



CEPPE

Centro de Pós-Graduação

Pesquisa e Extensão

MESTRADO EM ENFERMAGEM

ERDNAXELA FERNANDES DO CARMO SOUZA

**Autoeficácia na amamentação: aplicação da escala
em puérperas de um hospital privado**

Guarulhos

2012

ERDNAXELA FERNANDES DO CARMO SOUZA

**Autoeficácia na amamentação: aplicação da escala
em puérperas de um hospital privado**

Dissertação apresentada ao Programa
de Mestrado em Enfermagem da Universidade
Guarulhos para obtenção do título de mestre

Orientadora: Profa. Dra. Rosa Áurea Quintella Fernandes

Guarulhos

2012

S726a Souza, Erdnaxela Fernandes do Carmo
Autoeficácia na amamentação: aplicação da escala em puérperas
de um hospital privado. / Erdnaxela Fernandes do Carmo Souza.
Guarulhos, 2012.
106. f. : il. ; 31 cm

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Pós-
Graduação e Pesquisa, Universidade Guarulhos, 2012.
Orientador: Prof. Dra: Rosa Áurea Quintella Fernandes
Bibliografia: 21-73

1. Aleitamento materno. 2. Desmame. 3. Autoeficácia.
4. Nutrição da criança I. Título. II. Universidade Guarulhos.

CDD – 616



CEPPE
Centro de Pós-Graduação e Pesquisa
Universidade Guarulhos - UnG

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de MESTRADO, intitulada “**AUTO-EFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO: APLICAÇÃO DA ESCALA EM PUÉRPERAS DE UM HOSPITAL PRIVADO**”, em sessão pública realizada em 21 de Junho de 2012, considerou a candidata ERDNAXELA FERNANDES DO CARMO SOUZA aprovada.

1. Profa. Dra. Rosa Áurea Quintella Fernandes Rosa Áurea Q. Fernandes

2. Profa. Dra. Nádia Zanon Narchi Nádia Zanon Narchi

3. Profa. Dra. Ana LLonch Sabatés Ana LLonch Sabatés

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua produção total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que citada a fonte.

À minha mãe e irmãs que,
mesmo distantes, transmitiram muita força
e acreditaram que tudo isso seria possível.

Ao Julio, por compreender, respeitar e
apoiar incondicionalmente o meu trabalho.

.À Juliana, por permitir que eu permeasse
minhas funções de mãe e profissional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus pela minha existência. Considero o meu interesse pela enfermagem uma verdadeira e sincera vocação. Acredito que Deus na criação do mundo, atribuiu dons a determinados seres humanos para se doarem à enfermagem. Convicta disso sinto-me espiritual e profissionalmente realizada.

À Profa Dra Rosa Áurea Quintella Fernandes, meu agradecimento especial pela orientação e incentivo contínuo que, efetivamente, contribuíram para meu crescimento profissional, guiando-me no universo do saber e ao meu vir-a-ser mestre em enfermagem.

Às puérperas e aos bebês que participaram deste estudo e foram fontes para a minha inspiração, o meu muito obrigado.

A todos os docentes do Programa de Mestrado da Universidade Guarulhos, que muito contribuíram com seus conhecimentos profissionais em especial a Profa Dra. Josiane Lima Gusmão pelas valiosas sugestões.

Às professoras Dras. Ana L. Sabates e Nádia Zanon Narchi, pelas valiosas sugestões no exame de qualificação.

A toda equipe da maternidade do Hospital Samaritano, pelo incentivo e apoio constante, especialmente a Marlene pelo sempre sim, e a Ana Lúcia, pela sempre colaboração nos momentos em que precisei.

Às amigas Rita e Julia. Meu muito obrigado pelo companheirismo e, por não me deixarem desanimar quando tudo parecia estar perdido. Só nós sabemos o que tivemos de percorrer para chegar até aqui.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste trabalho.



*É melhor tentar e falhar, que se preocupar e ver a vida passar.
É melhor tentar, ainda que em vão, que sentar-se fazendo nada
até o final. Eu prefiro na chuva caminhar, que em dias tristes em
casa me esconder. Prefiro ser feliz, embora louca, que em
conformidade viver.*

(Martin Luther King)

Souza EF do C. Autoeficácia na amamentação: aplicação da escala em puérperas de um hospital privado. [Dissertação] Guarulhos (SP): Universidade Guarulhos; 2012.

RESUMO

O estudo teve como objetivos: avaliar o uso clínico da Escala de Autoeficácia na amamentação como preditiva do desmame precoce; verificar se as mulheres que obtiveram maior escore de autoeficácia amamentam mais tempo do que as que apresentaram menor escore de autoeficácia na amamentação; e associar os escores da escala com as variáveis: sociodemográficas, obstétricas, tempo de aleitamento materno e problemas apresentados na amamentação. Trata-se de estudo de coorte, com abordagem quantitativa, realizado em hospital privado de grande porte, localizado na cidade de São Paulo, e que presta assistência a pacientes particulares e usuários de planos de saúde. A amostra foi constituída por 100 mães que praticavam o aleitamento materno exclusivo (AME) no momento da alta hospitalar e que tiveram o aleitamento monitorado, (por telefone), até 60 dias após o parto. Os dados sociodemográficos das mães evidenciaram: idade média de 32,8 anos, a maioria (94,6%) casada, 53,1% católicas, com nível superior completo 70% e com atividade remunerada 90%. Os dados obstétricos revelaram que: 46,9% eram primíparas e 87% tiveram parto cesáreo. Pela aplicação da escala, nenhuma mãe apresentou Baixa autoeficácia para a amamentação, 82,3% apresentaram Alta eficácia e 17,7% Média. A mediana do AME foi de 60 dias e 79% das mães o mantiveram até os 60 dias; as mães com Média eficácia tiveram média maior de AME (56,1, DP10,6) do que as com Alta eficácia(53,0, DP14,5), não houve diferença estatisticamente significativa entre elas. A maioria das mães não recebeu orientação sobre amamentação no pré-natal; durante a internação, a maioria dos itens que compõem o elenco das orientações foi abordada para 70% ou mais de mães. As orientações menos efetuadas na internação foram a ordenha (3,7%), armazenamento do leite (16,9%) e utilização de bicos e chupeta (30,7%). Dentre os problemas referidos durante o período de monitoramento destacam-se: as alterações mamilares, dificuldade na pega e choro excessivo do bebê. Neste estudo, não houve correlação significativa entre a escala de autoeficácia na amamentação com os dados sociodemográficos, obstétricos e tempo de aleitamento materno. A prótese mamária interferiu na confiança das mães para aleitar, uma vez que houve

diferença estatisticamente significativa ($p=0,025$) na comparação das mães com e sem prótese mamária. Em relação à associação dos problemas identificados no monitoramento do aleitamento com os escores da escala, houve correlação estatisticamente significativa no 7ºD com o uso do bico de silicone ($p=0,001$), uso do seio como chupeta ($p=0,027$) e fissura mamilar ($p=0,001$). No 15ºD as correlações foram estatisticamente significantes com o uso de bico de silicone ($p=0,001$), refluxo do bebê ($p=0,001$), medo de engasgo do bebê ($p=0,001$) e ingurgitamento mamário ($p=0,018$). A escala não se mostrou preditiva para o desmame precoce, uma vez que as mulheres com Média autoeficácia amamentaram em média mais tempo do que as com Alta eficácia.

Palavras-chave: Aleitamento Materno, Desmame, Autoeficácia, Nutrição da Criança.

Souza EF do C. *Breastfeeding self-efficacy: applying the scale on puerperae in a private hospital. [Dissertation] Guarulhos (São Paulo): Guarulhos University, 2012.*

ABSTRACT

The objectives of the study were to assess the clinical use of *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES) as a predictor of premature discontinuation of breastfeeding, to verify whether the women who had scored higher in the self-efficacy scale breastfed longer than the ones who had showed lower breastfeeding self-efficacy scores, and to associate the scale scores with the social, demographic and obstetric variables, as well as the duration and problems of maternal breastfeeding. This is a cohort study of quantitative approach, conducted in a major private hospital located in the city of São Paulo, which provides care to private patients and to health plan beneficiaries. The sample consisted of 100 mothers who practiced exclusive breastfeeding at the time of hospital discharge and who were monitored by phone for breastfeeding up to 60 days postpartum. The mothers' social and demographic data showed a mean age of 32.8 years; most were married (94.6%), Catholic (53.1%), had a college education (70%) and were professionally employed (90%). The obstetric data disclosed that 46.9% were primiparous and 87% had had caesarean births. With the application of the scale no mothers presented Low breastfeeding self-efficacy scores, 82.3% presented High self-efficacy and 17.7%, Average self-efficacy. The median duration of exclusive breastfeeding was 60 days and 79% of the mothers maintained it during 60 days; the mothers with Average self-efficacy scores had a higher average of exclusive breastfeeding (56.1, STD10,6) than the mothers with High self-efficacy scores (53.0, STD14,5). There was no statistically significant difference between them. The majority of the mothers did not receive breastfeeding orientation in the prenatal period; during their hospital stay most of the items listed in the orientation program were presented to 70% or more of the mothers. The orientation provided in the hospital lacked information regarding pumping breast milk (3.7%), storing the milk (16.9%) and using nipple shields and pacifiers (30.7%) Among the problems reported during the monitoring period were: nipple modifications, infants' difficulty to latch on and excessive crying. In this study, there was no significant correlation between the Breastfeeding Self-Efficacy Scale and the social, demographic, obstetric data and maternal breastfeeding duration. Breast

prostheses interfered with the mothers' confidence to breastfeed, as there was a statistically significant difference ($p < 0.025$) when comparing mothers with and without breast prostheses. Regarding the association of problems identified in breastfeeding monitoring by the scale scores, there was a statistically significant correlation in 7°D with the use of silicone nipple shields ($p = 0.001$), use of the breast as a pacifiers ($p = 0.027$) and nipple fissures ($p = 0.001$). In 15°D the correlations were statistically significant with the use of silicone nipple shields ($p = 0.001$), infant reflux ($p = 0.001$), fear of infant choking ($p = 0.001$) and breast engorgement ($p = 0.018$). The scale was not predictive of premature discontinuation of breastfeeding, since the women with Average self-efficacy had, on average, breastfed longer than those with high self-efficacy.

Keywords: Breastfeeding, Weaning, Self-***Efficacy***, Child Nutrition.

Souza EF do C. Auto eficacia en el amamantamiento: aplicación de la escala en púerperas de un hospital privado. [Disertación] Guarulhos (SP): Universidad Guarulhos; 2012.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivos: evaluar el uso clínico de la Escala de Auto eficacia en el amamantamiento como predictiva del destete precoz; verificar si las mujeres que obtuvieron mayor score de auto eficacia amamantarán más tiempo, que las que presentaron mas pequeño score de auto eficacia en el amamantamiento y asociar los scores de la escala con las variables: socio demográficas, obstétricas, tiempo de lactancia materna y problemas presentados en el amamantamiento. Se trata de estudio de coorte, con abordaje cuantitativo, realizado en hospital privado de grande porte, localizado en la ciudad de São Paulo y que presta asistencia a pacientes particulares y usuarios de planes de salud. La muestra fue constituida por 100 madres que practicaban el amamantamiento materno exclusivo (AME) en el momento del alta hospitalaria y que tuvieron el amamantamiento monitoreado, (por teléfono), hasta 60 días después del parto. Los datos socio demográficos de las madres evidenciaran: edad media de 32,8 años, la mayoría (94,6%) casada, 53,1% católicas, con nivel superior completo 70% y con actividad remunerada 90%. Los datos obstétricos revelaron que: 46,9% eran primíparas y 87% tuvieron parto cesáreo. Por la aplicación de la escala, ninguna madre presentó Baja auto eficacia para el amamantamiento, 82,3% presentaron alta eficacia y 17,7% media. La mediana del AME fue de 60 días y 79% de las madres lo mantuvieron hasta los 60 días; las madres con media eficacia tuvieron media mayor de AME (56,1, DP10,6) que las con alta eficacia (53,0, DP14,5), no hubo diferencia estadísticamente significativa entre ellas. La mayoría de las madres no recibió orientación sobre el amamantamiento en el pre-natal; durante la internación, la mayoría de los ítems que componen el elenco de las orientaciones fue abordada para 70% o más de madres. Las orientaciones menos efectuadas en la internación fueron la ordeña (3,7%), almacenamiento de la leche (16,9%) y utilización de picos y chupetes (30,7%). De entre los problemas referidos durante el periodo de monitoramiento se destacan: las alteraciones mamilares, dificultad en la coge y lloro excesivo del bebé. En este

estudio, no hubo correlación significativa entre la escala de auto eficacia del amamantamiento con los datos socio demográfica, obstétrica y tiempo de lactancia materna. La prótesis mamaria interfirió en la confianza de las madres para la lactancia, una vez que hubo diferencia estadísticamente significativa ($p=0,025$) en la comparación de las madres con y sin prótesis mamaria. En relación a la asociación de los problemas identificados en el monitoramiento del amamantamiento con los scores de la escala, hubo correlación estadísticamente significativa en el 7°D con el uso del pico de silicón ($p=0,001$), uso de la mama como un chupete ($p=0,027$) y fisura mamilar ($p=0,001$). En el 15°D las correlaciones fueron estadísticamente significantes con el uso de pico de silicón ($p=0,001$), reflujo del bebé ($p=0,001$), miedo de engasgo del bebé ($p= 0,001$) e ingurgitación mamaria ($p=0,018$). La escala no se mostró predictiva para el desmame precoz, una vez que las mujeres con Media auto eficacia amamantaron en media más tiempo que las con Alta eficacia.

Palabras-llave: Amamantamiento Materno, Destete, Auto eficacia, Nutrición del Niño.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Análise descritiva das variáveis sociodemográficas das mulheres. São Paulo, 2011.	53
Tabela 2. Análise descritiva das variáveis paridade, tipo de parto, condições das mamas e mamilos. São Paulo, 2011.	56
Tabela 3. Distribuição das mães por paridade e dificuldades apresentadas na amamentação atual e anterior. São Paulo, 2011.....	58
Tabela 4. Orientações recebidas pelas mães sobre amamentação no pré-natal e puerpério. São Paulo, 2011.....	59
Tabela 5. Escores obtidos pelas mães na aplicação da escala de autoeficácia na amamentação. São Paulo, 2011.	61
Tabela 6. Associação entre as médias dos escores da escala de autoeficácia com os dados sociodemográficos. São Paulo, 2011.....	62
Tabela 7. Associação entre as médias dos escores da escala de autoeficácia, dados obstétricos, tipos de mamilo e condições das mamas. São Paulo, 2011.	63
Tabela 8. Análise descritiva do tempo de AME (em dias). São Paulo, 2011.....	64
Tabela 9. Frequência de aleitamento nos períodos pós-parto analisados. São Paulo, 2011.....	65
Tabela 10. Comparação do tempo de aleitamento materno com a média dos escores da escala de autoeficácia na amamentação. São Paulo, 2011.....	66
Tabela 11. Associação das dificuldades no aleitamento, durante a internação, com os escores da escala de autoeficácia. São Paulo, 2011.....	68

Tabela 12. Problemas identificados durante o monitoramento do aleitamento. São Paulo, 2011.	70
Tabela 13. Associação dos problemas encontrados no monitoramento no 7°D com os escores da escala de autoeficácia. São Paulo, 2011.....	74
Tabela 14. Associação dos problemas encontrados no monitoramento no 15°D com os escores da escala de autoeficácia. São Paulo, 2011.....	75
Tabela 15. Associação dos problemas encontrados no monitoramento no 30°D com os escores da escala de autoeficácia. São Paulo, 2011.....	77
Tabela 16. Associação dos problemas encontrados no monitoramento no 45°D com os escores da escala de autoeficácia. São Paulo, 2011.....	78
Tabela 17. Associação dos problemas encontrados no monitoramento no 60°D com os escores da escala de autoeficácia. São Paulo, 2011.....	79

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1. Evolução dos tipos de aleitamento nos períodos analisados. 65

LISTA DE FIGURA

Figura 1. Fluxo das participantes do estudo. São Paulo, 2011.....	52
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Diferença entre os leites: materno, animal e artificial.	25
Quadro 2. Distribuição das categorias que compõem o domínio da Técnica.	46
Quadro 3. Distribuição das categorias de que compõem o domínio do Pensamento Intrapessoal.	46

LISTA DE ABREVISATURAS E SIGLAS

AA	Aleitamento Artificial
AM	Aleitamento Materno
AMC	Aleitamento Materno Complementar
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMP	Aleitamento Materno Predominante
DF	Distrito Federal
IBFAN	Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
INAM	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
MS	Ministério da Saúde
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organizações não Governamentais
OPS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
REDEBLH	Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano
SMAM	Semana Mundial da Amamentação
UNICEF	Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Criança
WABA	World Alliance for Breastfeeding Action

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	21
1.2 REVISÃO DA LITERATURA	23
1.2.1 A Importância do Aleitamento Materno Exclusivo	23
1.2.2 Prevalência do Aleitamento Materno e Políticas Públicas de Saúde.....	27
1.2.3 Aleitamento Materno Exclusivo, Obstáculos e Rede de Apoio.....	32
2 OBJETIVOS	39
3 MÉTODO	41
3.1- Tipo e Local do Estudo.....	41
3.2- Amostra	41
3.3- Coletas de dados	42
3.3.1 Instrumento para Coleta de Dados.....	42
3.3. 2 Procedimentos para Coleta de Dados.....	47
3.3.3. Procedimentos Éticos.....	48
4 ANÁLISE ESTATÍSTICA	48
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	51
5.1 Dados sociodemográficos e obstétricos	53
5.2 Dados da amamentação	58
5.3 Escores da escala de autoeficácia na amamentação e associações.....	61
5.4 Dados do monitoramento do aleitamento materno e associações	64
6. CONCLUSÕES	81
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERENCIAS	87
APÊNDICES	99
ANEXOS	104



INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O leite materno (LM) é o mais completo alimento para a criança de zero a seis meses de vida que deve recebê-lo exclusivamente e como complemento alimentar até os dois anos ou mais. O LM é composto de fatores de proteção, imunização e ausência de elementos alergênicos, capaz de suprir todas as necessidades biológicas e psicossociais necessárias para o bom crescimento e desenvolvimento da criança^{1,2,3,4}.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) têm empreendido esforços no sentido de proteger, promover e apoiar o aleitamento materno exclusivo (AME), de modo que as mães consigam estabelecê-lo e mantê-lo até os seis meses de vida do bebê⁵. Porém, essa realidade em nosso país ainda está longe de ser alcançada, pois a prevalência do AME em menores de 6 meses foi de apenas 41%, conforme a última pesquisa realizada nas capitais brasileiras e no Distrito Federal (DF), em 2008⁶.

Estima-se que a cada ano morram mais de dez milhões de crianças menores de cinco anos no mundo⁷. Nas Américas, o Brasil e o México estão entre os 42 países com os maiores índices de mortalidade, o que dificulta o alcance da quarta das oito metas para o desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, que é reduzir em dois terços a mortalidade de crianças abaixo de cinco anos, até 2015.

Pelas evidências científicas o desmame precoce (DP) contribui para o aumento das altas taxas de mortalidade infantil, tendo em vista que o AME, até os seis meses, diminui o risco de o bebê contrair diversas enfermidades^{7,8}.

O DP acontece desde a antiguidade e, ainda hoje, atinge altos índices. São inúmeras as causas que influenciam negativamente a prática do AME. Os principais obstáculos apontados em várias publicações^{9,10,11,12,13} são: fatores socioeconômicos e culturais, menor idade e menor grau de escolaridade materna, primiparidade, falta de apoio familiar, trabalho fora do lar, uso de bicos e chupetas, traumas mamilares, desconhecimento da mãe sobre o aleitamento e o despreparo dos profissionais de saúde com o manejo clínico na amamentação.

Vários estudos^{9,10,11,13} identificados na literatura sobre o tema foi realizado em redes públicas de atenção primária e maternidades com população, em geral, pertencente às classes menos privilegiadas. Os trabalhos desenvolvidos com mulheres atendidas em rede privada, com nível socioeconômico mais elevado, que

têm a possibilidade de escolher a maternidade na qual serão atendidas e pagar planos particulares ou planos especiais de operadoras de saúde são em menor número. Desse modo, há carência de informações sobre a prevalência e a manutenção do AME nesta população.

A escassez de publicações que derivem de estudos realizados com mulheres usuárias da assistência de rede privada motivou a realização desta pesquisa, cujo enfoque é identificar os fatores de risco para o desmame precoce e a prevalência do aleitamento exclusivo em mulheres que tiveram seus bebês em uma instituição de rede privada. Espera-se que os resultados sejam relevantes para os profissionais de saúde que apoiam e incentivam o AME.

1.2 REVISÃO DA LITERATURA

1.2.1 A Importância do Aleitamento Materno Exclusivo

Sabe-se que o aleitamento materno (AM) desde a antiguidade é uma importante fonte de alimentação, porém não se conheciam suas vantagens efetivas para o binômio mãe-filho. O desenvolvimento de estudos e pesquisas possibilitou à sociedade conhecer seus benefícios primordiais para a saúde, como também o aperfeiçoamento das práticas profissionais¹⁴.

Na década de 1980 foi publicado,¹⁵ as primeiras evidências sobre a importância do AME e sua capacidade de suprir as necessidades da criança sem qualquer outra substância líquida, água ou chá, e sua relação com a diminuição de riscos de morbidade e mortalidade infantil.

Sem dúvida, este foi o ponto de partida que fez surgir várias outras pesquisas realizadas em muitos países, contribuindo na reformulação de políticas nacionais e internacionais relacionadas ao AM, especialmente da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) que, desde 1991, recomendam que as crianças sejam amamentadas exclusivamente até os seis meses de vida, exceto gotas ou xaropes de vitaminas, suplementos vitamínicos e medicamentos e, após esse período, o leite materno seja oferecido como complementação alimentar, até pelo menos os dois anos de idade ou mais^{5,16}.

Vale salientar as definições utilizadas no mundo inteiro sobre os diversos padrões de aleitamento¹⁷:

- Aleitamento Materno Exclusivo: a criança recebe somente leite humano de sua mãe ou leite humano ordenhado, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos;
- Aleitamento Materno Predominante (AMP): a fonte predominante de nutrição da criança é o leite humano. No entanto, a criança pode receber água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, sucos de frutas, solução de sais de reidratação oral, gotas ou xaropes de vitaminas), em quantidades limitadas;
- Aleitamento Materno Complementado (AMC): a criança recebe leite materno e outros alimentos sólidos, semissólidos ou líquidos, incluindo leites não humanos.

Amamentar é um ato natural, milenar, sem custo, essencial e com várias vantagens para a mãe e o bebê^{1,2,3}. O leite materno contém todas as proteínas, açúcar, gordura, vitaminas e água de que o bebê necessita para ser saudável; promove o desenvolvimento crânio-facial, sensorial, cognitivo e, conseqüentemente, a prevenção de alterações de fonação, deglutição e respiração, além do desenvolvimento intelectual^{18,19}. E o empenho das organizações nacionais e internacionais no incentivo ao AM se deve à sua importância no crescimento e desenvolvimento sadio das crianças.

O AME protege a criança contra obesidade, doenças infecciosas⁴ como diarreias, pneumonias, otite média, infecções urinárias e há, ainda, a possibilidade de proteger contra a colite ulcerativa, linfoma, doença de crohn e a síndrome da morte súbita^{20,21}. Há evidências de que, mais tardiamente, proteja também contra o aparecimento do diabetes mellitus tipo I^{15,21} pois a exposição precoce ao leite de vaca (antes dos quatro meses) pode ser um importante determinante dessa doença, cujo risco aumenta em 50%. Estima-se que 30% dos casos de diabetes mellitus tipo I poderiam ser evitados se 90% das crianças até três meses não recebessem leite de vaca²¹.

Estudo realizado em Pelotas²² evidenciou que o risco de crianças morrerem, no primeiro ano de vida, por diarreia foi 14 vezes maior naquelas não amamentadas e 3,6 vezes naquelas em aleitamento misto, quando comparadas com crianças que não recebiam outro tipo de leite a não ser o materno. Em relação ao impacto do AME nas taxas de internação por pneumonia²³ observou-se que as chances de hospitalização em crianças não amamentadas nos primeiros três meses foram 61 vezes maiores em relação às crianças em AME. Esse risco foi também de 2,9 vezes maior em crianças em aleitamento não exclusivo.

Portanto, é importante conhecer as diferenças entre o leite materno e o artificial / animal (Quadro 1) para justificar a importância de incentivar a adesão das mães ao aleitamento materno exclusivo.

	Leite Materno	Leite Animal	Leite Artificial
Proteínas	Quantidade adequada e fácil de digerir.	Excesso, difícil de digerir.	Parcialmente modificado.
Lipídeos	Suficiente em ácidos graxos essenciais, lipase para digestão.	Deficiente em ácidos graxos essenciais, não apresenta lipase.	Deficiente em ácidos graxos essenciais, não apresenta lipase.
Vitaminas	Suficiente.	Deficiente de A e C.	Vitaminas adicionadas.
Minerais	Quantidade adequada.	Excesso.	Parcialmente correto.
Ferro	Pouca quantidade, boa absorção.	Pouca quantidade, má absorção.	Adicionado, má absorção.
Água	Suficiente.	Precisa de mais.	Pode precisar de mais.
Propriedades anti-infecciosas	Presente.	Ausente.	Ausente.
Fatores de Crescimento	Presente.	Ausente.	Ausente.

Fonte: OMS/CDR/93.6

Quadro 1. Diferença entre os leites: materno, animal e artificial.

O leite materno contém elementos que os leites de vaca e artificial não conseguem incorporar. De acordo com o quadro acima, os leites artificial e animal não contêm o equilíbrio exibido pelo LM, pois além de elementos em deficiência, têm ausência ou excesso de outros, que podem causar sérios prejuízos à saúde da criança. Dois importantes elementos estão ausentes nesses leites: as propriedades anti-infecciosas e os fatores de crescimento, que só existem no leite humano e que são indispensáveis para o bom desenvolvimento e proteção do bebê. Além disso, só o leite materno possui três fases distintas e importantes para a saúde do bebê,²⁴ a saber:

Colostro: é o primeiro leite secretado pela glândula mamária logo após o parto, tem uma coloração amarelada, cujo início de produção pode começar ainda durante a gravidez, podendo permanecer até o sétimo dia após o parto. O colostro possui propriedades importantes:

- Rico em anticorpos e leucócitos que protegem contra infecções e alergias;
- Efeito laxante que expulsa o mecônio e ajuda a prevenir a icterícia;
- Possui fator de crescimento que acelera a maturação intestinal, previne alergias e intolerância;

- Rico em vitamina A, que reduz o risco de algumas infecções, como sarampo, diarreia e previne também contra doenças oculares causadas por deficiência de vitamina A.

Leite de transição: produzido entre o sétimo e o décimo quarto dia após o parto; nessa fase os níveis de imunoglobulina diminuem, os índices de gordura e açúcar aumentam, modificando sua composição e aparência.

Leite maduro: é o leite completo, importante para o crescimento e desenvolvimento do bebê, oferece água suficiente mesmo em climas quentes.

O leite humano também é constituído de vitaminas A, B1, B2, B6, B12, C, E, ácido fólico e outros componentes indispensáveis, sendo capaz de suprir todas as necessidades de que a criança precisa²⁵. O conteúdo total de minerais encontrados no leite humano é de 3 a 4 vezes menor que no leite de vaca, o que determina melhor aproveitamento pelo lactente, uma vez que a concentração elevada de minerais no leite de vaca compromete a carga solúvel fornecida para o rim²⁶.

Faz-se importante acrescentar que o colostro oferecido precocemente à criança representa importante fonte de nutrição, é a primeira forma de imunização do bebê, ajuda a estabelecer reflexos de sucção, e a produção de leite suficiente para a próxima mamada, previne hemorragias pós-parto, além disso, o corpo da mãe o aquece na temperatura adequada, evitando a queda brusca de temperatura, que pode levá-lo a problemas metabólicos^{27,28}.

O AM é de fato considerado em todo o mundo um dos pilares fundamentais para a promoção e proteção à saúde da criança e o seu impacto social pode ser quantificado por meio da redução de atendimentos médicos, hospitalizações e tratamentos medicamentosos, assim como menor ausência dos pais no trabalho, uma vez que a criança em AME tem menor risco de adoecer²⁷.

A importância do AM desde o início da vida foi evidenciada em estudo²⁹ realizado em quatro distritos rurais de Gana com 10.947 crianças não gêmeas, sobreviventes ao segundo dia de vida, 70% delas em AME no período neonatal. Os resultados apontaram que, de fato, a amamentação precoce pode elevar consideravelmente a redução da mortalidade neonatal, e que essa mortalidade por todas as causas poderia ser reduzida em 16% se todas as crianças iniciassem a amamentação no primeiro dia de vida, e em 22% se a amamentação ocorresse na primeira hora de vida.

As justificativas apresentadas para o aleitamento materno na redução do risco de morte no período neonatal são: as mães que amamentam logo após o parto têm maior chance se serem bem sucedidas na prática da amamentação; os alimentos pré-lácteos oferecidos antes da amamentação podem ocasionar lesões no intestino imaturo da criança; o colostro acelera a maturação do epitélio intestinal contra agentes patogênicos e o contato pele a pele previne a ocorrência da hipotermia²⁹.

Não é apenas o bebê que se beneficia com o aleitamento, para a mãe ele é importante pois reduz o risco de sangramento pós-parto, anemias, câncer de mama, câncer de ovário,^{30,31} promove a recuperação mais rápida após o parto e amplia o espessamento entre os partos, uma vez que a eficácia da lactação como anticoncepcional é de 98% nos primeiros 6 meses após o parto, desde que a amamentação seja exclusiva ou predominante e que a mãe se mantenha amenorreica³².

Além desses benefícios, o AM contribui também com os recursos da família, pois é uma forma segura de alimentação sem necessidades de complemento até os seis meses de vida, e seguro também para o meio ambiente, evitando dejetos não deterioráveis⁵.

As vantagens econômicas que o AM proporciona são relevantes, principalmente tratando-se do Brasil, onde grande parte da população vive com dificuldades financeiras. O gasto médio mensal com a compra de leite artificial nos primeiros meses de vida do bebê varia entre 23% a 68% do salário mínimo, acrescidos de custos com mamadeiras, consumos de gás de cozinha, utensílios domésticos e eventuais gastos decorrentes de doenças. O AM é uma prática natural, saudável e sem custo³³.

1.2.2 Prevalência do Aleitamento Materno e Políticas Públicas de Saúde

O último estudo sobre a prevalência do aleitamento materno exclusivo nas capitais brasileiras e DF⁶ destaca que, apesar dos avanços decorrentes dos incentivos, a manutenção do AME até o sexto mês de vida está longe de ser uma realidade.

Nessa pesquisa a prevalência do AME em menores de seis meses foi de apenas 41,0% no conjunto de todas as capitais brasileiras e DF; a sua mediana aumentou de 23 dias em 1999³⁴ para 54 em 2008, com uma variação de 0,7 dias em Cuiabá e 89 dias em Belém. As regiões Centro-Oeste e Norte são as que possuem a maior duração do AME, em média de 67 e 66 dias, seguidas das regiões Sul com 59 dias e Sudeste com 55. O Nordeste teve a menor média do país, apenas 35 dias⁶.

São várias as políticas públicas e intervenções criadas pelos programas governamentais para apoiar a amamentação com o objetivo de aumentar a prevalência do AME³⁵ que conta com o apoio da Área da Saúde da Criança, Programa de Agentes Comunitários de Saúde da Família, Vigilância Sanitária, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, bem como Organizações Internacionais como a UNICEF, Organização Pan-Americana da Saúde (OPS), entidades de classes, como as Organizações não Governamentais (ONGs) e, especialmente, a Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (IBFAN), a Aliança Mundial para Ação em Aleitamento Materno (WABA), a Pastoral da Criança e muitos outros grupos de apoio à amamentação.

A OMS em associação com a UNICEF centraliza seus esforços no aumento das taxas da amamentação exclusiva para redução da morbidade e mortalidade infantil e recomendam:⁵ início da amamentação já na primeira hora de vida; manter o AME, ou seja, a criança recebe apenas leite materno sem alimentos complementares ou bebidas, nem mesmo água, até os 6 meses de vida; a amamentação sob livre demanda, ou seja, quantas vezes a criança quiser, dia e noite, e a não utilização de mamadeira ou chupetas.

Desde a década de 80 foram várias as políticas públicas estabelecidas para a promoção, proteção e apoio ao AM do Ministério da Saúde(MS), e essa mesma década foi marcada pela preocupação governamental em desenvolver diretrizes e estratégias para a recuperação da prática da amamentação e a redução da morbimortalidade infantil³⁶.

Assim, o MS instituiu em 1981 o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno³⁷ (PNIAM), sob coordenação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), com o principal objetivo de realizar ações integradas entre essas instituições, juntamente com os demais grupos organizados da sociedade civil. Esse programa foi considerado modelo nacional e internacional pela diversidade de ações que contribuíram para aumentar as taxas de amamentação na

época, promovendo pelos meios de comunicação, capacitação dos profissionais de saúde, leis trabalhistas, controle da comercialização de alimentos para criança, divulgação de materiais informativos e formação de grupos de mães.

Na década de 90 foi criada a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), pela OMS e pelo UNICEF^{38,39} para promover, proteger e apoiar o AM. A IHAM tem o objetivo de mobilizar os profissionais dos estabelecimentos de saúde nas mudanças de condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de DP, resgatando o direito da mulher de aprender e praticar a amamentação com sucesso com o cumprimento dos Dez Passos para o Sucesso na Amamentação. O Brasil, em 1992, foi um dos primeiros países escolhidos para dar início à implementação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, juntamente com o apoio do MS e grupos de Defesa da Saúde da Criança e da UNICEF/OPAS,⁴⁰ com o lançamento do programa IHAC³⁹ cuja estratégia principal é reconhecer as maternidades que trabalham com excelência na promoção do aleitamento materno.

Em 1992 foi aprovada a resolução nº 31 do Conselho Nacional de Saúde,⁴¹ que revisa a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), Bicos, Chupetas e Mamadeiras para proteger o AM das indústrias com a redução de suas propagandas e marketing. Em 2006, ocorreu a publicação da Lei nº 11.265, que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e produtos de puericultura⁴².

A Semana Mundial da Amamentação (SMAM), criada em 1992 pela WABA, foi um dos compromissos assumidos pelos países. Desde 1999 o MS passou a ser responsável pela coordenação nacional da SMAM no Brasil,⁴³ comemorada anualmente de 1 a 7 de agosto, e considerada um importante marketing social capaz de aumentar os índices do AM no país. Em busca de desenvolver a comunicação entre os diversos setores como fonte fundamental na proteção, promoção e apoio à amamentação, o tema escolhido para a SMAM de 2012 foi: “entendendo o passado-planejando o futuro: comemorando os 10 anos da Estratégia Global da alimentação infantil e da criança pequena⁴⁴”.

A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (REDEBLH), criada em 1998 pelo MS, por meio do centro de referência nacional da Fundação Oswaldo Cruz⁴⁵ foi considerada uma das ações prioritárias da saúde pública brasileira e modelo de gestão mais apropriado às realidades e necessidades, garantindo que os bebês prematuros ou doentes recebam leite humano de suas mães ou doadoras.

Em 1º de outubro de 2003 foi instituído o Dia Nacional de Doação de Leite Humano,⁴⁶ ocasião em que acontece grande mobilização para o incentivo ao AM e para a promoção da doação do leite humano.

Na década de 2000, os 189 países membros das Nações Unidas, entre os quais o Brasil, se comprometeram a cumprir oito objetivos estabelecidos pela Cúpula do Milênio, dentre eles o de redução da mortalidade de crianças menores de 5 anos, de 1990 a 2015. No mesmo ano, foi instituído o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, bem como aprovada a norma de implantação do Método Mãe Canguru⁴⁷.

O MS, considerando a importância do envolvimento dos municípios com as ações de promoção, proteção e apoio ao AM, instituiu em 13 de fevereiro de 2004 pela portaria nº 1907, o prêmio Bibi Vogel, destinado ao reconhecimento dos Municípios Amigos da Amamentação⁴⁸ premiação importante com destaque às ações de atenção básica que contribuem na prevenção e redução da mortalidade infantil, bem como na promoção da saúde da criança.

Em 18 de outubro de 2008, foi criada a Rede Amamenta Brasil cujo principal objetivo é contribuir para o aumento dos índices de AM no Brasil⁴⁹. Este projeto propõe a revisão e supervisão dos processos de trabalho interdisciplinar nas unidades básicas de saúde, respeitando a visão de mundo dos profissionais, especificidades locais e regionais, com a utilização de estratégias adequadas à realidade para alcançar as mudanças desejadas⁵⁰.

Outras iniciativas importantes foram os projetos “Carteiro Amigo” e “Bombeiro da Vida”, com o objetivo de contribuir na divulgação e coleta das doações de leite humano. O programa Empresa Cidadã, aprovado em 9 de setembro de 2008, por meio do projeto de lei 11.770,⁵¹ ampliou de 120 para 180 dias a licença maternidade e instituiu a Licença Paternidade pela qual todos os trabalhadores têm direito a cinco dias corridos de licença, a contar do dia de nascimento do filho⁵².

Outra iniciativa é a que proíbe a dispensa sem justa causa da empregada gestante desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto. Há, ainda, o direito garantido à mulher de dois períodos de 30 minutos de pausa no trabalho, podendo considerar uma hora de descanso no início ou no final da jornada de trabalho de oito horas diárias, de modo a facilitar para as mulheres, que residem muito longe, a manutenção da lactação^{52,53}.

Mais recentemente, a portaria nº193 da Anvisa, de 23 de fevereiro de 2010, e a Nota Técnica Conjunta nº 01/2010 orientam a instalação de salas de apoio à amamentação em empresas públicas ou privadas⁵⁴ e a fiscalização desses ambientes pela vigilância sanitária local. Além disso, garantem à mulher, que trabalha fora e que precisa se afastar de seus filhos, um local apropriado para esvaziar suas mamas, aliviando o desconforto devido às mamas muito cheia, e para que o leite ordenhado seja aproveitado para oferecer à criança, posteriormente.

Em 2011, o MS lançou mais um Programa, a Rede Cegonha, outra estratégia que visa à redução da mortalidade materna e neonatal e incentiva o AM⁵⁵.

O avanço das políticas públicas de saúde no incentivo ao AM está cada vez mais evidente. O delineamento dessas ações é notório e abrange grande parte das mulheres usuárias da rede pública. Por outro lado, as mulheres que não frequentam a rede pública e são assistidas em instituições privadas nem sempre contam com o apoio profissional que lhes dê suporte nas dificuldades enfrentadas no AM, após a alta.

Nesse contexto, torna-se necessária a reformulação das estratégias, principalmente da rede privada, no sentido de proteger, promover e apoiar o AME reforçando a promoção e adesão das mulheres que têm condições de serem assistidas na saúde particular. Essas mães recebem, normalmente, apoio à amamentação enquanto internadas, no entanto, no âmbito domiciliar, quase nenhuma instituição conta com recurso disponível para manter esse apoio, ou dispõe de serviço ambulatorial de AM. Essas deficiências podem representar o fortalecimento do DP, neste segmento.

Assim sendo, surge o grande desafio para instituições e profissionais da rede privada de saúde implementar as práticas de assistência à lactação durante o pré-natal, parto e puerpério, principalmente pela necessidade de apoio profissional nos primeiros dias após o parto, fase determinante para superar uma série de obstáculos à amamentação e evitar o DP. Acredita-se que o retorno da mãe e do bebê em ambulatório de AM, até o décimo dia após a alta, possa reverter uma indicação inadequada de complemento, ou até mesmo um possível abandono da lactação^{12,56} Infelizmente, ainda são poucos os serviços particulares de saúde que promovem assistência de acompanhamento do binômio mãe-filho após a alta hospitalar, inclusive a instituição, cenário dessa pesquisa, que ainda não possui esse atendimento. Espera-se que o resultado deste estudo seja relevante para

reforçar a importância e necessidade de implementação desse programa de assistência.

1.2.3 Aleitamento Materno Exclusivo, Obstáculos e Rede de Apoio.

Os problemas relacionados à amamentação no contexto da alimentação infantil são mais antigos do que se imagina e há referências a dificuldades e mitos desde a Grécia antiga⁵⁷.

No século XVIII amamentar não era um fato de admiração, o que desencadeou o aumento da mortalidade infantil nessa época. Com o processo do DP os índices de mortalidade chegaram a 99,6% das crianças em Dublin, onde não havia a opção das amas de leite. Em Paris e Londres, os índices chegaram a 80% e 56%, mesmo com a amamentação feita pelas amas de leite. Já nos Estados Unidos, no século XIX, morriam cerca de 25% das crianças antes de completar o seu primeiro ano de vida, em sua grande maioria devido à desnutrição e diarreia infecciosa, advindas das más condições de saneamento e o DP, que predominavam em regiões de imigrantes pobres⁵⁷.

O Século XX foi marcado pela industrialização, urbanização, trabalho externo da mulher, redução da importância social da maternidade e a descoberta das fórmulas de leite em pó (1911), fatores associados à diminuição do AM, nesse século⁵⁸.

Os obstáculos ao AM são inúmeros, mas de maneira geral as alegações para seu abandono estão carregadas de mitos e desinformação. Dentre os motivos alegados pelas mães, destacam-se a “figuração” do leite fraco ou escasso, traumas mamilares, falta de experiência e de apoio, trabalho fora do lar, o querer e o poder amamentar, bem como o sentimento de solidão e isolamento. O desmame para a mulher, entretanto, é uma situação complexa e carregada de culpa⁵⁹.

A introdução da cultura do “leite fraco” na sociedade brasileira favoreceu a adesão da utilização do leite artificial, ao diminuir o sentimento de capacidade da mulher quando apresentava algum problema que a impedia de amamentar⁶⁰.

A partir do século XIX, no Brasil, as indústrias iniciaram o financiamento de pesquisas médicas¹⁴ com a intenção de substituir o AM pelo leite artificial. A adesão dessa prática pela classe médica trouxe consequências negativas para os

hábitos sociais da amamentação natural, que acabou entrando em declínio.

Vários estudos^{61,62,63} apontam como fatores associados ao DP a primiparidade com destacada importância, pois as primíparas amamentam menos devido à influência de crenças em relação à amamentação, passadas de geração em geração, e que causam impacto no primeiro parto e podem ocasionar a introdução de complementos alimentares precocemente. Faz-se necessária uma assistência diferenciada à primigesta durante o pré-natal, parto e puerpério, pois as características próprias da primeira gestação quanto à ansiedade, principalmente no lidar com o novo, podem influenciar nas práticas de AM⁵⁹.

O uso da chupeta também é apresentado como interferência significativa na amamentação^{64,65,66,67,68} associado ou não à mamadeira. É provável que o uso da chupeta implique à redução do número de mamadas por dia e, como consequência, menor estímulo da sucção e menor produção do leite, o que leva à necessidade de suplementação e conseqüentemente ao DP^{69,70}. Entretanto, há estudo que sugere que a chupeta não seria a causa primária do desmame, mas um indicativo da vontade materna de desmamar ou dificuldade com o manejo da amamentação⁷¹.

O uso de mamadeiras e chupetas além de promover a famosa “confusão de bico”, que consiste na dificuldade do bebê em fazer a pega correta após contato com diferentes tipos de bicos artificiais⁶⁶ pode prejudicar a função motora, oral e exercer papel importante na síndrome do respirador bucal, desencadear problemas ortodônticos e prejudicar a dentição e a fala da criança⁷². Ressalta-se que já foi detectada a presença de substância N-nitrosamina nos bicos de mamadeiras e chupetas. Essa substância é um potente agente cancerígeno, embriopático, teratogênico e mutagênico,⁷³ o que por si só seria uma contra indicação de seu uso.

A resolução RDC 41/2011 da ANVISA⁷⁴ proíbe a comercialização de mamadeiras, fabricadas no Brasil ou importadas, contendo a substância Bisfenol A. Apesar de não haver resultados conclusivos sobre os riscos, a decisão de proibir o uso da substância na composição desses produtos considerou o fato de que os sistemas de eliminação do Bisfenol A em crianças de 0 a 12 meses de vida não estão bem desenvolvidos, ocasionando sérios agravos à saúde.

Outro obstáculo ao AM apontado pelos autores^{59,63} é o trabalho da mulher fora de casa, o que dificulta a amamentação da criança. Este, porém, não é considerado o principal determinante para o DP, apesar de ser considerada uma das causas. Estudo realizado no Programa de saúde da Família (PSF)⁷⁵ sobre o AM

observou que algumas mães, a partir do quarto mês de vida dos bebês, já introduziam outros tipos de alimentos, devido à preocupação de retornar ao trabalho e ao receio de a criança não se acostumar com outros alimentos. A realidade do trabalho feminino e a grande preocupação em reduzir os índices de DP são denotadas no empenho das políticas públicas de saúde em aumentar o período de licença maternidade⁵¹.

Vários estudos^{76,77,78} consideram também os traumas mamilares como fatores de interferência na manutenção do AME. Dentre as principais causas associadas ao trauma mamilar,⁷⁹ destacam-se a primiparidade, ausência do companheiro, mamas túrgidas e ingurgitadas, mamilos curtos e/ou malformados e despigmentados.

As cirurgias plásticas mamárias de redução ou aumento e de implantes, teoricamente, não deveriam prejudicar o processo de amamentar. Porém, dependendo da técnica cirúrgica utilizada, podem alterar as condições de integridade e funcionamento fisiológico das mamas e dificultar ou até mesmo impedir a amamentação,^{80,81} principalmente naquelas mulheres submetidas à técnica de transposição do complexo areolomamilar.

Estudo realizado no Brasil⁸² que comparou o tempo de amamentação de mulheres submetidas à cirurgia redutora das mamas pela técnica de transposição e das não submetidas à cirurgia, identificou que as mulheres que sofreram mamoplastia redutora tiveram um tempo significativamente mais curto na duração da amamentação. A prevalência do AME no primeiro mês foi de 21% em mulheres com cirurgia de redução contra 70% nas que não realizaram cirurgia. Aos quatro meses, essa prevalência caiu para 4% no grupo com cirurgia e 22% para as sem cirurgia, o que sugere que a cirurgia redutora pode ter impacto negativo na amamentação.

Os implantes (próteses de silicone) também são apontados na literatura como tendo impacto negativo sobre a capacidade de amamentar⁸³. Esse problema está intimamente ligado ao tipo de incisão, principalmente quando é realizada em região periareolar. Por esse motivo as mulheres em idade reprodutiva devem ser alertadas para a possível preservação da lactação, uma vez que é cada vez maior o número de jovens que optam por essa cirurgia plástica.

O desconhecimento da mãe sobre vários aspectos em relação ao AM^{26,84,85,86} e a falta de preparo dos profissionais de saúde, que nem sempre apresentam conhecimentos e habilidades suficientes com o manejo clínico da

amamentação, é destacado na literatura^{26,61,69,87} como problemas em potencial para o DP. Considerado muitas vezes um assunto específico da área materno-infantil, mas de extrema importância para todos os profissionais de saúde.

De acordo com Ravagnani,⁸⁸ os médicos, e não as mães, são os maiores responsáveis pela interrupção precoce do AME no Brasil. O diagnóstico é deles e a vontade de mudar essa realidade explica a lotação do colóquio "Dúvidas do pediatra sobre amamentação", durante o Congresso Brasileiro de Pediatria em São Paulo. Nesse evento, os pediatras entraram em um consenso de que querem deixar de serem os vilões do DP e reconhecem que os benefícios do leite materno estão mais do que comprovados. Porém, esta ainda não é uma realidade. Estudo recente⁸⁹ se refere à influência negativa atribuída ao pediatra na complementação do LM e aponta que em 11,7% das vezes foi por indicação dele a introdução de fórmulas industrializadas.

Estudo⁹⁰ realizado a respeito da concepção dos enfermeiros sobre o AM e o AME segundo a recomendação da OMS⁵ evidenciou que 80,9% dos entrevistados foram unânimes em responder que o AM é primordial para a saúde do recém-nascido e que traz vários benefícios tanto à nutriz quanto ao bebê e 19% não manifestaram opinião alguma. Quanto ao AME, 95,2% dos entrevistados mencionaram que é a oferta do "leite do peito", sem nenhum outro complemento, água, chá ou outro tipo de leite nos primeiros seis meses de vida da criança, e 4,7% não manifestaram opinião.

Segundo Giuliani, o conhecimento é importante na atuação dos profissionais de saúde na promoção, incentivo e apoio ao AM e sua falta pode ter influência negativa no estabelecimento e manutenção do AME⁹¹.

As práticas profissionais podem influenciar efetivamente na amamentação, desde que se tenha uma equipe treinada sobre o processo de lactação, principalmente a enfermagem, que dispensa cuidados diretos ao binômio logo na primeira mamada. Nesse sentido, é imprescindível investir no preparo e no aperfeiçoamento dessas práticas, da mesma forma que as normas e rotinas hospitalares devem ser reavaliadas e reformuladas para garantir o sucesso do AME.

A amamentação e sua prática, bem como o papel do pediatra e demais profissionais de saúde, bem treinados em aconselhamento, são relevantes na adesão e aumento das taxas de AME⁹². Portanto, é importante entender a diferença entre o simples ato de aconselhar e o aconselhamento⁹³:

- Aconselhar ou dar conselho é simplesmente dizer à pessoa o que ela deve fazer e como fazer.

- Aconselhamento é uma forma de atuação do profissional com a mãe e contribui para o fortalecimento da sua autoconfiança e autoestima. Consiste em um conjunto de habilidades, experiências e atitudes de empatia, estar atento para ouvi-la e avaliar o conhecimento, principalmente do casal. Deve se usar linguagem adequada, contato olho a olho, sem barreiras, demonstrar respeito, paciência, preferencialmente realizada em um local privado. Essenciais oferecer atenção e valorizar os sentimentos, responder às necessidades sem fazer julgamento, reorientar quanto às informações equivocadas e dar seguimento, colocando-se à disposição para atendê-la novamente e apoiá-la nas dificuldades e tomadas de decisão^{94,95}.

O conhecimento das mães sobre amamentação é fundamental para o sucesso do AME, entretanto alguns estudos^{85,96} apontam que esses conhecimentos por si só são insuficientes para o sucesso pleno do aleitamento. É importante, durante o pré-natal, que a prática preventiva do desmame seja informada pelos profissionais de saúde, sejam médicos, enfermeiros e outros, que devem expor as vantagens do AM e as desvantagens da introdução precoce de leites artificiais, ao mesmo tempo em que devem desfazer certos tabus⁸⁵.

Para que o acompanhamento da amamentação no puerpério seja uma assistência efetiva, é imprescindível conhecer o desejo, o sentimento e a decisão da puérpera em amamentar. As normas e rotinas dos serviços de saúde, que incentivam o aleitamento imediato logo ao nascer, influenciam de forma positiva na adesão ao AM, bem como na sua duração, momento que proporciona também o toque, sendo a melhor forma de alimentar, proteger e amar o bebê⁹⁴.

Há evidências de que o suporte básico à mãe após o parto modifica a qualidade de cuidados que a mãe dispensará ao bebê, assim como a influencia em sua decisão de amamentar⁸⁵. Estudos nessa área temática^{91,94} demonstram que o apoio ao aleitamento materno é fundamental, principalmente após a alta hospitalar, período considerado de risco para o DP. Iniciativas como o aconselhamento e o acompanhamento no puerpério auxiliam na manutenção da amamentação.

A par do conhecimento acumulado sobre o processo de aleitar e seu manejo, os resultados práticos referentes à adesão das mães ao AM, principalmente o exclusivo, estão, como já mencionado, muito distante do preconizado pelas

organizações nacionais e internacionais, o que representa um desafio para todos os profissionais envolvidos na assistência à mãe e ao bebê. Desta forma, outras estratégias, que não as conhecidas, merecem ser investigadas e aplicadas, de forma a ampliar o leque de opções no apoio à mulher nutriz e elevar os índices de sua adesão à amamentação.

Uma destas estratégias é a aplicação de uma escala denominada Breastfeeding Self-Efficacy Scale, que permite ao profissional de saúde detectar o nível de desenvolvimento da confiança materna em sua habilidade de amamentar, ao identificar previamente a área em que a mulher tem menor autoeficácia, o que possibilitaria desenvolver melhores estratégias para a promoção do AM⁹⁷.

A autoeficácia ou confiança materna para amamentar é um dos aspectos que influenciam no DP. Estudo demonstra que 27% das mulheres com baixos níveis de confiança na amamentação durante o período pré-natal interromperam o aleitamento materno dentro da primeira semana pós-parto e que essas mulheres tiveram 3,1 vezes mais risco de interromper a amamentação do que aquelas que tinham total confiança⁹⁸.



OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

- ✚ Avaliar o uso clínico da Escala de Autoeficácia na amamentação como preditiva do desmame precoce.

- ✚ Verificar se as mulheres que obtiveram maior escore de autoeficácia amamentaram mais tempo do que as que apresentaram menor escore de autoeficácia na amamentação.

- ✚ Associar os escores da escala de autoeficácia na amamentação com as variáveis: sociodemográficas, obstétricas e problemas apresentados na amamentação.



MÉTODO

3 MÉTODO

3.1- Tipo e Local do Estudo

Trata-se de estudo de coorte, realizado em um hospital privado de grande porte, localizado em um bairro nobre da cidade de São Paulo. Possui 200 leitos e dispõe de estrutura para assistência a pacientes de alta complexidade. A assistência está direcionada a pacientes particulares e usuários de planos de saúde. Dos leitos disponíveis, 24 são destinados à maternidade que atende gestantes de baixo e alto risco. A média mensal de partos durante o ano de 2011 foi de 35, sendo, em média, 72% cesarianos e 28% normais.

Nesta instituição as mães no puerpério e durante todo o período de internação recebem orientações da equipe de enfermagem da maternidade e do berçário sobre a prática do aleitamento materno, entretanto, após a alta, não há acompanhamento ou outra forma de apoio à mulher no processo de aleitar.

3.2- Amostra

A amostragem foi por conveniência e participaram do estudo as mulheres internadas na maternidade no período de novembro de 2010 a abril de 2011, que atenderam aos seguintes itens:

Critérios de inclusão:

- Estar no puerpério (de 48 a 72 horas após o parto);
- Aceitar participar do estudo por até 60 dias após o nascimento do bebê;
- Possuir telefone fixo ou celular;
- Estar praticando o AME durante a internação;
- Aceitar fazer parte do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critérios de exclusão:

- Mães de bebês de alto e médio risco ou de prematuros que não estivessem em condições de amamentar.
- Mães que não concordassem em participar do estudo.

Ressalta-se que a amostra inicial do estudo foi constituída por 100 mulheres que atenderam aos critérios de inclusão. Entretanto, após a aplicação da escala por meio de entrevista, verificou-se que nenhuma mãe apresentou baixa autoeficácia na amamentação. Este resultado suscitou a dúvida de possível viés pela forma de aplicação do instrumento. Assim, decidiu-se aplicar a escala a mais 30 mães, sob a forma autoaplicada, ou seja, a própria mulher respondia às questões. Entretanto, não houve o monitoramento da manutenção do AM, destas mães.

3.3- Coletas de dados

3.3.1 Instrumento para Coleta de Dados

Para a coleta de dados foram utilizados três instrumentos: o primeiro (Apêndice B) possibilitou a coleta de três categorias de dados: os sociodemográficos como: idade, religião, estado civil, escolaridade, profissão; os dados obstétricos: paridade, tipo de parto, e os referentes à amamentação: orientações sobre amamentação no pré-natal e puerpério, tipo e condições das mamas e mamilos, dificuldade anterior com o aleitamento, dificuldade durante a amamentação atual e tempo em que pretendiam amamentar.

O segundo instrumento aplicado na coleta de dados foi a Escala de Autoeficácia na Amamentação na forma reduzida (Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF), (Anexo A). Este instrumento foi escolhido em função dos resultados obtidos na versão original que, segundo Dennis,⁹⁹ é um instrumento clinicamente útil para as enfermeiras utilizarem no puerpério, principalmente pelo curto tempo de internação. A escala ajuda a reconhecer as mães que são suscetíveis a terem sucesso na amamentação, fornecendo a elas reforço positivo, bem como aquelas que podem apresentar necessidades de intervenções antes da alta hospitalar, de forma a prestar uma assistência apropriada e efetiva.

A escala (BSES-SF) é um instrumento criado por Dennis e Faux,^{100,101} e utiliza como referencial a teoria da autoeficácia de Bandura¹⁰² que afirma que a autoeficácia e as expectativas dos resultados em lidar com os riscos podem transformar uma realidade.

Autoeficácia é a crença na habilidade pessoal de desempenhar com sucesso determinadas tarefas ou de apresentar determinados comportamentos para produzir um resultado desejável. A expectativa de resultado é o julgamento das possíveis consequências que tais comportamentos irão produzir. Já a expectativa da autoeficácia é a convicção que o indivíduo possui para executar com êxito determinada tarefa ou comportamento para produzir determinado resultado¹⁰².

Logo, se os efeitos de um comportamento forem positivos, resultando em satisfação, o indivíduo tende a mantê-lo. Por outro lado, se os efeitos forem negativos, promovendo insatisfação, o indivíduo tende a interromper¹⁰².

A expectativa de autoeficácia é constituída de três dimensões (magnitude, generalização e força) e está fundamentada em quatro fontes de informação (experiência pessoal, experiência vicária ou observacional, persuasão verbal e estado emocional e fisiológico)^{103,104} descritas a seguir:

As três dimensões da expectativa de autoeficácia:

Magnitude está diretamente relacionada ao grau de dificuldade para desempenhar uma ação necessária para alcançar um objetivo. A dificuldade pode ser classificada como pequena, moderada ou grande.

Generalização refere-se às próprias experiências e pode gerar expectativas circunscritas, mais amplas, generalizadas.

Força se refere a uma expectativa fraca ou fortemente arraigada, ou seja, expectativas fracas podem anular facilmente um comportamento. Por outro lado, indivíduos com expectativas fortes tendem a apresentar comportamentos mais persistentes, mesmo diante de dificuldades.

As quatro fontes de informação que fundamentam a expectativa de autoeficácia:

Realizações Pessoais: são consideradas importantes fontes de informações para a expectativa de eficácia, pois são baseadas em experiências próprias. Se a mulher anteriormente foi bem sucedida na sua experiência de amamentar, ela terá mais segurança quanto ao seu desempenho; caso contrário, ela poderá se sentir mais temerosa e, conseqüentemente, menos confiante em amamentar o seu filho.

Observação de Experiências: refere-se à observação de pessoas no desempenho de atividades sem conseqüências adversas, o que pode gerar no observador a expectativa de que ele também é capaz de realizá-las ou obter algum ganho de desempenho. Apesar de mais fraca que a experiência pessoal, pode

produzir mudanças importantes e duradouras no desempenho. Observar, por exemplo, outras mulheres vivenciando a amamentação, possivelmente poderá servir de referência para suprir dificuldades específicas.

Persuasão Verbal: é uma estratégia simples e pode ser largamente utilizada. As pessoas devem ser estimuladas a enfrentar situações em que imaginavam superar suas habilidades, principalmente se o reforço é oferecido dentro dos limites reais, de modo que se sintam encorajadas a executar suas habilidades com sucesso.

Respostas Emocionais: situações estressantes produzem respostas emocionais que podem interferir na percepção da competência pessoal. Respostas emocionais com repercussões físicas, como ansiedade, medo, fadiga, dor e mal estar geral, tendem a influenciar negativamente na percepção de autoeficácia. O indivíduo tende a julgar que não é capaz de lidar com situações que evocam tais respostas. Minimizar o desgaste emocional, aliviar a ansiedade, o medo, entre outros, melhora a percepção de autoeficácia e, conseqüentemente, o desempenho.

Apesar de inúmeras pesquisas realizadas com enfoque na amamentação, a enfermeira canadense Dennis¹⁰⁰ afirmou que nenhum outro estudo tinha investigado o desenvolvimento da confiança materna em sua habilidade de amamentar. Baseada nisso, desenvolveu uma escala conhecida como Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES) que avalia a confiança materna na amamentação, fundamentada na teoria de autoeficácia de Bandura com 33 itens. Posteriormente esta escala foi reduzida para 14 itens⁹⁹.

A BSES tem sido utilizada para medir a confiança das mães em sua habilidade de amamentar em vários países como: Austrália¹⁰⁵ Porto Rico¹⁰⁶ China¹⁰⁷ e Polônia¹⁰⁸.

No Brasil, a escala foi traduzida, adaptada e validada para a língua portuguesa por ORIÁ em 2007,⁹⁷ que a aplicou a 130 mulheres, o que resultou na versão original da escala BSES com 33 itens organizados nas duas categorias de domínio (Técnica e Pensamentos Intrapessoais). Em cada item avaliado, a mulher atribuiu uma pontuação variável de 1 a 5 pontos, considerando (1- Discordo totalmente, 2- Discordo, 3- Às vezes concordo, 4-Concordo e 5- Concordo totalmente). Assim, os escores totais da escala variaram de 33 a 165 pontos e aquelas mulheres com maior pontuação foram consideradas as que tinham maior potencial de manter a amamentação exclusiva por um período mais prolongado.

A escala reduzida (BSES-SF) no Brasil foi validada em puérperas por Dodt em 2008¹⁰⁹ que a aplicou em uma maternidade pública do Ceará, afirmando sua confiabilidade (alfa de Cronbach 0,74), como instrumento para avaliar a percepção das mulheres em sua autoeficácia na prática da amamentação.

Para esse estudo, optou-se pela forma abreviada por sua facilidade de aplicação e, principalmente, por não demandar tempo prolongado para aplicá-la, o que torna viável sua utilização em maternidade, pois as mulheres permanecem internadas até, no máximo, 72hs após o parto. Outra característica da escala, que é do tipo Likert, é a possibilidade de ser autoaplicada, a própria pessoa responde ou pode ser aplicada na forma de entrevista⁹⁹.

A BSES-SF abreviada é constituída por 14 itens distribuídos em duas categorias de domínio:

1- O domínio relativo à Técnica: ações físicas que uma mãe deve realizar e que são necessárias para uma amamentação bem sucedida;

2- O domínio de Pensamentos Intrapessoais: percepções da mãe quanto à amamentação, incluindo atitudes e crenças relacionadas à amamentação bem sucedida. Aos itens da escala são atribuídos escores que podem variar de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente) e perfazem um total de 14 a 70 pontos.

Na BSES-SF os itens são organizados de forma aleatória nas duas categorias de domínio: a 1ª Categoria - Técnica com 08 itens enfoca os aspectos técnicos do aleitamento materno (**Quadro 2**); a 2ª Categoria - Pensamento Intrapessoal com 06 itens enfoca o desejo da mãe em amamentar (**Quadro 3**).

Domínio da Técnica:

- 12-Eu sempre continuo amamentando meu bebê a cada alimentação dele. (a cada mamada).
- 10-Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo. (mesmo consumindo o meu tempo eu quero amamentar).
- 06-Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando.
- 07-Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando.
- 11-Eu sempre amamento meu bebê em um peito e depois mudo para o outro.
- 13-Eu sempre consigo adequar as minhas necessidades às necessidades do bebê. (Organizo minhas necessidades de banho, sono, alimentação com a amamentação do bebê).
- 05-Eu sempre lido com amamentação de forma a me satisfazer.
- 08-Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família.

Quadro 2. Distribuição das categorias que compõem o domínio da Técnica.

Domínio do Pensamento Intrapessoal:

- 01- Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente.
- 14- Eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada.
- 09- Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar.
- 02- Eu sempre lido com amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios. (Supera com sucesso a amamentação e as demais situações da vida).
- 04- Eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada.
- 03- Eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento.

Quadro 3. Distribuição das categorias de que compõem o domínio do Pensamento Intrapessoal.

Nesse estudo, assim como no de Dodt,¹⁰⁹ as categorias foram classificadas da seguinte maneira: mães que obtiveram de 14 a 32 pontos foram consideradas com Eficácia Baixa na Amamentação; de 33 a 51 pontos, com Eficácia Média, e de 52 a 70 pontos, com Eficácia Alta.

O terceiro instrumento (Apêndice C) foi criado para o monitoramento do aleitamento materno no 7º, 15º, 30º, 45º e 60º dia após o nascimento do bebê e compreende questões sobre: tipo do aleitamento praticado, quem orientou caso não estivesse em AME e dificuldades encontradas na amamentação.

3.3. 2 Procedimentos para Coleta de Dados

Os dados foram coletados no período de novembro de 2010 a abril de 2011, pela própria pesquisadora em duas etapas distintas. Na primeira etapa, a pesquisadora comparecia à unidade de internação da maternidade e identificava as mulheres que se encontravam no puerpério de 48 a 72 horas após o parto e verificava aquelas que preenchiam os critérios de inclusão. A seguir, abordava as puérperas, fornecia as orientações sobre os objetivos do estudo e sobre a coleta dos dados, que seria realizada naquele momento por meio de uma entrevista e que teria continuidade após a alta, por 60 dias. As que aceitavam participar do estudo nesse momento assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

A primeira entrevista foi realizada durante a internação e foram coletados primeiramente os dados sociodemográficos, obstétricos e os referentes a amamentação (Apêndice B), a seguir foi aplicada a BSES-SF (Anexo A).

Após a alta, as mães foram contatadas por telefone no 7º dia após o parto, no 15º, no 30º, no 45º e no 60º dia para monitorar a continuidade do aleitamento materno (Apêndice C). O período de 60 dias determinado para o monitoramento do AM foi estabelecido tendo em vista dois aspectos: o tempo para o desenvolvimento do projeto e a média nacional de 54 dias de manutenção do AME, segundo o último estudo de prevalência⁶.

Destaca-se que a exclusão destas mães estava prevista para ocorrer após 4 dias consecutivos de tentativas infrutíferas de contato telefônico; entretanto, não houve exclusão de nenhuma delas e as 100 mulheres que integraram a amostra inicial tiveram acompanhamento, conforme o estabelecido.

3.3.3. Procedimentos Éticos

Em cumprimento à Resolução 196/96 que trata de pesquisas com seres humanos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Samaritano e aprovado sob número 33|10 (Anexo B), assim como foi solicitada autorização formal à diretoria da instituição hospitalar (Apêndice D).

Além disto, todas as mulheres que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), na qual constam os objetivos do estudo, as atividades a serem desenvolvidas, a participação voluntária das mulheres, a informação de que os dados coletados poderão ser utilizados para pesquisas e publicações posteriores, a garantia do sigilo de suas respostas e identidade e que os riscos para sua pessoa e seu bebê em participar seriam mínimos e que poderiam interromper sua participação caso o desejassem a qualquer momento.

4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram armazenados e analisados por meio do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 16.0, que estabelece as análises descritivas e inferenciais pertinentes ao estudo. As análises descritivas foram realizadas visando caracterizar a amostra e incluíram o cálculo das frequências absolutas, relativas, média e desvio-padrão, sendo também apresentados os valores mínimos e máximos de variáveis contínuas.

O teste de Kolmogorov-Smirnov foi empregado para avaliar a aderência das variáveis contínuas dependentes e independentes à curva de distribuição normal, para posterior seleção dos testes. Valores de p maiores que 0,05 indicaram que a variável tinha aderência à distribuição normal. Dessa forma para as análises de correlação e comparação foram realizados testes paramétricos. Para avaliar as correlações, foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson, e para comparar o tempo de aleitamento entre mulheres com diferentes graus de autoeficácia na amamentação foi empregado a ANOVA. Em todas as análises, o nível de significância adotado foi o de p -valor menor ou igual a 0,05.

Para medir o grau de relação e/ou associação entre os problemas em cada momento do monitoramento do AM foi utilizado o teste de Qui-Quadrado.

A consistência interna dos dados foi avaliada através do método de Alfa de Cronbach. Este método tem sido bastante usado para estimar a confiabilidade de instrumentos de medida. O Alfa de Cronbach assume valores de zero a um, em uma escala progressiva de ajustes, e o resultado encontrado nesse estudo foi de 0,812, representando alta consistência interna.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Entre as mulheres que deram a luz durante o período do estudo, 144 foram elegíveis para integrar a amostra. Entretanto, 28 se recusaram a participar alegando questões religiosas e culturais (Judaísmo), 16 não preencheram os critérios de inclusão, pois eram mães de bebês prematuros ou cardiopatas internados na UTI neonatal, sem condições de receber amamentação. Desta forma, foram incluídas na análise 100 puérperas que participaram durante todo o período da pesquisa. Não houve, portanto, perdas no monitoramento do aleitamento materno durante os 60 dias de acompanhamento.

Como já referido no Método, a escala foi aplicada por meio de entrevista pela pesquisadora que assinalava, no instrumento, as respostas da mãe. Após a análise dos resultados, observou-se que não houve nenhuma mãe com escores que indicassem baixa autoeficácia para a amamentação. Estes resultados suscitaram algumas dúvidas sobre a possibilidade de viés pela forma de aplicação da escala. Assim, contataram-se mais 30 mães que responderam às questões do instrumento referentes à escala de autoeficácia de forma autoaplicado, ou seja, elas mesmas responderam às questões. Estas mães, entretanto, não foram acompanhadas durante o período de monitoramento.

Os dados sociodemográficos, obstétricos e os resultados referentes à aplicação da escala têm $n=130$ e o monitoramento do AME $n=100$.

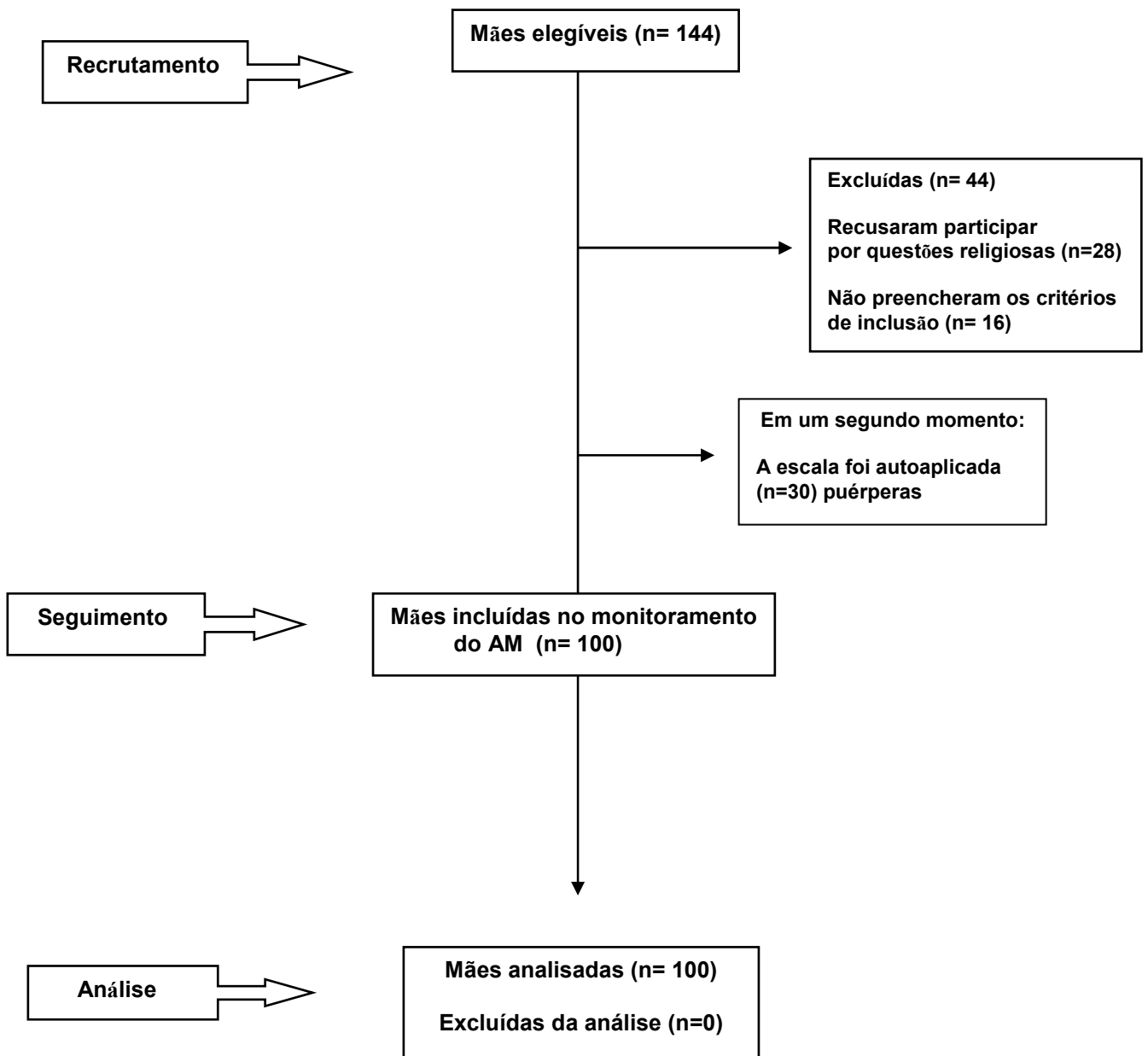


Figura 1. Fluxo das participantes do estudo. São Paulo, 2011.

Os resultados do estudo estão apresentados na seguinte sequência:

- 5.1. Dados sociodemográficos e obstétricos;**
- 5.2. Dados da amamentação;**
- 5.3. Escores da escala de autoeficácia na amamentação e associações;**
- 5.4. Monitoramento do aleitamento materno e associações.**

5.1 Dados sociodemográficos e obstétricos

Tabela 1. Análise descritiva das variáveis sociodemográficas das mulheres.
São Paulo, 2011.

Variáveis (n=130)	N	%	Média (Desvio padrão)
Idade			
17 - 20	3	2,3	
21 - 30	34	26,2	32,8 (5,0)
31 - 44	93	71,5	
Estado Civil			
Casada	123	94,6	
Solteira	6	4,6	
Separada	1	0,8	
Religião			
Católica	69	53,1	
Evangélica	35	26,9	
Judaica	3	2,3	
Espírita	12	9,2	
Nenhuma	11	8,5	
Situação empregatícia			
Empregada	117	90,0	
Do Lar	13	10,0	
Escolaridade			
Médio completo	33	25,4	
Médio incompleto	3	2,3	
Superior completo	91	70,0	
Superior Incompleto	3	2,3	

Observa-se, na Tabela 1, que a idade média das mulheres que compuseram a amostra foi de 32,8, anos com uma variação de 17 a 44 anos. Os dados sociodemográficos revelam ainda que a maioria (94,6%) é casada, professa a religião católica (53,1%), exerce atividade remunerada (90%) e completou o ensino superior (70%). Estes resultados apontam para uma realidade diferente da

encontrada em outros estudos^{97,109} sobre aleitamento materno realizados no Brasil que apresentam dados sociodemográficos que caracterizam mães com idade menor, nível de escolaridade inferior e situação conjugal onde predomina a união estável.

Dois estudos^{97,109} realizados no Brasil que aplicaram a mesma escala para avaliar a autoeficácia na amamentação apontam a idade média das mães de 23,9 e 25,8 anos. Estas diferenças nos dados do estudo atual podem ser explicadas pelo tipo de instituição onde foi desenvolvido, uma vez que se trata de hospital privado que atende predominantemente usuárias de convênios, seguro saúde ou clientes particulares, pertencentes a uma classe social mais privilegiada. Esta população difere dos estudos sobre aleitamento materno que são, em sua maioria, realizados em instituições públicas que atendem usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

A maior média de idade das mães deste estudo pode caracterizar um ponto positivo no que se refere ao tempo de manutenção do AM, pois estudos^{110,111} revelam que mulheres com maior idade apresentam um período mais prolongado de amamentação, quando comparadas com as mães mais jovens, pois apresentam maior motivação e fatores de proteção na prática do aleitar.

Quanto à escolaridade materna, os resultados são positivos para a manutenção do AME, pois há autores que relacionam bons resultados no aleitamento a melhores níveis de escolaridade da mãe. As mulheres que participaram do estudo têm um maior tempo de escolaridade, uma vez que 70% concluíram o ensino superior, o que provavelmente reflete no seu conhecimento sobre a importância do leite materno e seus benefícios para o bebê.

Estudo¹¹² sobre os determinantes do DP demonstrou que mães com menor tempo de estudo tendem a desmamar antes dos seis meses ($p=0,04$), e o risco dobra quando o tempo de estudo é menor que oito anos, em comparação com aquelas que estudaram por mais tempo. Outro autor¹¹³ também corrobora com esses achados, uma vez que constatou aumento da prevalência do AME entre mulheres com maior escolaridade, provavelmente pela tendência de maior valorização dos benefícios desta prática pelas classes sociais economicamente mais favorecidas, com a hipótese de que mulheres menos esclarecidas ainda não foram sensibilizadas.

No que se refere ao trabalho materno, apesar de não ser apontado como principal determinante para o DP,^{59,70} ainda há controvérsias entre os autores. Para

alguns^{75,113,114,115} mães que trabalham fora do lar têm maiores dificuldades de amamentar seus filhos de forma exclusiva, bem como aquelas com trabalho informal, por não estarem protegidas pelas leis trabalhistas que garantem o período de licença maternidade.

Em relação ao estado civil, 94,6% das puérperas são casadas, ponto positivo para a manutenção do AME, estudos^{116,117,118} revelam a importância do apoio do pai na manutenção do AM. Na sociedade moderna há evidências de que os pais podem influenciar em aspectos importantes como a decisão de amamentar, auxílio na primeira mamada, duração do AM e risco e decisão do uso da mamadeira¹¹⁹. Por outro lado, nem todos os homens apoiam a amamentação dessa forma, podem interferir negativamente porque tem ciúmes da atenção dada à criança, carência de afeto por parte da companheira, bem como o sentimento de competição, rivalidade dele para com o filho¹²⁰. Daí a necessidade do aconselhamento profissional ao casal, valorizando seus sentimentos e dando-lhes apoio para superar as dificuldades.

Outro estudo destaca, ainda, a importância da qualidade da relação do casal em relação ao AM, uma vez que um bom relacionamento aumenta em 3,2 vezes a chance de haver apoio à amamentação¹²¹.

Quanto à religião, a maioria das mães (53,1%) é católica e apenas 2,3%, professam a religião judaica, apesar de a instituição, cenário do estudo estar localizada em uma região onde reside uma comunidade judaica e ser, para ela uma das referências na assistência médica. Durante a coleta dos dados, muitas destas mães convidadas a participar do estudo recusaram alegando questões religiosas e culturais.

Tabela 2. Análise descritiva das variáveis paridade, tipo de parto, condições das mamas e mamilos. São Paulo, 2011.

Variáveis (n=130)	N	%
Paridade		
Primípara	61	46,9
Secundípara	56	43,1
Tercípara	8	6,2
Múltipara	5	3,8
Tipo de parto		
Normal	13	10,0
Cesário	113	87,0
Fórceps	4	3,0
Tipos de mamilos		
Invertidos	1	0,8
Planos	6	4,6
Protusos	107	82,3
Semiplanos	5	3,8
Semiprotusos	11	8,5
Pseudoinvertido	-	-
Condições das mamas		
Flácidas	61	47,0
Globosas	51	39,2
Ingurgitadas	13	10,0
Apojadura	5	3,8
*Condições atuais dos mamilos		
Íntegros	102	78,5
Sensíveis	79	60,8
Fissuras	11	8,5
Escoriações	16	12,3

* Há mais de uma resposta por mãe

Observa-se, na Tabela 2, que, em relação à paridade, as mulheres eram em maior percentual primíparas (47%) ou secundíparas (43%). A primiparidade, segundo alguns autores,^{61,62,63} representa um risco de interrupção precoce do AME, porque as mães inexperientes podem sofrer influência de mitos e crenças sobre a amamentação transmitidos por familiares ou amigos. Estudos^{122,123,124} revela uma

associação significativa da interrupção do AME no primeiro mês de vida do bebê pela influência negativa do aconselhamento de avôs maternos e paternos no sentido de introduzir água, chá e outros leites na dieta da criança.

A Tabela 2 revela, ainda, que 87% dos partos foram cesarianos. O Brasil registrou em 2010¹²⁵ mais cesarianas do que parto normal, na rede particular índice de 82% de partos cirúrgicos e na rede pública 37%, em todo o Brasil, enquanto a OMS¹²⁶ recomenda que a taxa de cesáreas seja de apenas 15%. Evidencia-se mais uma vez que os percentuais de cesarianas no país estão extremamente altos.

O percentual de partos operatórios representa uma série de riscos para as mulheres e seus bebês, entre eles o desmame precoce.

É praticamente consenso que a intervenção cirúrgica interfere com o estabelecimento do vínculo da criança com a mãe e atrasa a primeira amamentação, tendo em vista a dor, a recuperação mais lenta da mobilidade e, conseqüentemente, um maior risco de complicações no pós-operatório. Segundo a OMS¹²⁶ para reverter essa situação no Brasil, é preciso conscientizar a sociedade sobre os benefícios do parto normal e, sobretudo, que os profissionais só indiquem o parto operatório em casos realmente necessários.

No que se refere às mamas, a Tabela 2 permite observar que 82,3% das mães apresentavam mamilos protusos, 47% mamas flácidas e 78,5% mamilos íntegros. Estes resultados relativos as mamas apontam para um favorecimento para o ato de aleitar. As dificuldades mais comuns e que podem interferir no sucesso do aleitamento como o ingurgitamento e as fissuras foram apontadas por um pequeno percentual de mulheres, 10% e 8,5%.

O fato de 82,3% das mães terem mamilos protusos é positivo, uma vez que mamilos planos ou invertidos podem dificultar o início da amamentação, mas não necessariamente a impedem. Porém, mulheres que apresentam estes tipos de mamilos sentem muita insegurança no momento de aleitar. Neste caso, para o sucesso da amamentação é fundamental a intervenção profissional, logo após o nascimento do bebê.

5.2 Dados da amamentação

Tabela 3. Distribuição das mães por paridade e dificuldades apresentadas na amamentação atual e anterior. São Paulo, 2011.

<i>Dificuldades na amamentação Atual (n=87)</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Primípara	41	47,0
Secundípara	38	44,0
Tercípara	7	8,0
Múltipara	1	1,0
<i>Dificuldades na amamentação Anterior (n=42)</i>		
Secundípara	32	76,2
Tercípara	6	14,2
Múltipara	4	9,6

Em relação às dificuldades para amamentar o filho atual, 87 mães a mencionaram e as primíparas foram as que apresentaram mais dificuldades (47%). Estes dados eram esperados e são corroborados pela literatura, uma vez que as primíparas sentem-se temerosas ao lidar com o novo e inseguras quanto a sua capacidade em aleitar adequadamente o filho⁵⁹. Os dados reforçam cada vez mais a necessidade de intervenções de apoio dos profissionais de saúde, desmistificando mitos e tabus e encorajando a mãe no processo de amamentar.

Estudo de coorte que associou as dificuldades maternas no processo de aleitar ao tempo de AME, demonstrou que houve diferença significativa na diminuição do tempo quando a mãe havia encontrado problema ao aleitar⁸⁹.

Observa-se, ainda na Tabela 3, que a maioria das mães secundíparas (76,7%) já haviam tido dificuldade anterior na amamentação e 44% delas a mantiveram. Com base nesses dados, é necessário enfatizar a importância da atuação profissional junto a essas mulheres, uma vez que a literatura aponta que insatisfação em amamentação anterior pode resultar no abandono precoce do AME.

Em relação à intenção das mães em manter a amamentação dos filhos, todas elas (100%), quando questionadas sobre o tempo que pretendiam aleitar exclusivamente, afirmaram que até os seis meses.

Estudo¹²⁷ revela que as mães, que pretendiam amamentar por menos de 6 meses, tiveram 2,3 vezes mais chances de interromper o AM em 4 meses em comparação às que pretendiam amamentar por mais de 12 meses. E ainda, as mulheres com baixos níveis de segurança na amamentação, nesse período, interromperam o AM dentro da primeira semana pós-parto.

Tabela 4. Orientações recebidas pelas mães sobre amamentação no pré-natal e puerpério. São Paulo, 2011.

Orientação recebida no Pré-natal (n=130)	Sim	%	Não	%
Posição	6	4,6	124	95,3
Pega	6	4,6	124	95,3
Ordenha	3	2,3	127	97,6
Armazenamento	1	0,7	129	99,2
Tempo de mamada	5	3,8	125	96,1
Livre demanda	4	3,0	126	96,9
Importância do AME	5	3,8	125	96,1
Uso de bicos e chupetas	6	4,6	124	95,3
Orientação recebida no Puerpério (n=130)				
Posição	129	99,2	1	0,7
Pega	127	97,6	3	2,3
Ordenha	39	30,0	91	70,0
Armazenamento	22	16,9	108	83,0
Tempo de mamada	113	86,9	17	13,0
Livre demanda	99	76,1	31	23,8
Importância do AME	94	72,3	36	27,6
Uso de bicos e chupeta	40	30,7	90	69,2

Observa-se, na Tabela 4, que as mães, de maneira geral, apresentaram um percentual consideravelmente maior de orientações durante o período de internação e praticamente nenhuma no pré-natal. Estes resultados não são de todo surpreendentes, considerando a população estudada, pois em consultórios particulares onde não há enfermeiros, estas orientações não são ministradas com

regularidade. Já na rede pública (SUS), há programas de orientação para gestantes que abordam um conteúdo mínimo de informações, durante o pré-natal.

Pesquisa¹⁰⁹ realizada no estado do Ceará, que utilizou a mesma escala, identificou percentuais de 72,1% de mães que foram orientadas no pré-natal em instituições que atendem usuárias do SUS.

A promoção, proteção e incentivo ao AM devem iniciar-se no pré-natal e ter continuidade no pós-parto e em consultas no puerpério, de modo que a mãe sinta-se apoiada e segura e não interrompa a amamentação precocemente.

As equipes de enfermagem da maternidade e do berçário da instituição onde o estudo foi desenvolvido acreditam e apoiam o AM, o que pode ser evidenciado pelos resultados da Tabela 4 sobre as orientações no puerpério. A maioria dos itens que compõem o elenco das orientações foi abordada para 70% ou mais de mães. As orientações menos efetuadas na internação foram a ordenha (3,7%), armazenamento do leite (16,9%) e utilização de bicos e chupeta (30,7%).

Comparando esses dados a outro estudo⁸⁹ que também investigou as orientações recebidas sobre o AM durante a internação, mas em HAC, percebe-se que o armazenamento do leite e o uso de bicos e chupetas foram também as menos realizadas (12,6%, 30%). Esperava-se que a instituição credenciada como HAC apresentasse melhores resultados, tendo em vista que estas informações constam nos passos 05 e 09 que são obrigatórios na iniciativa de promover o sucesso do aleitamento materno.

Os resultados dos dois estudos surpreendem, uma vez que as equipes de enfermagem conhecem sobejamente a importância destas orientações no resultado final do processo de aleitar. Ficou evidente a deficiência das orientações em relação à manutenção do AME, principalmente pela necessidade de preparar a mulher para o retorno ao trabalho, questões sobre como praticar a ordenha, armazenamento, aquecimento do leite materno e de que forma deve ser oferecido para o bebê na ausência da mãe. Estes procedimentos são fundamentais para a continuidade do AME até seis meses.

Mais uma vez, destaca-se a importância do envolvimento dos profissionais de enfermagem para o sucesso do AM, independentemente de trabalhar em uma instituição com IHAC ou não.

A efetiva atuação profissional no sentido de promover, proteger e apoiar a amamentação requer não só conhecimento sobre o AM, mas também habilidade em

seu manejo, assim como o aconselhamento sobre os benefícios do AM e as desvantagens do leite artificial²⁶. A educação e o preparo das mulheres para a lactação durante o pré-natal contribuem na habilidade e confiança da mulher para o sucesso do AME⁵.

5.3 Escores da Escala de Autoeficácia na amamentação e associações.

O escore da escala de autoeficácia na amamentação varia de 14 a 70 pontos. Quando a respondente obtém de 14 a 32 pontos, considera-se que tenha Baixa eficácia; de 33 a 51, Média e de 52 a 70, Alta eficácia. A Tabela 5 apresenta os escores obtidos pelas mães que participaram do estudo.

Tabela 5. Escores obtidos pelas mães na aplicação da escala de autoeficácia na amamentação. São Paulo, 2011.

Escore de Autoeficácia: (n= 130)	N	%
Baixo (14-32)	-	-
Médio (33-51)	23	17,7
Alto (52-70)	107	82,3
Total	130	100,0
BSES-SF	Media (DP)	Mediana (Q1-Q3)
Escore Total	60,57 (5,07)	62,00 (58,00-64,75)

Observa-se, na Tabela 5, que a grande maioria das mães (82,3%) obteve escores compatíveis com alta autoeficácia para o aleitamento materno (52-70 pontos). Nota-se, ainda, que não houve nenhuma mãe com baixa eficácia.

Assim a dúvida emergida de possível viés deste resultado relacionada à forma de como foi aplicada a escala, não se confirmou, pois tanto para as mães que responderam às questões por meio de entrevista, quanto para aquelas que responderam de forma autoaplicada, não houve resultados compatíveis com baixa eficácia.

Do mesmo estudo¹⁰⁹ que aplicou a mesma escala (Short-Form) em 294 puérperas verificou também a ausência de mães com baixa eficácia.

Nas tabelas a seguir estão apresentadas as associações entre os resultados da escala com as variáveis sociodemográficas, obstétricas, condições das mamas e mamilos.

Tabela 6. Associação entre as médias dos escores da escala de autoeficácia com os dados sociodemográficos. São Paulo, 2011.

<i>Variáveis</i>	<i>Média</i>	<i>Mediana</i>	<i>DP</i>	<i>P-valor</i>
	<i>escores</i>			
Idade (n=130)	32,8	33	5,0	0,887
Estado civil				
Casada (n=123)	58,9	60	6,3	
Separada (n=1)	59,0	59	-x-	0,718
Solteira (n=6)	61,0	62	5,3	
Escolaridade				
Médio Completo (n=33)	59,8	62	5,8	
Médio Incompleto (n=3)	55,7	59	9,5	0,660
Superior Completo (n=91)	58,8	59	6,3	
Superior Incompleto (n=3)	58,3	60	7,6	
Situação Empregatória				
Desempregada (n=13)	57,2	59	6,4	
Empregada (n=117)	59,1	61	6,2	0,298
Religião				
Católica (n= 69)	59,7	61	5,9	
Espírita (n=12)	58,8	59	4,9	
Evangélica (n=35)	57,2	59	7,4	0,233
Judaica (n=3)	56,0	55	4,6	
Nenhuma (n=11)	60,9	62	5,1	

($p < 0,05$).

Observa-se, na Tabela 6, que na correlação da média de escore da escala com os dados sociodemográficos não houve correlação estatisticamente significativa para nenhuma das variáveis analisadas.

Neste estudo, em relação à idade, ter ou não companheiro, o nível de escolaridade, a situação empregatória e a religião não interfeririam na percepção de autoeficácia das mulheres para amamentar seus bebês. As mães independentemente de sua estrutura social encontravam-se confiantes em relação à sua condição de nutriz, dado positivo para a manutenção do AM.

Estudo semelhante¹⁰⁹ também não encontrou associação entre a maioria das variáveis sociodemográficas e os escores da escala, apenas a idade apresentou associação significativa ($p < 0,018$).

Tabela 7. Associação entre as médias dos escores da escala de autoeficácia, dados obstétricos, tipos de mamilo e condições das mamas. São Paulo, 2011.

<i>Variáveis</i>	<i>Media</i>	<i>Mediana</i>	<i>DP</i>	<i>P-valor</i>
Paridade				
Primíparas (n=41)	57,9	58	6,1	
Secundíparas (n=38)	59,9	62	6,2	0,240
Tercíparas (n=7)	58,5	60	7,1	
Multípara (n=1)	62,2	65	6,7	
Tipo de Parto				
Cesárea (n=113)	59,3	60	5,8	
Normal (n=13)	57,2	59	7,1	0,210
Fórceps (n=4)	54,8	55	13,1	
Tipos de mamilo				
Invertidos (n=1)	59,0	59	-x-	
Planos (n=6)	56,5	57	6,0	
Protusos (n=107)	59,3	61	6,4	0,522
Semiplanos (n=5)	55,0	59	5,5	
Semiprotusos (n=11)	58,7	60	5,2	
Condições das mamas				
Flácidas (n=78)	58,3	59	6,7	
Globosas (n=48)	60,0	61	5,2	0,334
Apojadura (n=4)	59,3	61	8,4	
Condições dos mamilos				
Escoriados (n=16)	61,5	63	5,2	
Fissurados (n=11)	60,4	63	4,4	0,120
Íntegros (n=102)	58,5	59	6,4	
Sensíveis (n= 79)	60,2	61	5,3	

($p < 0,05$).

Os dados da Tabela 7 revelam que não houve diferença estatisticamente significativa entre os escores de escala de autoeficácia na amamentação com as

variáveis paridades, tipo de parto, tipo de mamilo e condições da mama; de onde se depreende que estas variáveis não interferiram na avaliação da autoeficácia materna para o aleitamento.

Os resultados encontrados diferem de outro estudo¹⁰⁹ apenas nas características dos mamilos ($p=0,088$), pois identificou associação estatística significativa das condições dos mamilos com os índices de eficácia da escala.

Quanto à experiência em amamentar, estudo¹⁰⁰ destaca as maiores pontuações de autoeficácia entre as multíparas com experiência anterior em amamentar quando comparadas com as primíparas. Esse dado parece reforçar a teoria de Bandura¹⁰², pela qual as realizações pessoais são consideradas importantes fontes de informação para a expectativa de eficácia, pois são baseadas em experiências próprias, principalmente quando bem sucedidas.

5.4 Dados do monitoramento do aleitamento materno e associações

O monitoramento da duração do AME foi realizada com 100 mães. (N=100).

Tabela 8. Análise descritiva do tempo de AME (em dias). São Paulo, 2011.

N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
100	53,2	60	14,2	15	60

Observa-se, na Tabela 8, que a mediana de duração do AME foi de 60 dias. Este resultado é um pouco superior ao identificado na última pesquisa nacional de prevalência de AM nas capitais brasileiras e Distrito Federal, realizada em 2008, que apontou mediana de AME de 54 dias.

Esperava-se média maior de AME, uma vez que as mães, além de terem apresentado escores médios e altos de autoeficácia na amamentação, pertencem a uma classe social mais privilegiada e possui nível de escolaridade elevado, pontos considerados importantes na manutenção do AME. Assim, esperava-se um percentual menor de DP.

As mulheres foram seguidas por 60 dias após o parto e avaliadas em relação ao tipo de aleitamento praticado no 7ºD, 15ºD, 30ºD, 45ºD e 60ºD.

Tabela 9. Frequência de aleitamento nos períodos pós-parto analisados. São Paulo, 2011.

Tipo de Aleitamento	Dias Após o parto									
	7ºD		15ºD		30ºD		45ºD		60ºD	
	N	%	N	%	N	%	N	%	n	%
Exclusivo	100	100,00	92	92,00	84	84,00	81	81,00	79	79,00
Complementado	-	-	8	8,00	15	15,00	14	14,00	15	15,00
Artificial	-	-	-	-	1	1,00	5	5,00	6	6,00

Verifica-se, na Tabela 9, que ao iniciar o monitoramento no 7º dia pós-parto, 100% das mulheres praticavam o AME. Entretanto, no 15ºD, 8% das mães já haviam introduzido complemento, praticando assim o aleitamento misto. No 30ºD 15% das mães complementavam a amamentação com leite artificial e 1% já havia desmamado o bebê. O AME apresentou declínio progressivo chegando a 79% aos 60 dias.

Estudo⁸⁹ que monitorou o AME até 180 dias após o parto revelou maior número de seu abandono aos 60 dias. O percentual de mães que aleitaram exclusivamente até o 60ºD (70,4%) é um pouco inferior ao encontrado no presente estudo (79%).

O gráfico 1 a seguir permite visualizar a evolução comparativa dos tipos de aleitamento nos períodos analisados.

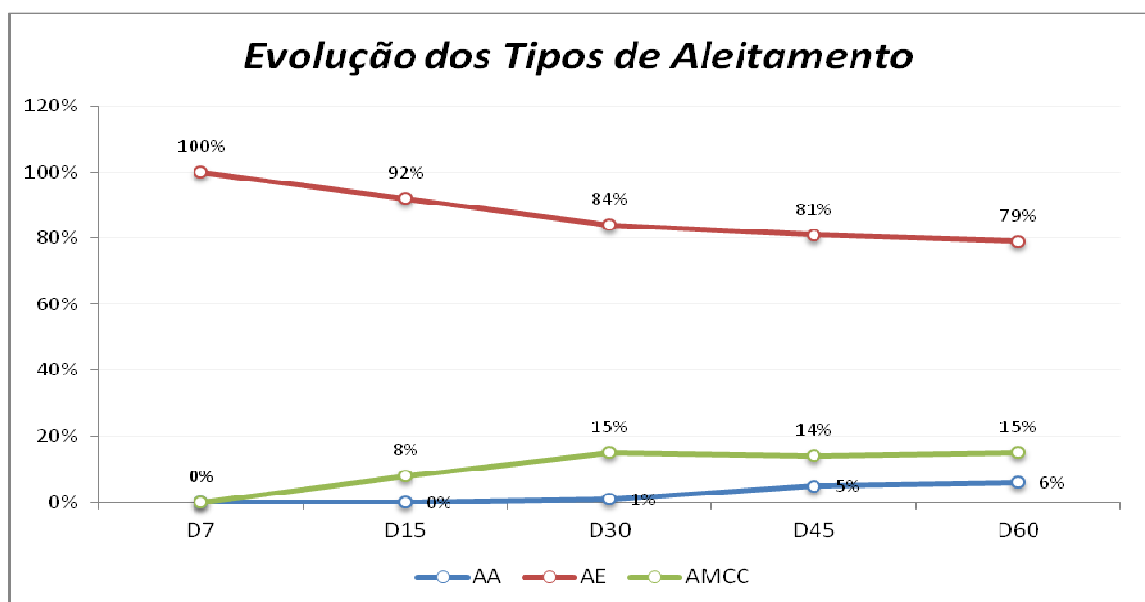


Gráfico 1. Evolução dos tipos de aleitamento nos períodos analisados.

As taxas de AME, no Brasil, estão em ascensão, porém continuam abaixo do recomendado pela OMS, que é de 180 dias. O percentual de 79% de crianças em AME identificados no estudo pode ser considerado bom, uma vez que a OMS atribui este conceito quando 50% a 89% das crianças menores de seis meses encontram-se em AME¹²⁸.

Tabela 10. Comparação do tempo de aleitamento materno com a média dos escores da escala de autoeficácia na amamentação. São Paulo, 2011.

Tempo de aleitamento	Autoeficácia na Amamentação				
	Média		Alta		P-valor
	Média	DP	Média	DP	
Aleitamento Exclusivo	56,1	10,6	53,0	14,5	0,547
Aleitamento não exclusivo	60,0	0,0	58,7	5,3	0,487

($p < 0,05$).

A relação entre a autoeficácia e o tempo de amamentação foi avaliada pela medida da correlação dos escores da escala (BSES-SF) e o tempo de amamentação em dias, como também pela comparação do tempo de amamentação entre as mulheres com autoeficácia média e alta.

A Tabela 10 mostra que não houve diferença estatisticamente significativa na comparação da média de tempo de AME e não exclusivo, com os escores de média e alta eficácia. Conclui-se, assim, que neste estudo, não houve influência na autoeficácia das mães com o tempo de duração do aleitamento.

No Brasil, não foi identificado nenhum estudo de coorte que associasse a autoeficácia na amamentação com o tempo de aleitamento materno, impedindo o cotejamento dos dados encontrados.

O estudo original desenvolvido por Dennis e Faux,¹⁰⁰ no Canadá, e que avaliou a confiança materna na amamentação com 130 canadenses, verificou que quanto maior o escore da BSES maior foi a probabilidade de a mulher manter a amamentação exclusiva na 6ª semana pós-parto ($p < 001$).

Outro estudo longitudinal¹²⁷ levado a efeito na Austrália, com 300 gestantes, avaliou a influência dos fatores modificáveis no pré-natal e a duração do aleitamento materno. A escala foi aplicada no último trimestre da gestação, na 1ª semana pós-parto e aos 4 meses de vida do bebê, e os resultados revelaram que as mães que pretendiam amamentar por menos de 6 meses, tiveram 2,4 vezes mais

chances de interromper o AM em 4 meses, do que aquelas que pretendiam amamentar por mais de 12 meses . Da mesma forma, na associação da BSES com o tempo de aleitamento exclusivo, observou-se que as mães com maior pontuação de autoeficácia tinham maior probabilidade de amamentar por mais tempo, tanto em 1 semana quanto em 4 meses pós-parto, do que as que apresentaram autoeficácia baixa na amamentação ($p < 0,05$).

Estes resultados não confirmou a utilização da escala como preditiva de risco de desmame precoce, visto que se acreditava que mães com alta autoeficácia manteriam o AME por mais tempo. Ao contrário do que se previa, pode-se observar na Tabela 10 que a média de dias de AME foi maior nas mães com média autoeficácia (56,1 dias).

Por outro lado, estes resultados divergiram de outros estudos^{99,100,101,127} que quanto maior o escore das BSES, maior foi tempo da mulher de AME.

A divergência dos resultados deste estudo com o de outros já realizados sugere a necessidade de que outras pesquisas de coorte devam ser realizadas no Brasil, para que se possam comparar dados e ter evidências mais conclusivas sobre a validade de aplicar a escala como preditiva na prática clínica.

Tabela 11. Associação das dificuldades no aleitamento, durante a internação, com os escores da escala de autoeficácia. São Paulo, 2011.

Atual		Média Eficácia		Alta Eficácia		Total		P-valor
		N	%	N	%	N	%	
Pega	Não	19	83%	73	68%	92	71%	0,169
	Sim	4	17%	34	32%	38	29%	
Gemelaridade	Não	23	100%	106	99%	129	99%	0,642
	Sim	0	0%	1	1%	1	1%	
Choro do bebê	Não	23	100%	105	98%	128	98%	0,509
	Sim	0	0%	2	2%	2	2%	
Sonolência do bebê	Não	15	65%	89	83%	104	80%	0,051
	Sim	8	35%	18	17%	26	20%	
Uso de Bico de Silicone	Não	23	100%	106	99%	129	99%	0,642
	Sim	0	0%	1	1%	1	1%	
Sensibilidade/Dor mamilar	Não	19	83%	71	66%	90	69%	0,125
	Sim	4	17%	36	34%	40	31%	
Fissura	Não	23	100%	98	92%	121	93%	0,149
	Sim	0	0%	9	8%	9	7%	
Escoriação	Não	22	96%	101	94%	123	95%	0,808
	Sim	1	4%	6	6%	7	5%	
Ausência do leite/ colostro	Não	21	91%	105	98%	126	97%	0,085
	Sim	2	9%	2	2%	4	3%	
Prótese mamária	Não	21	91%	106	99%	127	98%	0,025 *
	Sim	2	9%	1	1%	3	2%	
Posição	Não	22	96%	105	98%	127	98%	0,473
	Sim	1	4%	2	2%	3	2%	

(p<0,05) * Diferença significativa.

Verifica-se, na Tabela 11, que apenas a prótese mamária interferiu na confiança das mães para aleitar, porque houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,025$) na comparação das mães com e sem prótese mamária. Ou seja, ter prótese interferiu na autoeficácia das mulheres para a amamentação.

Este resultado é divergente do estudo qualitativo¹²⁹ realizado com puérperas que haviam se submetido a implante mamário de silicone, pois concluiu que a prótese mamária não exerceu influência negativa na amamentação. Há que se considerar, contudo, que a amostra do estudo foi pequena, fato ressaltado pelas próprias autoras.

Por outro lado, pesquisa qualitativa¹³⁰ que estudou a experiência de amamentar em mulheres submetidas à mamoplastia identificou que as mães que não conseguiram êxito no aleitamento atribuíram o insucesso à cirurgia e experimentaram sentimento de culpa.

Embora a mamoplastia redutora e o implante mamário, dependendo da técnica cirúrgica utilizada, não sejam impeditivos do AM, as mulheres submetidas a estes procedimentos podem apresentar insegurança quanto à sua capacidade de aleitar o filho, o que é corroborado pelos resultados encontrados.

Na Tabela 12 a seguir, estão especificados os problemas referidos pelas mulheres no 7º, 15º, 30º, 45º e 60º dias de vida do bebê, assim como a associação deles com a escala de autoeficácia na amamentação (Tabelas 13 a 17).

Tabela 12. Problemas identificados durante o monitoramento do aleitamento. São Paulo, 2011.

	Dias do Monitoramento											
	7ºD		15ºD		30ºD		45ºD		60ºD			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Pega	21	21,8%	4	4,2%	4	3,9%	3	3,7%	6	9,0%		
Sensibilidade /dor mamilar	36	37,2%	18	18,6%	10	9,9%	4	4,9%	3	4,5%		
Fissura mamilar	8	8,3%	10	10,4%	6	5,9%	2	2,5%	-	-		
Escoriação mamilar	1	1,0%	-	-	-	-	-	-	-	-		
Acha o leite fraco	-	-	9	9,3%	14	13,9%	8	9,7%	10	15,0%		
Ausência de leite	3	3,0%	4	4,1%	10	9,9%	14	17,0%	17	25,4%		
Prótese mamária	2	2,0%	2	2,0%	2	2,0%	2	2,5%	2	2,9%		
Ingurgitamento mamário	1	1,0%	6	6,1%	-	-	1	1,2%	-	-		
Gemelaridade	2	2,0%	2	2,0%	2	2,0%	2	2,5%	2	2,9%		
Choro excessivo do bebê	11	11,4%	15	15,6%	14	13,9%	8	9,7%	6	9,0%		
Sonolência do bebê	7	7,3%	1	1,0%	1	1,0%	-	-	-	-		
Perda de peso do bebê	-	-	5	5,2%	4	3,9%	3	3,7%	-	-		
Uso de bico de silicone	1	1,0%	1	1,0%	-	-	1	1,2%	-	-		
Insegurança materna	2	2,0%	-	-	4	3,9%	6	7,3%	-	-		
Quanto ao tempo de amamentar	-	-	3	3,0%	2	2,0%	3	3,7%	-	-		
Refluxo no bebê	-	-	1	1,0%	2	2,0%	3	3,7%	-	-		
Medo de engasgo no bebê	-	-	1	1,0%	3	3,0%	3	3,7%	-	-		
Uso de complemento	-	-	8	8,3%	15	14,9%	14	17,0%	15	22,3%		
Desmame	-	-	-	-	1	1,0%	5	6,0%	6	9,0%		
Uso do seio como chupeta	2	2,0%	7	7,2%	7	6,9%	-	-	-	-		
Total	97	100%	97	100%	101	100%	82	100%	67	100%		

*Houve mais de uma resposta por mãe.

Observa-se, na Tabela 12 que, dentre os problemas referidos pelas mães, os que aparecem em todos os períodos avaliados (7ºD, 15ºD, 30ºD, 45ºD e 60ºD) são: sensibilidade/dor mamilar ao amamentar, dificuldades na pega, choro excessivo do bebê, gemelaridade, presença de prótese mamária e a impressão de que o leite secou. Esses achados são corroborados pela literatura^{26,60,64,65,66,67,68,80,81,89}.

A sensibilidade mamilar foi o problema mais apontado no 7ºD (37,2%). A mulher, ao iniciar a amamentação, pode sentir os mamilos sensíveis, dolorosos. No entanto, a causa mais comum de dor nos mamilos é uma má adaptação do bebê à mama materna, ou seja, pega incorreta, que pode evoluir para o trauma mamilar. Este problema quando instalado pode interferir desfavoravelmente na prática do AME.

Observa-se que, no mesmo período (7ºD), houve também a queixa de trauma mamilar (fissura e escoriação) com percentuais de 8,3% e 1,0%. Estes achados podem ser atribuídos à dificuldade na pega, problema referido durante todo o período de monitoramento. De acordo com a literatura,²¹ os primeiros 14 dias após o parto são cruciais para a prática correta da amamentação, pois é nesse período que a lactação se estabelece, além de ser um período de intenso aprendizado. Portanto, a mulher deve receber uma atenção especial, alguns cuidados preventivos simples, como, por exemplo, reforçar as orientações sobre a prática da amamentação, corrigir posicionamento, pega incorreta e tempo de mamada, que podem representar o diferencial entre o risco de DP e a manutenção do aleitamento.

Durante todo o monitoramento, outro problema identificado foi o choro excessivo do bebê. O choro pode ser mal interpretado pelos pais e familiares, que o relacionam à fome ou podem acreditar, erroneamente, que o leite materno é fraco. Dessa forma deve-se esclarecer que existem muitas razões para o choro do bebê, incluindo adaptação à vida extrauterina. O entendimento da mãe sobre as necessidades do bebê é fundamental para evitar sentimentos de ansiedade e frustrações²⁶.

Se durante o ciclo gravídico puerperal as mães tivessem apoio e orientações seguras dos profissionais, possivelmente suas dúvidas, fragilidades e incertezas sobre o AM poderiam ser transformadas em segurança, o que beneficiaria tanto as mães como os bebês.

A literatura está repleta de estudos e exemplos que asseguram que a promoção e o apoio ao AM dão frutos positivos e significativos na manutenção do

aleitamento. É preciso que os profissionais levem para a sua prática diária estes ensinamentos e criem estratégias para atingirem as mães dos diferentes segmentos da sociedade e as sensibilizem quanto ao seu poder de nutrir os filhos e as vantagens que isto representa em suas vidas.

O que se tem observado é que faltam iniciativas para o apoio à mulher no decorrer dos primeiros dias após a alta hospitalar. É neste momento que os problemas mais diretamente ligados à amamentação emergem e ela se vê sozinha, insegura e sem ter a quem recorrer, o que constitui situação propícia para o abandono do AM.

Estudo⁵⁴ ressalta a efetividade de programa de apoio às mães no pós-parto e a importância de aumentar o conhecimento das mulheres sobre o AM durante a gestação.

Quanto à gemelaridade, é comum a ansiedade da mulher em relação à dúvida de conseguir ou não prover leite suficiente para alimentar dois ou mais bebês e muitas acabam por recorrer à complementação com leite em pó.

Apesar das constantes dúvidas das mães, sabe-se que o organismo da mulher é capaz de produzir leite suficiente para amamentar os filhos nos primeiros seis meses de vida, independentemente de ter um ou mais bebês ao mesmo tempo. Se a mãe amamentar com frequência, terá leite suficiente para seus bebês, pois é a sucção que faz a glândula produzir leite. Muitas vezes as mães deixam de praticar a amamentação por falta de informação e orientação correta que deveria acontecer, de preferência, desde o pré-natal e continuar ao longo do pós-parto¹³¹.

Ainda em relação aos problemas encontrados durante o monitoramento, embora a percepção de “leite fraco” ou “pouco leite” tenha atingido percentuais relativamente baixos, neste estudo, é importante ressaltar que estas dificuldades podem ser atribuídas à insegurança materna quanto à sua capacidade de nutrir o filho e considerada uma importante causa de suplementação precoce do AM.

Na maioria das vezes, a produção insuficiente de leite não passa de uma percepção equivocada, influenciada pelo choro, mau posicionamento, pega inadequada, problemas com o tempo de aleitamento, resultando em mamadas frequentes e prolongadas na tentativa de suprir a necessidade do bebê.

Outro problema importante encontrado durante o monitoramento do AM foi a introdução de leite artificial como complemento na amamentação. Das mães entrevistadas que iniciaram o complemento ou que desmamaram precocemente

82,8% mencionaram que a orientação foi realizada pelo pediatra, e apenas 17,2% por iniciativa própria. Esses dados corroboram com a literatura, onde atribui aos pediatras e não as mães, os maiores responsáveis pela interrupção precoce do AME no Brasil^{88,89}.

Estes dados reforçam cada vez mais a necessidade de intervenção profissional adequada, para que seja restabelecida a prática correta do AM e a confiança da mãe na sua capacidade de aleitar.

Apresentam-se a seguir as Tabelas (13 a 17) referentes à associação dos problemas identificados ao longo do monitoramento (7°D, 15°D, 30°D, 45°D e 60°D) com as médias dos escores da escala, identificadas na sua aplicação no puerpério. Ressalta-se que os problemas alocados nas Tabelas não são sempre os mesmos, uma vez que estes só foram listados quando referidos pela mãe.

Tabela 13. Associação dos problemas encontrados no monitoramento no 7ºD com os escores da escala de autoeficácia. São Paulo, 2011.

Dificuldades – 7ºD		Média Eficácia		Alta Eficácia		Total		P-valor
		N	%	N	%	N	%	
Pega	Não	7	88%	72	78%	79	79%	0,538
	Sim	1	13%	20	22%	21	21%	
Gemelaridade	Não	8	100%	90	98%	98	98%	0,674
	Sim	0	0%	2	2%	2	2%	
Choro do bebê	Não	7	88%	82	89%	89	89%	0,888
	Sim	1	13%	10	11%	11	11%	
Sonolência do bebê	Não	8	100%	85	92%	93	93%	0,419
	Sim	0	0%	7	8%	7	7%	
Uso do Bico de Silicone	Não	7	88%	92	100%	99	99%	0,001*
	Sim	1	13%	0	0%	1	1%	
Insegurança	Não	8	100%	90	98%	98	98%	0,674
	Sim	0	0%	2	2%	2	2%	
Sensibilidade/Dor Mamilar	Não	5	63%	59	64%	64	64%	0,927
	Sim	3	38%	33	36%	36	36%	
Uso do seio como chupeta	Não	7	88%	91	99%	98	98%	0,027*
	Sim	1	13%	1	1%	2	2%	
Fissura	Não	5	63%	87	95%	92	92%	0,001*
	Sim	3	38%	5	5%	8	8%	
Escoriação	Não	8	100%	91	99%	99	99%	0,767
	Sim	0	0%	1	1%	1	1%	
Leite secou	Não	8	100%	89	97%	97	97%	0,604
	Sim	0	0%	3	3%	3	3%	
Prótese mamária	Não	8	100%	90	98%	98	98%	0,674
	Sim	0	0%	2	2%	2	2%	
Ingurgitamento	Não	8	100%	91	99%	99	99%	0,767
	Sim	0	0%	1	1%	1	1%	

(p<0,05).* Diferença significativa

Observa-se, na Tabela 13, que, dentre os problemas referidos pelas mães no monitoramento do 7ºD e associados aos escores da escala, o uso do bico de silicone (p=0,001), uso do seio como chupeta (p=0,027) e a presença de fissura mamilar (p=0,001) foram estatisticamente significantes entre as mulheres com média autoeficácia, sugerindo que a menor confiança da mulher na sua capacidade em aleitar foi influenciada por problemas identificados ao longo do monitoramento.

Tabela 14. Associação dos problemas encontrados no monitoramento no 15ºD com os escores da escala de autoeficácia. São Paulo, 2011.

Dificuldades – 15ºD		Média Eficácia		Alta Eficácia		Total		P-valor
		N	%	N	%	N	%	
Pega	Não	7	88%	89	97%	96	96%	0,201
	Sim	1	13%	3	3%	4	4%	
Gemelaridade	Não	8	100%	90	98%	98	98%	0,674
	Sim	0	0%	2	2%	2	2%	
Choro do bebê	Não	6	75%	79	86%	85	85%	0,409
	Sim	2	25%	13	14%	15	15%	
Sonolência do bebê	Não	8	100%	91	99%	99	99%	0,767
	Sim	0	0%	1	1%	1	1%	
Perda de Peso do bebê	Não	7	88%	88	96%	95	95%	0,310
	Sim	1	13%	4	4%	5	5%	
Uso de Bico de Silicone	Não	7	88%	92	100%	99	99%	0,001*
	Sim	1	13%	0	0%	1	1%	
Tempo de amamentar	Não	8	100%	89	97%	97	97%	0,604
	Sim	0	0%	3	3%	3	3%	
Sensibilidade/Dor Mamilar	Não	7	88%	75	82%	82	82%	0,673
	Sim	1	13%	17	18%	18	18%	
Refluxo do bebê	Não	7	88%	92	100%	99	99%	0,001*
	Sim	1	13%	0	0%	1	1%	
Medo de Engasgo	Não	7	88%	92	100%	99	99%	0,001*
	Sim	1	13%	0	0%	1	1%	
Uso de Complemento	Não	8	100%	85	92%	93	93%	0,419
	Sim	0	0%	7	8%	7	7%	
Uso do seio como chupeta	Não	8	100%	85	92%	93	93%	0,419
	Sim	0	0%	7	8%	7	7%	
Uso de chupeta	Não	8	100%	84	91%	92	92%	0,385
	Sim	0	0%	8	9%	8	8%	
Fissura	Não	8	100%	82	89%	90	90%	0,326
	Sim	0	0%	10	11%	10	10%	
Acha o leite fraco	Não	8	100%	83	90%	91	91%	0,354
	Sim	0	0%	9	10%	9	9%	
Leite secou	Não	8	100%	88	96%	96	96%	0,547
	Sim	0	0%	4	4%	4	4%	
Prótese mamária	Não	8	100%	90	98%	98	98%	0,674
	Sim	0	0%	2	2%	2	2%	
Ingurgitamento	Não	6	75%	88	96%	94	94%	0,018*
	Sim	2	25%	4	4%	6	6%	

(p<0,05).* Diferença significativa.

A associação dos problemas no monitoramento 15ºD com os escores da escala, apresentados na Tabela 14, revela resultados estatisticamente significantes dos problemas: uso de bico de silicone (p=0,001), refluxo do bebê (p=0,001), medo

de engasgo do bebê ($p=0,001$) e a presença de ingurgitamento mamário ($p= 0,018$) manifestado pelas mães que tiveram média autoeficácia em comparação com aquelas que apresentaram alta autoeficácia na amamentação. Esses dados reforçam a necessidade da atuação profissional, seja no domicílio, ou em local indicado para o retorno após a alta hospitalar, principalmente nos primeiros 14 dias, período de grande fragilidade, aqui representada pelo medo e insegurança materna.

Tabela 15. Associação dos problemas encontrados no monitoramento no 30ºD com os escores da escala de autoeficácia. São Paulo, 2011.

Dificuldades – 30ºD		Média Eficácia		Alta Eficácia		Total		P-valor
		N	%	N	%	N	%	
Pega	Não	8	100%	88	96%	96	96%	0,547
	Sim	0	0%	4	4%	4	4%	
Gemelaridade	Não	8	100%	90	98%	98	98%	0,674
	Sim	0	0%	2	2%	2	2%	
Choro do bebê	Não	6	75%	80	87%	86	86%	0,350
	Sim	2	25%	12	13%	14	14%	
Sonolência do bebê	Não	8	100%	91	99%	99	99%	0,767
	Sim	0	0%	1	1%	1	1%	
Perda de Peso do bebê	Não	7	88%	89	97%	96	96%	0,201
	Sim	1	13%	3	3%	4	4%	
Insegurança	Não	7	88%	89	97%	96	96%	0,201
	Sim	1	13%	3	3%	4	4%	
Tempo de amamentar	Não	8	100%	90	98%	98	98%	0,674
	Sim	0	0%	2	2%	2	2%	
Sensibilidade/Dor Mamilar	Não	8	100%	82	89%	90	90%	0,326
	Sim	0	0%	10	11%	10	10%	
Refluxo do bebê	Não	7	88%	91	99%	98	98%	0,027*
	Sim	1	13%	1	1%	2	2%	
Medo de Engasgo	Não	7	88%	90	98%	97	97%	0,101
	Sim	1	13%	2	2%	3	3%	
Uso de Complemento	Não	7	88%	76	83%	83	83%	0,724
	Sim	1	13%	16	17%	17	17%	
Desmame	Não	8	100%	91	99%	99	99%	0,767
	Sim	0	0%	1	1%	1	1%	
Uso do seio como chupeta	Não	8	100%	85	92%	93	93%	0,419
	Sim	0	0%	7	8%	7	7%	
Fissura	Não	8	100%	86	93%	94	94%	0,456
	Sim	0	0%	6	7%	6	6%	
Acha o leite fraco	Não	7	88%	79	86%	86	86%	0,899
	Sim	1	13%	13	14%	14	14%	
Leite secou	Não	8	100%	82	89%	90	90%	0,326
	Sim	0	0%	10	11%	10	10%	
Prótese mamária	Não	8	100%	90	98%	98	98%	0,674
	Sim	0	0%	2	2%	2	2%	

(p<0,05).* Diferença significativa.

Nos dados da Tabela 15, verifica-se que, no monitoramento do 30ºD, apenas o problema refluxo do bebê apresentou associação estatisticamente significativa (p=0,027) na comparação das mães com média e alta autoeficácia, confirmando, mais uma vez, que as mulheres com menos confiança em si sofreram influência negativa deste problema na amamentação.

No 45°D e 60°D de monitoramento, embora os problemas continuassem a serem citados, não houve associações estatisticamente significativas entre eles e os escores da escala, como pode ser verificado nas Tabelas 16 e 17.

Tabela 16. Associação dos problemas encontrados no monitoramento no 45°D com os escores da escala de autoeficácia. São Paulo, 2011.

Dificuldades – 45°D		Média Eficácia		Alta Eficácia		Total		P-valor
		N	%	N	%	N	%	
Pega	Não	8	100%	89	97%	97	97%	0,604
	Sim	0	0%	3	3%	3	3%	
Gemelaridade	Não	8	100%	90	98%	98	98%	0,674
	Sim	0	0%	2	2%	2	2%	
Choro do bebê	Não	7	88%	85	92%	92	92%	0,625
	Sim	1	13%	7	8%	8	8%	
Perda de peso do bebê	Não	7	88%	90	98%	97	97%	0,101
	Sim	1	13%	2	2%	3	3%	
Uso de Bico de Silicone	Não	8	100%	91	99%	99	99%	0,767
	Sim	0	0%	1	1%	1	1%	
Insegurança	Não	7	88%	87	95%	94	94%	0,420
	Sim	1	13%	5	5%	6	6%	
Tempo de amamentar	Não	7	88%	90	98%	97	97%	0,101
	Sim	1	13%	2	2%	3	3%	
Sensibilidade/Dor Mamilar	Não	8	100%	88	96%	96	96%	0,547
	Sim	0	0%	4	4%	4	4%	
Refluxo do bebê	Não	7	88%	90	98%	97	97%	0,101
	Sim	1	13%	2	2%	3	3%	
Medo de Engasgo	Não	7	88%	90	98%	97	97%	0,101
	Sim	1	13%	2	2%	3	3%	
Uso de Complemento	Não	7	88%	77	84%	84	84%	0,778
	Sim	1	13%	15	16%	16	16%	
Desmame	Não	8	100%	87	95%	95	95%	0,499
	Sim	0	0%	5	5%	5	5%	
Uso do seio como chupeta	Não	8	100%	87	95%	95	95%	0,499
	Sim	0	0%	5	5%	5	5%	
Fissura	Não	8	100%	90	98%	98	98%	0,674
	Sim	0	0%	2	2%	2	2%	
Acha o leite fraco	Não	7	88%	85	92%	92	92%	0,625
	Sim	1	13%	7	8%	8	8%	
Leite secou	Não	6	75%	80	87%	86	86%	0,350
	Sim	2	25%	12	13%	14	14%	
Prótese mamária	Não	8	100%	90	98%	98	98%	0,674
	Sim	0	0%	2	2%	2	2%	

(p<0,05) * Diferença significativa.

Tabela 17. Associação dos problemas encontrados no monitoramento no 60°D com os escores da escala de autoeficácia. São Paulo, 2011.

Dificuldades – 60°D		Média Eficácia		Alta Eficácia		Total		P-valor
		N	%	N	%	N	%	
Pega	Não	8	100%	86	93%	94	94%	0,456
	Sim	0	0%	6	7%	6	6%	
Gemelaridade	Não	8	100%	90	98%	98	98%	0,674
	Sim	0	0%	2	2%	2	2%	
Choro do bebê	Não	8	100%	86	93%	94	94%	0,456
	Sim	0	0%	6	7%	6	6%	
Sensibilidade/Dor mamilar	Não	8	100%	89	97%	97	97%	0,604
	Sim	0	0%	3	3%	3	3%	
Uso de Complemento	Não	6	75%	76	83%	82	82%	0,591
	Sim	2	25%	16	17%	18	18%	
Desmame	Não	8	100%	86	93%	94	94%	0,456
	Sim	0	0%	6	7%	6	6%	
Leite fraco	Não	7	88%	83	90%	90	90%	0,806
	Sim	1	13%	9	10%	10	10%	
Leite secou	Não	6	75%	77	84%	83	83%	0,530
	Sim	2	25%	15	16%	17	17%	
Prótese mamária	Não	7	88%	90	98%	97	97%	0,101
	Sim	1	13%	2	2%	3	3%	

(p<0,05) * Diferença significativa.

Todos os achados durante o monitoramento do AM corroboram com a literatura que afirma que a BSES-SF é um instrumento clinicamente indicado para a enfermeira utilizar durante o puerpério, possibilitando reconhecer as mães que podem apresentar necessidades de intervenções efetivas antes da alta hospitalar, bem como é um instrumento viável para avaliar a percepção das puérperas em sua autoeficácia na prática do AM.



CONCLUSÕES

6 CONCLUSÕES

Considerando os objetivos propostos para este estudo, os resultados permitiram concluir:

As características sociodemográficas das mães

- A média de idade das mulheres foi de 32,8 (DP 5,0), com variação entre 17 a 44 anos.
- 53,1 % professavam a religião católica.
- 94,6% eram casadas.
- 70% tinham ensino superior completo.
- 90% exerciam atividade remunerada.

As características obstétricas evidenciaram:

- 46,9% de primíparas e 87% de partos cesarianos.

As dificuldades na amamentação:

- Das mães que apresentaram dificuldades na amamentação, 47% eram primíparas e 44% secundíparas.
- Mesmo com dificuldades, 100% das mulheres manifestaram a intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses de vida do bebê.

As orientações sobre o aleitamento materno:

- As mães receberam um percentual consideravelmente maior de orientações durante o período de internação do que durante o pré-natal.
- A maioria dos itens que compõem o elenco das orientações foi abordada para 70% ou mais de mães na internação.
- As orientações menos efetuadas durante a internação foram a ordenha (3,7%), armazenamento do leite (16,9%) e utilização de bicos e chupeta (30,7%).

A aplicação da escala de autoeficácia na amamentação:

- A maioria das mães (82,3%) obteve escores compatíveis com alta autoeficácia (52-70 pontos), 17,7% com média autoeficácia (33-51 pontos), e nenhuma mãe apresentou baixa autoeficácia na amamentação.
- Na correlação da média de escore da escala com os dados sociodemográficos não houve correlação estatisticamente significativa para nenhuma das variáveis analisadas.
- Não houve diferença estatisticamente significativa entre os escores de escala de autoeficácia na amamentação com as variáveis obstétricas.
- Na associação dos problemas no aleitamento, durante a internação, com os escores da escala de autoeficácia, apenas a prótese mamária interferiu na confiança das mães para aleitar, uma vez que houve diferença estatisticamente significativa ($p= 0,025$) na comparação das mães com e sem prótese mamária.

O monitoramento do aleitamento materno:

- A mediana do tempo de AME foi de 60 dias e 79% das mães o mantiveram até os 60 dias.
- As mães com média autoeficácia tiveram média maior de tempo de AME (56,1, DP 10,6) do que as com Alta autoeficácia (53,0, DP 14,5), porém, não houve diferença estatisticamente significativa entre elas.
- Ao iniciar o monitoramento no 7ºD pós-parto, 100% das mulheres praticavam o AME; no 15ºD, 8% das mães complementavam o AM com fórmula artificial.
- No 30ºD, 15% das mães complementavam a amamentação com leite artificial e 1% já havia desmamado o bebê.
- Dentre os problemas referidos durante os períodos (7ºD, 15ºD, 30ºD, 45ºD e 60ºD) do monitoramento, destacam-se as alterações mamilares, dificuldade na pega, choro excessivo do bebê, gemelaridade, presença de prótese mamária e a impressão de que o leite secou.
- Das mães que iniciaram o complemento ou que desmamaram precocemente, 82,8% mencionaram que foram orientadas pelo médico, e 17,2% iniciaram por conta própria.

A associação dos problemas no AM encontrados durante o monitoramento com os escores da escala de autoeficácia aplicada no puerpério.

- Houve diferença estatisticamente significativa entre a associação dos escores das mulheres com média autoeficácia e alta autoeficácia e os problemas uso de Bico de Silicone ($p=0,001$), uso do Seio como Chupeta ($p=0,027$) e presença de Fissura Mamilar ($p=0,001$), identificados no 7ºD de monitoramento.
- Houve diferença estatisticamente significativa na associação dos problemas do uso do Bico de Silicone ($p=0,001$), Refluxo do bebê ($p=0,001$), Medo de Engasgo ($p=0,001$) e presença do Ingurgitamento Mamário ($p=0,018$) e os escores da escala das mães com média e alta autoeficácia no monitoramento do AM (15ºD).
- No monitoramento 30ºD, verificou-se que apenas o problema de Refluxo do bebê apresentou associação estatisticamente significativa ($p=0,027$) entre as mulheres com média autoeficácia em relação com as que apresentaram alta autoeficácia na amamentação.
- Não foram encontradas associações estatisticamente significantes em relação aos problemas e os escores da escala de autoeficácia na amamentação nos 45ºD e 60ºD.

A escala não foi preditiva de risco de desmame precoce, uma vez que as mães com média autoeficácia mantiveram o AME por mais tempo (56,1 dias) que as mães que apresentaram alta autoeficácia na amamentação (53 dias).

A escala mostrou-se um instrumento viável de ser utilizado na prática clínica para identificar as mães com insegurança na autoeficácia para a amamentação e apontar aquelas que precisam de maior atenção e apoio para o sucesso no processo de aleitar.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resultado do estudo não confirmou a expectativa da autora de que a escala pudesse ser utilizada como preditiva de risco de desmame precoce, uma vez que se acreditava que mães com alta autoeficácia manteriam o AME por mais tempo.

Entretanto, estes resultados divergiram de estudos em outras culturas, onde se verificou que quanto maior o escore das BSES, maior foi tempo de AME. Portanto, infere-se que outros estudos de coorte devam ser realizados no Brasil e em vários níveis sociais, para que se possam comparar dados e identificar evidências científica mais conclusivas sobre a validade de aplicar a escala como preditiva do aleitamento materno.

O estudo apresenta algumas limitações que podem ter interferido em seus resultados como o reduzido tamanho da amostra e o tempo do monitoramento.

Já em relação à aplicabilidade clínica da escala durante o puerpério, verificou-se que é um instrumento confiável para avaliar a percepção das puerperas em sua autoeficácia na amamentação, possibilitando às enfermeiras identificar as mães que são suscetíveis de ter sucesso na amamentação, bem como aquelas que podem apresentar necessidades de intervenções antes da alta hospitalar.

Os resultados deste estudo reforçam cada vez mais a necessidade de intervenções do profissional de forma preventiva desde o pré-natal, durante o puerpério imediato e, principalmente, no acompanhamento efetivo do manejo prático do AM após a alta hospitalar.

Um programa de apoio às mães no puerpério, estabelecido pela instituição, poderia ser um diferencial na assistência prestada e um incentivo ao AME. As mulheres, ao saberem que contam com um serviço de apoio ao qual poderiam recorrer em caso de necessidade, sentir-se-iam mais seguras e confiantes.



REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization: The World Health Organization's Infant-feeding recommendation. Bull World Health Organ. 1995; 73: 165-74.
2. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk: Work group on breastfeeding. Pediatrics. 1997; 100: 1035-9.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Saúde da Criança: Nutrição Infantil. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Caderno de Atenção Básica nº 23. Brasília, 2009; 112p.
4. Victora CG. Infection and disease: The impact of early weaning. Food Nutr Bull. 1996; 17: 390-6.
5. Organização Mundial da Saúde. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis. Declaração conjunta OMS/UNICEF. Genebra; 1989.
6. Brasil. Ministério da Saúde. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009. [capturado 20 jun. 2010]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pesquisa_pdf.pdf.
7. Victoria C, Barros FC. A questão da sobrevivência infantil no mundo e sua relevância para as Américas. Cadernos ESP: Escola de Saúde Pública do Ceará. 2005; 1(1) [capturado 6 ago. 2010]. Disponível em: www.ibfan.org.br/documentos.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto para redução da mortalidade na Infância PRMI. Brasília: Ministério da Saúde; 1995.
9. Caldeira AP, Goulart EMA. A situação do aleitamento materno em Montes Claros, Minas Gerais: Estudo de uma amostra representativa. J Pediatr. 2000; 76(1): 65-72.
10. Carvalhaes MABL, Parada MCGL, Manoel CM, Venâncio SY. Diagnóstico da situação do aleitamento materno em área urbana do Sudeste do Brasil: utilização de metodologia simplificada. Rev Saúde Pública. 1998; 6: 32-43.

-
11. Ramos VW, Ramos JW. Aleitamento materno, desmame e fatores associados CERES. 2007; 2(1): 43-50.
 12. Giugliani ERJ. Amamentação exclusiva. In: Amamentação Bases Científica. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. cap. 2 p.29-32
 13. Santiago MC. Avaliação da implantação do programa de industrialização de fórmula látea infantil da cidade de Belo Horizonte, MG: repercussão sobre o ganho de peso do recém-nascido exposto ao vírus do HIV. RJ; ago. 2006; 170 p.
 14. Brown KH, Black RE, Romana GL, Kanashiro HC. Infant feeding practices and their relationship with diarrhea and other diseases in Huascar (Lima), Peru. Pediatrics. 1989; 83: 31-40.
 15. Victora CG, Smith PG, Vaughan JP. et al. Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. Lancet. 1987; 2: 317-22.
 16. World Health Organization. Indicators for assessing breastfeeding practices. Geneva: World Health Organization; 1991. WHO/CDD/SER/91.14.
 17. Neiva FCB, Cattoni DM, Ramos JLA, Issler H. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. J Pediatr. 2003; 79:7-12.
 18. Toma TS, Monteiro CA. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do município de São Paulo. Rev Saúde Pública. 2001; 35: 409-14.
 19. American Academy of Pediatrics, Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 1997; 100: 1035-9.
 20. Rezende J, Montenegro CAB. Mamas. Lactação. In: Rezende J, organizador. Obstetrícia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 400-3.
 21. Gerstein HC. Cow's milk exposure and type I diabetes mellitus. A critical overview of the clinical literature. Diabetes Care.1994; 17: 13-9.

-
22. Cesar JA, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Flores JA. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during post-neonatal period in Brazil: nested cases-control study. *Br Med J.* 1999; 318: 1316-20.
23. Lilian NY. Leite Materno X Leite de Vaca (ou Leite artificial). In: O portal da família, 2008. [Capturado em 10 de setembro 2010] Disponível em: www.e-familynet.com/artigos/articles.
24. Marcondes, E. *Pediatria Básica*. 9. ed. São Paulo: Sarvier; 2002. p.112–125.
25. Diniz RLP. Avaliação do Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno do Hospital Geral César Cals um Hospital Amigo da Criança em Fortaleza – Ceará [dissertação]. Fortaleza: UEC; 2003.
26. Giugliani ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. *J Pediatr.* 2000;76 (Supl 3): 238-52.
27. Organização Mundial da Saúde (OMS/SRF/MSM). *Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático*. Brasília; 1996.
- .
28. Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, AmengaEtego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics.* 2006; 117: 380-6.
29. Byers T, Graham S, Rzepka T, Marshall J. Lactation and breast cancer: evidence for a negative association in premenopausal women. *Am J Epidemiol.* 1985; 121: 664-74.
30. Schneider AP. Risk factor for ovarian cancer (letter). *New Engl J Med.* 1987; 317: 508-9.
- .
31. Family Health International. Breast-feeding as a family planning method. *Lancet.* 1988; 2: 1204-5.
32. Lamounier JA. Promoção e incentivo ao aleitamento materno: Iniciativa Hospital Amigo da Criança. *J pediatr.* 1996; 72(6): 363-8.

33. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais e no Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

34. Araujo MFM. Situação e Perspectivas do Aleitamento Materno no Brasil. In: Amamentação Bases Científicas. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 269-81.

35. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Brasília: Ministério da Saúde; 1991.

36. Almeida JAG, Ferreira SLC. Um perfil histórico da amamentação – os Bancos de leite Humano no Brasil. In: Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Mostra Amamentação Vida. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2002.

37. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS nº 155. Estabelecem diretrizes e normas do Hospital Amigo da Criança. Diário Oficial da União, 15 set. 1994.

38. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS nº 756. Estabelece normas para o processo de habilitação do Hospital amigo da Criança. Diário Oficial da União, 17 dez. 2004.

39. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro 1996.

40. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 31, de 8 de outubro de 1992. Norma brasileira para comercialização de alimentos para lactentes. Diário Oficial da União, Brasília, 12 nov.1992.

41. 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 a de produtos de puericultura correlatos. Diário Oficial da União, 4 jan. 2006.

42. Brasil. Portaria nº 2.394, de 7 de outubro de 2009, institui a Semana Mundial da Amamentação (SMAM) no Brasil e estabelece a parceria entre o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria nas comemorações da SMAM. Diário Oficial da União, 9 out. 2009.

-
43. Carvalho MR. Manejo ampliado da amamentação. In: Amamentação Bases Científicas 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. Cap. 23. p.338-9.
44. Maia PRS, Almeida JAG, Novak FR, Silva DA. Rede nacional de bancos de Leite Humano: gênese e evolução. Rev Brás Saúde Matern Infant. 2006; 6(3): 285-92.
45. Brasil. Portaria nº 1893 de 2 de outubro de 2003. Institui o dia 1º de outubro como o Dia Nacional de Doação de Leite Humano. Diário Oficial da União, Brasília, 3 out. 2003.
46. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 693. Aprova norma para orientação para implantação do método Mãe Canguru, destinado a oferecer atenção humanizada ao RN de baixo peso. Diário Oficial da União, 6 jun. 2000.
47. Brasil. Portaria nº 2.799, de 18 de novembro de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Amamenta Brasil.
48. DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO: índices de aleitamento materno no Brasil, 19 nov. 2008.
49. Brasil. Constituição Federal. Inciso XVIII do caput do Art.7º da Constituição Federal: Casa Civil; 2008.
50. Carvalho MR, Tavares LAM. Sala de apoio á amamentação nos locais de trabalho. In: Amamentação Bases Científicas 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. Apêndice F. p. 376-9.
51. Réa MF. A mulher trabalhadora e a prática de amamentar. In: Amamentação Bases Científicas. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. Cap. 18. p. 286-90.
52. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Banco de Leite Humano- Funcionamento, Prevenção e Controle de Riscos. Série Tecnologia em Serviço; 2008. p. 159.

-
53. SILVA, AAM. Amamentação: fardo ou desejo? Estudo histórico-social dos saberes sobre aleitamento na sociedade brasileira. [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1990. 302 p.
54. Narchi ZN, Fernandes RAQ, Dias AL, Novasi HD. Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(1): 87-94.
55. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Gerais e Operacionais da Rede Cegonha: Portal da Saúde SUS [capturado em 05 de junho de 2012]. Disponível: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082
56. Palma D. Alimentação da criança nos primeiros anos de vida. Rev Paul Pediatr. 1998; 1(6): 21-6.
57. Vinagre R.D, Diniz EMA, Vaz FA. Leite Humano: um pouco da sua história. Pediatria. 2001; 23(4): 340-45.
58. Sydrônio K. A enfermagem brasileira tecendo as redes do conhecimento no assistir em amamentação [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz; 2006. p. 227.
59. Ramos CV, Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: Estudo qualitativo. J Pediatr. 2003b; 79(5): 385-90.
60. Almeida JAG, Novak FR. Breastfeeding: A nature-culture hybrid. J Pediatr. 2004; 5(80): 119-25.
61. Venâncio, SI. Dificuldades para o estabelecimento da amamentação: O papel das práticas assistenciais das maternidades. J Pediatric. 2003; 79:1-2.
62. Vieira GO, Silva LR, Vieira TO. Alimentação infantil e morbidade por diarreia. J Pediatr. 2003; 79(5): 449-54.
63. Vieira GO, et al. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. Rev bras saúde matern infant. 2004; 4(2):143-50.

64. Barros FC, Victora CG, Semer TC, Filho ST, Tomasi E, Weiderpass E. Use of pacifiers is associated with decreased breast-feeding duration. *Pediatrics*. 1995; 95: 497-9.

65. Victora CG, Behague DP, Barros FC, Olinto MTA, Weiderpass E. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence? *Pediatrics*. 1997; 99: 445-53.

66. Neifert M, Lawrence R, Seacat J. Nipple confusion: toward a formal definition. *J Pediatr*. 1995; 126:125-9.

67. Lamounier JA. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno : The influence of nipples and pacifiers on breastfeeding duration. *J Pediatr*. 2003; 79(4): 284-86.

68. Carvalhaes MABL, Correa CRH. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. *J Pediatric*. 2003; 79:13-20.

69. Santo LC, de Oliveira LD, Giugliani ER. Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months. *Birth*. 2007; 34:212-9.

70. Chaves RG, Lamounier JA, César CC. Factors associated with duration of breastfeeding. *J Pediatr*. 2007; 83:241-6.

71. Coutinho SB, Lima MC, Ashworth A, Lira PI. Impacto de treinamento baseado na Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre práticas relacionadas à amamentação no interior do Nordeste. *J Pediatr*. 2005; 81:471-7.

72. Woodridge MW. Problems of establishing lactation. *Food Nutr Bull*. 1996;17: 316-23.

73. Gloria MBAN. N-nitrosaminas em bicos de mamadeira e chupeta. *Ciência e Cultura*. 1991; 43(1): 44-7.

74. Brasil Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. A resolução RDC 41/2011 proíbe a comercialização de mamadeiras fabricadas no Brasil ou importadas contendo a substância Bisfenol A.[Capturado em 09 de outubro de 2011]. Disponível em: www.anvisa.gov.br

-
75. Amorim MM, Andrade ER. Atuação do enfermeiro no PSF sobre aleitamento materno. ISECENSA. 2009; 3(9): 93-110.
76. Biancuzzo M. Sore nipples: prevention and problem solving. Herndon, USA: WMC Worldwide; 2000.
77. Vinha VP. Projeto aleitamento materno. Auto-cuidado com a mama puerperal. São Paulo: Sarvier; 1994.
78. Weigert EML, Giugliani ERJ, França MCT, Oliveira LD, Bonilha A, Santo LC. Influência da técnica de amamentação nas freqüências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. J Pediatr. 2005; 81(4): 310-6.
79. Kelly PC, Gamba MA, Silva RS, Abrão ACFV. Fatores associadas ao trauma mamilar na maternidade. J Pediatr. 2009; 85(4): 341-45.
80. Savaci N. Reduction mammoplasty by the central pedicle, avoiding a vertical scar. Aesthetic Plastic Surgery. 1996; 20(2): 171-75.
81. Hang-FU L. Subjective comparison of six different reduction mammoplasty procedures. Aesthetic Plastic Surgery. 1991; 15(4): 297-302.
82. Souto GC, Giugliani ER, Giugliani C, Schneider MA. The impact of breast reduction surgery on breastfeeding performance. J Hum Lact. 2003; 19(1):43-49; quiz 66 a 9, 120.
83. Hust NM. Lactation after augmentation mammoplasty. Obstet gynecol. 1996; 87(1):30-34.
84. Sandre PG, et al. Conhecimentos maternos sobre amamentação entre puérperas inscritas em programa de pré-natal. Cad Saúde Pública. 2000; 16(2): 457-66.
85. Percegoni N, et al. Conhecimento sobre aleitamento materno de puérperas atendidas em dois hospitais de Viçosa, Minas Gerais. Rev Nutr. 2002; 15(1): 29-35.

-
86. Almeida JAG, Novak FR. Breastfeeding: A nature-culture hybrid. *J Pediatr.* 2004;5(80):119-25.
87. OMS/OPAS/UNICEF. Manejo e promoções do aleitamento materno – Curso de 18 horas para equipes de maternidades. Nova Iorque; 1993.
88. Ravagnani F. Pediatras-vilões do desmame precoce. Artigo [Capturado em 20 nov.2011].Disponível em:<http://noticias.uol.com.br/inter/reuters/2003/10/11/ult27u38739.jhtm#>
89. Rocci E. Aleitamento materno exclusivo de crianças nascidas em hospital amigo da criança. [dissertação]. São Paulo: Universidade Guarulhos; 2011.
90. Almeida NAM, Fernandes AG, Araújo CG. Aleitamento materno: Uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no pós-parto. *Rev Eletrônica Enferm.* 2004; 6(3): 358-67.
91. Giugliani ERJ. Amamentação: Como e porque promover. *J pediatr.* 1994; 70(3): 138-47.
92. Réa MF. O pediatra e a amamentação exclusiva. *J Pediatr.* 2003; 79:47.
93. World Health Organization / UNICEF. Breastfeeding counselling: A training course. Geneva: World Health Organization / UNICEF; 1993.
94. Tamez RN. Elementos fundamentais no apoio ao aleitamento materno. In: Amamentação Bases Científicas: Atuação de enfermagem. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010; Cap 7. p.124.
95. Carvalho MR. Guia de avaliação das condições de eficiência dos Serviços de Saúde no incentivo ao aleitamento materno. *J. pediatr.* 1986; 60(4): 185-202.
96. Sandre PG, et al. Conhecimentos maternos sobre amamentação entre puerperas inscritas em programa de pré-natal. *Cad. Saúde Pública.* 2000; 16(2): 457-66.

-
97. Oriá, MOB. Tradução e validação da breastfeeding Self-Efficacy Scale: aplicação em gestantes [tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2007.
98. Buxton KE, Gielen AC, Faden RR, Brown CH, Paige DM, Chwalow AJ. Women intending to breastfeed: predictors of early infant feeding experiences. *Am J Prev Med.* 1991; 7(2):101-6.
99. Dennis CL. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *JOGNN.* 2002; 32(6): 734-44.
100. Dennis CL, Faux S. Development and psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale. *Rev Nurs Health.* 1999; 22(5): 399-409.
101. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 1977; 84:191-215.
102. Bandura A. Social foundation of thought and action: a social cognitive theory. Englewoods Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1986.
103. Salvetti MG, Pimenta CAM. Validação da Chronic Pain Self-efficacy Scale para a língua portuguesa. *Rev Psiq Clín.* 2005; 32(4): 202-10.
104. Dennis CL. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: A self-efficacy framework. *J Human Lactations.* 1999; 15: 195-201.
105. Creedy DK, Dennis CL, Blyth R, Moyle W, Pratt J, De Vries SM. Psychometric characteristics of the breastfeeding self-efficacy scale: data from an Australian sample. *Res nurs health.* 2003; 26: 143-52.
106. Torres MM, Torres RRD, Rodriguez AMP, Dennis C L. Translation and Rican validation of the breastfeeding self-efficacy scale into Spanish: data from a Puerto population. *J Human Lactation.* 2003; 19:35-42.
107. Dai X, Denni CL. Translation and validation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale into Chinese. *J Midwifery Womens Health.* 2003; 48: 350-56.
108. Wutke K, Denni CL. The reliability and vality of Polish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form. *Int J Nurs Stud.* 2006; 1-8.

109. Dodt RCM. Aplicação e validação da breastfeeding self-efficacy scale-short: em puérperas [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2008.

110. Nelas PA, Ferreira M, Duarte JC. Motivação para a amamentação: construção de um instrumento de medida. Rev. Referência 11^o série. 2008; n^o6: 39-56.

111. Ferreira M, Nelas PA, Duarte JC. Motivação para o aleitamento materno: variáveis intervenientes. Millenium. 2011; 40: 23-38.

112. Volpini CCA, Moura EC. Determinantes do desmame precoce no distrito noroeste de Campinas. Rev. Nutr. 2005; 18(3): 311-319.

113. Labrada MCP, Rio MV, González RMG, Reyes WG. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999; 15: 397-402.

114. Bulk-Bunschoten AM, van Bodegom S, Reerink JD, Pasker-de Jong PC, Graat CJ. Reluctance to continue breastfeeding in The Netherlands. Acta Paediatr. 2001; 90(9): 1047-53.

115. Réa MF, Cukier R. Razões de desmame e de introdução de mamadeira: uma abordagem alternativa para seu estudo. Rev Saúde Pública. 1988; 22(3): 184-91.

116. Bulk-Bunschoten AM, van Bodegom S, Reerink JD, Pasker-de Jong PC, Graat CJ. Reluctance to continue breastfeeding in The Netherlands. Acta Paediatr. 2001; 90(9): 1047-53.

117. Mascarenhas MLW, Albernaz EP, Silva MB, Silveira RB. Prevalence of exclusive breastfeeding and its determiners in the first 3 months of live in the South of Brazil. J Paediatr. 2006; 8(4): 289-94.

118. Bolam A, Manandhar DS, Shrestha P, Ellis M, Costello AML. The effects of postnatal health education for mothers on infant care and family planning practices in Nepal: a randomised controlled trial. BMJ. 1998; 316: 805-11.

120 Brito RS, Oliveira EMF. Aleitamento materno: mudanças ocorridas na vida conjugal do Pai. Ver. Gaúcha de Enfermagem. 2006; 27(2):193-202.

121. COSTA C. Participação do companheiro no processo do aleitamento materno. *Nutrição e Pediatria*. 2005. [Capturado em 10 de Maio de 2012] Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos>

122. Andrade IGM, Taddei JAA. Determinantes socioeconômicos culturais e familiares do desmame precoce numa comunidade de Natal, Brasil. 2002; 20: 8-18.

123 Falceto OG, Giugliani ERJ, Fernandes CLC. Couples relationship and breastfeeding: is there an association? *J Hum Lact*. 2004; 20:46-55

124 Susin LRO, Giugliani ERJ. Influência das avós na prática do aleitamento materno. *Rev. Saúde Pública*. 2005; 39:141-147.

125 Parto no Brasil. Cesáreas superam partos normais pela primeira vez no país. *Folha da São Paulo*, 20 de novembro de 2011. [Capturado 10 de maio de 2012]. Disponível: <http://www.partonobrasil.com.br/2011/11/post-extraordinario-folha-de-sao-paulo.html>

126 World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985; 2(8452): 436-7.

127. Blyth RJ, Creedy DK, Dennis CL, et al. Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. *J of Human Lactation*. 2004; 20: 30-38.

128. World Health organization. *Infant and young child feeding: the global strategy for infant feeding*. Geneva. 2003. [Capturado em 15 de Fevereiro de 2012]. Disponível: www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding.

129. Belentani LM, Agnolo CMD, Ichisato SMT, Waidman MAP, Pelloso SM. Visão de mulheres que experienciaram o aleitamento materno após implante de prótese mamária. *Rev. Cogitare Enferm*. 2011; 16(2): 254-60.

130. Dornaus MFPS. A experiência da amamentação de um grupo de mulheres com mamoplastia redutora e de aumento. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.

131.. Scot JA, et al. Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. *Pediatrics*. 2006; 117: 646-55.



APÊNDICES

Apêndice A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaria de convidá-la a participar de uma pesquisa que será realizada por mim e que terá como objetivo avaliar o risco do desmame precoce em mulheres no puerpério mediato, utilizando a escala de Autoeficácia na Amamentação Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES_SF).

Sua participação será responder em forma de entrevista dois questionários de aproximadamente 15 minutos no total, pessoalmente, e depois por via telefônica no 7°, 15°, 30°, 45° e 60° dias após o nascimento do bebê e alta hospitalar. As entrevistas via telefone terão a duração de aproximadamente 5 minutos para responder perguntas sobre o leite que você tem dado para o seu bebê, dificuldades no aleitar. Informo que durante o período do estudo nenhuma compensação será oferecida por sua participação nas atividades de pesquisa, que ajudará a melhorar o atendimento e a manter o aleitamento materno. Você poderá se recusar a participar ou em qualquer momento e em qualquer etapa do estudo poderá interromper sua participação, sem nenhum prejuízo e nenhum comprometimento no seu atendimento, na instituição. Por este termo fica assegurado que as respostas obtidas serão mantidas em sigilo e que os resultados deste trabalho poderão ser publicados ou utilizados em estudos futuros e que os riscos para sua participação nas atividades a serem desenvolvidas, serão mínimos.

São Paulo _____ / _____ / _____

Nome da participante

Assinatura da participante

Declaro que recebi orientação verbal sobre a pesquisa e está clara para mim a minha participação no estudo.

Erdnaxela Fernandes do Carmo Souza

Pesquisadora Responsável – COREN SP 195624 Telefone (011) 67407007

APÊNDICE B

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

1. Dados sócios demográficos:

Formulário _____ Telefones _____

Iniciais _____ Idade _____ Estado Civil: 1 casada () 2 solteira () 3 separada () 4 União

Escolaridade: 1 fundamental completo () 2 Incompleto () 3 Médio Completo

4 Incompleto () 5 Superior Completo () 6 Incompleto ()

Situação Empregatícia: 1 Empregada () 2 Desempregada ()

Religião: _____

2. Dados Obstétricos:

Tipo de parto: 1 () Normal 2. () Cesário 3. () Fórceps

4 () Normal.

Paridade: _____ Gestação: _____ Data do Parto: _____

Puerpério Mediato (Nº de dias após o parto): _____

Tipos de Mamilos: 1 () Planos 2 () Semi-planos 3 () Protusos 4 () Semi – Protusos

5 () Invertidos 6 () Pseudo-invertidos

Condições das Mamas: 1 () Flácidas 2 () Globosas 3 () ingurgitadas ()

4 () Presença de Colostro 5 () Apojadura 6 () Presença de Leite

Condições dos Mamilos: 1 () Íntegros 2 () Sensíveis 3 () Fissuras 4 () Escoriações

3. Dados sobre Amamentação:

Você teve algum problema para amamentar seus outros filhos? 1 Não () 2 Sim ()

Qual _____

Você teve dificuldade para amamentar este bebê? 1 Não () 2 Sim ()

Qual _____

Você pretende amamentar seu bebê exclusivamente? 1 Não () 2 Sim ()

Por quanto tempo pretende praticar o aleitamento materno exclusivo _____

Você recebeu orientação sobre amamentação? 1 Não () 2 Sim ()

Quais; 1 () Posição 2 () Pega 3 () Ordenha 4 () Armazenamento,

5 () Tempo em cada mama 6 () Livre demanda 7 () A Importância AE

8 () Bicos e chupetas.

Onde? Pré Natal 1 () Hospital 2 () Ambos 3 ()

APÊNDICE C

Monitoramento do Aleitamento

7º dia Data _ / _ / _	Aleitamento: 1 AE () 2 AMCC () 3 AA () Se AMCC ou AA, Quem orientou _____ Você esta tendo alguma dificuldade para amamentar SIM () NÃO () Qual _____
Contato 1º () 2º () 3º () 4º ()	

AE – Aleitamento Exclusivo / AA – Aleitamento Artificial
AMCC – Aleitamento Materno Com Complemento

15º dia Data _ / _ / _	Aleitamento: 1 AE () 2 AMCC () 3 AA () Se AMCC ou AA, Quem orientou _____ Você esta tendo alguma dificuldade para amamentar SIM () NÃO () Qual _____
Contato 1º () 2º () 3º () 4º ()	

AE – Aleitamento Exclusivo / AA – Aleitamento Artificial
AMCC – Aleitamento Materno Com Complemento

30º dia Data _ / _ / _	Aleitamento: 1 AE () 2 AMCC () 3 AA () Se AMCC ou AA, Quem orientou _____ Você esta tendo alguma dificuldade para amamentar SIM () NÃO () Qual _____
Contato 1º () 2º () 3º () 4º ()	

AE – Aleitamento Exclusivo / AA – Aleitamento Artificial
AMCC – Aleitamento Materno Com Complemento

45º dia Data _ / _ / _	Aleitamento: 1 AE () 2 AMCC () 3 AA () Se AMCC ou AA, Quem orientou _____ Você esta tendo alguma dificuldade para amamentar SIM () NÃO () Qual _____
Contato 1º () 2º () 3º () 4º ()	

AE – Aleitamento Exclusivo / AA – Aleitamento Artificial
AMCC – Aleitamento Materno Com Complemento

60º dia Data _ / _ / _	Aleitamento: 1 AE () 2 AMCC () 3 AA () Se AMCC ou AA, Quem orientou _____ Você esta tendo alguma dificuldade para amamentar SIM () NÃO () Qual _____
Contato 1º () 2º () 3º () 4º ()	

AE – Aleitamento Exclusivo / AA – Aleitamento Artificial
AMCC – Aleitamento Materno Com Complemento

APÊNDICE D



Guarulhos, 14 de Setembro de 2010

A

DD. Diretor Técnico

Do Hospital Samaritano

Vimos solicitar autorização para realizar a pesquisa, “Autoeficácia na amamentação: Aplicação da Escala Breastfeeding Self-Eficacy scale-Shot Form (BSES_SF)”, nesta instituição.

Esclareço que o trabalho terá como objetivos: Avaliar o risco de desmame precoce em mulheres no Puerpério mediato utilizando a escala de Alta-Eficácia na Amamentação Breastfeeding Self-Eficacy scale-Shot Form (BSES_SF).

O trabalho será desenvolvido como parte das exigências, para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem da Universidade Guarulhos.

Os dados serão coletados pela própria pesquisadora, que abordará as pacientes individualmente. Ressaltamos que os resultados do estudo serão apresentados a esta Instituição e poderão ser publicados em revistas científicas.

A orientadora da pesquisa será a Prof^a Dr^a Rosa Áurea Quintella Fernandes, Professora Titular do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Guarulhos.

Atenciosamente,

Erdnaxela Fernandes do Carmo Sousa, Coren-Sp 105624

Prof^a Dr^a Rosa Áurea Quintella Fernandes
Orientadora



ANEXOS

ANEXO A

Escala de Auto-Eficácia na Amamentação - Forma Abreviada

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 você se sente. Não existe uma resposta certa ou errada.

- 1 = Discordo totalmente
 2 = Discordo
 3 = Às vezes concordo
 4 = Concordo
 5 = Concordo totalmente

	Discordo totalmente		Concordo totalmente		
	1	2	3	4	5
1. Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente.	1	2	3	4	5
2. Eu sempre lido com amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios. (Supera com sucesso a amamentação e as demais situações da vida).	1	2	3	4	5
3. Eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento.	1	2	3	4	5
4. Eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada.	1	2	3	4	5
5. Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer.	1	2	3	4	5
6. Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando.	1	2	3	4	5
7. Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando.	1	2	3	4	5
8. Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família.	1	2	3	4	5
9. Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar.	1	2	3	4	5
10. Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo. (Mesmo consumindo o meu tempo eu quero amamentar).	1	2	3	4	5
11. Eu sempre amamento meu bebê em um peito e depois mudo para o outro.	1	2	3	4	5
12. Eu sempre continuo amamentando meu bebê a cada alimentação dele. (a cada mamada).	1	2	3	4	5
13. Eu sempre consigo adequar as minhas necessidades às necessidades do bebê. (Organizo minhas necessidades de banho, sono, alimentação com a amamentação do bebê).	1	2	3	4	5
14. Eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada.	1	2	3	4	5



São Paulo, 28 de setembro de 2010.

À

Sra. Erdnaxela Fernandes do Carmo Souza

Ref.: PROJETO DE PESQUISA: "Auto-Eficácia na Amamentação: Aplicação da Escala Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES_SF)"

Prezada senhora,

Em atenção a sua solicitação para avaliação do projeto em referência, o Comitê de Ética em Pesquisa, por meio de seu coordenador **APROVA** a realização da pesquisa nos termos e métodos previstos, desde que observada a seguinte determinação:

- Manter o Comitê informado sobre o trabalho realizado, encaminhando-lhe relatório de acompanhamento e, ao final, o resultado da pesquisa inserido no contexto do projeto.

Sem mais para o momento, subscrevemo-nos,

Dr. Roberto Alexandre Franken
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa