



CEPPE

Centro de Pós-Graduação e Pesquisa

MESTRADO EM ENFERMAGEM

ELIANA DO SOCORRO ALMEIDA YAMASHIRO

**AVALIAÇÃO DA CONFIANÇA MATERNA PARA
AMAMENTAÇÃO: APLICAÇÃO DA BREASTFEEDING
SELF EFFICACY SCALE - SHORT FORM**

Guarulhos

2014

ELIANA DO SOCORRO ALMEIDA YAMASHIRO

**AVALIAÇÃO DA CONFIANÇA MATERNA PARA
AMAMENTAÇÃO: APLICAÇÃO DA BREASTFEEDING
SELF EFFICACY SCALE - SHORT FORM**

Dissertação apresentada ao programa de
Mestrado em Enfermagem da Universidade
Guarulhos para obtenção do título de Mestre
em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Llonch Sabatés

Guarulhos

2014

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas Fernando Gay da Fonseca

Y19a

Yamashiro, Eliana do Socorro Almeida

Avaliação da confiança materna para amamentação: aplicação da Breastfeeding Self Efficacy Scale – Short Form / Eliana do Socorro Almeida Yamashiro. -- 2014.

64 f.; 31 cm.

Orientadora: Prof^a. Dra. Ana Llonch Sabatés

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Pós Graduação e Pesquisa, Universidade Guarulhos, Guarulhos, SP, 2014.

1. Aleitamento materno 2. Desmame 3. Autoeficácia I. Título II. Sabatés, Ana Llonch, (Orientadora). III. Universidade Guarulhos

CDD. 610.73



**CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**Avaliação da confiança materna para amamentação:
aplicação da Breastfeeding Self Efficacy Scale - Short
Form**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Guarulhos para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Guarulhos

2014



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado, intitulada “Avaliação da Confiança materna para amamentação: aplicação da Breastfeeding Self Efficacy Scale Short”, em sessão pública realizada em 27 de março de 2014, considerou a candidata Eliana do Socorro Almeida Yamashiro aprovada.

1. Profa. Dra. Ana Llonch Sabatés *Ana Llonch Sabatés*

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

3. Profa. Dra. Rosa Áurea Quintella Fernandes *Rosa Áurea Q. Fernandes*

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.

DEDICATÓRIA

Ao meu filho, **Arthur**, pelos momentos de ausência. Agradeço a sua compreensão, mesmo quando não entendia o porquê da situação, mas sempre solicitando a minha presença.

À minha sobrinha, **Mariana** que, na minha ausência, colaborou com sua companhia cuidando e dedicando-se ao meu filho Arthur.

Eternamente, obrigada!

AGRADECIMENTOS

- A **Deus**, pela sua infinita bondade e pela minha existência.
- Aos meus pais, **Maria e João**, pela vida que me deram, ensinando-me a importância do conhecimento. É a maior herança que me proporcionaram para que eu possa trilhar e fazer a diferença como ser humano e compartilhar com a sociedade.
- Ao meu esposo, **Jorge**, por sua paciência, colaboração, cumplicidade e compreensão nesta árdua jornada.
- A todas as minhas grandes amigas paraenses, próximas ou distantes de São Paulo, que sempre me incentivaram e me encorajaram para este desafio.
- A todos os meus companheiros de mestrado – **Sivaldo, Viviane, Silvia** – grandes amigos com os quais aprendi muito.
- À minha orientadora, Profa. Dra. **Ana Llonch Sabatés**, pelo seu olhar fortalecedor, por me encorajar, direcionar e compartilhar comigo sua sabedoria e generosidade, ser humano extraordinário que, com sua vasta experiência, me transmitiu segurança para finalizar este trabalho.
- A todos os professores que proporcionaram conhecimentos em minha formação.
- A toda a **Equipe de Enfermagem do Hospital Cruz Azul de São Paulo**, por acreditar na minha capacidade dirigindo palavras de estímulo.
- Às **mães e seus bebês**, pela colaboração e participação nesta pesquisa.
- A todos que contribuíram e aos que dificultaram o meu caminhar, pois isto me impulsionou a chegar aqui.
- À enfermeira **Cristina**, pelo seu carinho e paciência em me conduzir até a Universidade ao longo desses três anos.
- A todos os **Administradores do Hospital Cruz Azul de São Paulo**, por permitirem a coleta de dados relativa a esta pesquisa.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A A	Aleitamento Artificial
AC	Alojamento conjunto
AM	Aleitamento materno
AMAMUNIC	Projeto Amamentação e Municípios
AMC	Aleitamento Materno Complementar
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
APS	Atenção Primária à Saúde
BSES-SF	Breastfeeding Self Efficacy Scale-Short Form
DF	Distrito Federal
ESF	Estratégia de Saúde da família
HBDF	Hospital Distrital de Brasília
IBFAN	International baby Food Action Network
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
IS	Instituto de Saúde
IUBAAM	Iniciativa da Unidade Básica Amiga da Amamentação
MMC	Método Mãe Canguru
MS	Ministério da Saúde
NUPENS	Núcleo de Pesquisa Epidemiológica em Nutrição e Saúde
ODM	Objetivo de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PNDS	Programa Nacional Demografia e Saúde
PNMIPF	Pesquisa Nacional sobre Mortalidade Infantil e Planejamento Familiar
PNSN	Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
PSF	Programa de Saúde da Família
REDEBLH	Rede Brasileira de Bancos de leite Humano
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SMAS	Semana Mundial de Amamentação
UNICEF	Fundação das Nações Unidas para a Infância
USP	Universidade Estadual Paulista
WABA	World Alliance for Breastfeeding Action
WHO	World Health Organization

RESUMO

Yamashiro ESA. Avaliação da confiança materna para amamentação: aplicação da Breastfeeding Self Efficacy Scale - Short Form. [Dissertação]. Guarulhos (SP): Universidade Guarulhos; 2014.

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, transversal e de campo, com abordagem quantitativa que teve como objetivos avaliar a autoconfiança de puérperas na amamentação, admitidas em uma maternidade privada, por meio da Breastfeeding Self Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF) e associar as variáveis sociodemográficas e obstétricas com os escores da escala. Participaram do estudo 200 puérperas nas quais foi aplicada a escala, que mede a confiança materna em sua habilidade de amamentar fundamentada na teoria da autoeficácia de Bandura. Os resultados mostraram que: em relação às características da amostra, a média de idade das puérperas foi de 29,1 (DP \pm 6,1) anos; 67,5% eram casadas; 62,5% trabalhavam; 92,0% não fumavam; 95,5% não consumiam bebida alcoólica; 74,0% possuíam renda familiar entre três e cinco salários mínimos; 43,5% tinham curso superior e 47,5%, ensino médio completo; 47,5% tinham um filho e 42,0% dois; 40,0% moravam com até cinco pessoas e 39,0%, com mais de cinco; das variáveis obstétricas, 80,05% (média 53,67) dos partos foram cesarianas e 19,0% (média 12,67), normais; 53,5% não planejaram a gravidez; 98,0% compareceram a mais de cinco consultas durante o pré-natal; 69,5% amamentaram por um período inferior a seis meses de vida do filho; 68,5% não referiram dificuldades na amamentação; 53,5% receberam orientação sobre o aleitamento materno. Na aplicação da BSES-SF, 82% das puérperas obtiveram uma pontuação classificada como alta autoeficácia (52 a 70 pontos), 15,5% como média autoeficácia (39 a 51 pontos) e 2,5% como baixa autoeficácia (14 a 38 pontos); não houve correlação estatisticamente significativa nas associações entre a autoeficácia da escala e as variáveis sociodemográficas, obstétricas e aleitamento materno e o escore de maior frequência entre as puérperas foi o de "Alta autoeficácia". Assim, pode-se considerar a BSES-SF importante instrumento para que os profissionais de saúde, especialmente as enfermeiras, possam aplicá-la na mulher no período do puerpério como um instrumento facilitador para conhecer a confiança ou insegurança na amamentação e ajudá-la na adesão e manutenção da amamentação.

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Desmame. Autoeficácia.

ABSTRACT

Yamashiro ESA. Evaluation of maternal breastfeeding confidence: application of Breastfeeding Self Efficacy Scale - Short Form. [Dissertation]. Guarulhos (SP): Guarulhos University; 2014.

This is a descriptive, exploratory, cross-sectional field study with a quantitative approach that aimed to evaluate the confidence in breastfeeding postpartum women, admitted in a private hospital, through the breastfeeding self-Efficacy scale Short Form (BSES-SF) and associated sociodemographic and obstetric variables with scale scores. The study included 200 postpartum women in which the scale was applied, which measures maternal confidence in her ability to breastfeed based on the theory of Bandura's self-efficacy. The results showed that: in relation to the characteristics of the sample the mean age of the mothers was 29.1(SD+/-6.1) years; 67.5% were married; 62.5% worked 92,0% did not smoke; 95.5% did not consume alcohol; 74.0% had a family income between three and five times the minimum wage; 43.5% had a college degree, and 47.55 completed high school; 47,5% had one child and 42.0% lived with up to people and 39.0% with more than five; obstetric variables 80,05% (average 53,67) of deliveries were by caesarean section and 19,0% (average 12.67) normal; 53,5% had not planned the pregnancy; 98,0% attended more than five visits during the prenatal period; 69.5% breastfed for less than six months of the child's life period; 68.5% reported no difficulties in breastfeeding; 53,5% received advice on breastfeeding. In applying the BSES-SF 82% of postpartum women reported a score classified as high self-efficacy (52-70), 15.5% as average self-efficacy (39-51 points)

And 2.5% as low self-efficacy (14 to 38 points); there was no statistically significant correlation in the associations between self-efficacy scale and sociodemographic variables, obstetric and breastfeeding and score greater frequency among the mothers was the "High self-efficacy." Thus, one can consider the BSES-SF important tool for health professionals, especially nurses, can apply it to the woman in the postpartum period as a facilitator to know the confidence or insecurity in breastfeeding and help her in membership and maintenance of breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding . Weaning. Self-efficacy.

RESUMEN

Yamashiro ESA. Evaluación de la confianza materna para lactancia: aplicación de la Breastfeeding Self Efficacy Scale - Short Form. [Disertacion]. Guarulhos (SP): Universidade Guarulhos; 2014.

Se trata de un estudio descriptivo, exploratorio, transversal campo con un enfoque cuantitativo que tuvo como objetivo evaluar la confianza en las mujeres que amamantan posparto, admitió en un hospital privado, a través de la lactancia materna Autoeficacia escala short form (BSES-SF) y se asocian variables sociodemográficas y obstétricas con puntuaciones de la escala. El estudio incluyó a 200 mujeres en el posparto en la que se aplicó la escala, que mide la confianza de la madre en su capacidad de amamantar con base en la teoría de la autoeficacia de Bandura. Los resultados mostraron que: en relación con las características de la muestra, la edad media de las madres fue de 29,19 (SD +/- 6,1) años; 67,5% era; 62,5%; trabajo 92,0% no fumaba; 95,5% no consumían alcohol; 74,0% tenían un ingreso familiar de entre tres y cinco veces el salario mínimo; 43,55 tenían un título universitario, y el 47,5% completó la escuela secundaria; 47,5% tienen un hijo y el 42,0% tienen dos; 40,0% vivían con un máximo de cinco personas y el 39,05 con más de cinco años; las variables obstétricas 80,05% (promedio 53,67) de los partos fueron por cesárea y el 19,0% (promedio 12,67) normal; 53,5% no había planeado el embarazo; 98,0% asistió a más de cinco visitas durante el periodo prenatal; 69,5% amamantados durante menos de seis meses de periodo de la vida del niño; 68,5% informó que no hubo dificultades en la lactancia materna; 53,5% recibió asesoramiento sobre la lactancia materna. En la aplicación de la BSES-SF 825 de las mujeres después del parto reportado una puntuación clasificado como autoeficacia alta (52-70 puntos), el 15,5% como la autoeficacia media (39-51 puntos) y el 2,5% como baja autoeficacia (14-38 puntos); no hubo correlación estadísticamente significativa en las asociaciones entre la escala de autoeficacia y las variables sociodemográficas, obstétricas y la lactancia materna y la puntuación mayor frecuencia entre las madres fue el autoeficacia alta. Por lo tanto, se puede considerar el importante herramienta BSES-SF para los profesionales de la salud, sobre todo enfermeras, puede aplicarlo a la mujer en el puerperio como facilitador para conocer la confianza o inseguridad materna y ayudar a ella en composición y el mantenimiento de lactancia materna.

Palabras clave: lactancia. el destete. La autoeficacia.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das puérperas, segundo os dados sociodemográficos. São Paulo, 2010.	36
Tabela 2	Distribuição das puérperas segundo os antecedentes obstétricos e aleitamento materno. São Paulo, 2010.	39
Tabela 3	Distribuição das respostas das puérperas segundo o domínio técnico e pensamentos intrapessoais da BSES-SF. São Paulo, 2010.	43
Tabela 4	Distribuição dos escores da BSES-SF aplicada nas puérperas. São Paulo, 2010.	44
Tabela 5	Associação entre os escores da BSES-SF e as variáveis sociodemográficas. São Paulo, 2010.	48
Tabela 6	Associação entre os escores da BSES-SF e as variáveis obstétricas e aleitamento materno. São Paulo, 2010.	50

LISTA DE FIGURAS

- | | | |
|----------|---|----|
| Figura 1 | Distribuição das respostas das puérperas segundo o domínio técnico da BSES-SF. São Paulo, 2010. | 46 |
| Figura 2 | Distribuição das respostas das puérperas segundo o domínio dos pensamentos intrapessoais da BSES-SF. São Paulo, 2010. | 47 |

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 O desmame no Brasil.....	20
1.2 A autoeficácia da amamentação entre os fatores associados à adesão e manutenção do aleitamento materno.....	23
2 OBJETIVOS	27
3 MÉTODOS	29
3.1 Tipo de estudo.....	29
3.2 Caracterização do campo de estudo.....	29
3.3 Amostra.....	31
3.4 Coletas de Dados.....	31
3.4.1 Instrumento de Coleta de Dados.....	31
3.4.2 Procedimentos éticos.....	33
3.4.3 Procedimento de Coleta de Dados.....	33
4. TRATAMENTO DOS DADOS	34
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	35
5.1 Variáveis sociodemográficas da amostra.....	36
5.2 Variáveis obstétricas e aleitamento materno.....	39
5.3 Avaliação da autoeficácia da amamentação em puérperas.....	42
5.4 Associações das variáveis sociodemográficas e obstétricas com os escores da BSES-SF.....	48
6. CONCLUSÃO	52
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICES	
A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	61
B – Instrumento de coleta de dados.....	63

ANEXOS

A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	64
B - Breastfeeding Self Efficacy Scale - Short Form.....	65



HENRIQUE BERNARDELLI (1857-1936): *Mater*, c.1885.

Óleo sobre tela, 150 x 100 cm.

Rio de Janeiro, Museu Nacional de Belas Artes.

Fotografia: Marcelo Gonczarowska Jorge.

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) consideram que uma boa alimentação infantil deve ser exclusiva, com base no aleitamento materno (AM), desde as primeiras seis horas de vida após o parto até os seis meses, e como complemento até os dois anos de vida¹.

A UNICEF, o Ministério da Saúde (MS), a World Alliance for Breastfeeding Action (WABA), a International Baby Food Action Network (IBFAN) e a OMS recomendam o leite materno por considerá-lo um alimento completo de nutrientes, um fator de proteção, capaz de estimular o vínculo afetivo mãe-filho e reduzir a morbimortalidade infantil².

O leite materno é universalmente reconhecido como essencial para a saúde do lactente e amplamente incentivado nos serviços de saúde, na comunidade acadêmica e na sociedade. No entanto, apesar de todo esforço para mostrar sua relevância e da implementação de estratégias de incentivo à amamentação, em 2006, perdurava ainda, no Brasil, um percentual de AM de 42,9%, para bebês iniciando na primeira hora de vida, enquanto 38,6% dos bebês eram amamentados exclusivamente até os seis meses de vida. Por outro lado, o AM, no Brasil, aumentou drasticamente, de seis meses em 1996 para 14 meses em 2006 (OPS/MS, 2013)³.

No final da década de 1970, iniciou-se em todo o mundo uma discussão para o resgate da prática do AM, e, ainda hoje, orientar sobre a amamentação exclusiva tem sido um desafio muito grande. Acordos internacionais foram assinados por diversos países com o objetivo de promover, proteger e apoiar ações de incentivo ao AM no mundo⁴.

Em 1981, vários países (118) aprovaram o Código Internacional de substituição do leite materno e, em 1991, foi firmado um acordo para que os fabricantes cessassem a distribuição gratuita dos leites artificiais⁵.

No Brasil, na década de 1970, dois fatores foram importantes na prática da amamentação: os indicadores de saúde e o alerta dado com a publicação do *The Baby Killer*, que mostravam o quanto o marketing da indústria de alimentos elevava os índices de morbimortalidade infantil nas populações pobres da África, Ásia e América Central⁶.

Nesta época, o Brasil apresentava indicadores de saúde alarmantes: a mortalidade infantil era de 124 por mil nascidos vivos, 88 por mil na região nordeste; a desnutrição

crônica vitimava 48% da população brasileira; o desmame no primeiro mês de vida atingia 54% dos lactentes na cidade de São Paulo e 80% em Recife; 50% dos pediatras prescreviam mamadeiras e 90% aconselhavam o uso de água no intervalo das mamadas; 60% das mulheres não faziam o pré-natal⁷.

Até 1980, as atividades de promoção e apoio ao AM aconteciam, no Brasil, de forma isolada. Não existia, até então, um programa de governo ou uma instituição responsável pelo planejamento e coordenação dessas ações em âmbito nacional⁸.

Em 1981, foi criado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), que passou a ser o órgão responsável pelo planejamento de ações de promoção, proteção e apoio ao AM no País.

A criação do PNIAM fortaleceu as ações governamentais e não governamentais pró-amamentação instituídas naquele período, o que contribuiu com o aumento das taxas de amamentação. Esse programa foi considerado modelo nacional e internacional pela diversidade de ações de promoção, capacitação de profissionais de saúde e informação à população⁹.

Assim, o Governo Federal, com o apoio de algumas Organizações Não Governamentais (ONGs), como La Leche League International (LLLI), Ñuñu (Asociación de ayuda materna), Amigas do peito, Bem Nascer e João de Barro, realizou campanhas informativas em rádio, televisão e distribuição de material educativo para a população com a finalidade de informar sobre a importância do AM e os riscos dos leites artificiais. Essas entidades eram formadas por mulheres voluntárias, que lutavam pelo direito à amamentação, oferecendo auxílio emocional e psicológico⁸.

A partir da década de 1980, várias foram as iniciativas de ações governamentais desenvolvidas visando à recuperação da prática AM no Brasil, entre elas:

- Alojamento Conjunto (AC), que apesar de ter surgido no Brasil na década de 1970, implantado no Hospital Distrital de Brasília (hoje HBDF), somente em 1983 teve aprovada a sua obrigatoriedade, pela resolução de nº. 18 do INAMPS/MS. Mais tarde, em 1987, foi publicada portaria instituindo o alojamento conjunto nos hospitais universitários. O AC consiste no sistema hospitalar no qual o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe 24 horas por dia, em um mesmo ambiente, até a alta hospitalar. Tal sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem

como a orientação da mãe sobre a saúde do binômio mãe-filho e é reconhecido pelas suas vantagens, tais como: estimular e motivar a amamentação, de acordo com as necessidades da criança; fortalecer a precocidade, intensidade, assiduidade da amamentação, e sua manutenção por tempo prolongado; fortalecer os laços afetivos entre mãe e filho por meio do relacionamento precoce; permitir a observação constante do recém-nascido pela mãe, e a comunicação imediata de qualquer anormalidade e diminuir o risco de infecção hospitalar¹⁰;

- Banco de Leite Humano (BLH) que, embora implantado no Brasil em outubro de 1943, no então Instituto Nacional de Puericultura atualmente Instituto Fernandes Figueira (IFF), teve início apenas em 1985 pelo MS - PNIAM-INAN e Instituto Fernandes Figueira, da FIOCRUZ, responsável pela implantação e controle de qualidade do leite humano no Brasil¹¹. No entanto, somente em 1988 foi publicada portaria regulamentando a instalação e o funcionamento do BLH. O Brasil tem hoje uma das melhores redes de BLH do mundo reconhecida por diversos países¹²;

- Leis específicas para garantir o direito da mulher e da criança em relação ao AM descritos na Constituição Federal de 1988 que garante em seu Artigo 7º, Inciso XVIII, o direito da mulher trabalhadora à licença gestante de 120 dias, sem prejuízo do emprego e salário e ainda, em seu Artigo 396, dá direito à mulher a dois descansos especiais de meia hora cada um, para amamentar o seu filho até completar seis meses de idade¹³;

- “Iniciativa Hospital Amigo da Criança” (IHAC), idealizada pela OMS (Organização Mundial de Saúde) e pela UNICEF, para promover, proteger e apoiar o AM. Objetiva mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde, para que mudem as condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce. Ao assinar, em 1990, a Declaração de Inocente, na Itália, o Brasil foi escolhido entre os 12 países para dar partida à IHAC. O lançamento do IHAC, em São Paulo, foi realizado em 1994¹⁰;

- o Método Mãe Canguru (MMC), também conhecido como “Cuidado Mãe Canguru” ou “Contato Pele a Pele”, proposto como uma alternativa ao cuidado neonatal convencional para bebês de baixo peso ao nascer. Foi idealizado e implantado de forma pioneira por Edgar Rey Sanabria e Hector Martinez em 1979, no Instituto Materno-Infantil de Bogotá, Colômbia, e denominado “Mãe Canguru” devido à maneira pela qual as mães carregavam seus bebês após o nascimento. Era destinado a dar alta precoce aos recém-nascidos de baixo peso, frente à situação crítica por falta de incubadoras, infecções

cruzadas e ausência de recursos tecnológicos, desmame precoce, altas taxas de mortalidade neonatal e abandono materno. No Brasil, o Hospital Guilherme Álvaro, em Santos, foi o primeiro a utilizar o cuidado canguru em 1992. Em 12 de junho de 2007, pela portaria de nº. 1683, o MS aprovou a norma de orientação para Iniciativa do Método Canguru¹¹.

- a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM) começou a ser idealizada em 1997, pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Porém, só foi regulamentada no estado do Rio de Janeiro, através da Resolução SES-RJ de 2 de março de 2005, que tem por objetivo a promoção e apoio ao aleitamento por meio da mobilização das Unidades Básicas de Saúde. Essa iniciativa delineia importante papel de suporte que as Unidades Básicas de Saúde, em conjunto com os hospitais, desempenham ao buscar tornar o AM uma prática universal, contribuindo para a saúde e bem-estar dos bebês, das mães, de familiares. Essa ação foi implantada pela SES-RJ/PAISMCA, com o apoio técnico interinstitucional de incentivo ao AM, e os polos regionais de AM. Em 2006, contávamos com 62 unidades primárias credenciadas como “Amigas da amamentação”¹⁴.

- Semana Mundial da Amamentação (SMAM), criada em 1992, pela World Alliance for Breastfeeding Action (WABA). O MS coordena a SMAM no Brasil, desde 1999. Em 2009, foi publicada a portaria ministerial instituindo as comemorações da SMAM no período de 1 a 7 de Agosto, como uma das várias estratégias para mobilizar a sociedade e a comunidade científica sobre a importância do AM⁹.

- Projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC), desenvolvido em 2008 pelo Instituto de Saúde, Universidade Estadual Paulista, Núcleo de Pesquisa Epidemiológica em Nutrição de Saúde (Nupens) da Faculdade de Saúde Pública e concebido com o objetivo de disponibilizar aos gestores municipais uma ferramenta para o diagnóstico e monitoramento da situação da amamentação, com vistas à discussão de estratégias para implementação de políticas locais de promoção do AM¹⁶.

- Rede Amamenta Brasil, lançada pelo MS em 1º de Agosto de 2008, durante a abertura da SMAM, que tem como objetivos: contribuir para o aumento dos índices de AM no País, para o desenvolvimento de competência nos profissionais de saúde para que se tornem agentes de mudanças no ensino e aprendizagem do AM e para uma prática de integração; discutir a prática do AM no contexto do processo de trabalho das Unidades Básicas de Saúde; pactuar ações de promoção, proteção e apoio ao AM a partir da realidade das Unidades Básicas de Saúde e monitorar os índices de AM das populações atendidas

pelos UBS certificadas¹⁷.

- Rede Cegonha, estratégia criada em 2011 pelo MS visando implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto, ao puerpério, e às crianças, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento com desenvolvimento saudável. Outro objetivo é fomentar a implantação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, nascimento, crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses¹⁸.

Essa contribuição do governo de incentivo ao aleitamento materno parece refletir a preocupação no fortalecimento do aleitamento materno e na prevenção do desmame precoce no Brasil.

1.1 O desmame no Brasil

O desmame precoce foi desencadeado no Brasil pelos europeus, na época do descobrimento, os quais trouxeram hábitos e costumes de suas culturas, onde as crianças eram aleitadas por amas de leite. Ao chegarem ao nosso país, encontraram a mulher indígena amamentando a criança ao seio até o momento do desmame, de forma natural. Para os europeus, esse comportamento era visto como primitivo, impróprio para o homem civilizado, e ainda enfraquecia a mãe, não sendo considerada uma tarefa nobre para a mulher¹⁹.

Por vários períodos, os novos costumes foram incorporados pela população brasileira e a prática do aleitamento ficou cada vez menos presente.

No Século XIX, houve um retorno à prática da amamentação com a implantação de ações políticas denominadas “higiene familiar”, em que o binômio mãe-filho era o principal instrumento para que ocorresse as mudanças sociais propostas pelo Estado. Essas ações estimulavam a interiorização da mulher no lar, envolvendo-a e responsabilizando-a pelos cuidados com a criança, incluindo a prática de aleitamento materno, que era visto como um evento meramente biológico e natural da espécie. Associados ao estímulo da prática, surgiram regras a serem seguidas pelas mães, como horários fixos de mamadas, tempo de duração das mamadas, amamentação em ambos os seios, o uso da chupeta para acalmar o bebê, entre outros¹⁹.

Dessa forma, começaram a aparecer casos de baixa produção do leite e dificuldade no aleitamento ao seio, que a medicina higienista não estava preparada para resolver. Daí a cultura do leite fraco, que ainda hoje transparece na fala das mães nos trabalhos de pesquisa, como um dos principais casos de desmame precoce¹².

Já no início do Século XX, com a possibilidade de inserção da mulher no mercado de trabalho e o desenvolvimento da sociedade de consumo, surgiram as primeiras remessas de leite condensado e de farinha Láctea, importadas da Suíça, como uma das alternativas para a mulher impossibilitada de amamentar. Com o leite artificial, veio a mamadeira, um dos símbolos de modernidade e urbanização e que, com o trabalho promocional da indústria de alimentos, trouxe uma nova prática na alimentação infantil que pode ser representada por essa frase: “alimentam-se com leite artificial as crianças que realmente disso necessitem ou não”⁷.

A propaganda no meio científico médico, por meio de distribuição de informações

científicas sobre nutrição do lactente e promoções de eventos científicos, defendeu a ideia de que o leite artificial era substituto opcional do leite natural e de que as crianças alimentadas com leite artificial necessitavam de complementação (chás, sucos, caldos, papinhas) para que se evitasse a desnutrição. Essas informações reforçaram o discurso do leite fraco e favoreceram o desmame precoce⁵.

Outros motivos foram apontados como responsáveis pelo insucesso da amamentação nem sempre assumidos pelas mães, que atribuem o desmame a “deficiências orgânicas” como leite insuficiente, leite fraco, doenças, problemas com a mama; ou ao bebê, que chora muito, não dorme, não quer, ou aos profissionais de saúde, parentes, vizinhos e amigos. As mães consideram que todos esses fatores as impedem de amamentar, independente de sua vontade^{20, 21}.

Informações sobre a situação do aleitamento materno exclusivo (AME) em nosso País começaram a ser coletadas a partir da década de 1980, quando pesquisas evidenciaram a importância dessa prática e da padronização das categorias e indicadores de aleitamento materno.

A primeira pesquisa fidedigna sobre a frequência do AME em nosso País foi a Pesquisa Nacional sobre Mortalidade Infantil e Planejamento Familiar (PNMIPF), realizada em 1986. Foi evidenciado que 3,6% das crianças entre zero e quatro meses de idade recebiam leite materno exclusivo. Provavelmente esta pesquisa foi superestimada, pois as mães declararam ao entrevistador que “davam só peito”, não se perguntou sobre o consumo de água, chá e outros alimentos nas 24 horas²².

Neste sentido, uma Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) de 1989 e divulgada somente em 1999 revelou que, apesar de a maioria das crianças brasileiras serem amamentadas ao nascer, a introdução de outros alimentos era frequente logo nos primeiros dias de vida e a duração mediana da amamentação estava muito aquém do desejado²³.

Posteriormente, o Segundo Inquérito Nacional realizado pelo INAN/IBGE em 1992 mostrou que 50% das mulheres amamentavam apenas durante 134 dias²³.

O MS coordenou, em 1999, um inquérito sobre amamentação durante a campanha de vacinação em todas as capitais brasileiras (exceto RJ) e Distrito Federal. Essa pesquisa trouxe contribuições importantes para a análise da situação da amamentação no País e para a formulação de políticas no âmbito dos estados e regiões analisados. Verificou-se que a situação da amamentação era bastante heterogênea entre as capitais e regiões do País,

sendo baixa a prevalência de AME em menores de quatro meses (35,6%). A duração mediana da amamentação no conjunto das capitais e DF foi 10 meses²⁵.

Estudo que objetivou determinar a frequência e duração do AM em crianças de três municípios do Alto Jequitinhonha, em janeiro de 2006, concluiu que, apesar da mediana do aleitamento ter sido considerada satisfatória (10,85 meses), a mediana do AME foi de 1,51 mês²⁶, distante do que recomenda a OMS.

Mais tarde, em 2008, foi realizada uma pesquisa sobre a prevalência de AME nas capitais brasileiras e Distrito Federal (PPAM/Capitais e DF), financiada pelo MS e Fundação Oswaldo Cruz, que contou com a ajuda do Programa de Imunização envolvendo vários Estados e Secretarias Estaduais e Municipais, totalizando uma amostra de 34.366 crianças menores de um ano. Este estudo verificou que, do total das crianças analisadas, 67% mamaram na primeira hora de vida, variando de 58,5% em Salvador (BA) e 83,5% em São Luiz (MA) e que a prevalência do AME em menores de seis meses foi de 41,0% no conjunto das capitais brasileiras e DF. O comportamento desse indicador foi bastante heterogêneo, variando de 27,1% em Cuiabá (MT) a 56,1% em Belém (PA)¹⁵.

O mesmo estudo verificou também que a duração mediana do AME foi de 54,1 dias (1,8 meses) e a duração mediana do AM, de 341,6 dias (11,2 meses) no conjunto das capitais brasileiras e DF. O estudo também revela um aumento de prevalência de AME em menores de quatro meses no conjunto das capitais brasileiras e DF, de 35,5% em 1999 para 51,2% em 2008, nas regiões Sudeste, Norte e Centro-Oeste. Belém (PA) é a capital com o maior índice de AME em crianças menores de seis meses; Macapá (AP) apresenta a maior duração, Campo Grande (MS) é quem mais avançou nos índices de Aleitamento e São Luiz (MA), por sua vez, tem os melhores dados de aleitamento na primeira hora de vida¹⁵.

1.2 A autoeficácia da amamentação entre os fatores associados à adesão e manutenção do aleitamento materno

A adesão e manutenção do aleitamento estão associadas a diversos fatores de ordem sociocultural e pessoal.

A literatura aponta vários fatores associados que influenciam no desmame precoce, tais como: falta de informação; uso de chupetas; bicos; água; chás; despreparo dos profissionais de saúde no manejo dos problemas mais comuns da amamentação, fraca atuação dos serviços de saúde; pouca idade materna; baixo nível educacional; menor poder aquisitivo; mães que trabalham fora de casa sem licença-maternidade, mães que não trabalham; famílias de baixa renda; menor escolaridade paterna, baixa adesão no pré-natal; estado civil (solteira); adolescentes, falta de apoio dos familiares mais próximos; problemas de ordem pessoal, entre estes a autoimagem e a insegurança para amamentar; gravidez não desejada; falta de maior atenção às mulheres primíparas; pouca prática em amamentar; problemas com as mamas e mamilos; introdução precoce da mamadeira; acesso ao leite artificial; condições de vida, hábitos culturais, introdução de alimentos complementares, exposição à promoção comercial de substitutos do leite materno; falta de conhecimento do valor nutricional do leite materno²⁷⁻³².

Alguns dos fatores citados não apresentam consenso entre os pesquisadores como indicam estudos realizados, um deles na região Nordeste, onde os autores referem não haver uma associação entre a idade materna e a duração da amamentação³³ e outro, desenvolvido na região Sudeste, no qual as variáveis paridade e escolaridade não apresentaram associação estatisticamente significativa com o desmame precoce³².

No entanto, para que os profissionais de saúde possam intervir de forma eficaz sobre a prevenção do desmame precoce, é necessário também identificar fatores associados sobre os quais os profissionais possam realmente intervir junto à mãe³⁴ e entre esses fatores encontra-se a percepção das puérperas em relação à autoeficácia de amamentação, considerado importante na elaboração de estratégias para a redução dos índices de desmame³⁵.

Essas considerações suscitaram inquietações que me induziram na busca de ferramentas para a avaliação da autoeficácia da amamentação da puérpera. Nesta busca, encontrei um instrumento de autoria das enfermeiras Cindy-Lee Dennis e Sandra Faux³⁶, que mede a confiança materna em sua habilidade de amamentar, a Breastfeeding Self

Efficacy Scale (BSES), fundamentada na teoria da autoeficácia de Bandura³⁸.

Bandura^{37,38} definiu autoeficácia como os julgamentos que o sujeito tem acerca das suas capacidades para organizar e executar ações necessárias a fim de atingir determinados tipos de desempenhos.

O conceito de autoeficácia inclui dois pilares: a expectativa da eficácia, que é a convicção do sujeito na sua capacidade de adotar um comportamento específico para produzir um resultado desejado; e a expectativa de resultado, que é a convicção do sujeito que acredita que se exibir um determinado comportamento, obterá um resultado concreto desejado³⁹.

Por sua vez, a expectativa de autoeficácia é alimentada por quatro fontes: realizações pessoais; observação de experiências; persuasão verbal e respostas emocionais⁴⁰.

As realizações pessoais são as fontes de informação mais importantes para a expectativa de eficácia, pois são baseadas em experiências próprias. Se a mulher já amamentou anteriormente e foi bem sucedida, ela estará mais segura quanto ao seu desempenho e, ao contrário, se essa mulher não teve êxito com a amamentação, esta vivência pode deixá-la insegura, temerosa e, conseqüentemente, menos confiante na sua capacidade de amamentar³⁸.

Observar as pessoas desempenhando atividades sem conseqüências adversas 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 quando há troca de experiências, observações, conversas, tirar dúvidas, uma mãe observa a outra, tornando-se mais confiante e segura³⁸.

A persuasão verbal é uma estratégia largamente utilizada, pois é simples e está sempre disponível. Pela persuasão, as pessoas podem sentir-se estimuladas a enfrentar situações que avaliam como superar e demonstrar suas habilidades, e pode contribuir para o sucesso do desempenho, especialmente, se o reforço é oferecido dentro dos limites reais e se organiza a experiência de modo que a pessoa possa obter êxito. Essa estratégia só terá sucesso se forem considerados o momento adequado e a vontade do cliente em perceber e aceitar a informação³⁸.

As respostas emocionais com repercussões físicas como ansiedade, medo, fadiga, dor e mal-estar geral, influenciam negativamente na percepção de autoeficácia. Minimizar

o desgaste emocional, aliviar a ansiedade, o medo, entre outros, melhora a percepção de autoeficácia e o desempenho³⁸.

Para explicar a autoeficácia, Bandura³⁸ defende ainda que um dos processos que podem interferir no comportamento é a motivação. A motivação está relacionada com a atuação e persistência do comportamento, além de estar parcialmente enraizada em atividades cognitivas; logo, a primeira parte de motivação é a capacidade para representar futuras conseqüências. A segunda parte de motivação é o tipo de objetivo que se deseja alcançar e a reação de autoanalisar seus desempenhos diante do objetivo traçado.

Assim, a autoeficácia é vista como a crença sobre a habilidade pessoal em desempenhar, com sucesso, determinadas tarefas ou comportamentos para produzir um resultado desejável. O nível de confiança do indivíduo em sua habilidade é considerado um forte motivador e regulador de seus comportamentos^{36, 38}.

Nesse sentido, a BSES é um instrumento indicado para avaliar a confiança da mãe para a amamentação³⁶, traduzido e validado em vários países de línguas inglesa, hispânica, chinesa, polonesa e portuguesa, incluindo o Brasil^{41, 42-47}.

A BSES é apresentada sob duas formas, a completa, com 33 itens desenvolvida em 1999³⁶ e a forma abreviada ou curta, a Breastfeeding Self Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF) elaborada em 2003 com 14 itens³⁴.

A forma completa da BSES, com 33 itens, está organizada em duas categorias de Domínios (Técnico e Pensamento Intrapessoal). No Domínio Técnico, os itens estão relacionados com a posição correta do bebê durante a amamentação, conforto durante o ato de amamentar, reconhecimento de sinais de uma boa lactação, sucção do mamilo aréolar⁴¹. No Domínio Pensamento Intrapessoal, são levados em consideração o desejo de amamentar, a motivação interna para a amamentação, e satisfação com a experiência de amamentar⁴¹.

A forma abreviada, BSES-SF, difere da forma completa pelo número de itens avaliados (14) organizados nas mesmas categorias, apresentadas na forma completa (Domínios: Técnico e Pensamento Intrapessoal).

A forma selecionada para este estudo foi a BSES-SF, traduzida e validada por Oriá para a língua portuguesa do Brasil, devido a sua facilidade de aplicação⁴¹.

Estas considerações foram relevantes para a motivação deste estudo que pretendeu conhecer a autoconfiança na amamentação de puérperas de uma maternidade particular para subsidiar a elaboração de estratégias de ajuda visando à adesão e manutenção do

aleitamento durante os seis primeiros meses de vida do filho.

2. OBJETIVOS

Avaliar a autoeficácia de puérperas na amamentação, admitidas em uma maternidade privada, por meio da Breastfeeding Self Efficacy Scale - Short Form.

Associar as variáveis sociodemográficas, obstétricas e aleitamento materno com os escores da Breastfeeding Self Efficacy Scale - Short Form.



3. MÉTODOS

3.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, transversal e de campo, com abordagem quantitativa^{48, 49}.

3.2 Caracterização do campo de estudo

Esta investigação foi desenvolvida na Unidade de Obstetrícia de um Hospital geral de grande porte, de referência terciária na assistência perinatal e neonatal, que atende clientes de planos de saúde e particulares, situado no Município de São Paulo.

No ano de 1925, os batalhões da Força Pública de São Paulo estavam espalhados pelo País. Em cumprimento ao dever, muitos soldados não voltavam para casa, ficando suas famílias desamparadas. Essa realidade sensibilizou algumas damas da sociedade paulista que resolveram se unir para amparar e prestar assistência aos órfãos e às esposas dos valentes soldados que tombaram defendendo São Paulo. A finalidade de tal iniciativa era basicamente educar os filhos dos soldados e cuidar da saúde de suas famílias. Assim, com o apoio do Comandante Geral da Força Pública, Coronel Pedro Dias de Campos, foi fundada a Associação das Damas da Cruz Azul de São Paulo, com sede na Rua Onze de Agosto, no dia 28 de julho de 1925. Para que os homens pudessem fazer parte dessa iniciativa, logo foi determinado que a instituição passasse a se chamar apenas Cruz Azul de São Paulo. Desde o início, a instituição ganhou a simpatia e o acolhimento da população e, graças a recursos arrecadados em inúmeras campanhas beneficentes, em 1928, a instituição recebia, como doação do capitalista Sampaio Moreira, um terreno no Bairro do Cambuci, onde foi construído o Hospital. Apesar das dificuldades, finalmente em 28 de julho de 1935, a Cruz Azul inaugurou o Hospital e Maternidade Santa Maria. Naquele ano, a Cruz Azul de São Paulo definitivamente se consolidou como órgão assistencial das famílias dos militares da Força Pública.

A Cruz Azul é hoje uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, de caráter beneficente, filantrópico e educativo, considerado um dos complexos médico-hospitais mais bem instalados do Estado de São Paulo e onde se praticam os melhores conceitos da medicina moderna. Possui Selos de Certificação de Qualidade ISO 9001, ISO 14000 e ONA Nível III. Dispõe de 455 leitos distribuídos em várias especialidades como:

ginecologia, obstetrícia, neonatologia, pediatria, cirurgia geral, clínica médica, urologia, cardiologia, ortopedia, ambulatórios integrados.

A Unidade de Obstetrícia é composta de Medicina Materno-Fetal, Emergência, Centro Obstétrico, UTI Neonatal e Maternidade e tem como meta prestar assistência à mulher desde a concepção até o parto, oferecendo segurança ao binômio mãe-filho, juntamente com o Serviço de Neonatologia, para assegurar assistência adequada ao Recém-Nascido.

A Maternidade, que envolve o centro obstétrico, o puerpério e o alojamento conjunto (AC), dispõe de 49 leitos, e conta com uma equipe multidisciplinar composta de obstetras, equipe de enfermagem, fonoaudiólogas, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais. A equipe de enfermagem é formada por 16 enfermeiros obstetras, 14 enfermeiros neonatologistas, 70 técnicos e auxiliares de enfermagem.

No AC da instituição, a mulher tem autonomia para escolher, no momento do parto, o acompanhante (pai ou avó), pois considera que nesse momento, é necessário um familiar para ajudar no aspecto emocional. Logo após o parto, o bebê é colocado ao seio materno e estando bem, após avaliação do neonatologista, é encaminhado ao AC, onde permanece com a mãe até a alta hospitalar.

No decorrer da internação, a puérpera e o recém-nascido recebem assistência da equipe multidisciplinar em relação à amamentação. Para dar continuidade a esse atendimento, é agendado um retorno com o pediatra para quinze dias após o nascimento do filho.

A instituição oferece ainda, durante o pré-natal, cursos para a gestante, visando uma melhor orientação às mães e seus familiares.

3.3 Amostra

A amostra, por conveniência, foi constituída de 203 puérperas, calculada a partir de uma fórmula estatística com uma precisão de 5% e com um intervalo de confiança de 95% (Decision analyst STATS 2.0).

Das 203 puérperas, três recusaram-se a participar da pesquisa por razões pessoais, sendo a amostra final composta de 200 puérperas.

Critérios de inclusão

- ❖ Puérperas, independente da faixa etária e paridade;
- ❖ Puérperas com tempo de puerpério entre 24 e 48 horas;
- ❖ Puérperas que aceitem participar do estudo.

Critérios de exclusão

- ❖ Puérperas que apresentarem intercorrências clínicas (cardiopatias, diabetes, hipertensão, nefropatias e patologias que contraindiquem o aleitamento) ou obstétricas no período puerperal (sangramento vaginal excessivo, cefaleia pós-anestesia raquidiana, eclampsia).

3.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados nos meses de outubro e novembro de 2010, pela própria pesquisadora.

3.4.1 Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de dois instrumentos, sendo o primeiro uma entrevista com formulário (APÊNDICE B) estruturado em duas partes: Parte I - onde constam os dados sociodemográficos (idade, escolaridade, estado civil, número de filhos, ocupação, fumante, consumo de álcool, renda familiar, número de pessoas que moram em sua casa) e Parte II – sobre os antecedentes obstétricos (tipo de parto, filhos vivos, tempo de amamentação, planejamento da gravidez, dificuldade na amamentação, frequência ao pré-natal) e o segundo instrumento, a **Breastfeeding Self Efficacy Scale- ShortForm**

(ANEXO B), também aplicada por meio de entrevista.

Breastfeeding Self Efficacy Scale-ShortForm

A BSES-SF⁴¹ está constituída de 14 itens que variam de 1 a 5 pontos cada, e baseia-se na escala de Likert, onde “1” corresponde a Discordo totalmente; 2, Discordo; 3, Às vezes concordo; 4, Concordo; 5, Concordo totalmente. O item “1” significa a total falta de confiança e o item “5” indica que está sempre confiante. Todos os itens são apresentados de forma positiva e são somados de maneira a produzirem resultados que oscilam de 14 a 70 pontos, Os 14 itens estão organizados em duas categorias, Domínio Técnico e Domínio Pensamento Intrapessoal (ANEXO B).

- Domínio Técnico é composto pelos itens:

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

- Domínio Pensamento Intrapessoal é composto pelos itens:

- 1- Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente;
- 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);
- 3- Eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento;
- 4- Eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada;

9- Eu sempre fico satisfeita com minha experiência de amamentar;

14- Eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada.

3.4.2 Procedimentos éticos

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Guarulhos (CEP/UnG) sob o nº 141/2010 (ANEXO A). Aos participantes do estudo, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A) para sua anuência, em cumprimento às normas da Resolução 196/96 que trata de pesquisas com seres humanos.

3.4.3 Procedimento de coleta de dados

Os dados foram coletados entre os meses de outubro e novembro de 2010, após a autorização da instituição e aprovação do projeto pelo CEP-UnG.

Diariamente a pesquisadora comparecia à unidade de AC onde era feito um levantamento por meio dos prontuários das puérperas internadas que tiveram seus filhos no dia anterior, com no mínimo 24 horas de puerpério, para verificar se elas atendiam aos critérios de inclusão.

Após a seleção dos prontuários, realizava-se o primeiro encontro com as puérperas, ocasião em que eram explicados os objetivos do estudo, informadas sobre sua participação e obtida a assinatura do Termo de Consentimento (APÊNDICE A). Após a anuência, as puérperas eram convidadas a participarem da coleta de dados realizada pela pesquisadora, em seus próprios leitos, mantendo o ambiente o mais tranquilo possível.

A seguir, por meio de entrevista, a pesquisadora obteve os dados sociodemográficos e obstétricos e as respostas aos itens da BSES-SF (ANEXO B). A pesquisadora lia para puérpera cada item e registrava a resposta na própria escala. A entrevista teve uma duração média de 20 minutos.

Durante a coleta, a pesquisadora detectou dificuldades das mulheres na prática da amamentação. Essas puérperas foram orientadas e/ou auxiliadas após a coleta dos dados, para não interferir nos resultados.

4. TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram armazenados e analisados por meio do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 16.0, e Excel Office 2007 que estabelece as análises descritivas, 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.

Análise dos dados

Os dados foram tabulados em planilhas e analisados estatisticamente com a utilização de testes estatísticos paramétricos: Teste de Igualdade de Duas Proporções, Teste Qui-Quadrado, ANOVA, teste de Kruskal-Wallis, Intervalo de confiança para Média e o P-valor calculado. As variáveis estão representadas em frequências absolutas (n) e em frequências relativas (%). Adotou-se um nível de significância de 0,05(5%). Todos os intervalos de confiança construídos ao longo do trabalho foram construídos com 95% de confiança estatística.

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados estão apresentados na seguinte ordem:

5.1 Variáveis sociodemográficas da amostra;

5.2 Variáveis obstétricas e de aleitamento materno;

5.3 Avaliação da autoeficácia da amamentação em puérperas;

5.4 Associação das variáveis sociodemográficas e obstétricas com os escores da BSES-SF.

5.1 Variáveis sociodemográficas da amostra

Tabela 1 – Distribuição das puérperas (n=200), segundo os dados sociodemográficos.

São Paulo, 2010.

Variáveis	Puérperas			
	Nº	%	Média (DP)	Mediana (Q1-Q3)
Idade (n=200)				
15-25	57	28,5		
26-35	113	56,5	29,1 (6,1)	29 (25-33)
36-45	30	15,0		
Estado Civil (n=200)				
Solteira	42	21,0		
Casada	135	67,5		
Outros	23	11,5		
Escolaridade (n=200)				
Fundamental	18	9,0		
Médio	95	47,5		
Superior	87	43,5		
Trabalha (n=200)				
Sim	125	62,5		
Não	75	37,5		
Nº de Filhos (n=200)				
1	95	47,5		
2	84	42,0		
3 ou +	21	10,5		
Consome fumo (n=200)				
Sim	16	8,0		
Não	184	92,0		
Consome bebida alcoólica (n=200)				
Sim	9	4,5		
Não	191	95,5		
Nº Pessoas na Casa (n=200)				
Até 2	42	21,0		
3 a 5	80	40,0		
+ de 5	78	39,0		
Renda Familiar (n=200) *				
- de 1 salário mínimo	5	2,5		
1 a 2 salários mínimos	47	23,5		
3 a 5 salários mínimos	148	74,0		

*O valor do salário mínimo é referente à R\$565,00.

DP=desvio padrão. *Q1=primeiro quartil (percentil 25) e Q3=terceiro quartil (percentil 75).

A Tabela 1 mostra que a média de idade das puérperas foi de 29,1 (DP±6,1) e a mediana 29 (Q1-Q3 25-33); a maioria era casada (67,5%), trabalhava (62,5%) e possuía renda familiar entre três e cinco salários mínimos (74,0%). Quanto à escolaridade, 47,5% cursaram até o ensino médio e 43,5%, o ensino superior. O número de filhos variou entre

um (47,5%) e dois (42,0%). Em relação ao número de pessoas com quem viviam, 40,0% das puérperas moravam com até cinco pessoas e outras com mais de cinco (39,0%).

Os fatores sociodemográficos, como idade materna, nível de escolaridade, estado civil e situação socioeconômica têm sido constantemente associados à duração da amamentação⁵⁰.

Em relação à idade das mães, vários autores verificaram que filhos de mães com mais idade mamaram por mais tempo, exclusiva ou parcialmente, em relação aos filhos de mães mais jovens⁵¹.

O presente estudo mostrou que a maioria das puérperas trabalhava, o que pode constituir um fator negativo para a manutenção do aleitamento materno. Estudo realizado em Bento Gonçalves, que avaliou as possíveis associações entre AME e variáveis socioeconômicas, revelou que o trabalho materno apresentou associação estatisticamente significativa com AME, pois as mães que relataram trabalhar fora apresentaram 23% mais chances de não amamentarem até o sexto mês (RP = 1,23 – IC = 1,015 – 1,501) em relação às que não trabalhavam fora⁵².

Em relação à situação socioeconômica, estudo mostrou que mães com renda familiar menor que três salários mínimos, menos anos de estudo e que não trabalhavam, amamentaram por tempo inferior a seis meses⁵³. Neste sentido, os resultados apresentados na Tabela 1 em relação à renda familiar, anos de estudo e trabalho podem ser considerados positivos para a adesão e manutenção do AM.

Quanto ao estado civil, estudo destaca que a condição de casada é ponto positivo para a manutenção do AME⁵⁶, a participação efetiva do pai é considerada uma das principais fontes de suporte à mulher durante a amamentação⁵⁴. No presente estudo, a maioria (67,5%) das participantes era casada, portanto essa condição pode ser favorável na prática da amamentação.

Pesquisa aponta que a falta de apoio de pessoas ou a presença de outras mais experientes, dentro e fora da família, constituíram fatores que contribuíram para o desmame precoce⁵⁵. Assim, o fato de 78 (39,0%) das mulheres deste estudo conviverem com mais de cinco pessoas poderá interferir na decisão e no tempo da amamentação do filho.

Evidencia-se na Tabela 1 que a maioria das puérperas não fumava (92,0%) e não ingeria bebida alcoólica (95,5%), fatores considerados positivos, uma vez que, o fumo e o

álcool influenciam negativamente na manutenção do AME⁵⁶.

Portanto, pode-se afirmar que algumas das variáveis sociodemográficas que influenciam a prática do AM aparecem como determinantes de destaque em alguns estudos como o de Thulier; Mercer⁵⁷ que, ao associar a duração da amamentação e fatores sociodemográficos, as variáveis “mais idade”, “estado civil casado” e “escolaridade mais elevada” influenciaram positivamente na duração do AM e o de Venâncio e Monteiro⁵⁸ que identificou a amamentação exclusiva mais predominantemente entre mulheres com maiores renda e escolaridade. Já para Carrascoza *et al*⁵⁹, o alto nível socioeconômico e o trabalho materno estiveram associados ao abandono do AM.

5.2 Variáveis obstétricas e aleitamento materno

Tabela 2 - Distribuição das puérperas segundo os antecedentes obstétricos e aleitamento materno. São Paulo, 2010.

Variáveis	N	%
Tipo de Parto (n = 200)		
Normal	38	19,0
Cesárea	161	80,5
Fórceps	1	0,5
Total	200	100,0
Gravidez Planejada (n = 200)		
Sim	93	46,5
Não	107	53,5
Total	200	100,0
Nº de Consultas Pré-natal (n = 200)		
- de 5	4	2,0
+ de 5	196	98,0
Total	200	100,0
Amamentou Anteriormente (n = 105)		
Sim	105	52,5
Não	95	47,5
Total	200	100,0
Tempo de amamentação anterior (n = 105)		
- de 6 meses	73	69,5
6 meses	10	9,8
7 a 36 meses	22	20,7
Total	105	100,0
Dificuldade em amamentar (n = 200)		
Sim	63	31,5
Não	137	68,5
Total	200	100,0
Recebeu orientações sobre o AM no Pré-natal (n = 200)		
Sim	107	53,5
Não	93	46,5
Total	200	100,0

Observa-se na Tabela 2 que 80,05% dos partos foram cesarianas e 19,0% normais. Outro estudo já citado⁵⁶ apresentou valores semelhantes, onde 87% foram cesáreas e 10% partos normais. O alto percentual de partos cesarianos encontrado é preocupante, uma vez que a OMS considera aceitáveis taxas de 15% para o parto cirúrgico devido à incidência de mortalidade materna.

Beche; Halpern; Stein⁶⁰ observaram aumento de partos cirúrgicos (quase o dobro) nas mulheres que realizaram o pré-natal em clínicas de convênios, em comparação com

aquelas que realizaram o pré-natal pelo SUS, o que pode justificar o percentual elevado de cesárias no presente estudo, pois todas as puérperas eram usuárias de planos de saúde. O tipo de parto parece influenciar na decisão e tempo de amamentação, é o que mostra um estudo que apontou o parto normal como uma das variáveis associadas a maior tempo de duração do AM⁶¹.

Em relação ao AM, os dados da Tabela 2 mostram que a maioria das puérperas (69%) amamentou o filho, na gestação anterior, por um período inferior a seis meses de vida, e não referiu dificuldades nas situações anteriores. Este resultado pode ser consequência da variável “trabalho”, mostrada na Tabela 1, em que 62,5% das mães referiram trabalhar, condição que garante o direito de licença maternidade legislada pela [Constituição Brasileira](#), artigo 7º, inciso XVIII, que concede à mulher que deu à luz licença remunerada de 120 dias e que, apesar de ter sido ampliada para mais 60 dias pela Lei 11.770/2008 (Programa Empresa Cidadã), ainda é uma opção da empresa do setor privado.

Estudos mostram também que a experiência anterior de amamentar está associada ao tempo maior de AM e menos dificuldades na sua prática⁶²⁻⁶⁵. Verifica-se na Tabela 2 que todas as puérperas já amamentaram, independente da duração do AM, o que pode constituir um fator positivo para a amamentação.

O comparecimento da maior parte (98,0%) das puérperas em mais de cinco consultas pode ser considerado fator importante para a prática do AM. O MS preconiza um mínimo de cinco consultas durante o pré-natal para garantir a saúde materna-infantil e o incentivo ao AM^{61, 66}. Estudo que identificou e analisou variáveis associadas à menor duração do aleitamento materno, em 450 crianças, mostrou que o número de consultas no pré-natal influenciou na decisão de amamentar⁶⁷, principalmente quando as gestantes foram informadas dos benefícios do AM e das desvantagens do uso de outros leites⁶⁸. Dessa forma, o pré-natal, além de ser um dos fatores de oportunidade de incentivo ao AM⁶⁹, é considerado fator protetor para o AME o AM⁷⁰.

Neste estudo, o percentual de puérperas que participaram de mais de cinco consultas no pré-natal (98,0%) contra o de puérperas que referiram não ter recebido orientações a respeito do AM (46,5%) pode ser comparado com o resultado de outro estudo que verificou o conhecimento sobre AM de puérperas. Os autores constataram que, embora 94% delas tivessem feito pré-natal, 67,3% das mulheres não receberam qualquer informação sobre AM⁷¹. Estes dados podem estar ancorados no conhecimento de

profissionais da saúde avaliado em estudo que mostrou que as atividades práticas de promoção do AM não eram desenvolvidas uniformemente pelos profissionais, constatando ser necessário treinamento sistemático e contínuo sobre AM e manejo da lactação para equipes de saúde da família. Os autores referem ainda ser necessária uma melhor capacitação dos profissionais e a integração da equipe para a melhoria da qualidade da orientação e do aconselhamento sobre aleitamento⁷¹.

Além disso, estudo revelou que mulheres que realizaram menos de cinco consultas de pré-natal amamentaram por menos tempo do que as que efetivaram de cinco a nove consultas⁷². A Tabela 2 mostra que a maioria das mulheres deste estudo realizou mais de cinco consultas de pré-natal.

Outro estudo que objetivou conhecer a visão das puérperas em relação ao cuidado prestado pelos profissionais de saúde quanto à prática da amamentação mostrou que 58% não foram orientadas e 38% referiu falta de orientação prestada por algum profissional⁷³.

Com relação à variável “gravidez planejada”, observa-se na Tabela 2 que a maioria das puérperas não planejou a gravidez. Entretanto, a sua relevância não está clara na literatura, pois apesar de esta variável constar em alguns estudos com resultados semelhantes, não há dados sobre sua influência na adesão e manutenção do AM^{52, 74, 47}.

5.3 Avaliação da autoeficácia da amamentação em puérperas

A BSES-SF é constituída de 14 itens que variam de um a cinco pontos cada, finalizando um total mínimo de 14 pontos e máximo de 70. Essa pontuação foi organizada em categorias para determinar o nível da autoeficácia da amamentação em baixa, média e alta autoeficácia segundo valores pré-estabelecidos por Dennis³⁶. Assim temos:

Baixa autoeficácia de 14 a 38 pontos (escores)

Média autoeficácia de 39 a 51 pontos (escores)

Alta autoeficácia de 52 a 70 pontos (escores)

5.3.1 Domínios da BSES-SF

- Domínio técnico e pensamentos intrapessoais

Tabela 3: Distribuição das respostas das puérperas segundo o domínio técnico e pensamentos intrapessoais da BSES-SF. São Paulo, 2010.

	Concordo Totalmente		Concordo		Às Vezes Concordo		Discordo		Discordo Totalmente	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Domínio técnico (n=200)										
07. Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando.	70	35,0	41	20,5	65	32,5	23	11,5	1	0,5
05. Eu sempre lido com amamentação de forma a me satisfazer.	133	66,5	37	18,5	18	9,0	8	4,0	4	2,0
08. Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família.	134	67,0	40	20,0	15	7,5	10	5,0	1	0,5
06. Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando.	118	59,0	42	21,0	29	14,5	9	4,5	1	1,0
11. Eu sempre amamento meu bebê em um peito e depois mudo para o outro.	134	67,0	46	23,0	11	5,5	5	2,5	4	2,0
12. Eu sempre continuo amamentando o meu bebê a cada alimentação dele (a cada mamada).	103	51,5	74	37,0	18	9,0	4	2,0	1	0,5
13. Eu sempre consigo adequar as minhas necessidades as necessidades do meu bebê	69	34,5	89	44,5	33	16,5	7	3,5	2	1,0
10. Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo.	76	38,0	50	25,0	54	27,0	18	9,0	2	1,0
Domínio pensamentos intrapessoais										
1. Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente.	125	62,5	38	17,5	28	14,0	8	4,0	4	2,0
02. Eu sempre lido com amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios.	133	66,5	37	18,5	18	9,0	8	4,0	4	2,0
03. Eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento.	124	62,0	34	20,5	24	12,0	9	4,5	2	1,0
04. Eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada.	137	68,5	33	16,5	20	10,0	6	3,0	4	2,0
09. Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar.	122	61,0	45	22,5	25	12,5	5	2,5	3	1,5
14. Eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada.	114	57,0	68	34,0	13	6,5	3	1,5	2	1,0

A Tabela 3 mostra que o escore “Concordo totalmente” obteve maior frequência na maioria dos itens, tanto do domínio técnico como do domínio pensamentos intrapessoais, o que significa que a grande maioria de puérperas apresentam “alta autoeficácia” na

confiança que elas têm para a prática da amamentação, conforme consta na Tabela 4. Observa-se também que a menor frequência está nos itens de discordância representados pelos escores “discordo” (11,5%) e “discordo totalmente” (4%), demonstrando que algumas puérperas apresentam insegurança na amamentação.

Ainda na Tabela 3, o item que apresenta percentual mais elevado de concordância no escore “Concordo totalmente” foi “Eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada.” (68,5%) e o item que ocasionou mais incerteza no escore “Às vezes concordo” foi “Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando.” (32,5%). Esses resultados diferem dos encontrados no estudo de Santos⁴⁶, que aplicou a BSES-SF em 31 puérperas. Nesse estudo, o item mais selecionado no escore “Concordo totalmente” foi “Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando.” (71%) e o que gerou mais incertezas no escore “Às vezes concordo” foi “Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente.” (38,75). Observa-se que o item “Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando.” se apresenta em situação oposta em relação aos escores “Concordo” e “Às vezes concordo” entre os dois estudos.

Em outro estudo⁴⁷, onde também predominaram os percentuais de concordância, destaca-se o item “Eu sempre amamento meu bebê em um peito e depois mudo para o outro.” (51,0%) no escore “Concordo totalmente”, e o item “Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente.” (18,4%) no escore “Às vezes concordo”, este último semelhante ao apresentado no estudo de Santos⁴⁶.

Tabela 4 – Classificação dos escores da BSES-SF obtidos pelas puérperas. São Paulo, 2010.

Classificação dos Escores	N	%	Puérperas	
			Média (DP)	Mediana (Q1-Q3)
Baixa autoeficácia (14 a 38 pontos)	5	2,5		
Média autoeficácia (39 a 51 pontos)	31	15,5	59,9 (9,0)	63,0 (54,0-67,0)
Alta autoeficácia (52 a 70 pontos)	164	82,0		
Total	200	100,0		

Constata-se na Tabela 4 que das 200 puérperas, a maioria (82%) obteve uma pontuação classificada como alta autoeficácia, enquanto 15,5% apresentaram média autoeficácia. Estudos nacionais apresentam percentuais semelhantes de concordância. No estudo de Rodrigues⁶², das 261 puérperas, 81,1% tinham a autoeficácia alta e 18,9% média autoeficácia; no de Souza⁷³, que aplicou a BSES-SF em 130 puérperas, 82,3% apresentaram alta autoeficácia e 17,7% média autoeficácia.

Chama a atenção o percentual (2,5%) de baixa autoeficácia na amamentação (Tabela 4) pelo número reduzido, uma vez que estudos semelhantes não apresentaram essa categoria em seus resultados^{41, 46, 47, 75}.

Nas Figuras 1 e 2, encontra-se a visualização gráfica dos resultados dos escores e a pontuação das respostas das puérperas.

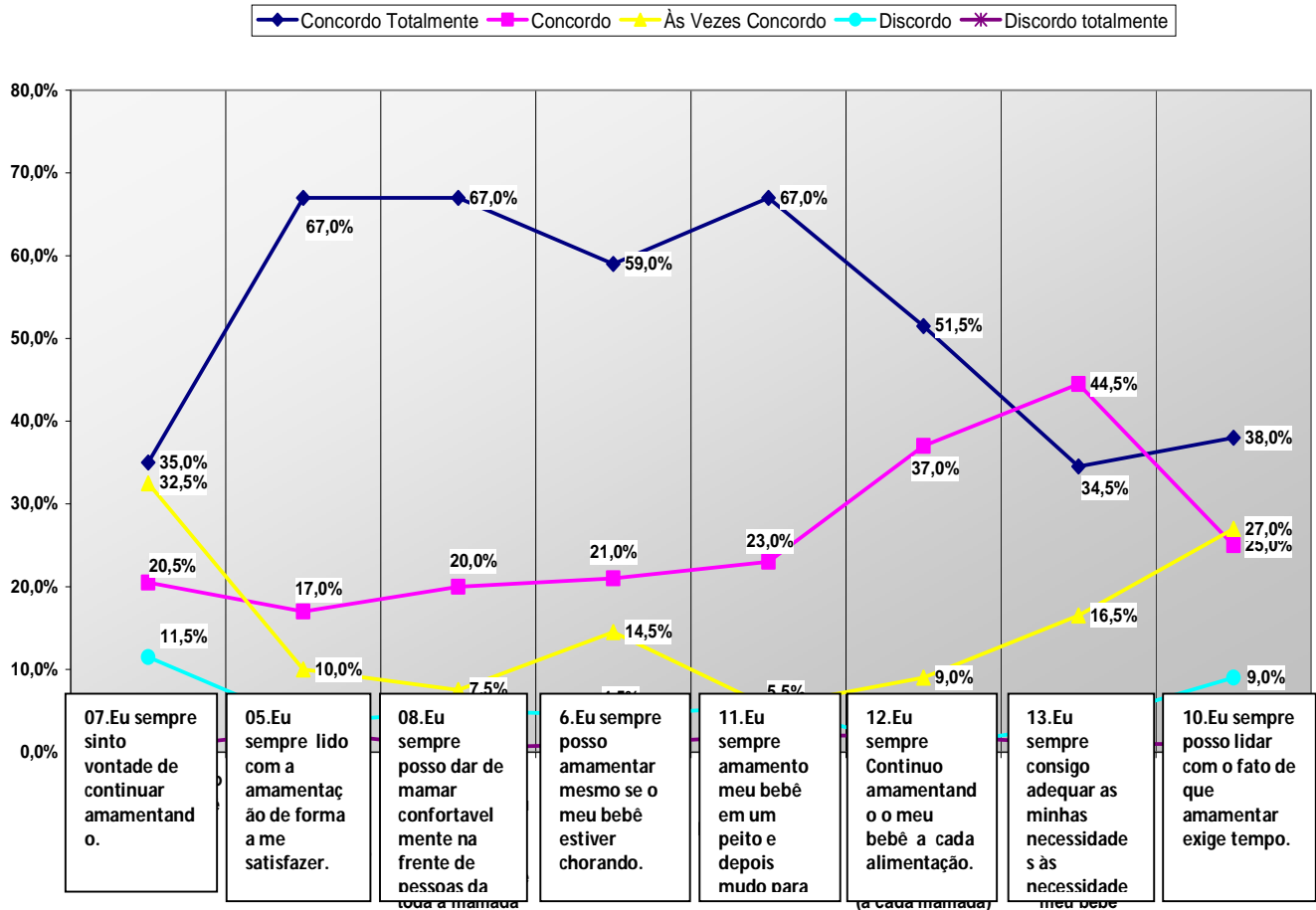


Figura 1- Distribuição das respostas das puérperas segundo o domínio técnico da BSES-SF. São Paulo, 2010.

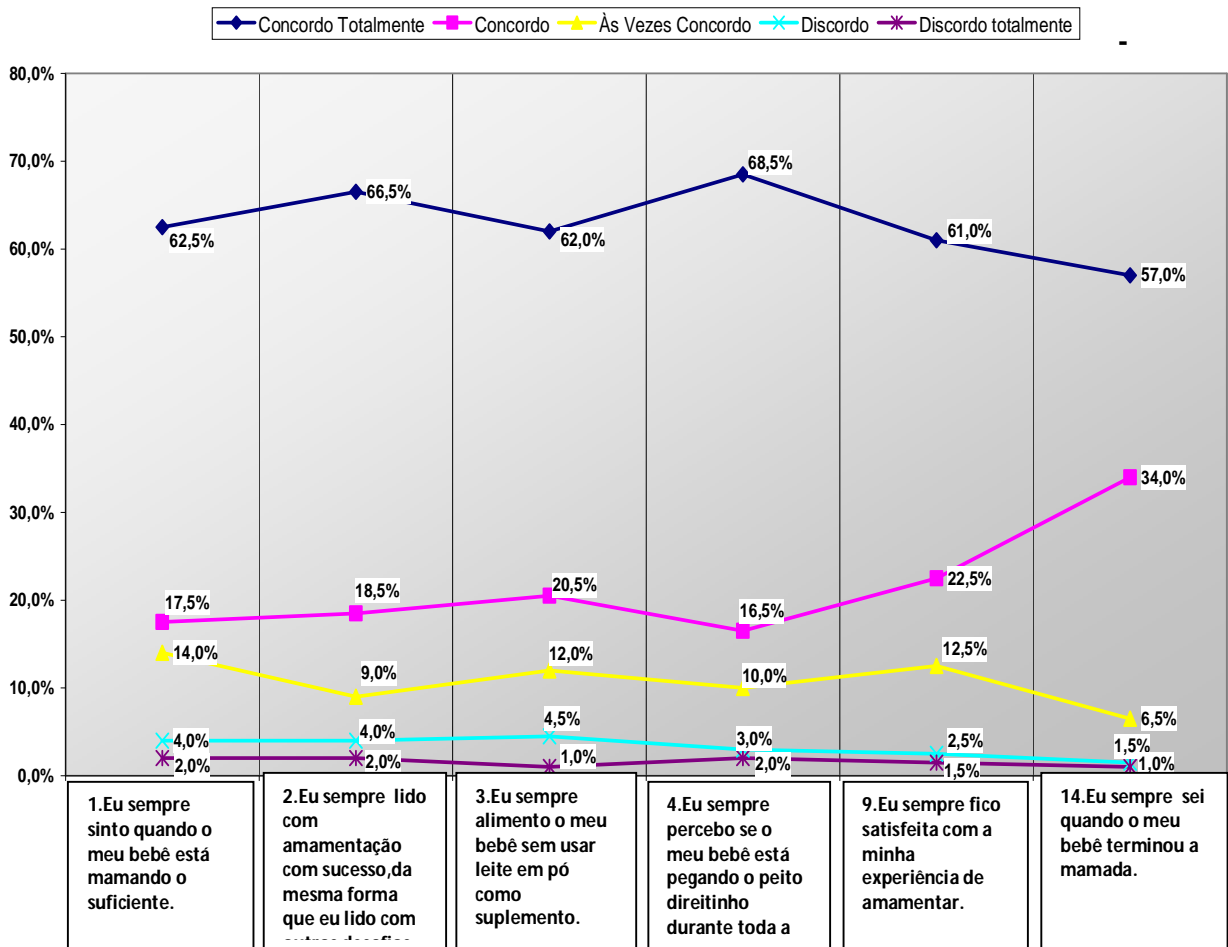


Figura 2 - Distribuição das respostas das puérperas segundo o domínio pensamentos intrapessoais BSES-SF. São Paulo, 2010.

5.4 Associação das características sociodemográficas, obstétricas e aleitamento materno com os escores da BSES-SF

Tabela 5 – Associação entre os escores da BSES-SF e as variáveis sociodemográficas.

São Paulo, 2010.

Variáveis (n=200)	Autoeficácia						P-valor
	Baixa		Média		Alta		
	N	%	N	%	N	%	
Idade							
15-25	1	20,0	7	22,6	49	29,9	0,5117
26-35	2	40,0	21	67,7	90	54,9	
36-45	2	40,0	3	9,7	25	15,2	
Estado Civil							
Solteira	1	20,0	8	25,8	33	20,1	0,4366
Casada	3	60,0	22	71,0	110	67,1	
Outros	1	20,0	1	3,2	21	12,8	
Escolaridade							
Fundamental	-	-	4	12,9	14	8,5	0,8707
Médio	3	60,0	13	41,9	79	48,2	
Superior	2	40,0	14	45,2	71	43,3	
Trabalha							
Sim	2	40,0	19	61,3	103	62,8	0,9999
Não	3	60,0	12	38,7	61	37,2	
Nº Filhos							
1	2	40,0	18	58,1	75	45,7	0,4344
2	2	40,0	12	38,7	70	42,7	
3 ou +	1	20,0	1	3,2	19	11,6	
Consome fumo							
Sim	-	-	2	6,5	14	8,5	0,9999
Não	5	100,0%	29	93,5	150	91,5	
Consome bebida alcoólica							
Sim	-	-	-	-	9	5,5	0,4912
Não	5	100,0	31	100,0	155	94,5	
Nº Pessoas na Casa							
Até 2	1	20,0	5	16,1	36	22,0	0,9543
3 a 5	2	40,0	12	38,7	66	40,2	
+ de 5	2	40,0	14	45,2	62	37,8	
Renda Familiar							
- de 1 salário mínimo	-	-	-	-	5	3,0	0,3067
1 a 2 salários mínimos	3	60,0	8	25,8	36	22,0	
3 a 5 salários mínimos	2	40,0	23	74,2	123	75,0	

Observa-se na Tabela 5 que, nas associações entre a autoeficácia das escalas e as variáveis sociodemográficas, não houve correlação estatisticamente significativa para nenhuma das variáveis analisadas. Portanto, a idade, estado civil, escolaridade, o trabalho, número de filhos, o consumo de fumo e o de álcool, o número de pessoas que moram na casa e a renda familiar não influenciam a autoeficácia da amamentação das puérperas.

Corroboram esses resultados dois estudos nacionais, um realizado no município de São Paulo⁷⁴, outro no município de Fortaleza⁴⁷ e um internacional, realizado na cidade Barcarena, Portugal⁴⁶. No estudo de Dodt⁴⁷, apenas a variável idade das puérperas apresentou correlação estatisticamente significante ($p=0,018$).

Pode-se destacar que, no estudo atual, apesar de não haver correlação estatisticamente significativa das variáveis sociodemográficas (Tabela 5), obteve-se mais escores de alta autoeficácia em puérperas de mais idade (90/54,9%), casadas (110/67,1%), que trabalhavam (103/62,8%), com menor número de filhos (1/45,7%), não fumantes (150/91,5%), que não consomem bebida alcoólica (155/94,5%) e com maior renda familiar (123/75,0%).

Uma revisão integrativa desenvolvida por Rodrigues *et al.*³⁵ reconhece a influência de fatores que interferem positivamente na autoeficácia da amamentação, entre eles, as boas condições sociodemográficas e o apoio da família.

Outros estudos também citam a idade, a escolaridade e a condição econômica como aspectos que podem afetar a motivação materna para amamentar, uma vez que as puérperas com o maior nível de escolaridade e com melhores condições econômicas tendem a amamentar seus filhos por mais tempo, e se sentem mais confiantes em amamentar⁵⁶.

Segundo a literatura, para a puérpera, o apoio do marido ou companheiro exerce uma influência positiva na autoeficácia da amamentação⁵⁶, o que pode justificar o número elevado de puérperas casadas que apresentaram alta autoeficácia (110/ 67,1%).

É importante comentar que, embora os fatores sociodemográficos do presente estudo não apresentem significância estatística com a confiança materna em amamentar, a literatura revela a influência destes no desmame precoce²⁷⁻³²; sendo assim, é de extrema relevância considerar esses fatores no atendimento de enfermagem às gestantes e puérperas, visando bons resultados na adesão e manutenção do aleitamento materno.

Tabela 6: Associação entre os escores da BSES-SF, as variáveis obstétricas e aleitamento materno. São Paulo, 2010.

Variáveis	AUTOEFICÁCIA						P-valor
	Baixa		Média		Alta		
	N	%	N	%	N	%	
Gravidez Planejada							
Sim	2	40,0	9	29,0	82	50,0	0,0946
Não	3	60,0	22	71,0	82	50,0	
Nº Consultas Pré-natal (> 5)							
-de 5	-	-		3,2	3		0,5472
+de 5	5	100	1	96,8	161	1,8	
			30			98,2	
Tipo de parto							
Normal	5	13,9	33	20,1	38	19,0	0,1444
Cesárea	30	83,3	131	79,9	161	80,5	
Fórceps	1	2,8	-	-	1	0,5	
Recebeu incentivo p/ AM no Pré-natal							
Sim	3	60,0	21	67,7	83	50,6	0,2036
Não	2	40,0	10	32,3	81	49,4	
Amamentou Anteriormente							
Sim	3	60,0	18	58,1	74	47,1	0,3339
Não	2	40,0	13	41,9	90	54,9	
Tempo de Amamentação							
- 6 meses	2	80,0	10	64,5	54	69,5	0,8533
6 meses	-	-	2	16,1	8	9,8	
7 ate 36 meses	1	20,0	3	19,4	15	20,7	
Dificuldade em Amamentar							
Sim	3	60,0	10	32,3	50	30,5	0,3986
Não	2	40,0	21	67,7	114	69,5	

Os dados da Tabela 6 revelam que não houve diferença estatisticamente significativa entre os escores da BSES-SF, as variáveis obstétricas e de aleitamento materno. Resultados semelhantes foram encontrados em vários estudos nos quais não houve diferença estatística entre essas variáveis e os diferentes níveis de autoeficácia^{35, 41, 47, 75}.

Os resultados da Tabela 6 permitem constatar que, apesar de não haver associação estatisticamente significativa entre os escores da BSES-SF, as variáveis obstétricas e aleitamento materno, as puérperas tiveram maior frequência no escore “Alta autoeficácia”.

Em contraponto, alguns estudos obtiveram diferenças estatisticamente significativas. Em um deles, a variável “amamentou anteriormente” apresentou $p=0,028$ ⁴⁶; em outro, puérperas com experiência e ou vivências positivas de amamentação apresentaram maior autoeficácia ao AM³⁵ e outro, ainda, revelou que puérperas com experiência anterior de aleitamento materno apresentaram scores significativamente mais altos na BSES-SF do que aquelas sem história de experiência prévia de aleitamento materno ($p<0.001$). Para as autoras desse estudo, as mulheres com elevada autoeficácia na amamentação tendem a estar mais propensas a amamentar por pelo menos seis meses, influenciando positivamente a manutenção do AM⁷⁶.

6. CONCLUSÃO

Respondendo aos objetivos propostos neste estudo, os resultados obtidos possibilitam concluir:

Em relação às variáveis sociodemográficas

- A média de idade das puérperas foi de 29,1 (DP 6,1), idade mínima de 15 e máxima 45.
- 67,5% eram casadas.
- 62,5% trabalhavam.
- 92,0% não fumavam.
- 95,5% não consumiam bebida alcoólica.
- 74,0% possuíam renda familiar entre três e cinco salários mínimos.
- 43,5% tinham curso superior completo e 47,5, ensino médio completo.
- 47,5% tinham um filho e 42,0% dois.
- 40,0% moravam com ate cinco pessoas e 39,0% com mais de cinco.

Em relação às variáveis obstétricas

- 80,05% (média 53,67) dos partos foram cesarianas e 19,0% (média 12,67) normais.
- 53,5% não planejaram e 46,5% planejaram a gravidez.
- 98,0% compareceram a mais de cinco consultas durante o pré-natal.

Quanto ao aleitamento materno

- 69,5% amamentaram por um período inferior a seis meses de vida do filho.
- 68,5% não referiram dificuldades na amamentação.
- 53,5% receberam orientação sobre o aleitamento materno.

Em relação à aplicação da Breastfeeding Self Efficacy Scale-Short Form

- 82% obtiveram uma pontuação classificada como alta autoeficácia (52 a 70 pontos); 15,5% como média autoeficácia (39 a 51 pontos) e 2,5%, como baixa autoeficácia (14 a 38 pontos).

Em relação à associação das variáveis sociodemográficas e obstétricas

- Não houve correlação estatisticamente significativa nas associações entre a autoeficácia da escala e as variáveis sociodemográficas, obstétricas e aleitamento materno. O escore de maior frequência entre as puérperas foi o de “Alta autoeficácia”.

Assim, pode-se considerar a Breastfeeding Self Efficacy Scale - Short Form importante instrumento para que os profissionais de saúde, especialmente as enfermeiras, possam aplicá-la na mulher no período do puerpério, como um instrumento facilitador para conhecer a confiança ou insegurança na amamentação e ajudá-la na adesão e manutenção da amamentação.

Sugere-se que, em futuros estudos sobre a adesão e manutenção do aleitamento materno, de puérperas, seja utilizada a BSES-SF no final do puerpério.



7. REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde / Fundo de Assistência das Nações Unidas para a Infância. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis. Brasília (DF); 1989.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Complementary feeding of Young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. Geneva: WHO; 1998.
3. Organización Pan-Americana de la Salud / Organización Mundial de La Salud. Situación actual y tendencia de La lactancia materna em América Latina y El Caribe: Implicaciones políticas y programáticas. 2013.
4. BRASIL. Coordenação Materno-Infantil / Ministério da Saúde. Metas da cúpula mundial em favor da infância: avaliação de meia década 1990-1995. Brasília: INAN / COMIN / MS; 1995.
5. Harada MJCS, Peterline MAS, Scadanelli R, Dias EC. Fatores associados ao desmame precoce e aleitamento misto em crianças internadas em uma enfermaria de pediatria. Acta Paulista; 1999. 12 (2): 27-34.
6. Carvalho MR, Tavares LAM. Políticas públicas em aleitamento materno. Amamentação Bases Científicas 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
7. Simons DA. Alimentos complementares ao desmame: quais, quando e como introduzi-los? IN: REGO, JD. Aleitamento materno. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006.
8. Araújo MFM, Fiaco AD, Werner EH, Schmitz BAS. Incentivo ao aleitamento materno no Brasil: evolução do projeto Carteiro Amigo da amamentação de 1996 a 2002. Rev. Bras. de Saúde Mater Infant. 2003; 3 (2): 195-200.
9. Boletim da iniciativa hospital Amigo da criança. Brasília: PNIAM-MS/UNICEF; 1993-1994.
10. Toma TS. kangaroo Mother Care: the role of health care services and family networks in a successful program. Caderno de Saúde Pública; 2003. 19: 233-42.
11. Maia PRS, Almeida JAG, Novak FR, Silva DA. Rede Nacional de Banco de Leite Humano: Gênese e Evolução. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2006; 6 (1): 127-134.
12. Araújo MFM. Amamentação. Bases científicas para a prática profissional: situação e perspectiva do aleitamento materno no Brasil. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. Cap.1: p.1-2.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. 2004 ano da mulher / Ministério da Saúde. – 1ª ed., 1ª

reimp. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 186 p.:56d – Série E. Legislação de Saúde.

14. Oliveira MIC de, Teruya KM, Souza IEO, Alencar SM, Santos EKA. Manual de Capacitação de multiplicadores na Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro; 2006.

15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 108 p. 55d – Série C. Projetos, Programas e Relatórios.

16. Venancio SI, Saldiva RDM, Castro ALS *et al.* Projeto amamentação e municípios: a trajetória de implantação de uma estratégia para avaliação e monitoramento das práticas de alimentação infantil no Estado de São Paulo, no período 1998-2008. Instituto de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo: Bepa; 2010. 7(83): 4-15.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Rede Amamenta Brasil: Os primeiros Passos (2007-2010)/. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 58p.:Il,- (série I. História da Saúde).

18. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento das Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

19. Almeida JAG. Amamentação: Um Híbrido Natureza - Cultura. In: Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.p.28-51.

20. Borthalney SJ. Breastfeeding and complementation prepared weaning foods. Lancet; 1999. 344 (8932): 1305

21. Giugliani ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. Jornal de Pediatria. 2000; 76 (supl.3): 253-62.

22. Monteiro JCS, Gomes FA, Nakano AMS. Amamentação e o seio feminino: uma análise sob a ótica da sexualidade e dos direitos reprodutivos. Texto e Contexto de Enfermagem. Florianópolis; 2006; 15(1): 146-50

23. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Brasília: Ministério da Saúde; 1991.

24. Monteiro JCS, Nakano MAS, Gomes FA. Amamentação precoce na primeira meia hora de vida da criança. Rio de Janeiro: Revista de Enfermagem UERJ. 2006; 14(2): 202-7.

25. Méndez MCR, Cesar GV. Maternal mortality by age : Who is most at risk ?. The Lancet Global Health. 2014; 2(3): 155-164.

26. Silveira FJF da, Lamounier JA. Prevalência do aleitamento materno e práticas de alimentação complementar em crianças com até 24 meses de idade na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais. Rev. Nutr. [online]. 2004; 17(4): 437-447.

27. Rea MF. Substitutos do Leite Materno: Passado e Presente. Rev.Saúde Pública. São Paulo. 1990; 24: 241-9.
28. Gigante DP, Victoria CG, Barros FC. Nutrição Materna e Duração da Amamentação em uma COORTE de Nascimentos em Pelotas, RS. Rev. Saúde Pública. 2000; 34(3): 259-65.
29. SÃO PAULO: Secretaria Estadual de Saúde, Uma Resolução na Área da Saúde. A Experiência do Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde do Estado de São Paulo: IMESP; 2000.
30. Queluz MC *et al.* Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no Município de Serrana, São Paulo. Rev. Esc. Enfermagem USP [online]. 2012; 46 (3): 537-543.
31. Mascarenhas MLW, Albernaz EP, Silva MB da, Silveira RB. Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil. Rio de Janeiro: J. Pediatria [online]. 2006; 82(4): 289-294.
32. Lima TM, Osório MM. Perfil e Fatores Associados ao Aleitamento Materno em Crianças Menores de 25 Meses da Região Nordeste do Brasil. Rev. Bras. Saúde Materno Infantil. 2003; 3(3): 305-14.
33. Kummer SC, Giugliani ERJ, Susin LO, Folleto JL, Lermen NR, Wu VYJ. Evolução do Padrão de Aleitamento Materno. Rev. Saúde Pública; 2000. 34(2): 143-8.
34. Dennis C. Identifying Predictors of Breastfeeding Self-Efficacy in the Immediate Postpartum Period. Research in Nursing & Health. 2006; 29: 256–68.
35. Rodrigues AP. Autoeficácia em amamentação de puérperas em alojamento conjunto: contribuições para o cuidado de Enfermagem [tese]. Santa Maria-RS: Universidade Federal de Santa Maria; 2013.
36. Dennis C, Faux S. Development and Psychometric Testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. Research in Nursing & Health. 1999; 22: 399-409.
37. Bandura A, Barbaranelli C, Caprara GV, Pastorelli C. Multifaceted impact of self-efficacy beliefs on academic functioning. New York, Cambridge Univ. Press. Child Development. 1996; (67): 1206-1222.
38. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977; 84(2): 191-215.
39. Costa AEB. In: Bandura A, Azzi RG, Polydoro S. (Org.). Teoria social cognitiva: conceitos básicos. Colaboradores: Anna Edith Bellico da Costa, Fabián Olaz, Fabio Iglesias, Frank Pajares. Porto Alegre: Artmed; 2008. 123-148.
40. Salvetti MG, Pimenta CAM. Dor crônica e a crença de autoeficácia. Rev. Escola Enfermagem USP; 2007. 41(1): 135-40. Disponível em www.ee.usp.br/reeusp.

41. Oriá MOB. Tradução e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale: aplicação em gestantes [Tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2007.
42. 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. *Research in Nursing & Health*. 2003; 26: 143-152.
43. Torres MM, Torres RRD, Rodriguez AMP, Dennis CL. Translation and validation of the breastfeeding self-efficacy scale into spanish: data from a Puerto Rican population. *Journal of human lactation*. 2003; 19: 35-42.
44. Dai X, Dennis CL. Translation and validation o the Breastfeeding Self-Efficacy Scale into 58 chinese. *J Midwifery Women's Health*. 2003; 48: 350-6.
45. Wutke K, Dennis CL. The reliability and vality of the polish version of the breastfeeding self-efficacy scale – short form: *International Journal of Nursing Studies*. 2006; 1-8.
46. Santos VC dos. Adaptação transcultural e validação da “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa [Monografia]. Barcarena - Portugal: Universidade Atlântica; 2008.
47. Dodt RCM. Aplicação e validação da breastfeeding self-efficacy scale – short form em puérperas [Dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2008.
48. Marconi MA, Lakatos EM. Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2001.
49. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em Enfermagem. Métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2004; 163-199.
50. Dennis, CL. Breastfeeding initiation and duration: a 1990–2000 literature review. *Journal of Obstetric, Gyneco - logic and Neonatal Nursing* 2002; 31:12–32.
51. Dunn S, Davies B, Mccleary L, Edwards N, Gaboury I. The relationship between vulnerability factors and breastfeeding outcome. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2006; 35(1):87-97. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2006.00005.x/pdf>
52. Beche N, Halpern R, Stein AT. Prevalência do aleitamento materno exclusivo em um município serrano do Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista da AMRIGS*. 2009; 53(4): 345-353.
53. Oliver RA, Richart MM, Cabrero GJ, Pérez HS, Laguna NG, Flores ÁJC, Calatayud Pujalte MM, García LGR. Fatores associados ao abandono do aleitamento materno durante os primeiros seis meses de vida. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010; 18(3):[08 telas]
54. Piazzalunga CRC, Lamounier JA. A paternidade e sua influência no aleitamento

materno. *Pediatrics (SP)*. 2009; 31(1):49-57.

55. Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento Materno: Fatores de Influência na sua Decisão e Duração. *Rev. Nutr.* 2006; 19(5)

56. Del Ciampo LA, Ricco RG, Almeida CA. Aleitamento materno: passagens e transferências mãe-filho. São Paulo: Atheneu; 2004.

57. Thulier D; Mercer J. Variables Associated With Breastfeeding Duration *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2009; [38\(3\):259–268](#). [doi/10.1111/j.1552-6909.2009.01021.x/abstract?globalMessage=0](#)

58. Venancio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breastfeeding in Sao Paulo, Brazil: a multilevel analysis. *Public Health Nutrition*. 2006; 9(1):40-6

59. Carrascoza KC et al. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo em crianças assistidas por programa interdisciplinar de promoção à amamentação. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(10): 4139-4146

60. Beche N; Halpern R; Stein AT. Prevalência do aleitamento materno exclusivo em um município serrano do Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista da AMRIGS*. 2009; 53(4): 345-353

61. Francisco José Ferreira da Silveira; Joel Alves Lamounier. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(1): 69-77

62. Andressa Peripolli Rodrigues, Stela Maris de Mello Padoin, Cristiane Cardoso de Paula, Laura de Azevedo. Fatores que interferem na autoeficácia da amamentação: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE on line*. 2013, 7(esp):4144-52.

63. Kools EJ, Thijs C, Vries H. The behavioral determinants of breast-feeding in The Netherlands: predictors for the initiation of breast-feeding. *Health Educ Behav [Internet]*. 2005;32(6):809-24. Available from: <http://heb.sagepub.com/content/32/6/809.long>

64. Mccarter-Spaulding DE, Gore R. Breastfeeding self-efficacy in women of African descent. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs [Internet]*. 2009; 38(2):230-43. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2009.01011.x/pdf>)

65. Baghurst P, Pincombe J, Peat B, Henderson A, Reddin E, Antoniou G. Breast feeding self-efficacy and other determinants of the duration of breast feeding in a cohort of first-time mothers in Adelaide, Australia. *Midwifery [Internet]*. 2007; 23(4):382-91. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613806000593#>

66. Rodrigues AP, Padoin SMM, Paula CC, Azevedo L. Fatores que interferem na autoeficácia da amamentação: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE on line*. 2013; 7(esp):4144-52

67. Silveira FJF; Joel Alves Lamounier. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(1):69-77
68. Demitto MO, Silva TC da, Páschoa ARZ, Mathias TAF, Bercini LO. Orientações sobre amamentação na assistência pré-natal: uma revisão integrativa. *Rev. RENE*. 2010; 11(número especial): 223-9
69. Vasconcelos MGL; Lira PIC; Lima MC. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2006; 6 (1): 99-105
70. Roig AO. Fatores associados ao abandono do aleitamento materno durante os primeiros seis meses de vida. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010; 18(3):[08 telas]
71. Percegoni N, Araujo RMA, Silva MMS, Euclides MP, Tinoco ALA. Conhecimento sobre AM de puérperas atendidas em dois hospitais de Viçosa-MG. *Rev. Nutri*. 2002; 15(1):29-35
72. Tavares MC; Aires JS; Dodt RCM; Joventino ES; Oriá MOB; Ximenes LB. Application of Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form to post-partum women in rooming-in care: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2010; 9(1).
73. Barreto CA; Silva LR; Christoffel MM. Aleitamento materno: a visão das puérperas. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2009; 11(3):605-11. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a18.htm>.
74. Coelho *et al.* Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(3): 415-22.
75. Souza EFC. Autoeficácia na amamentação: aplicação da escala em puérperas de um hospital privado [Dissertação]. São Paulo: Universidade de Guarulhos; 2012.
76. Tokat MA; Okumuş H; Dennis CL. Translation and psychometric assessment of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form among pregnant and post partum women in Turkey. *Midwifery*. 2010; 26: 101-108.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do Projeto: Puérperas e a Auto-Eficácia na Amamentação: Breastfeeding Self Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF)

Essas informações estão sendo fornecidas para a sua participação voluntária neste estudo, que tem como objetivo avaliar a autoeficácia da puérpera na amamentação do seu filho. Você será entrevistada para falar sobre a amamentação do seu filho.

O benefício direto de sua aplicação será avaliar a autoeficácia da amamentação. Os resultados desta pesquisa serão aplicados no cotidiano da assistência de enfermagem na detecção de déficits da nutriz para a manutenção do aleitamento.

A participação da puérpera neste estudo envolve um risco mínimo, podendo ocorrer desconforto emocional, que se ocorrer, receberá atendimento pelo psicólogo da equipe multidisciplinar da unidade de alojamento conjunto do hospital. A inclusão de puérperas adolescentes nesta pesquisa é de suma importância na prevenção do desmame precoce devido à vulnerabilidade deste grupo etário para o desmame.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, não sendo divulgada a identificação de nenhum voluntário de pesquisa.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo e nem receberá remuneração para participar do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal responsável por esta

pesquisa é Eliana do Socorro Almeida Yamashiro que pode ser encontrada no endereço Praça Tereza Cristina, 229 - Telefone(s) 20870356.

Declaro que fui suficientemente esclarecida a respeito das informações que li, ou que foram lidas para mim sobre o estudo: “Puérperas e a Autoeficácia na Amamentação: Breastfeeding Self Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF)”.

Eu discuti com Eliana do Socorro Almeida Yamashiro sobre a minha decisão em participar deste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas, que tenho garantia do acesso à orientação, quando necessário, e que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido nesta instituição. Concordo voluntariamente em participar deste estudo. Autorizo a publicação dos dados que foram coletados sobre mim em revista científica.

Assinatura da pesquisada

São Paulo, ___/___/___.

Assinatura do(a) representante legal RG

São Paulo, ___/___/___.

Eliana do Socorro Almeida Yamashiro
Pesquisadora COREN-SP 71200

São Paulo, ___/___/___.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário, por seu representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

São Paulo, ___/___/___.

APÊNDICE B

Instrumento de coleta de dados

I - Dados sociodemográficos:

Formulário N _____			
1. Idade: _____ anos		2. Escolaridade: _____	
3. Estado civil	0 - () solteira	1 - () casada	2 - () outros
4. Número de filhos: _____			
5. Ocupação	0 - () com ocupação	1 - () sem ocupação	
6. Fuma:	0 - () sim	1 - () não	
7. Consome álcool	0 - () sim	1 - () não	
8. Renda familiar:	0 - () menos de 1 sm	1 - () de 1 a 2 sm	2 - () de 3 a 5 sm
9. Número de pessoas que moram em sua casa: _____			

II - Antecedentes obstétricos:

1. Tipo(s) de parto(s):	0 - () normal	1 - () cesariana	2 - () fórceps
2. Filhos vivos:	0 - () 1 filho	1 - () 2 filhos	2 - () de 3 a 9 filhos
3. Amamentou anteriormente	0 - () sim		1 - () não
4. Tempo de amamentação (meses):	0 - () menos de 6 meses	1 - () 6 meses	2 - () de 7 a 36 meses
5. Dificuldades:	0 - () sim	1 - () não	
6. Gravidez planejada:	0 - () sim	1 - () não	
7. Consultas de pré-natal:	0 - () menos de cinco	1 - () mais de cinco	
8. Recebeu orientação sobre AM:	0 - () sim	1 - () não	

ANEXO A



Guarulhos, 20 de setembro de 2010.

Exma. Sra.
Eliana do Socorro Almeida Yamashiro

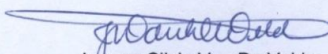
Referência: **Aprovação de Projeto**
SISNEP/615 - "Puérperas e a Auto-Eficácia na Amamentação: Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short form (BSES-SF)"

PARECER Nº 141/2010

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Guarulhos analisou o Projeto de Pesquisa de sua autoria - "Puérperas e a Auto-Eficácia na Amamentação: Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short form (BSES-SF)" - SISNEP/615, na reunião de 14.09.2010, e no uso das competências definidas na Res. CNS 196/96, considerou o projeto acima **aprovado**.

As orientações abaixo devem ser consideradas pelo Pesquisador Responsável durante a realização da pesquisa, visando que a mesma se desenvolva respeitando os padrões éticos:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- Eventuais modificações ou emendas e eventos adversos ao protocolo, devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.
- Esclarecemos a necessidade da apresentação de relatório final até **30.05.11**.


Jumará Silvia Van De Velde
Comitê de Ética em Pesquisa
Coordenadora

ANEXO B

BSES-SF

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

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 minha experiência de amamentar.	1	2	3	4	5
10. Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo (mesmo consumindo meu tempo, quero amamentar).	1	2	3	4	5
11. Eu sempre amamento o meu bebê em um peito e depois mudo para o outro.	1	2	3	4	5
12. Eu sempre continuo amamentando o 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.	1	2	3	4	5
14. Eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada.	1	2	3	4	5