da aplicação de uma escala "Breastfeeding Self-Efficacy Scale"(BSES-VB) em dois momentos: o primeiro durante a realização de um grupo de gestantes e o segundo momento à puérpera, no período puerperal imediato na unidade de internação hospitalar. Os dados serão analisados estatisticamente, à luz da literatura.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a autoeficácia das gestantes e puérperas quanto ao seu potencial em amamentar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentados de acordo com o solicitado pelo CEP.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As pendências foram atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados de acordo com o solicitado pelo CEP.

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 433.414

Recomendações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado. Foi anexada a declaração final modelo CONEP, onde o Coparticipante declara ter lido e concordar com o Parecer deste CEP/SD.

É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa, tanto o participante como o pesquisador deverão rubricar todas as páginas do TCLE, opondo assinaturas na última página do referido Termo (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 4 – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA BREASTFEEDING SELF-EFFICACY SCALE – VERSÃO BRASILEIRA (BSES-VB)



Universidade Federal do Paraná
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGENF
Av. Prof. Lothario Meissner, 632 3º andar – J.Botânico – Curitiba/ PR CEP:80210-170

Termo de Autorização de Autores

Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá.

Eu, Andréa Cristina de Moraes Chaves (RG 0996946-2; CPF 445.136.662-34), Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, orientada pela Prof^a. Dra Marilene Loewen Wall (RG 4736765-4-PR; CPF 80041370910), venho requerer autorização a Vossa Senhoria para utilização da versão Brasileira da Breastfeeding Self Efficacy Scale, para a realização da minha pesquisa intitulada: "A Autoeficácia de Gestantes e Puérperas em Amamentar". O estudo tem como objetivo geral: Analisar a autoeficácia das gestantes e puérperas quanto ao seu potencial em amamentar.

Atenciosamente,

Curitiba, 23 de Setembro de 2013

Andréa Cristina de Moraes Chaves

Andréa Cristina de Moraes Chaves

Eu, Mônica Oliveira Batista Oriá, autorizo a utilização da versão Brasileira da Breastfeeding Self Efficacy Scale, presente no apêndice de minha tese intitulada **TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA BREASTFEEDING SELF-EFFICACY SCALE: APLICAÇÃO EM GESTANTES.**

Mônica O.B. Oriá, 25/09/13.

Prof^a. Dra Mônica Oliveira Batista Oriá
Prof^a. Adjunto da Universidade Federal do Ceará