



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

FERNANDA CÂMARA CAMPOS

**IMPACTO DA SATISFAÇÃO DE PUÉRPERAS COM O PARTO VAGINAL NA
AUTOEFICÁCIA PARA AMAMENTAR**

FORTALEZA
2015

FERNANDA CÂMARA CAMPOS

**IMPACTO DA SATISFAÇÃO DE PUÉRPERAS COM O PARTO VAGINAL NA
AUTOEFICÁCIA PARA AMAMENTAR**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Linha de pesquisa: Enfermagem no processo de cuidar na promoção da saúde.
Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Kelve de Castro Damasceno

FORTALEZA
2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- C212i Campos, Fernanda Câmara.
Impacto da satisfação de puérperas com o parto vaginal na autoeficácia para amamentar / Fernanda Câmara Campos. – 2015.
93 f. : il.
- Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2015.
Área de concentração: Enfermagem na promoção da saúde.
Orientação: Profa. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno.
1. Satisfação do Paciente. 2. Parto. 3. Aleitamento Materno. 4. Autoeficácia. I. Título.

FERNANDA CÂMARA CAMPOS

IMPACTO DA SATISFAÇÃO DE PUÉRPERAS COM O PARTO VAGINAL NA
AUTOEFICÁCIA PARA AMAMENTAR

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.
Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Ana Kelve de Castro Damasceno (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará- UFC

Prof^ª Dr^ª Mônica Oliveira Batista Oriá (1º Membro)
Universidade Federal do Ceará- UFC

Prof^ª Dr^ª Kaelly Virgínia de Oliveira Saraiva (2º Membro)
Faculdade Terra Nordeste- Fatene

Prof^ª Dr^ª Lydia Vieira Freitas(1º Suplente)
Universidade de Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira-UNILAB

A Deus e a Nossa Senhora,
Aos meus pais, Zildene e Fernando.

AGRADECIMENTOS

A Deus e a Nossa Senhora, por serem meu escudo protetor, por abençoarem meus dias, tornando-me uma pessoa perseverante e confiante para a realização dos meus sonhos.

Aos meus pais, Fernando e Zildene, pelo apoio, pela criação, pelo amor e pelos ensinamentos. Por sempre me apoiarem em todas as minhas decisões e por serem o meu porto seguro. Vocês são o meu exemplo de vida. Amo vocês!

Aos meus amados irmãos e sobrinhos pela alegria em tê-los. Por sempre me incentivarem através de palavras e gestos de carinho.

À minha querida família, por sempre torcer por mim, apoiando-me, vibrando com minhas vitórias e entendendo minha ausência ao longo desses dois anos.

Ao meu amor, Ronald, pelo carinho, atenção e paciência que sempre demonstrou durante a construção desse trabalho, por sempre me motivar a seguir minhas metas e alcançar minhas vitórias. Com você tudo se torna mais fácil!

Ao meu exemplo de pessoa e de profissional, a professora Dr.^a Ana Kelve de Castro Damasceno. Para mim é uma imensa honra e orgulho tê-la como orientadora. Não esquecerei nunca seus ensinamentos e seus conselhos. Muito obrigada pela acolhida e por ter proporcionado meus primeiros passos na pesquisa. Obrigada por ter acreditado em meu potencial!

Aos membros da banca examinadora, Prof.^a Dr.^a Mônica Oliveira Batista Oriá, Prof.^a Dr.^a Kaelly Virgínia de O. Saraiva e Prof.^a Dr.^a Lydia Vieira Freitas, pela disponibilidade, pelas enriquecedoras contribuições para o aprimoramento desse estudo e pelo aprendizado proporcionado durante a avaliação deste.

Às minhas amigas Lara e Tânia, por sempre estarem presentes, desde a graduação, dando-me forças e dizendo que no final tudo iria dar certo. Por compreenderem meus momentos de ausência e minhas angústias, e pelos momentos de descontração e felicidade, por estarem presentes comemorando comigo os momentos especiais da minha vida. Obrigada!

Ao projeto Enfermagem na Promoção da Saúde Materna, onde obtive muitos conhecimentos, pela ajuda e incentivo que todos me deram. Agradeço em especial à Amanda, pela amizade construída durante esses anos, pela ajuda e incentivo, pela força nos momentos em que eu desanimava; à Liana, companheira para todas as horas, pelas orientações, pelos ensinamentos, pelas palavras de conforto e por sempre me atender quando eu precisava de ajuda. Aprendi bastante com você e sou grata por tudo que você

fez por mim; às minhas amigas e integrantes da minha equipe de coleta de dados: Sâmia, Lia, Tamires e Joana sempre de prontidão para me ajudarem quando eu precisava. Vocês foram fundamentais para a construção desse trabalho. Obrigada!

Aos meus amigos de mestrado, pela convivência prazerosa e pelos momentos enriquecedores.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e às funcionárias Joelna, Valma, Jaqueline e Cleidismar, por sempre me atenderem com atenção e presteza.

Ao Edgar Sampaio, pela análise estatística dos dados. Obrigada pela paciência e dedicação.

À CAPES, pelo apoio financeiro concedido, o qual me proporcionou realizar este trabalho.

À todas as puérperas participantes dessa pesquisa.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a construção desse estudo, muito obrigada!

"Agora, o meu conhecimento é limitado, mas depois conhecerei como sou conhecido. Agora portanto, permanecem estas três coisas: a fé, a esperança e o amor. A maior delas, porém, é o amor." (Coríntios 13:12-13)

RESUMO

Objetivou-se verificar a validade de critério das subescalas 2 e 3 do Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP), considerando a Escala de Autoeficácia da Amamentação – Forma Abreviada (BSES- SF) como padrão-ouro. Desenvolveu-se um estudo metodológico, que buscou verificar a validade de critério das subescalas 2 e 3 do QESP, usando como padrão-ouro a BSES- SF, realizado na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) de Fortaleza. A amostra foi composta por 237 puérperas. A coleta de dados ocorreu no período de julho a outubro de 2014, a partir das seguintes etapas: no alojamento conjunto, aplicação do formulário de identificação do perfil sociodemográfico e obstétrico das puérperas e, em seguida, aplicação das subescalas 2 e 3 do *Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto* (QESP) e da *Breastfeeding Self- Efficacy Scale- Short Form* (BSES-SF). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Foi utilizado o programa SPSS versão 20.0 para análise dos dados. As mulheres do estudo tinham idade média de 22,4 anos, a maioria tinha entre 20 e 35 anos (56,5%), era proveniente da capital (75,9%), não eram da raça branca (78,9%), eram casadas/união estável (77,6%), com renda familiar de até 1 SM (47,3%) e tinham entre 9 e 12 anos de estudos (67,5%). Observou-se que a maioria das puérperas fez seis ou mais consultas de pré-natal (66,2%), teve 2 ou mais gestações (50,6%), era primípara (52,8%), entre as múltíparas, a maioria teve parto vaginal anterior (85,7%), nenhum aborto (86,1%), amamentou anteriormente (87,5%), manteve contato imediato com o recém-nascido (64,1%) e teve um acompanhante de sua escolha na sala de parto (66,2%). Nas correlações entre os escores do QESP e as variáveis sociodemográficas e obstétricas apresentaram correlação estatisticamente significativa, a faixa etária ($p= 0,018$), o estado civil ($p= 0,027$) e a presença do acompanhante em sala de parto ($p= 0,015$). O estado civil ($p= 0,001$), a realização de aborto anteriormente ($p=0,044$), a prática de amamentação anteriormente ($p= 0,008$) e a orientação sobre amamentação durante o pré-natal ($p= 0, 021$) apresentaram correlação estatisticamente significativa, nas correlações entre os escores da BSES-SF e as variáveis sociodemográficas e obstétricas. O Alfa de Cronbach das subescalas 2 e 3 do QESP na população estudada foi de 0,909 e 0,828, respectivamente, mostrando ser um instrumento válido. Houve correlação significativa entre os escores do QESP e os escores da BSES-SF ($p= 0,013$). Logo, conclui-se que, entre as mulheres que experienciaram o parto vaginal, a alta autoeficácia em amamentar associou-se à maior satisfação global das puérperas com a experiência do parto. Verifica-se, portanto, a importância de garantir às mulheres ações que

promovam a sua satisfação durante o processo parturitivo, bem como a sua confiança no ato de amamentar, por meio da promoção do aleitamento materno.

Palavras-chave: Satisfação do Paciente. Parto. Aleitamento Materno. Autoeficácia.

ABSTRACT

The aim of this study was to verify the criteria validity of the subscales 2 and 3 of Questionnaire of Experience and Satisfaction with the Childbirth (QESP), considering the Breastfeeding Self-efficacy Scale Short Form (BSES- SF) as the gold standard. It was a methodological study, which aims to evaluate the criteria validity of the sub-scales 2 and 3 of QESP, using the gold standard to BSES- SF, performed at the Teaching Maternity Assis Chateaubrian in Fortaleza. The sample was consisted of 237 mothers. Data collection occurred in the period from July to October 2014, from the steps: in puerperal rooming-in, application of identification form that contained sociodemographic characteristics and obstetric and postpartum women, then application of the subscales 2 and 3 of Questionnaire of Experience and Satisfaction with the Childbirth (QESP) and Breastfeeding Self-Efficacy and Scale- Short Form (BSES-SF). The research was approved by the Research Ethics Committee of the Teaching Maternity Assis Chateaubriand. It was used SPSS version 20.0 for data analysis. The women in the study had a mean age of 22.4 years, most were between 20 and 35 years (56,5%), came from the capital (75,9%), were not white (78,9%), were married/ common-law marriage (77,6%), with a family income of up to 1 MW (47,3%) and were between 9 and 12 years of study (67,5%). It was observed that most of the women had had six or more prenatal appointments (66.2%), had two or more pregnancies (50,6%), was primiparous (52,8%), for multiparous, most had previous vaginal birth (85,7%), no abortion (86,1%), breastfed before (87,5%); kept immediate touch with newborn (64,1%) and had a companion of their choice in the delivery room (66,2%). The correlation between the scores of QESP and sociodemographic and obstetric variables showed statistically significant correlation, age ($p = 0.018$), marital status ($p = 0.027$) and the presence of a partner in the delivery room ($p = 0.015$). Correlations between scores of BSES-SF and the sociodemographic and obstetric variables presented as statistically significant: the marital status ($p = 0.001$), conducting abortion before ($p = 0.044$), breastfeeding practice before ($p = 0.008$) and guidance on breastfeeding during prenatal care ($p = 0, 021$). Cronbach's Alpha the subscales 2 and 3 of QESP in the study population was 0,909 e 0,828, respectively, proved to be a valid instrument. There was a significant correlation between the scores and the scores of QESP BSES-SF ($p = 0,013$). Therefore, it is concluded that, among women who experienced vaginal delivery, high self-efficacy in breastfeeding was associated with greater overall satisfaction of mothers with the experience of childbirth. There is, therefore, the importance

of ensuring women actions that promote their satisfaction during the birth process, as well as their confidence in the act of breastfeeding, by promoting breastfeeding.

Keywords: Patient Satisfaction. Delivery. Breastfeeding. Self Efficacy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das puérperas segundo os dados sociodemográficos. Fortaleza, Jul/Out, 2014.....	43
Tabela 2 – Distribuição das puérperas segundo os antecedentes obstétricos. Fortaleza, Jul/Out, 2014.....	44
Tabela 3 – Distribuição das puérperas segundo os dados da gravidez, parto e puerpério atual. Fortaleza, Jul/Out, 2014.....	45
Tabela 4 – Distribuição da associação entre os escores da BSES- SF e as variáveis sociodemográficas das puérperas. Fortaleza, Jul/Out, 2014.....	47
Tabela 5 – Distribuição da associação entre os escores da BSES- SF e as variáveis obstétricas das puérperas. Fortaleza, Jul/Out, 2014.....	48
Tabela 6 – Distribuição da associação entre os escores da BSES- SF e as variáveis de gravidez, parto e puerpério atual das puérperas. Fortaleza, Jul/Out, 2014.....	49
Tabela 7 – Distribuição da associação entre os escores do QESP e as variáveis sociodemográficas das puérperas. Fortaleza, Jul/Out, 2014.....	50
Tabela 8 – Distribuição da associação entre os escores do QESP e as variáveis obstétricas das puérperas. Fortaleza, Jul/Out, 2014.	51
Tabela 9 – Distribuição da associação entre os escores do QESP e as variáveis de gravidez, parto e puerpério atual das puérperas. Fortaleza, Jul/Out, 2014.	52
Tabela 10 – Distribuição da associação entre os escores do QESP e os escores da BSES-SF. Fortaleza, Jul/Out, 2014.	53

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1** – Representação da relação entre expectativas de autoeficácia e expectativas de resultados.32
- Figura 2** – Fluxograma representativo da operacionalização da coleta de dados.....41

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	OBJETIVOS.....	18
2.1	Objetivo geral.....	18
2.2	Objetivos específicos.....	18
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	19
4	MÉTODO.....	35
4.1	Tipo de estudo.....	35
4.2	Período e Local do Estudo.....	35
4.3	População e Amostra.....	35
4.4	Instrumentos.....	37
4.5	Coleta dos dados.....	40
4.6	Análise dos dados.....	41
4.7	Aspectos Éticos.....	42
5	RESULTADOS.....	43
6	DISCUSSÃO.....	55
7	CONCLUSÃO.....	68
8	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	70
9	RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO.....	71
	REFERÊNCIAS.....	72
	APÊNDICES.....	83
	ANEXOS.....	85

1 INTRODUÇÃO

O parto, muitas vezes, é encarado como uma experiência significativa, única e marcante na vida da mulher e que gera ansiedade, temor, insegurança e expectativas na mesma. Desta forma, a atenção e os cuidados recebidos durante esse momento podem contribuir para minimizar esses sentimentos, tornando assim, a mulher mais satisfeita com o período parturitivo.

A satisfação da mulher com o parto tem influência direta com a qualidade dos sentimentos e dos cuidados que a mesma oferta ao seu filho no período puerperal. Tem extrema importância no que diz respeito à relação adequada com o recém-nascido, aos cuidados prestados, ao estabelecimento de vínculo entre o binômio e à amamentação (FIGUEIREDO; COSTA; PACHECO, 2002). Sendo, portanto, um fator determinante no processo de humanização da assistência ao parto.

O conceito de humanização no parto refere-se a um conjunto de ações que visam promover o parto e o nascimento saudáveis, garantindo uma assistência obstétrica integral, reconhecendo a individualidade e as necessidades da mulher. Requer adequação dos profissionais da saúde e da estrutura física da rede hospitalar, para que se possa estabelecer a afirmação dos direitos da parturiente (BRASIL, 2010a).

A qualidade desse conjunto de ações depende de uma multiplicidade de fatores individuais, sociais e situacionais tais como, a participação ativa ou não da mulher nas decisões relativas ao parto, a duração do parto, o apoio de um acompanhante de sua escolha durante o parto, o tratamento ofertado pela equipe de saúde, o bem-estar da mãe e do recém-nascido durante e após o parto, o tipo de parto, a dor sentida durante o parto, a possibilidade de contato com o bebê logo após o seu nascimento e o estímulo à amamentação precoce (FIGUEIREDO; COSTA; PACHECO, 2002; BRASIL, 2010a).

Esse contato com o bebê, imediatamente após o parto, ajuda na adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina. Essa prática promove a amamentação logo após o parto, pois aproveita o primeiro período de alerta e o comportamento inato do neonato de abocanhar e sugar a mama durante a primeira hora de vida (BRASIL, 2011a).

A prática da amamentação, além de favorecer o vínculo entre mãe e filho na sala de parto, no alojamento conjunto, e posteriormente na residência do binômio, proporciona um alimento completo para a criança, traz benefícios para a mãe, família, instituição e sociedade (PEREIRA *et al.*, 2010; SOUZA *et al.*, 2011).

O leite humano é o alimento ideal para a saúde, crescimento e desenvolvimento da criança devido a sua composição nutricional e seu valor imunobiológico, sendo importante o seu consumo exclusivo nos primeiros seis meses de vida da criança. Além de ter todos os nutrientes essenciais para a saúde da criança, o leite materno é mais bem digerido, quando comparado com leites de outras espécies, bem como os leites de fórmula. Ele é capaz de fornecer sozinho o nutriente que a criança, nos seis primeiros meses de vida, necessita e continuar sendo uma importante fonte de nutrientes no segundo ano de vida, especialmente de proteínas, gorduras e vitaminas (BRASIL, 2009a). Ele ajuda a proteger o lactente de diarreias e infecções respiratórias, bem como ajuda a minimizar os riscos de hipertensão, hipercolesterolemia, diabetes e obesidade. Portanto, seus efeitos poderão ser aproveitados na vida adulta, contribuindo com a qualidade de vida e de saúde do ser humano (BRASIL, 2008).

O leite materno pode proporcionar outras vantagens para as crianças, como melhora da acuidade visual, desenvolvimento neuromotor, desenvolvimento cognitivo e quociente intelectual (BAPTISTA; ANDRADE; GIOLO, 2009). Já para a família, a instituição de saúde e a sociedade, observam-se, também, alguns benefícios, como redução dos custos com a alimentação do recém-nascido e com medicamentos; economia com a aquisição de fórmulas, mamadeiras, bicos artificiais e medicamentos (BRASIL, 2012).

Os benefícios da amamentação para as mães são vários, como o retorno mais rápido do corpo ao estado pré-gravídico, devido à redução do peso mais rapidamente após o parto; maior velocidade da involução uterina; diminuição do risco de hemorragia pós-parto; o efeito contraceptivo (BRASIL, 2012); a redução das chances de desenvolver artrite reumatoide (JAKOBSSON *et al.*, 2003) e osteoporose (LABBOK, 2001); além de diminuir os riscos de câncer ovariano (TUNG *et al.*, 2003) e de mama (TRYGGVADOTTIR *et al.*, 2001; TESSARO *et al.*, 2003).

Diante das referidas vantagens, a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Ministério da Saúde (MS) preconizam que o aleitamento materno seja exclusivo até os seis meses de idade, ou seja, os bebês até os seis meses não precisam de chás, sucos, outros leites, nem mesmo de água e que, depois dessa idade, deverá ser dada alimentação complementar apropriada, mas a amamentação deve continuar até o segundo ano de vida da criança ou mais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001; BRASIL, 2009a).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em torno de seis milhões de crianças estão sendo salvas a cada ano por causa do aumento das taxas de aleitamento materno. Em 1990, a taxa de mortalidade infantil era de 47,1 por mil nascidos vivos e em

2008, essa taxa diminuiu para 19,3 por mil nascidos vivos. Esses resultados sofreram influência de vários fatores, como o aumento da cobertura vacinal, do pré-natal, da estratégia de saúde da família, da reidratação oral, do aumento da taxa de escolaridade da mãe e do incentivo ao aleitamento materno (BRASIL, 2009b).

Entretanto, apesar das referidas estratégias, ainda é possível constatar a não adesão de muitas mulheres à prática da amamentação, contribuindo para o aumento das taxas de desmame precoce no país (BRASIL, 2008; ALMEIDA *et al.*, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2010).

A promoção do aleitamento materno pelos profissionais de saúde, mais especificamente, pelos enfermeiros é uma das diversas intervenções que tem grande impacto para a redução da morbimortalidade infantil (BULLON *et al.*, 2009). Dessa forma, entende-se que além desses profissionais encorajarem à mulher a amamentar, abordando as vantagens da prática de amamentação e as desvantagens do desmame precoce, é necessário que a mesma escolha e persevere com essa prática.

Portanto, a mulher necessita de subsídios que possam contribuir positivamente na sua escolha pela prática da amamentação. Um desses subsídios é a percepção que a mesma tem acerca da sua capacidade e confiança (autoeficácia) para amamentar. Esta é representada pela confiança da mulher de que ela possui capacidade, conhecimento e habilidade suficiente para amamentar seu filho com êxito (ORIÁ; XIMENES, 2010).

A autoeficácia é a convicção, a confiança de uma pessoa de ser capaz de desempenhar uma atividade específica. Requer não apenas habilidades, mas também força de vontade e a crença sobre suas potencialidades de alcançar resultados desejáveis (BANDURA, 1997).

Diversos fatores interferem na autoeficácia da mulher em amamentar, dentre esses podemos citar: os aspectos culturais, socioeconômicos, demográficos, psicológicos; os aspectos referentes ao apoio ofertado pelos familiares e os referentes às vivências maternas no ciclo gravídico-puerperal (RODRIGUES *et al.*, 2013). Dentre os aspectos referentes às vivências maternas, será enfatizada a satisfação materna com o parto. Desse modo, faz-se importante a investigação, por parte dos profissionais de saúde, acerca da satisfação materna com o parto, focando os fatores que podem ser influenciados nesse processo, como o ato de amamentar.

O Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP) é um instrumento autoaplicável, com questões referentes à expectativa, experiência, satisfação e dor relativas ao trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. É composto por oito subescalas,

dentre as quais, duas referem-se à experiência positiva e negativa com o parto, têm fácil aplicabilidade e são consideradas adequadas para a investigação da experiência e satisfação materna com o parto (COSTA *et al.*, 2004).

A *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES), é um instrumento autoaplicável, que foi desenvolvido no Canadá e validado no Brasil. Essa escala avalia a percepção das puérperas em sua autoeficácia na amamentação, pois permite aos profissionais de saúde conhecer previamente a área em que a mulher tem menor confiança, identificar as mães suscetíveis de ter sucesso na amamentação, possibilitando a implementação de estratégias de cuidado e de apoio ao aleitamento materno antes da alta hospitalar (ORÍÁ *et al.*, 2009; SOUZA; FERNANDES, 2014).

Sabe-se que a autoeficácia da mulher em amamentar é de fundamental importância para que a mesma escolha, realize e mantenha a amamentação (CHAVES, 2012) e que a vivência positiva com o parto gera sentimentos de prazer e percepção de eficácia, indicando melhor capacidade da mãe de lidar com as dificuldades referentes ao aleitamento materno (CONDE *et al.*, 2007).

Diante do exposto, surgiu o seguinte questionamento: a satisfação da mulher com o parto vaginal influencia a sua autoeficácia em amamentar?

Desta forma, o estudo visa correlacionar dois instrumentos: QESP (Subescalas 2 e 3) e BSES-SF, relacionados a experiência e satisfação com o parto e autoeficácia em amamentar referentes ao período gravídico-puerperal, de modo a permitir uma avaliação por parte do enfermeiro que assiste essa população, possibilitando a ele a implementação de medidas de prevenção de potenciais dificuldades no ato de amamentar decorrentes de uma má experiência materna com o parto.

A presente pesquisa faz-se relevante visto que poderá servir de subsídio para fundamentar novas intervenções que busquem melhorar a assistência à mulher no parto, com a finalidade de minimizar os fatores causadores de uma má experiência nesta fase de sua vida, estimular o início e a manutenção da amamentação e, portanto, promover a saúde do binômio mãe-filho.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Verificar a validade de critério das subescalas 2 (Experiência Positiva) e 3 (Experiência Negativa) do Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP), considerando a Escala de Autoeficácia da Amamentação – Forma Abreviada (BSES- SF) como padrão-ouro.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar a confiabilidade das subescalas 2 (Experiência Positiva) e 3 (Experiência Negativa) do Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP);
- Investigar o impacto da satisfação da puérpera com o parto e a sua autoeficácia em amamentar;
- Caracterizar os sujeitos quanto à situação sociodemográfica e obstétrica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Promoção da saúde no contexto da atenção ao binômio mãe-filho

A promoção da saúde se refere às políticas, programas e ações voltadas para impactar positivamente a qualidade de vida, a fim de evitar que as pessoas se exponham aos fatores condicionantes e determinantes de doenças.

A promoção da saúde representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas. Parte de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propondo a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

O seu conceito foi definido através de reuniões internacionais, que originaram documentos como cartas e declarações, contribuindo para a promoção do estado saudável da população.

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em novembro de 1986, em Ottawa, no Canadá, estabeleceu uma série de princípios éticos e políticos, preconizando os campos de ação. De acordo com a Carta de Ottawa (WHO, 1986), a promoção da saúde é definida como: o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.

A Carta de Ottawa afirma que os recursos indispensáveis para ter saúde são: paz, habitação, educação, alimentação adequada, renda, ambiente saudável, recursos sustentáveis, justiça social, e equidade, afirmando que o incremento nas condições de saúde requer uma base sólida nestes pré-requisitos básicos. Destacando, cinco campos de ação com o objetivo de promover a saúde como: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde (WHO, 1986).

A educação em saúde é elemento importante para esse objetivo, a qual visa contemplar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) através da promoção da saúde e do empoderamento do indivíduo e da comunidade, garantindo seus direitos.

Dessa forma, a incorporação de meios que correlacionem a educação e a saúde, proporcionando uma mudança de comportamento do indivíduo, pode contribuir para a

diminuição dos riscos que impossibilitem o mesmo de viver saudavelmente (CATRIB *et al.*, 2003).

No que se refere à saúde materno-infantil, sabe-se que apesar de a gravidez ser um processo natural, faz-se necessário o estabelecimento de cuidados relacionados ao binômio mãe e filho. Esses cuidados são fundamentais para a mulher, desde a confirmação da gravidez até o nascimento do seu filho, de forma a abordar todos os aspectos referentes à gestação, trabalho de parto, parto e cuidados com o recém-nascido.

A satisfação dessa mulher, durante todo o ciclo- gravídico-puerperal, depende de fatores como, a valorização de suas emoções e de suas carências e da atenção dos profissionais de saúde à mesma. A prestação de um cuidado holístico, objetivando não apenas prevenir patologias, mas também promover a saúde, o conhecimento e o bem-estar da mulher, pode propiciar condições favoráveis para a mesma viver este processo de forma mais satisfatória, o que refletirá na saúde do bebê (TEIXEIRA; AMARAL; MAGALHÃES, 2010).

Portanto, cabe aos profissionais da saúde, mais especificamente, aos enfermeiros, a sensibilização para que se possa inserir a educação em saúde nos diversos cenários, inclusive na atenção à saúde materna, de forma a trabalhar com o objetivo de contemplar as especificidades dessa população, promovendo a saúde do binômio mãe-filho.

Para tanto, torna-se necessário que o enfermeiro inicie o processo de educação direcionado às mães ainda no período pré-natal, dando continuidade a esse processo no pós-parto, de modo a incentivar a participação familiar nesse processo, para que as mesmas possam aprender a cuidar de seus bebês e fortalecer o vínculo afetivo com sua família (GARZON; DUPAS, 2001).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a equipe de saúde deve começar o preparo da gestante desde o pré-natal, incentivando o contato precoce entre mãe e recém-nascido, ainda na sala de parto, para que o aleitamento materno se inicie na primeira hora após o nascimento; e o aleitamento sob livre demanda. Além do mais, a equipe de saúde deve orientar quanto à participação da mãe no cuidado ao recém-nascido, de forma a promover a saúde do binômio (BRASIL, 1993).

Percebe-se então, que se faz necessário o acompanhamento dessa mulher pelo enfermeiro, visando melhor qualidade de vida da mesma e de seu filho, desde a sua gravidez, o nascimento do seu filho e no seu puerpério, através de medidas que promovam a saúde do binômio mãe e filho, envolvendo estratégias de educação em saúde não apenas no pré-natal, mas também no parto e puerpério.

3.2 Parto humanizado e os fatores relacionados à satisfação da mulher com o parto

Parto normal é definido como aquele que ocorre de forma espontânea, sem apresentar riscos durante todo o processo parturitivo, e cujo, após o nascimento, mãe e recém-nascido permanecem em boas condições. O recém-nascido nasce em posição cefálica, de vértice, espontaneamente, apresentando entre 37 e 42 semanas de gestação (OMS, 1996).

Historicamente, o parto normal ocorria no domicílio da parturiente, sob os cuidados de sua família e de uma parteira. No entanto, no início do século XX, após a Segunda Guerra Mundial, a fim de reduzir as elevadas taxas de mortalidade materna e infantil ocorreu a institucionalização do parto, ou seja, as mulheres deixaram de ter seus filhos no domicílio para tê-los no ambiente hospitalar (TANAKA, 1995).

A institucionalização do parto, juntamente com a inserção de práticas intervencionistas, tinha como objetivos controlar e monitorar a gravidez e o nascimento. A estrutura física, as normas e os procedimentos realizados rotineiramente foram planejados para atender as necessidades dos profissionais de saúde, e não das parturientes (KITZINGER, 1996; DINIZ, 2001). Com isso, a mulher deixou de ser protagonista e se tornou um agente passivo do processo parturitivo.

Diante deste cenário, a partir da década de 80, ocorreu um movimento mundial em prol da humanização da assistência ao parto e ao nascimento, cujo interesse baseava-se na introdução de novos paradigmas que considerassem e valorizassem o ser humano em sua totalidade, e que estimulassem os profissionais de saúde a repensarem suas práticas (DINIZ, 2005).

No Brasil, esse movimento foi estimulado por diversos acontecimentos, entre eles a Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Nascimento e Parto, que ocorreu em Fortaleza-CE, em 1985, considerada um marco na revisão da assistência ao parto e nascimento (CASTRO, 2003). Nesta Conferência, algumas recomendações foram trazidas como, proporcionar bem-estar da parturiente através do livre acesso de uma pessoa escolhida por ela, durante o parto e o período pós-parto; manter seu direito de decidir sobre a roupa e alimentação e viabilizar a permanência do recém-nascido sadio junto da mãe (OMS, 1985).

Em 1993, surgiu a ReHuNa (Rede pela Humanização do Parto e Nascimento) cujo objetivo principal foi a divulgação da assistência e cuidados perinatais, com base em evidências científicas, de forma a apoiar, promover e reivindicar a prática das recomendações necessárias para um atendimento humanizado (TORNQUIST, 2004).

Em 1996, a Organização Mundial de Saúde (OMS) atualizou estas recomendações através da publicação de um documento intitulado *Care in Normal Birth: a practical guide*, o qual ressalta a importância do profissional de saúde transmitir apoio, orientação e confiança para que a mulher se fortaleça e possa conduzir com maior autonomia o processo parturitivo e evitar as práticas intervencionistas desnecessárias, as quais, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, acarretando, inclusive, maiores riscos para ambos. Com isso, as práticas relacionadas ao parto normal foram classificadas em quatro categorias: práticas claramente úteis e que devem ser estimuladas, práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser evitadas, práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão e práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (OMS, 1996). A saber:

Categoria A- Práticas claramente úteis e que devem ser estimuladas:

- realização de plano individual determinando onde e por quem o parto deverá ser realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação, e comunicado a seu companheiro;
- avaliação dos fatores de risco da gravidez durante o cuidado pré-natal, reavaliando a cada contato com o sistema de saúde e no momento do primeiro contato com o prestador de serviços durante o trabalho de parto e parto;
- monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante todo o processo parturitivo;
- oferecimento de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto;
- respeitar a escolha da mulher sobre o local do parto, após ter recebido informações;
- fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante;
- respeitar o direito da mulher à privacidade no local do parto;
- apoio empático à mulher pelos profissionais de saúde durante o trabalho de parto e parto;
- respeitar a escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto;
- oferecer às mulheres todas as informações e explicações que desejarem;
- utilizar métodos não invasivos para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto como massagem e técnicas de relaxamento;

- fazer monitoramento fetal com ausculta intermitente;
- utilizar materiais descartáveis ou realizar desinfecção apropriada de materiais reutilizáveis ao longo do trabalho de parto e parto;
- usar luvas no exame vaginal, durante o nascimento do bebê e na dequitação da placenta;
- respeitar a escolha da mulher quanto à posição e os movimentos utilizados durante o trabalho de parto;
- estimular as diferentes posições durante o trabalho de parto e parto;
- monitorar cuidadosamente o progresso do trabalho de parto, através do partograma;
- utilizar ocitocina profilática na terceira fase do trabalho de parto em mulheres com risco de hemorragia pós-parto;
- garantir condições estéreis ao cortar o cordão;
- prevenir hipotermia do bebê;
- realizar precocemente contato pele a pele, entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto;
- examinar rotineiramente a placenta e as membranas.

Categoria B- Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser evitadas:

- uso rotineiro de enema;
- uso rotineiro de tricotomia;
- infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto;
- inserção profilática rotineira de cânula intravenosa;
- uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto;
- exame retal;
- uso de pelvimetria radiográfica;
- administração de ocitócicos a qualquer hora antes do parto de tal modo que o efeito deles não possa ser controlado;
- uso rotineiro da posição litotômica com ou sem estribos durante o trabalho de parto e parto;
- esforços de puxos prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o período expulsivo;
- massagens ou distensão do períneo durante o parto;

- uso de tabletes orais de ergometrina na dequitação para prevenir ou controlar hemorragias;

- uso rotineiro de ergometrina parenteral na dequitação;

- lavagem rotineira do útero depois do parto;

- revisão rotineira (exploração manual) do útero depois do parto.

Categoria C- Práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão:

- utilização de ervas, imersão em água ou estimulação nervosa como método não farmacológico de alívio da dor durante o trabalho de parto;

- uso rotineiro de amniotomia precoce (romper a bolsa d'água) durante o início do trabalho de parto;

- pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto e parto;

- manobras relacionadas à proteção ao períneo e ao manejo do polo cefálico no momento do parto;

- manipulação ativa do feto no momento de nascimento;

- utilização de ocitocina rotineira, tração controlada do cordão ou combinação de ambas durante a dequitação;

- clampeamento precoce do cordão umbilical;

- estimulação do mamilo para aumentar contrações uterinas durante a dequitação.

Categoria D- Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado:

- restrição de comida e líquidos durante o trabalho de parto;

- controle da dor por agentes sistêmicos;

- controle da dor através de analgesia peridural;

- monitoramento eletrônico fetal;

- utilização de máscaras e aventais estéreis durante o atendimento ao parto;

- exames vaginais frequentes e repetitivos, especialmente por mais de um profissional de saúde;

- correção da dinâmica uterina com a utilização de ocitocina;

- transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto;
- cateterização vesical;
- estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a própria mulher sinta o puxo involuntário;
- adesão rígida a uma duração estipulada de uma hora do segundo estágio do trabalho de parto, mesmo com um bom progresso do mesmo e de boas condições maternas e fetais;
- parto cirúrgico (cesariana);
- uso liberal ou rotineiro de episiotomia;
- exploração manual do útero depois do parto (OMS, 1996).

A adoção dessas recomendações e a utilização de evidências científicas culminam na atenção humanizada do parto e nascimento. Esta consiste no conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e nascimento saudáveis, prevenindo a morbimortalidade materna e perinatal. Procura garantir o direito da mulher quanto à escolha do local de nascimento, à informação e orientação sobre a evolução do trabalho de parto, à presença de um acompanhante de sua escolha e ao acesso aos cuidados de saúde de qualidade (BRASIL, 2000).

O Ministério da Saúde tem desenvolvido políticas que foram importantes para regulamentar e incentivar as modificações no cenário da atenção ao parto e nascimento, dentre elas, a autorização para a criação dos Centros de Parto Normal (CPN), em 1999, através da portaria N° 985/99. Esta portaria tem como objetivo resgatar o direito da mulher de dar à luz em um ambiente seguro e semelhante ao seu ambiente familiar. Os CPNs são unidades de saúde que prestam cuidado humanizado e de qualidade, voltados à assistência ao parto normal fora do ambiente cirúrgico (BRASIL, 1999).

Dando continuidade a esse processo no Brasil, em 2000, houve a criação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e o Programa de Humanização dos Hospitais. No mesmo ano, aconteceu em Fortaleza a Conferência Internacional pela Humanização do Parto, organizada pela ReHuNa, em parceria com a Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA). Logo após, em 2005, no Rio de Janeiro, aconteceu a segunda edição da conferência, demonstrando a inserção do Brasil neste cenário (DINIZ, 2005).

Mais recentemente, em junho de 2011, o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 1459, que institui no âmbito do SUS, a Rede Cegonha, que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, parto, abortamento e puerpério; e às crianças os direitos ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Sua organização é composta por: Pré-natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; e Sistema Logístico (Transporte Sanitário e Regulação) (BRASIL, 2011c).

A Rede Cegonha tem como propostas a ampliação do acesso, melhoria da qualidade do pré-natal, transporte para a mulher no pré-natal e no parto, vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto, realização de parto e nascimento seguros, presença do acompanhante e realização de boas práticas no pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2013b).

Diante disso, percebe-se que todos os esforços vêm sendo realizados para garantir que a mulher tenha uma assistência ao parto e nascimento de qualidade, na qual são considerados os aspectos sociais e culturais da parturiente, a importância do apoio e suporte emocional para a mesma e da realização de boas práticas no cuidado, de forma a tornar esse momento um evento único e positivo.

Sabe-se que para o bom desenvolvimento do trabalho de parto e parto, é necessário o bem estar físico e emocional da mulher, o que contribui para a redução dos riscos e complicações. Para tanto, o respeito ao direito da mulher à privacidade, à segurança e ao conforto, com assistência humana e de qualidade, transformam o nascimento num momento único e especial (BRASIL, 2003).

Entretanto, a experiência do parto pode ter, não apenas consequências positivas, mas também negativas. A redução dos aspectos negativos e a elevação dos elementos positivos, nesse momento, devem ser consideradas (KASHANIAN; JAVADI; HAGHIGHI, 2010). Visto que, o modo como este evento é vivenciado determina o bem-estar físico, emocional, psicológico e a relação da puérpera com o seu bebê (COSTA *et al.*, 2004).

Para que essa relação afetiva entre mãe e bebê seja favorável, a mãe necessita estar apta a estabelecer este vínculo, o que só será possível a partir de uma boa vivência de suas experiências relacionadas ao parto e ao puerpério (BORSA; DIAS, 2004).

Dentre os fatores que podem influenciar a experiência de parto, no que se refere à percepção e satisfação da mulher, podemos citar: a oferta de apoio à parturiente, o tipo de parto, a dor sentida durante o parto e a possibilidade de contato imediato com o bebê após seu nascimento (FIGUEIREDO; COSTA; PACHECO, 2002).

A dor durante o trabalho de parto está associada a uma experiência de parto negativa (WALDENSTRÖM, 1999). O parto normal com anestesia epidural é normalmente vivenciado de modo mais positivo, enquanto o parto cirúrgico (cesariana) é associado a menor satisfação com a experiência (COSTA *et al.*, 2003).

Poder ter o apoio dos profissionais de saúde ou de um acompanhante durante o parto e poder ver e tocar no bebê logo a seguir ao parto são aspectos que, as mulheres geralmente valorizam e consideram como mais determinantes para uma boa experiência de parto (CRANLEY; HEDHAL; PEGG, 1983). Segundo Mercer et al (1983), mulheres que tiveram contato precoce com seu bebê saudável logo após o nascimento apresentaram impressões mais positivas da experiência do parto.

O contato pele-a-pele precoce entre a mãe e o seu bebê, proporciona uma sintonia única entre o binômio, acalma o recém-nascido e auxilia na estabilização do sangue, dos batimentos cardíacos e da respiração da criança (ALMEIDA; MARTINS, 2004). Além disso, os cuidados apropriados prestados à mulher, associados a esta prática podem facilitar o início da amamentação, uma vez que experiências estressantes de parto estão associadas ao retardo no início do processo de lactação (FORSTER; MC LACHLAN, 2007).

Observa-se, portanto, a evolução do incentivo ao parto humanizado como proposta para resgatar o respeito aos diversos aspectos da mulher: fisiológicos, sociais, culturais e emocionais. Nesta perspectiva, acredita-se em uma nova abordagem da assistência ao parto, que valorize esse momento tão importante para a mulher, tornando a experiência do parto em algo positivo e gratificante, contribuindo para que a mesma se sinta confiante nos cuidados ao recém-nascido.

3.3 Políticas e evidências científicas que apoiam o aleitamento materno

A amamentação é a melhor forma de a mãe nutrir seu bebê e de assegurar saúde para o mesmo, além de criar um vínculo mais forte entre ambos (RODRIGUES *et al.*, 2014). É a estratégia que mais previne mortes infantis e que promove a saúde física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta (PONTES *et al.*, 2013)

O leite materno contém vitaminas, proteínas, minerais, gorduras, imunoglobulinas e substâncias anti-inflamatórias que são de extrema importância para o desenvolvimento do sistema imune da criança e para a maturação do sistema gastrintestinal, contribuindo dessa forma para a prevenção de infecções e para o suprimento das necessidades nutricionais do bebê (LEVY; BÉRTOLO, 2008).

Portanto, é o alimento essencial para o lactente até o sexto mês de vida, como alimento exclusivo, devendo ser complementado com outras fontes nutricionais até o segundo ano de vida ou mais (WORLD HEALTH ORGANIZACION, 2006a). Entretanto, essa realidade em nosso país ainda está longe de ser alcançada. A prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses é de apenas 41%, segundo a última pesquisa realizada nas capitais brasileiras e no Distrito Federal (DF) (BRASIL, 2009d).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a) classifica o aleitamento em cinco categorias:

- a) Aleitamento materno: a criança recebe leite materno (ordenhado ou direto da mama), independente de receber outros alimentos ou não;
- b) Aleitamento materno predominante: a criança recebe, além do leite materno, água, água adoçada, chás, infusões, sucos de frutas e fluidos rituais;
- c) Aleitamento materno complementado: a criança recebe, além do leite materno, alimentos sólidos e semissólidos como forma de complementação e não de substituição;
- d) Aleitamento misto ou parcial: a criança recebe leite materno e outros tipos de leite;
- e) Aleitamento materno exclusivo: a criança recebe somente leite materno, ordenhado ou direto da mama, leite humano de outra fonte, sem ingerir outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas, xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.

As ações de promoção do Aleitamento Materno são uma das diversas intervenções que têm maior impacto para a redução da morbimortalidade infantil, além de contribuir com o estabelecimento do vínculo entre mãe e bebê (BULLON *et al.*, 2009).

Estima-se que essas ações sejam capazes de diminuir em até 13% a ocorrência de mortes em crianças menores de cinco anos em todo o mundo (BRASIL, 2013a).

Em 1990, a taxa de mortalidade infantil era de 47,1 por mil nascidos vivos e em 2008, essa taxa diminuiu para 19,3 por mil nascidos vivos. Esses resultados sofreram influência de vários fatores, como o aumento da cobertura vacinal, do pré-natal, da estratégia de saúde da família, da reidratação oral, do aumento da taxa de escolaridade da mãe e do incentivo ao aleitamento materno (BRASIL, 2009b).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), cerca de 6 milhões de crianças são salvas por ano graças ao incentivo e a prática do aleitamento materno (JONES *et al.*, 2003).

Além do incentivo a essa prática, os cuidados prestados às mulheres e às crianças estão entre os fatores que podem contribuir para o sucesso da amamentação (LAMOUNIER *et al.*, 2008).

Entretanto, apesar das ações e intervenções de incentivo à amamentação e da sua comprovada importância, o desmame precoce é uma realidade ainda predominante. Estudos realizados no Brasil, sobre os fatores associados ao desmame, confirmam que a introdução de outros tipos de leite e alimentos na dieta da criança é justificada pela inadequação da quantidade ou da qualidade do leite produzido (CARVALHAES; PARADA; COSTA, 2007).

Conhecer a disposição das mães para o aleitamento pode ser uma forma de o profissional de saúde, mais especificamente o enfermeiro, predizer se elas manterão a amamentação pelo período recomendado, e com isso, estabelecer intervenções, cuidados e estratégias de apoio que evitem o desmame precoce (SOUZA; FERNANDES, 2014). Visto que, a autoeficácia para amamentar é um fator relevante que pode interferir diretamente na interrupção precoce dessa prática (DODT *et al.*, 2012).

Em pesquisa que buscou identificar as principais razões do desmame precoce mostrou que alguns fatores, como maternidade precoce, baixo nível educacional e socioeconômico maternos, paridade, experiência com o parto, atenção do profissional de saúde nas consultas de pré-natal, necessidade de trabalhar fora do lar e falta de desejo em amamentar são frequentemente considerados como determinantes para este processo (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006).

Para tanto, existem diversos programas, ações e políticas que vêm sendo desenvolvidas para incentivar a prática do aleitamento materno. O programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) é uma ação mundial, idealizada, em 1990, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que visa melhorar as práticas hospitalares para aumentar as taxas de amamentação e propõe mecanismos de desenvolvimento para promoção, proteção e apoio ao Aleitamento Materno (AM), a fim de reduzir as taxas de morbimortalidade infantil (BRASIL, 2011b).

Na busca da redução do desmame precoce e de rotinas inadequadas no incentivo à prática da amamentação, foram criadas orientações chamadas “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, que consistem de um conjunto de recomendações que favorecem a amamentação a partir de práticas e orientações no período pré-natal, no atendimento à mãe e ao recém-nascido, ao longo do trabalho de parto, durante a internação após o parto e nascimento e no retorno ao domicílio, com apoio da comunidade (BRASIL, 2011b).

Essas orientações devem ser seguidas pelas unidades hospitalares para que as mesmas obtenham o título Hospital Amigo da Criança (HAC) (BRASIL, 2011b). São as seguintes:

1. Ter uma política de aleitamento materno escrita, que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde;
2. Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política;
3. Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno;
4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento;
5. Mostrar à mãe como amamentar e como manter a lactação mesmo se vier a ser separada de seu filho;
6. Não oferecer ao recém-nascido, bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica;
7. Praticar o alojamento conjunto, permitindo que mães e recém-nascidos permaneçam juntos 24 horas por dia;
8. Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda;
9. Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas;
10. Promover a formação de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães deverão ser encaminhadas na ocasião de alta hospitalar.

Nas instituições hospitalares, essa iniciativa tem incentivado os profissionais de saúde a adotarem medidas que melhorem a prática do aleitamento materno. Entretanto, a melhoria dessa prática nessas instituições torna-se questionável sem o apoio das unidades básicas de saúde (CALDEIRA; FAGUNDES; AGUIAR, 2008). Muitas dificuldades em relação à manutenção da amamentação surgem nos primeiros meses de vida da criança, portanto a atenção básica constitui um ambiente de apoio e de incentivo a essa prática (OLIVEIRA; CAMACHO; TEDSTONE, 2003).

Diante disso, considerando a importância da promoção e da manutenção do aleitamento materno nas unidades básicas de saúde, o Ministério da Saúde, em 2008, instituiu a Rede Amamenta Brasil ((BRASIL, 2009c). A Rede atua por meio da capacitação dos profissionais de saúde acerca do aleitamento materno, tornando-os capazes de identificar e prevenir problemas precocemente (SANTOS; SOLER; AZOUBEL, 2005).

Portanto, visa contribuir para o desenvolvimento das competências dos profissionais de saúde, para que estes tornem-se agentes de mudança no ensino e na aprendizagem sobre o aleitamento materno; discutir a prática da amamentação no contexto do processo de trabalho das unidades básicas de saúde; pactuar ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno a partir da realidade dessas unidades e monitorar seus índices nas populações atendidas (BRASIL, 2009c).

Em 2012, a Rede Amamenta Brasil foi unificada à Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável, dando origem à Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Essa nova estratégia preservou grande parte das diretrizes e critérios de certificação da Rede Amamenta Brasil, integrando as ações de promoção da amamentação e alimentação complementar nas equipes da atenção básica.

Assim, a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil é uma ação do Ministério da Saúde que reforça e incentiva a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças de zero a 24 meses de idade no âmbito da Atenção Básica. A nova estratégia visa à qualificação dos profissionais da Atenção Básica para incentivar o fortalecimento das ações de apoio, proteção e promoção da alimentação saudável para esse público. A iniciativa possibilita, no pré-natal, o início da orientação sobre o aleitamento materno para a gestante e seu acompanhante e, no puerpério, a apresentação, para a nutriz, da relevância do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade da criança e da alimentação complementar saudável (BRASIL, 2013a).

Diante dessas considerações, percebe-se a importância do incentivo à prática do aleitamento materno, da sua promoção, apoio e manutenção por meio de ações e estratégias que atendam às reais necessidades da mulher, de forma a contemplar suas características sociais, econômicas, culturais, biológicas e psicológicas, fazendo com que a mesma tenha a percepção da sua capacidade de amamentar, ou seja, tenha autoeficácia em amamentar, evitando assim, o desmame precoce.

3.4 Aleitamento materno e autoeficácia

A teoria da autoeficácia foi proposta por Albert Bandura como um modelo unificador para explicar a mudança de comportamento. Esta teoria refere-se à crença sobre a habilidade pessoal de desempenhar com sucesso determinadas tarefas ou comportamentos para produzir um resultado desejável (BANDURA, 1977). Portanto, é a forma como as

peçoas sentem, pensam, são motivadas e comportam-se diante de determinada situação, obstáculo ou experiência negativa (SMITH; TANG; NUTBEAM, 2006).

Autoeficácia é composta por expectativa de autoeficácia e expectativa de resultados (BANDURA, 1977). Expectativa de autoeficácia é a convicção de que se pode executar o comportamento necessário para se atingir determinados resultados, e expectativa de resultados é a crença pessoal de que dado comportamento levará a determinados resultados (FLÓREZ ALARCON, 2007), conforme demonstrado na **figura 1**.

Figura 1 – Representação da relação entre expectativas de autoeficácia e expectativas de resultados



Fonte: Adaptado de Bandura (1977).

A expectativa de autoeficácia é alimentada por quatro fontes: experiências pessoais, observação de experiências, persuasão verbal e respostas emocionais (BANDURA, 1977). Definidas abaixo:

a) Experiências pessoais:

- são as fontes de informação mais importantes para a expectativa de eficácia, pois são baseadas em experiências próprias. O sucesso aumenta a avaliação de eficácia e o fracasso a diminui. Portanto, mulheres que obtiveram sucesso anteriormente na prática da amamentação irão sentir-se mais seguras para realizar essa prática novamente. Por outro lado,

mulheres que tiveram experiências negativas poderão sentir-se inseguras, desmotivadas ou até rejeitar a ideia de amamentar;

b) Observação de experiências:

- embora a observação seja, geralmente, fonte de autoeficácia mais fraca do que a experiência pessoal, ela pode produzir mudanças importantes e duradouras no desempenho do observador. Assim, quando as mães observam outras mulheres amamentando seus filhos, sem consequências adversas para as mesmas, no alojamento conjunto ou na casa de amigos e familiares; durante a infância, ao observarem outras mulheres amamentando seus filhos, ou até mesmo, ao brincarem de amamentar suas bonecas; pode gerar nas observadoras a expectativa de que elas também são capazes de amamentar;

c) 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. Os profissionais de saúde podem utilizar essa fonte para persuadir as mulheres que desejam amamentar, contribuindo para a sua autoeficácia;

d) Respostas emocionais:

-situações estressantes provocam respostas emocionais que, dependendo da situação, podem interferir na percepção de competência pessoal. Respostas emocionais com repercussões físicas como ansiedade, medo, fadiga, dor e mal estar geral, tendem a influenciar negativamente na percepção de autoeficácia. Por outro lado, minimizar o desgaste emocional, aliviar a ansiedade e o medo, incentivando momentos prazerosos e de bem estar melhoram a percepção de autoeficácia e o desempenho;

A crença de autoeficácia está relacionada com situações específicas. Um indivíduo pode se julgar muito eficaz numa área e menos em outras (VAN DER BIJL; SHORTRIDGE-BAGGETT, 2001). Altos níveis de autoeficácia têm consequências benéficas para o funcionamento e bem-estar do indivíduo (CARRASCO; DEL BARRIO, 2002; OLIVARI; URRÁ, 2007)

A convicção da mulher de que ela possui habilidade suficiente para amamentar seu bebê de forma satisfatória, influencia na confiança que a mesma possui na prática do aleitamento (HANDAYANI; KOSMIN; JIAN, 2012). Pesquisas apontam que 27% das mulheres com baixos níveis de confiança na amamentação, interromperam o aleitamento materno dentro da primeira semana pós-parto (ORIÁ; XIMENES, 2010). Em estudo que buscou associar a determinação da mãe em amamentar com o tempo de aleitamento materno exclusivo, identificou que o aleitamento materno exclusivo mais duradouro relacionou-se às

mães que se mostraram motivadas com a prática, cientes de seus benefícios e apoiadas pela família, mesmo diante de interferência contrária de seu meio cultural (POLIDO *et al.*, 2011).

Em relação ao aleitamento materno, a enfermeira Dennis fundamentou-se na teoria de Bandura, sobre Autoeficácia, para estudar essa crença, essa confiança da mulher nessa prática. Definiu a autoeficácia como um processo cognitivo da confiança de uma pessoa em sua habilidade em realizar um comportamento específico (DENNIS, 1999). Logo, construiu a Breastfeeding Self- Efficacy Scale (BSES), que é uma escala autoaplicável que avalia a autoeficácia materna em amamentar (DENNIS; FAUX, 1999).

Diante disso, percebe-se que a autoeficácia é um fator importante que deve ser considerado na prática de aleitamento materno de puérperas, pois ao reconhecer a autoeficácia materna em amamentar, pode-se identificar a capacidade que as mulheres têm em manter essa prática, evitando dessa forma, o desmame precoce.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo metodológico, que busca verificar a validade de critério das subescalas 2 (Experiência Positiva) e 3 (Experiência Negativa) do QESP, usando como padrão-ouro a BSES- SF, já validada e amplamente utilizada no Brasil (DODT, 2008; TAVARES *et al.*, 2010; CHAVES, 2012; RODRIGUES *et al.*, 2014; SOUZA; FERNANDES, 2014).

O estudo metodológico tem como foco a avaliação, elaboração ou validação de instrumentos e técnicas para a pesquisa e a prática (POLIT; BECK, 2011). A validade de critério é a forma mais objetiva e prática de validação de um teste para predizer resultados obtidos a partir de um critério externo (PORTNEY; WATKINS, 2009). Há dois tipos de validade de critério: a validade preditiva, na qual os dados sobre o critério são coletados após a coleta da informação sobre o teste; e a validade concorrente, na qual essas coletas são simultâneas (PASQUALI, 2009), sendo esta utilizada no presente estudo.

4.2 Período e Local do estudo

O estudo foi realizado no período de julho a outubro de 2014, no Alojamento Conjunto da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) de Fortaleza-CE, junto às puérperas internadas na referida instituição. A MEAC é referência para a ginecologia e obstetrícia no Estado do Ceará e pertence ao complexo Hospitalar Universitário (CHU) da Universidade Federal do Ceará – UFC. Essa instituição é vinculada ao SUS, onde são desenvolvidas atividades de média e alta complexidade, na atenção hospitalar e ambulatorial à mulher e ao recém-nascido. Sua missão é promover a formação de recursos humanos em ações de aprendizagem, ensino, pesquisa e extensão, realizando um serviço de excelência à mulher e recém-nascido. O setor obstétrico tem em seu relatório de gestão no ano de 2013 um total de 1856 partos normais, perfazendo uma média de 155 partos vaginais por mês (MEAC, 2013).

4.3 População e amostra

A população foi composta por puérperas que tiveram parto vaginal, internadas no Alojamento Conjunto da MEAC. Visto que, a presença do acompanhante durante o parto e o contato precoce entre mãe e recém-nascido após o parto são alguns dos fatores influenciadores para a satisfação da mulher com o parto (FIGUEREDO; COSTA; PACHECO, 2002) e que essas práticas não estão totalmente instituídas durante o parto cesáreo na referida maternidade.

Diante disso, considerando a média de partos vaginais mensais e o período destinado à coleta de dados (quatro meses), a população do estudo foi de 620 puérperas. Para o cálculo amostral, utilizou-se a fórmula a seguir, indicada para populações finitas, adotando-se coeficiente de confiança de 95%, prevalência de 50% para os casos de partos vaginais e erro amostral máximo permitido de 5%, contabilizando um tamanho amostral de 237 puérperas.

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{e^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

Onde: n = Tamanho da amostra; Z² = Coeficiente de confiança; P = Percentual com o qual o fenômeno se verifica; Q = Percentual complementar; N = Tamanho da população e e² = Erro máximo permitido.

Através da amostragem por conveniência, os sujeitos foram captados à medida que foram localizados no alojamento conjunto e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- Puérperas que pariram via canal pélvico-genital (parto vaginal);
- Puérperas que estavam realizando a prática do Aleitamento Materno.

Os critérios adotados para a exclusão das participantes foram os seguintes:

- Puérperas que pariram por via abdominal (parto cesáreo);
- Puérperas que apresentaram contra-indicação à amamentação;
- Puérperas com restrições mentais que impossibilitassem a compreensão dos instrumentos;
- Puérperas com deficiência auditiva;
- Puérperas cujos filhos estavam internados na Unidade de Terapia Intensiva.

4.4 Instrumentos

4.4.1 Formulário de identificação do perfil sociodemográfico e obstétrico das puérperas

Aplicou-se, primeiramente, um formulário, elaborado pela pesquisadora, contendo 21 questões referentes à idade, escolaridade, estado civil, profissão, renda familiar, antecedentes obstétricos, experiência anterior de amamentação e gestação, parto e puerpério atual, cujo objetivo foi definir o perfil sociodemográfico e obstétrico das puérperas (APÊNDICE B).

4.4.2 Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto- QESP

O QESP é um questionário de autorrelato, desenvolvido e validado em Portugal, junto a 306 puérperas, o qual possui 104 questões referentes às expectativas, experiência, satisfação e dor relativas ao trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. As perguntas relativas à experiência, satisfação e dor são do tipo *Likert*, numa escala que varia entre 1 e 4 (“nada”, “um pouco”, “bastante”, “muito”). As questões que se referem às expectativas também são do tipo *Likert* numa escala que varia entre 1 e 4 (“muito pior”, “pior”, “melhor”, “muito melhor”). As questões que se relacionam com a intensidade da dor, embora sejam igualmente do tipo *Likert*, variam numa escala entre 0 e 10 (“nenhuma”, “mínima”, “muito pouca”, “pouca”, “alguma”, “moderada”, “bastante”, “muita”, “muitíssima”, “extrema”, “a pior jamais imaginável”) (COSTA *et al.*, 2004).

Alguns dos aspectos abordados no QESP são: condições físicas e os cuidados prestados pelos profissionais de saúde da instituição; uso de estratégias de relaxamento e respiração para o controle da dor; o tempo que demorou cada uma das fases do parto e o tempo que decorreu desde o nascimento até poder pegar no bebê; o sentimento de controle da situação e o grau de confiança da mulher; o apoio de pessoas significativas; a intensidade da dor sentida; assim como as emoções, medos, mal-estar e dificuldades no trabalho de parto, parto e pós-parto (COSTA *et al.*, 2004).

Este instrumento é composto por oito subescalas:

- Subescala 1 – Condições e Cuidados Prestados, constituída por 14 itens (7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 86, 87, 88, 89, 90, 91,) relativos à qualidade das condições físicas e dos cuidados prestados pelos profissionais da instituição.

- Subescala 2 – Experiência Positiva, constituída por 22 itens (1, 2, 4, 5, 24, 25, 27, 28, 39, 40, 41, 45, 46, 57, 58, 59, 80, 81, 82, 83, 84, 85), referentes à confirmação de expectativas, autocontrole, autoconfiança, conhecimento, prazer e satisfação com a experiência do parto.
- Subescala 3 – Experiência Negativa, constituída por 12 itens (42, 43, 48, 49, 60, 61, 92, 93, 97, 98, 99 e 100), que aborda o medo, mal-estar e dor durante o trabalho de parto e parto.
- Subescala 4 – Relaxamento, constituída por 6 itens (18, 19, 20, 21, 22 e 23), relativos à experiência de relaxamento durante o trabalho de parto e parto.
- Subescala 5 – Suporte, constituída por 3 itens (36, 37 e 38), relativos ao apoio proporcionado à parturiente por pessoas significativas.
- Subescala 6 – Suporte do Companheiro, constituída por 8 itens (30, 31, 32, 33, 34, 35, 64, 65), relativos especificamente ao apoio do companheiro.
- Subescala 7 – Preocupações, constituída por 14 itens (51, 52, 53, 54, 55, 56, 69, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79), referentes às preocupações consigo e com o bebê.
- Subescala 8 – Pós-Parto, constituída por 25 itens (3, 6, 15, 16, 17, 26, 29, 44, 47, 50, 62, 63, 66, 67, 68, 70, 71, 78, 94, 95, 96, 101, 102, 103, 104), relativos a aspectos relacionados com a vivência do puerpério.

No presente estudo, utilizou-se as subescalas 2 e 3 referentes, respectivamente, à experiência positiva e negativa do parto, perfazendo um total de 34 questões, as quais tiveram sua utilização autorizada pela autora por meio de correspondência eletrônica (ANEXO D).

Apesar de o QESP ter sido desenvolvido e validado em Portugal, membros do grupo de pesquisa Enfermagem na Promoção da Saúde Materna, com notória experiência na área, avaliaram e consideraram viável a utilização do mesmo na população estudada.

A cotação das subescalas do QESP obtém-se somando a pontuação de cada um dos itens constituintes das mesmas. Portanto, a pontuação total é verificada através da soma das pontuações obtidas nas duas subescalas citadas, cujos escores totais variam de 30 a 160 pontos. Quanto mais elevada a pontuação, mais positiva a percepção da mulher e, portanto, maior é a sua satisfação com o parto. Logo, as questões que estão formuladas negativamente tiveram que ser invertidas para o cálculo do somatório do escore individual de cada mulher.

Tendo em vista que o QESP não é um instrumento validado na população brasileira, torna-se pertinente o cálculo do Alfa de Cronbach das suas subescalas 2 e 3, utilizadas na população estudada.

Este questionário apresenta boa consistência interna (Alfa de Cronbach = 0,9087) e índice de fidelidade teste-reteste = 0,586. A subescala 2 possui valor de Alfa de Cronbach=0,87 e a subescala 3 possui Alfa de Cronbach igual a 0,88 portanto, indicam-nos uma boa consistência interna (Costa *et al.*, 2004). Deste modo o QESP permite avaliar de forma consistente e fidedigna diversas dimensões relevantes da vivência do parto.

4.4.3 Escala de autoeficácia para o Aleitamento Materno

A Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES), vem sendo utilizada para mensurar a confiança das mães na sua habilidade para amamentar em diversos países. Esta foi desenvolvida e validada no Canadá pela Doutora Dennis, enfermeira e professora da Universidade de Toronto e já foi aplicada em outros países de língua inglesa (CREEDY *et al.*, 2003), hispânica (TORRES *et al.*, 2003), chinesa (DAI; DENNIS, 2003) e polonesa (WUTKE; DENNIS, 2007). Recentemente, foi validada na língua portuguesa (ORIÁ *et al.*, 2009), apresentando alfa de Cronbach de 0,90, o que indica ótima consistência interna.

O estudo inicial foi realizado com 130 mulheres, resultando na versão original da escala, com 33 itens, divididos em dois domínios: 1. Técnico e 2. Pensamentos Intrapessoais. No primeiro domínio, são abordados os aspectos técnicos do aleitamento materno como, pega correta do bebê durante a amamentação, sinais de boa lactação, sucção, conforto, entre outros. No segundo domínio, são apresentados itens referentes ao desejo, motivação, satisfação materna em amamentar, entre outros.

Em cada item avaliado a mulher recebe uma pontuação, que varia de 1 a 5 pontos, de acordo com sua resposta. Portanto, os escores totais da escala variam de 33 a 165 pontos, sendo aquelas mulheres com maior pontuação, as que têm maior confiança no leite materno e no seu potencial de manter a amamentação, constituindo, assim, na maior probabilidade de iniciar e manter o aleitamento materno exclusivo por um período maior (ORIÁ, 2008).

No entanto, embora tenha sido testada a validade e a confiabilidade da BSES (DENNIS; FAUX, 1999), o valor elevado do alfa de Cronbach e da consistência interna da mesma indicou que sua redução seria benéfica (DEVELLIS, 1991; DENNIS, 2003).

Desse modo, Dennis (2003) apresentou uma versão abreviada da escala conhecida como Breastfeeding Self-Efficacy Scale–Short Form (BSES-SF), que atingiu alfa de Cronbach igual a 0,94 e a análise fatorial indicou a retirada de 19 itens de modo que a nova versão ficou com 14 itens, organizados de forma aleatória, também, em dois domínios:

técnico (oito itens) e pensamentos intrapessoais (seis itens), sendo abordados os mesmos aspectos relacionados aos domínios da escala original.

Vale ressaltar que o estudo que originou a BSES- SF envolveu uma amostra de 491 mulheres, o que foi bastante superior ao estudo original, possibilitando maior rigor e fidedignidade à análise fatorial, respaldando a autora na eliminação dos 19 itens da escala (TABACHNICK; FIDELL, 2001).

Logo, a Breastfeeding Self-Efficacy Scale–Short Form (BSES-SF) foi publicada, sendo composta por apenas 14 itens com pontuação variável de 1 a 5 pontos (1- Discordo totalmente, 2- Discordo, 3- Às vezes concordo, 4-Concordo e 5- Concordo totalmente), perfazendo um total de 14 a 70 pontos. Quando a respondente obtém de 14 a 32 pontos considera-se que tenha baixa autoeficácia; de 33 a 51, média e de 52 a 70, alta autoeficácia (DODT, 2008).

Essa escala caracteriza-se como uma escala do tipo Likert, na qual, a cada item de resposta, é atribuído um valor que expressa o ponto de vista da respondente. Sua principal característica é possibilitar aos seus respondentes não só que concordem ou discordem das assertivas, mas que indiquem seu grau de concordância/discordância. A pontuação total é dada pelo somatório dos escores de cada assertiva (POLIT; BECK, 2011).

A BSES-SF já foi validada e aplicada com puérperas no Brasil, pela Enfermeira Doutora Dodt (2008), que autorizou o seu uso por meio de correspondência eletrônica (ANEXO C). A escala apresentou alfa de Cronbach de 0,74 e média do Coeficiente de Correlação Intraclasse entre 0,69 e 0,78, indicando que o instrumento é confiável e que pode ser utilizado na avaliação da percepção das puérperas em sua autoeficácia em amamentar.

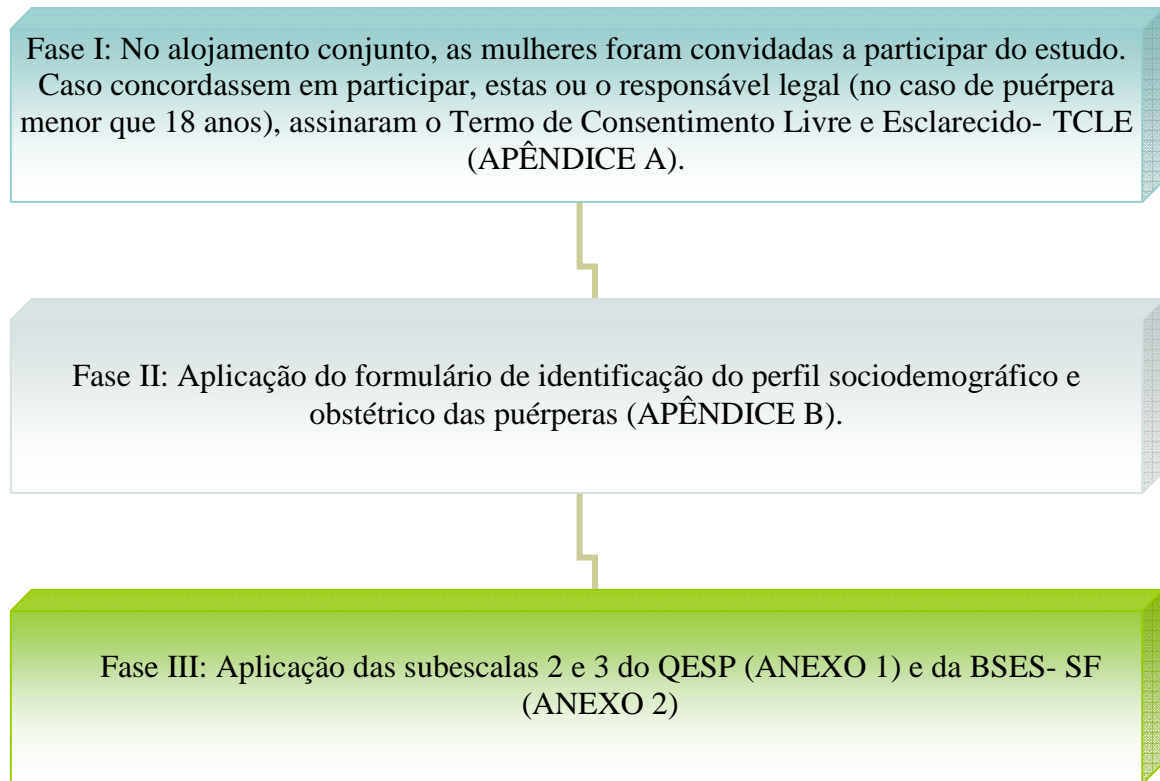
Diante disso, optou-se pela forma abreviada da BSES, devido a sua fácil aplicabilidade e por não demandar muito tempo para respondê-la, visto que as puérperas de parto vaginal, geralmente, permanecem internadas em Sistema de Alojamento Conjunto por no máximo 48 horas.

4.5 Coleta dos dados

A operacionalização da coleta de dados se deu após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, durante os meses de julho a outubro de 2014. As coletas foram realizadas no período de puerpério imediato, correspondente a seis horas após o nascimento em caso de parto normal, assegurando às participantes condições físicas e emocionais para responder os questionamentos, sem causar-lhes danos ou desconforto (DODT, 2008; RETT *et al.*, 2009).

As entrevistas ocorreram à beira do leito, durante o período de internação da puérpera, no alojamento conjunto, nas dependências da maternidade, conforme fluxograma a seguir:

Figura 2. Fluxograma representativo da operacionalização da coleta de dados.



Fonte: Elaboração da autora.

4.6 Análise dos dados

Elaborou-se um banco de dados em planilha eletrônica para procedimento das análises descritivas e inferenciais e utilizou-se o programa Excel 2010 *for Windows*. As informações foram exportadas para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos), versão 20.0.

A análise exploratória dos dados constou de testes estatísticos descritivos e de frequências absolutas e relativas, médias e desvio-padrão, apresentados por meio de tabelas e discutidos de acordo com a literatura pertinente ao tema. Para a análise das variáveis categóricas utilizou-se o teste qui-quadrado e o teste Exato de Fisher para verificar associação entre as variáveis e a BSES-SF aplicada. Para mensurar essa associação utilizou-se a Razão de Chances e seu respectivo intervalo de confiança.

A fim de verificar o ajustamento à distribuição normal de variáveis foi aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov. Esse teste avalia se a variável segue uma distribuição normal ou não, necessitando, portanto, de testes não paramétricos. Para verificar a diferença de médias dos escores do QESP utilizaram-se os testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

Foi utilizado o Alfa de Cronbach para verificar a confiabilidade das subescalas 2 e 3 do QESP em uma população do Nordeste do Brasil. O mesmo pode assumir valores entre 0 e 1,0 (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Para todos os testes fixou-se o nível de significância de 5%.

4.7 Aspectos Éticos

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand com número de parecer 657290 (ANEXO E). As participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foi garantido sigilo sobre todas as informações coletadas, sendo assegurado o anonimato das participantes, segundo as normas da Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde para pesquisa com seres humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012a), assim como os princípios éticos em pesquisa (POLIT; BECK, 2011).

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização da Amostra

Inicialmente, serão apresentados os dados sociodemográficos e obstétricos, bem como os dados de gestação, parto e puerpério atual, evidenciados por uma análise descritiva dos dados.

As características sociodemográficas e obstétricas da amostra estudada estão apresentadas nas **Tabelas 1 e 2**.

Tabela 1—Distribuição das puérperas segundo os dados sociodemográficos. Fortaleza, Jul/Out, 2014. n=237.

Variáveis	n	%	Média (Desvio Padrão)
Faixa etária			
Até 19 anos	96	40,5	22,6 (± 5,9)
De 20 a 35 anos	134	56,5	
Mais de 35 anos	07	03,0	
Procedência			
Capital	180	75,9	
Interior	57	24,1	
Raça			
Branca	50	21,1	
Não branca	187	78,9	
Estado civil			
Solteira	53	22,4	
Casada/união estável	184	77,6	
Escolaridade			
Até 8 anos	65	27,4	9,7 (± 2,9)
9-12 anos	160	67,5	
Maior que 12 anos	12	05,1	
Trabalho remunerado			
Sim	106	44,7	
Não	131	55,3	
Renda familiar*			
Até R\$ 724,00 (1 SM)	112	47,3	1130,8 (± 666,7)
R\$ 724,00- R\$ 1448,00 (1-2 SM)	76	32,0	
Maior que R\$ 1448,00 (2 SM)	49	20,7	
Pessoas domicílio			
Até 2 pessoas	42	17,7	4,3 (± 2,2)
3 a 4	112	47,3	
5 a 6	56	23,6	
7 ou mais	27	11,4	

*Salário mínimo durante o estudo foi igual a R\$ 724,00

FONTE: Dados gerados pela pesquisadora.

Tabela 2–Distribuição das puérperas segundo os antecedentes obstétricos. Fortaleza, Jul/ Out, 2014. n= 237.

Variáveis	n	%	Média (Desvio padrão)
Gestações			
1 gestação	117	49,4	1,9(± 1,4)
2 ou mais gestações	120	50,6	
Partos			
1	125	52,7	1,8 (± 1,2)
2	70	29,6	
3	29	12,2	
4 ou mais	13	5,5	
Tipo de parto anterior (n=112)			
Cesáreo	16	14,3	
Vaginal	96	85,7	
Abortos			
Não	204	86,1	
Sim	33	13,9	
Natimorto			
Não	234	98,7	
Sim	03	1,3	
Amamentação anteriormente (n=112)			
Sim	98	87,5	
Não	14	12,5	

FONTE: Dados gerados pela pesquisadora.

De acordo com a **Tabela 1**, verifica-se que o perfil das mulheres pesquisadas caracterizou-se por ser predominantemente jovem, prevalecendo a faixa de idade de 20-35 anos (n= 134; 56,5%). Todavia, a idade variou dos 13 aos 42 anos, com média de 22,6 (± 5,9) anos, sendo considerável a quantidade de adolescentes 96 (40,5%). Quanto à procedência, observou-se que a maioria era proveniente da cidade de Fortaleza (n= 180; 75,9%).

Com relação aos dados obtidos evidenciou-se também que 187 (78,9%) puérperas não eram brancas e eram casadas ou viviam em união estável (n=184; 77,6%). Os mesmos dados revelaram predominância de mulheres com 9 a 12 anos de estudo (n=160, 67,5%), com média de 9,7 (± 2,9) anos.

A maioria das mulheres exercia trabalho não remunerado (n=131; 55,3%). Ressalta-se que houve prevalência de famílias com renda mensal de até 1 salário mínimo (n= 112; 47,3%) e com três a quatro pessoas residindo no mesmo domicílio (n= 112; 47,3%), com média de 4,3(± 2,2) pessoas. Dividindo-se as médias das variáveis renda familiar e número de pessoas no domicílio, tem-se uma renda *per capita* de R\$262,97.

No que se refere aos antecedentes obstétricos, a **Tabela 2** evidencia que, 117 participantes (49,4%) engravidaram apenas uma vez e 120 (50,6%) tiveram duas ou mais gestações, variando de 1-10 gravidezes e média de 1,9 (\pm 1,4), das quais 33 (13,9%) tinham história de abortamento, variando de um a três episódios, e de natimorto (n=3; 1,3%).

Com relação à paridade, 125 mulheres (52,7%) tiveram apenas um parto e 112 (47,3%) tiveram dois ou mais partos, sendo que destas, 96 (85,7%) realizaram parto vaginal anteriormente e 98 (87,5%) afirmaram experiência anterior de amamentação.

Os dados relacionados à gestação, parto e puerpério atual estão apresentados na

Tabela 3.

Tabela 3—Distribuição das púerperas segundo os dados da gestação, parto e puerpério atual. Fortaleza, Jul/Out, 2014. n= 237

Variáveis	n	%	Média (Desvio padrão)
Consulta Pré-Natal			
Nenhuma	07	3,0	6,2 (\pm 2,2)
Até 5	73	30,8	
6 ou mais	157	66,2	
Orientação sobre amamentação durante o Pré -Natal			
Sim	136	57,4	
Não	101	42,6	
Profissional que orientou sobre amamentação no Pré-Natal (n= 136)			
Profissionais de Enfermagem (Enfermeiros, auxiliares ou técnicos de Enfermagem)	103	75,7	
Outros profissionais	33	24,3	
Orientação sobre amamentação após o nascimento			
Sim	200	84,4	
Não	37	15,6	
Profissional que orientou sobre amamentação após o nascimento (n= 200)			
Profissionais de Enfermagem (Enfermeiros, auxiliares ou técnicos de Enfermagem)	191	95,5	
Outros profissionais	09	4,5	
Contato imediato com o RN			
Sim	152	64,1	
Não	85	35,9	
Acompanhante			
Sim	157	66,2	
Não	80	33,8	

FONTE: Dados gerados pela pesquisadora.

No presente estudo observou-se que 157 (66,2%) mães realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, com uma média de 6,2 (\pm 2,2) consultas.

Com relação às orientações recebidas sobre amamentação a maioria das mulheres referiu ter sido orientada, durante o pré-natal (n=136; 57,4%), pelos profissionais de Enfermagem (n= 103; 75,7%); e após o nascimento do bebê, ainda na sala de parto (n=200; 84,4%), também pelos profissionais de Enfermagem (n=191; 95,5%).

Outro achado notório é o percentual de puérperas que tiveram contato imediato com o recém-nascido e acompanhante durante o processo de parto. Das 237 mulheres do estudo, 157 (66,2%) afirmaram que contaram com a presença de um acompanhante de sua escolha, na sala de parto e 152 (64,1%) puérperas tiveram efetivamente o contato precoce com o bebê após o nascimento.

5.2 Aplicação da *Breastfeeding Self- Efficacy Scale: Short Form*

Para aplicação da escala BSES-SF, as puérperas foram abordadas no alojamento conjunto, 6 horas após o parto, quando não estavam amamentando seus bebês, para não atrapalhar esse momento tão importante para o binômio mãe-filho.

A pontuação da amostra estudada variou de 33 a 70 pontos, com média de 56,6 (\pm 9,2) pontos. Diante dos resultados, percebeu-se que a maioria (n=171; 72,2%) das mulheres apresentou alta autoeficácia em amamentar e apenas 66 (27,8%) apresentaram média autoeficácia em amamentar. Tais resultados podem ser considerados como ótimos, visto que a baixa autoeficácia em amamentar nesse estudo é inexistente, demonstrando a confiança dessas mulheres na prática da amamentação.

Nas **Tabelas 4, 5 e 6** analisou-se a autoeficácia materna em amamentar e as variáveis sociodemográficas, obstétricas e os dados de gestação, parto e puerpério atual, comparando-se os escores da BSES-SF.

Tabela 4- Distribuição da associação entre os escores da BSES- SF e as variáveis sociodemográficas das puérperas. Fortaleza, Jul/Out, 2014. n= 237

Variáveis	Alta Autoeficácia n (%)	Média Autoeficácia n (%)	RC (IC 95%)	Valor p
Procedência				
Capital	130 (72,2)	50 (27,8)	1,01 (0,52 - 1,97)	0,966
Interior	41 (71,9)	16 (28,1)	1,00	
Faixa etária				
Até 19 anos	64 (66,7)	32 (33,3)	1,50 (0,32 - 7,11)	0,117*
20-35 anos	103 (76,9)	31 (23,1)	2,49 (0,53 - 11,74)	
36 anos ou mais	04 (57,1)	03 (42,9)	1,00	
Raça				
Branca	37 (74,0)	13 (26,0)	1,13 (0,55 - 2,28)	0,743
Não branca	134 (71,7)	53 (28,3)	1,00	
Estado civil				
Casada/união estável	142 (77,2)	42 (22,8)	2,80 (1,47 - 5,31)	0,001
Solteira	29 (54,7)	24 (45,3)	1,00	
Escolaridade				
Até 8 anos	50 (76,9)	15 (23,1)	1,40 (0,72 - 2,73)	0,314
Maior que 8 anos	121 (70,3)	51 (29,7)	1,00	
Trabalho remunerado				
Não	95 (72,5)	36 (27,5)	1,04 (0,59 - 1,84)	0,889
Sim	76 (71,7)	30 (28,3)	1,00	
Renda familiar SM				
Maior que 2 SM	39 (79,6)	10 (20,4)	1,77 (0,8 - 3,95)	0,368
1-2 SM	55 (72,4)	21 (27,6)	1,19 (0,63 - 2,26)	
Até 1 SM	77 (68,8)	35 (31,2)	1,00	
Pessoas domicílio				
Mais de 4 pessoas	60 (72,3)	23 (27,7)	1,01 (0,56 - 1,83)	0,972
Até 4 pessoas	111 (72,1)	43 (27,9)	1,00	

Teste Qui-quadrado

* Teste Exato de Fisher

De acordo com a **Tabela 4**, nas associações entre os escores da BSES-SF e as variáveis sociodemográficas, constatou-se significância estatística apenas com a variável estado civil ($p = 0,001$). Mulheres casadas ou que vivem em união estável apresentaram 2,8 vezes mais chance de apresentar alta autoeficácia em amamentar em relação às solteiras. Logo, pode-se concluir que, nesse estudo, as mulheres com companheiro possuem melhor autoeficácia em amamentar.

As demais variáveis (procedência, faixa etária, raça, escolaridade, trabalho remunerado, renda familiar e número de pessoas no domicílio) não apresentaram significância estatística.

Tabela 5- Distribuição da associação entre os escores da BSES- SF e as variáveis obstétricas das puérperas. Fortaleza, Jul/Out, 2014. N= 237

Variáveis	Alta Autoeficácia n (%)	Média Autoeficácia	RC (IC 95%)	Valor p
Gestações				
2 ou mais gestações	91 (75,8)	29 (24,2)	1,45 (0,82 - 2,57)	0,200*
1 gestação	80 (68,4)	37 (31,6)	1,00	
Partos				
2 ou mais partos	87 (77,7)	25 (22,3)	1,70 (0,95 - 3,04)	0,072
1 parto	84 (67,2)	41 (32,8)	1,00	
Tipo de parto anterior (n= 112)				
Vaginal	77 (80,2)	19 (19,8)	2,43 (0,79 - 7,53)	0,190*
Cesáreo	10 (62,5)	06 (37,5)	1,00	
Aborto				
Não	152 (74,5)	52 (25,5)	2,15 (1,01 - 4,60)	0,044
Sim	19 (57,6)	14 (42,4)	1,00	
Natimorto				
Sim	03 (100,0)	-	-	0,562*
Não	168 (71,8)	66 (28,2)	-	
Prática de amamentação anterior (n=112)				
Sim	80 (81,6)	18 (18,4)	4,44 (1,39 - 14,26)	0,008*
Não	07 (50,0)	07 (50,0)	1,00	

Teste Qui-quadrado

* Teste Exato de Fisher

FONTE: Dados gerados pela pesquisadora.

No que se refere aos antecedentes obstétricos, a **Tabela 5** demonstra que houve significância estatística entre os escores da BSES-SF e as seguintes variáveis: história anterior de aborto ($p = 0,044$) e prática de amamentação anterior ($p = 0,008$). A chance de ter alta autoeficácia em amamentar para as mulheres que não tiveram aborto foi de 2,15 vezes maior em relação àquelas que tiveram história de aborto e 4,44 vezes para as puérperas que amamentaram anteriormente em comparação com as que nunca amamentaram.

Os dados relacionados à gestação, parto e puerpério atual e a autoeficácia materna em amamentar estão apresentados na **Tabela 6**.

Tabela 6- Distribuição da associação entre os escores da BSES- SF e as variáveis de gestação, parto e puerpério atual das puérperas. Fortaleza, Jul/Out, 2014. n= 237

Variáveis	Alta Autoeficácia n (%)	Média Autoeficácia n (%)	RC (IC 95%)	Valor p
Consulta Pré- Natal				
Até 5	48 (65,8)	25 (34,2)	1,44 (0,30 - 6,94)	0,152
6 ou mais	119 (75,8)	38 (24,2)	2,35 (0,50 - 10,97)	
Nenhuma	04 (57,1)	03 (42,9)	1	
Orientação sobre amamentação durante o Pré -Natal				
Sim	106 (77,9)	30 (22,1)	1,96 (1,10 - 3,48)	0,021
Não	65 (64,4)	36 (35,6)	1	
Profissional que orientou sobre amamentação no Pré- Natal (n=136)				
Outros profissionais	32 (96,9)	01 (3,1)	6,27 (1,41 - 27,87)	0,007
Profissionais de Enfermagem (Enfermeiros, auxiliares ou técnicos de Enfermagem)	74 (71,8)	29 (28,2)	1	
Orientação sobre amamentação após o nascimento				
Sim	145 (72,5)	55 (27,5)	1,12 (0,52 - 2,41)	0,781
Não	26 (70,3)	11 (29,7)	1	
Profissional que orientou sobre amamentação após o nascimento (n=200)				
Outros profissionais	07 (77,8)	02 (22,2)	1,34 (0,27 - 6,68)	0,955*
Profissionais de Enfermagem (Enfermeiros, auxiliares ou técnicos de Enfermagem)	138 (72,3)	53 (27,7)	1	
Contato imediato com o RN				
Sim	114 (75,0)	38 (25,0)	1,47 (0,82 - 2,64)	0,191
Não	57 (67,1)	28 (32,9)	1	
Acompanhante				
Sim	119 (75,8)	38 (24,2)	1,69 (0,94 - 3,03)	0,08
Não	52 (65,0)	28 (35,0)	1	

Teste Qui-quadrado

* Teste Exato de Fisher

FONTE: Dados gerados pela pesquisadora.

Observou-se associação estatisticamente significativa entre a variável orientação sobre amamentação no pré-natal ($p = 0,021$), a variável profissional que orientou no pré-natal ($p = 0,007$) e os escores da BSES-SF.

As mulheres que receberam orientação, no período gestacional, durante o pré-natal apresentaram chance 1,96 vezes maior de terem alta autoeficácia em relação às que não receberam nenhuma orientação.

Outro achado importante é que apesar de a maioria das mulheres que apresentaram elevada autoeficácia em amamentar terem sido orientadas pelos profissionais de Enfermagem (n=74; 71,8%), as que foram orientadas por profissionais de outras categorias, tiveram um acréscimo de 6,27 vezes mais chances de terem elevada autoeficácia em amamentar, o que nos leva a refletir sobre a qualidade das orientações prestadas a essas mulheres pelos profissionais de Enfermagem.

5.3 Aplicação do Questionário de Experiência e Satisfação com o parto- QESP

Após a aplicação do QESP na amostra estudada observou-se que os escores variaram de 93 a 131, com média de 117 pontos. A partir daí, analisou-se a satisfação das puérperas com o parto e as características sociodemográficas, obstétricas e dados de gestação, parto e puerpério atual, respectivamente, comparando-se as médias dos escores do QESP, conforme demonstrado nas **Tabelas 7, 8 e 9**.

Tabela 7- Distribuição da associação entre os escores do QESP e as variáveis sociodemográficas das puérperas. Fortaleza, Jul/Out, 2014. n= 237

Variáveis	Escores- QESP			Valor p
	n	%	Média (DP)	
Procedência				
Capital	180	75,9	116,5 (± 8,2)	0,807
Interior	57	24,1	115,7 (± 9,3)	
Faixa etária				0,018*
Até 19 anos	96	40,5	114,4 (± 8,1)	
20-35 anos	134	56,5	119,6 (± 9,0)	
36 anos ou mais	07	3,0	117,4 (± 8,4)	
Raça				
Branca	50	21,1	116,3 (± 8,1)	0,795
Não branca	187	78,9	116,3 (± 8,5)	
Estado civil				
Solteira	53	22,4	114,1 (± 8,3)	0,027
Casada/União estável	184	77,6	116,9 (± 8,4)	
Escolaridade				
Até 8 anos	65	27,4	116,0 (± 8,6)	0,642
Maior que 8 anos	172	72,6	116,9 (± 8,1)	
Trabalho remunerado				
Não	131	55,3	116,6 (± 8,6)	0,735

Sim	106	44,7	116,0 (\pm 8,4)	
Renda familiar SM				
Até 1 SM	112	47,3	118,1 (\pm 8,4)	0,270*
1-2 SM	76	32,1	115,8 (\pm 9,0)	
Maior que 2 SM	49	20,7	115,8 (\pm 7,6)	
Pessoas domicílio				
Até 4 pessoas	154	65,0	116,6 (\pm 8,6)	0,258
Mais de 4 pessoas	83	35,0	115,6 (\pm 8,1)	

Teste Mann-Whitney

* Teste Kruskal Wallis

FONTE: Dados gerados pela pesquisadora.

De acordo com a **Tabela 7**, identificou-se associação estatisticamente significativa entre as mulheres com mais de 20 anos ($p=0,018$) e casadas ou em união estável ($p=0,027$) em relação às médias dos escores do QESP. Portanto, pode-se concluir que mulheres maiores de 20 anos e com companheiro possuem maior satisfação com o parto.

As demais variáveis (procedência, faixa etária, raça, escolaridade, trabalho remunerado, renda familiar e número de pessoas no domicílio) não apresentaram significância estatística em relação aos escores obtidos no QESP.

Tabela 8- Distribuição da associação entre os escores do QESP e as variáveis obstétricas das puérperas. Fortaleza, Jul/Out, 2014. $n=237$

Variáveis	Escore- QESP			Valor p
	n	%	Média (DP)	
Gestações				
2 ou mais gestações	120	50,6	117,2 (\pm 8,3)	0,196
1 gestação	117	49,4	115,3 (\pm 8,5)	
Partos				
2 ou mais partos	112	47,3	117,4 (\pm 8,2)	0,162
1 parto	125	52,7	115,3 (\pm 8,5)	
Tipo de parto anterior (n=112)				
Vaginal	96	85,7	117,6 (\pm 8,0)	0,318
Cesáreo	16	14,3	115,6 (\pm 9,5)	
Aborto				
Não	204	86,1	116,6 (\pm 8,3)	0,972
Sim	33	13,9	116,2 (\pm 8,5)	
Natimorto				
Não	234	98,7	122,7 (\pm 11,2)	0,289
Sim	03	1,3	116,2 (\pm 8,4)	
Prática de amamentação anterior (n=112)				
Sim	98	87,5	117,7 (\pm 8,5)	0,211

Não	14	12,5	114,9 (± 5,6)
-----	----	------	---------------

Teste Mann-Whitney

* Teste Kruskal Wallis

Na **Tabela 8**, com relação às variáveis obstétricas, constatou-se que as mesmas não interferiram na satisfação materna frente ao parto atual. Entretanto, apesar de os valores referentes à paridade e gestação mostrarem-se praticamente equivalentes, observou-se que as puérperas que tiveram dois ou mais partos e que engravidaram duas ou mais vezes apresentaram maior média de escores de satisfação com o parto, 117,4 e 117,2 pontos, respectivamente, quando comparadas com as mulheres primigestas e primíparas.

Tabela 9- Distribuição da associação entre os escores do QESP e as variáveis de gestação, parto e puerpério atual das puérperas. Fortaleza, Jul/Out, 2014. n= 237

Variáveis	Escores- QESP		Valor p	
	n	%		
Consulta de Pré- Natal				
Até 5	73	30,8	116,3 (± 8,4)	0,591*
6 ou mais	157	66,2	116,5 (± 8,6)	
Nenhuma	07	3,0	113,3 (± 9,3)	
Orientação sobre amamentação durante o Pré -Natal				
Sim	136	57,4	116,5 (± 8,7)	0,436
Não	101	42,6	115,9 (± 8,2)	
Profissional que orientou sobre amamentação durante o Pré-Natal (n=136)				
Profissionais de Enfermagem (Enfermeiros, auxiliares ou técnicos de Enfermagem)	103	75,7	117,1 (± 9,1)	0,160
Outros Profissionais	33	24,3	114,8 (± 7,0)	
Orientação sobre amamentação após o nascimento				
Sim	200	84,4	116,8 (± 9,0)	0,829
Não	37	15,6	116,2 (± 8,4)	
Profissional que orientou sobre amamentação após o nascimento (n=200)				
Profissionais de Enfermagem (Enfermeiros, auxiliares ou técnicos de Enfermagem)	191	95,5	117,9 (± 8,4)	0,71
Outros profissionais	09	4,5	116,1 (± 8,6)	
Contato imediato com o RN				
Sim	152	64,1	116,9 (± 8,2)	0,165

Não	85	35,9	115,1 (\pm 8,9)	
Acompanhante				
Sim	157	66,2	117,2 (\pm 8,5)	0,015
Não	80	33,8	114,5 (\pm 8,1)	

Teste Mann-Whitney

* Teste Kruskal Wallis

FONTE: Dados gerados pela pesquisadora

De acordo com a **Tabela 9**, nos dados relacionados à gestação, parto e puerpério atual, percebeu-se que a presença de acompanhante durante o parto teve associação estatisticamente significativa com a média de escores do QESP ($p= 0,015$). As mulheres que tiveram acompanhante durante o processo parturitivo apresentaram maior média de escores de satisfação com o parto comparadas com as que não tiveram acompanhante.

5.4 Análise da confiabilidade das subescalas 2 e 3 do Questionário de Satisfação com o Parto em uma população do Nordeste do Brasil

Não há registro do uso do Questionário de Satisfação com o Parto (QESP) completo ou em subescalas na população brasileira. Portanto, considerou-se oportuno que se verificasse a confiabilidade deste instrumento. Como o presente estudo utilizou apenas as subescalas 2 e 3 do QESP, foi possível verificar a confiabilidade apenas dessas subescalas. A confiabilidade foi verificada por meio do alfa de Cronbach que pode variar de 0 a 1 e que é o indicador mais utilizado para verificar a confiabilidade de um instrumento.

O alfa de Cronbach das subescalas 2 e 3 do Questionário de Satisfação com o Parto (QESP), na versão portuguesa, foi de 0,87 e 0,88, respectivamente (Costa *et al.*, 2004) e na população estudada foi de 0,909 e 0,828, respectivamente, demonstrando ser um instrumento de alta confiabilidade.

5.5 Validade de critério das subescalas 2 e 3 do QESP, considerando a BSES- SF como padrão-ouro

Tabela 10- Distribuição da associação entre os escores do QESP e os escores da BSES-SF. Fortaleza, Jul/Out, 2014. n= 237

Variáveis	Escores- QESP		Valor p
	n	Média (DP)	
Autoeficácia			
Média	66	114,2 (\pm 7,1)	0,013
Alta	171	117,1 (\pm 8,8)	

Teste Mann-Whitney

*Teste Kruskal Wallis

FONTE: Dados gerados pela pesquisadora

Após associação realizada entre os escores da BSES-SF e os escores do QESP, verificou-se que as escalas se correlacionam ($p= 0,013$). Mulheres que obtiveram média de escores maior no QESP tiveram maior pontuação na BSES-SF, ou seja, a maior satisfação com o parto relacionou-se com a alta autoeficácia em amamentar.

6 DISCUSSÃO

A discussão dos resultados do estudo está organizada conforme a literatura pertinente à temática e em tópicos, a saber: características sociodemográficas das puérperas participantes do estudo, características obstétricas das puérperas participantes do estudo, aplicação da *Breastfeeding Self-efficacy Scale: Short Form*, aplicação do Questionário de Experiência e Satisfação com o parto (QESP), análise da confiabilidade das subescalas 2 e 3 do Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP) em uma população do Nordeste do Brasil, validação de critério das subescalas 2 e 3 do QESP, considerando a BSES- SF como padrão-ouro.

6.1 Características sociodemográficas das puérperas participantes do estudo

A maioria das mulheres (56,5%) apresentou faixa etária entre 20 e 35 anos de idade. Em estudo realizado em Recife, PE, cujo objetivo foi analisar os fatores associados à amamentação exclusiva constatou que a idade materna entre 20 e 35 anos é um fator associado para a manutenção do aleitamento materno exclusivo por pelo menos seis meses (CAVALCANTI *et al.*, 2015).

Entretanto, observou-se que um número considerável de puérperas tinham menos que 20 anos de idade (40,5%), ou seja, eram adolescentes.

Resultado semelhante foi observado em pesquisa realizada em Teresina- PI, que teve como objetivo caracterizar os partos ocorridos em uma maternidade, segundo os aspectos sociodemográficos e obstétricos das parturientes, na qual ocorreu uma prevalência de 32,3% de adolescentes que tiveram seus bebês na referida maternidade (BARBOSA *et al.*, 2013). Outra pesquisa realizada em uma maternidade no Rio de Janeiro com puérperas revelou predominância de mulheres com idade menor que 20 anos (VARGAS *et al.*, 2013).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a gravidez na adolescência é aquela que ocorre entre os 14 e 19 anos (WORLD HEALTH ORGANIZACION, 2006b), correspondendo a 11% dos partos mundiais, sendo que 95% ocorrem em países de média e baixa renda (WORLD HEALTH ORGANIZACION, 2014). Dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a) revelam que esse número de partos em adolescentes tem diminuído nos últimos anos no país. No entanto, esta distribuição não é homogênea, visto que se encontra maior prevalência de gravidez na adolescência nas áreas rurais (4,1%) em comparação às áreas urbanas (3,6%) e menor prevalência desta na região sul do país (3,1%).

Além disso a MEAC possui um ambulatório de atendimento de adolescentes, sendo referência no que se refere ao acompanhamento de grávidas adolescentes e, portanto, recebe pacientes com gestação de alto risco de diferentes hospitais, o que pode ter contribuído para a alta prevalência dessa população no presente estudo.

Os dados aqui apresentados evidenciam a necessidade de ações de incentivo ao planejamento familiar, de forma a contribuir para a diminuição da vulnerabilidade dessas adolescentes aos agravos em saúde sexual e reprodutiva.

A maioria da amostra do estudo era composta por mulheres procedentes da capital do Ceará (n=180; 75,9%), demonstrando maior concentração destas no meio urbano. Resultado semelhante foi encontrado em pesquisa realizada em uma maternidade de referência em Fortaleza-CE com puérperas adolescentes, a qual mostrou que as participantes da pesquisa foram predominantemente procedentes da capital cearense, sendo representadas por 156 (78%) jovens da amostra (CAMINHA *et al.*, 2012). Entretanto, a intensificação da urbanização é um dos fatores que têm dificultado a manutenção do aleitamento materno (BRASIL, 2010b), necessitando de maior reforço e compromisso dos profissionais de saúde na promoção de tal prática, que permita que as mães tomem uma decisão informada sobre a melhor forma de alimentar seus bebês.

Quanto à experiência com o parto, um estudo realizado na região sul do Brasil, constatou que a maioria das mulheres que era proveniente da capital teve a oportunidade de ter um acompanhante de sua escolha e, portanto, apresentou maior satisfação e maior tranquilidade nos relatos de seu parto (FRELLO; CARRARO, 2010), demonstrando que essa presença interfere positivamente no trabalho de parto e parto.

Com relação à etnia, foi identificada a prevalência de 187 (78,9%) mulheres não brancas, demonstrando o processo de miscigenação que o Ceará passou ao longo dos anos. Achado semelhante foi encontrado em estudo nacional de base hospitalar, sobre a satisfação das mulheres com o atendimento ao parto, das 15.688 entrevistadas, 65,9% eram negras ou pardas (D'ORSI *et al.*, 2014).

No que se refere à interface etnia e amamentação, estudo realizado em todo o território brasileiro, junto a 2.958 mães de crianças de zero a um ano observou que mães da cor preta ou parda, que tinham dois ou mais filhos menores de cinco anos em casa foram mais favoráveis à prática da amamentação (WENZEL; SOUZA, 2014).

Com relação ao estado civil, a maioria das puérperas era casada ou vivia em união estável (n=184; 77,6%). Corroborando com estudos realizados com puérperas, em um hospital

público de nível secundário, em Fortaleza, CE, o qual constatou que a maioria das mulheres entrevistadas tinha um companheiro fixo (DODOU *et al.*, 2014).

Sabe-se que a presença do parceiro é muito importante para favorecer a prática da amamentação. O companheiro pode incentivar, apoiar e ajudar a puérpera nas tarefas de casa e nos cuidados prestados ao recém-nascido (BATISTA; FARIAS; MELO, 2013). Estudo realizado em Goiânia encontrou predominância do Diagnóstico de Enfermagem “Amamentação Eficaz” em puérperas que eram, em sua maioria, casadas (VIEIRA *et al.*, 2011), revelando que o fato de ter um companheiro pode influenciar positivamente a amamentação.

No tocante à experiência com o parto, verificou-se que as mulheres casadas, além de se sentirem mais satisfeitas, possuem também um maior apoio do companheiro, comparadas às mulheres solteiras (SOUZA e SILVA, 2011).

Considera-se este resultado importante, uma vez que mães casadas/união estável, cujo parceiro tem disponibilidade para apoiá-las desde a gestação até o puerpério, podem sentir-se mais satisfeitas com o parto e mais seguras para o início e manutenção do aleitamento materno.

No que diz respeito à escolaridade das mães do estudo, observou-se predominância de 9 a 12 anos de estudo (n=160, 67,5%). Supõe-se que a maior escolaridade pode influenciar positivamente na satisfação da mulher com o parto, ao passo que tais mulheres podem ter maior acesso às informações quanto aos seus direitos, sendo assim, mais ativas e participantes durante o processo de parto. Estudo realizado em Portugal, utilizando o QESP, apontou que mulheres de maior escolaridade tiveram também maior satisfação com o parto (p=0,00) e maior suporte do companheiro (p=0,00) (SOUZA e SILVA, 2011).

Quanto à renda familiar mensal, ressalta-se que houve prevalência de até 1 salário mínimo (n= 112; 47,3%), demonstrando baixa renda familiar. Com relação ao número de pessoas residindo no mesmo domicílio, constatou-se que a maioria das famílias possui de 3-4 moradores (n= 112; 47,3%), com média de 4,3 (\pm 2,2). Dividindo-se as médias das variáveis renda familiar e número de pessoas no domicílio, tem-se uma renda *per capita* de R\$262,97.

Estudo realizado com o objetivo de investigar os fatores associados ao aleitamento materno nas diferentes regiões do Brasil constatou que, ter mais de quatro moradores por domicílio foi um fator associado a menor prevalência de amamentação em quase todas as regiões brasileiras. Esse resultado pode estar possivelmente relacionado a piores condições de vida, incluindo menor renda e privacidade (WENZEL; SOUZA, 2014).

As variáveis aqui apresentadas são de notória influência para a determinação da satisfação com o parto. Estudo de base nacional apontou menor chance de satisfação para as mulheres de cor da pele preta ou parda quando comparadas às mulheres brancas, e maiores chances para as mulheres com maior renda, com escolaridade média completa ou superior, com idade acima de 20 anos e provenientes das regiões Sudeste, Sul ou Centro-oeste. Isso pode ser justificado, entre outros fatores, pela maior vulnerabilidade à violência obstétrica, visto que, nesse mesmo estudo, os percentuais de mulheres que relataram violência verbal, física ou psicológica foram maiores em pardas ou pretas, de menor escolaridade, com idade menor que 20 anos durante a internação e atendidas em serviço público (D'ORSI *et al.*, 2014).

A situação socioeconômica da mulher pode influenciar no seu bem-estar físico e emocional, e, portanto, na sua confiança para amamentar seu bebê. Em estudo realizado com mulheres primíparas, cujo objetivo foi analisar os fatores que influenciavam a prática da amamentação exclusiva, constatou que as mães que tinham maior renda familiar apresentaram maior confiança em amamentar (KU; CHOW, 2010). Estudos destacam ainda que mães de baixa renda apresentam maior risco de atrasar o início do aleitamento ou de interromper tal prática precocemente (OLIVEIRA *et al.*, 2010). Diante disso, percebe-se a importância da realização de intervenções pelos profissionais de saúde junto às mulheres, principalmente as de baixa renda, no incentivo à prática de aleitamento materno.

6.2 Características obstétricas das puérperas participantes do estudo

A maioria das puérperas era primípara (n= 125; 52,7%), resultado semelhante ao de outros autores, os quais realizaram um estudo junto às puérperas internadas em uma Maternidade de São Paulo (PELAI *et al.*, 2013). Sabe-se que a paridade pode influenciar positivamente a prática da amamentação, pois experiências positivas anteriores com essa prática podem motivar as mulheres a amamentarem seus filhos subsequentes (FERREIRA; NELAS; DUARTE, 2011), sendo, portanto, um fator influenciador na duração do aleitamento materno (CHAVES; LAMOUNIER; CESAR, 2007; PEREIRA *et al.*, 2010; TAN, 2011). Diante disso, as primíparas têm maior chance de apresentar dificuldades relativas ao aleitamento materno, devido a sua falta de experiência em amamentar, necessitando de orientações sobre o manejo da lactação (SOARES, 2014).

Destarte, faz-se necessário que os profissionais de saúde esclareçam as dúvidas existentes da mulher com relação ao aleitamento materno, prestando orientações sobre as

vantagens dessa prática para a mãe e para o bebê, alertando sobre possíveis dificuldades que possam surgir e que poderão desmotivá-la.

Os dados aqui apresentados revelam que 120 (50,6%) mulheres referiram ter duas ou mais gestações, corroborando com outros estudos (DODT *et al.*, 2010; MINASI *et al.*, 2013). Esse resultado é importante visto que, o processo de amamentação está ligado a um hábito apreendido em gestações anteriores, observações e orientações de mulheres mais experientes (WILHELM *et al.*, 2010).

Com relação ao tipo de parto anterior, observou-se a prevalência de parto vaginal (n=96; 85,7%) entre as mulheres estudadas.

Estudo realizado em Minas Gerais evidenciou que a maioria das mulheres com parto atual por via vaginal tinha histórico de partos anteriores pela mesma via (54,7%), enquanto que a maioria das mulheres submetidas ao parto cesáreo apresentou histórico de partos cesáreo também (48%) (CARDOSO; ALBERTI; PETROIANO, 2010). Dado valioso para os enfermeiros, uma vez que em estudo realizado com puérperas, em Fortaleza, CE, as mulheres que tiveram parto vaginal anterior apresentaram alta autoeficácia em amamentar (CHAVES, 2012). Portanto, nas consultas de pré-natal, faz-se necessário que os profissionais investiguem os antecedentes obstétricos dessa população, com a finalidade de informar sobre as vantagens do parto vaginal.

Estudo realizado em Rondônia questionou as puérperas sobre qual via de parto desejariam em gestação futura. Verificou-se que as mulheres submetidas ao parto normal têm clara preferência pela mesma via de parto e as mulheres submetidas ao parto cesáreo preferem ter parto normal (FERRARI, 2010). Situação que reflete a satisfação das mulheres com o seu parto normal, pois desejam repetir a experiência em uma futura gestação.

No que se refere à história de aborto anterior, 33 (13,9%) mulheres apresentaram tal episódio. Sendo esta prevalência acima do encontrado por outros autores, os quais revelaram que apenas 9,8% das puérperas entrevistadas apresentavam história de aborto anterior (PELAI *et al.*, 2013), evidenciando a importância da prestação da assistência a essa clientela.

A influência do histórico de natimorto na satisfação da mulher com o parto é algo pertinente na literatura. No presente estudo apenas 3 mulheres (1,3%) apresentaram esse histórico, sendo um fator positivo, uma vez que mulheres com histórico de natimorto em gestação anterior, quando em nova gestação, sentem-se emocionalmente enfraquecidas, devido ao medo de reviver a perda anterior e, portanto, ficam mais ansiosas com o parto (FREIRE, 2012), podendo refletir na sua satisfação com a experiência de parto e nascimento.

No que diz respeito à amamentação, 98 (87,5%) mães afirmaram ter realizado tal prática anteriormente. Vale ressaltar que, no momento da consulta pré-natal, é relevante o enfermeiro investigar as práticas anteriores de amamentação, ao passo que mulheres com experiência prévia de aleitamento materno negativa ou mal sucedida pode ser um fator de risco para não tentar ou não continuar a amamentar as crianças subsequentes (UCHÔA *et al.*, 2014).

Quanto à gestação atual, observou-se prevalência de mães que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal (n=157; 66,2%), que foram orientadas quanto a amamentação durante as consultas (n=136; 57,4%), pelos profissionais de Enfermagem (n=103;75,7%).

Quanto ao número de consultas de pré-natal, os dados do estudo estão em conformidade com o preconizado como requisito mínimo de qualidade da assistência pré-natal, que deve ser igual ou superior a seis, realizadas mensalmente, até a 28ª semana; quinzenalmente, entre 28 e 36 semanas; e semanalmente no termo; não existindo alta do pré-natal (BRASIL, 2012).

A realização dessas consultas durante todo o período gravídico pode interferir na prática da amamentação. Em estudo realizado em uma maternidade de Fortaleza-Ceará, cujo objetivo foi caracterizar o perfil sociodemográfico e obstétrico das mulheres, verificou-se que mulheres que realizaram menos de cinco consultas de pré-natal amamentaram por menos tempo do que as que fizeram entre cinco e nove consultas (TAVARES *et al.*, 2010).

Além disso, o pré-natal é uma excelente oportunidade para o profissional de saúde trocar informações com a população materna referente às questões acerca da gravidez, parto e puerpério, principalmente, relacionados com o medo do parto e com os cuidados com o bebê (BRASIL, 2012). A mulher preparada desde o pré-natal, através de orientações relativas à gestação, parto e puerpério, vivenciará estes momentos com maior segurança e satisfação (RODRIGUES *et al.*, 2014).

Diante disso, percebe-se a importância do acompanhamento pré-natal para a saúde materna. O enfermeiro, devido sua estreita relação com as mães, tem a oportunidade de ajudá-las a compreender os diversos aspectos do ciclo gravídico-puerperal, diminuindo sua ansiedade e insegurança com relação à gestação, parto e cuidados com o recém-nascido, o que pode contribuir para que a mesma tenha uma experiência positiva do processo parturitivo e da prática de amamentação.

Verificou-se que as mães foram orientadas quanto à amamentação após o nascimento do bebê (n= 200; 84,4%), ainda na sala de parto, pelos profissionais de Enfermagem (n=191; 95,5%). Sabendo que após o parto a mulher permanece sob os cuidados

da equipe de Enfermagem, permitindo que a mesma esteja mais próxima da puérpera (PASQUAL; BRACCIALLI, VOLPONI, 2010), é importante que o enfermeiro atue na realização de orientações sobre o aleitamento materno, possibilitando o preparo da mãe para experiência de amamentar.

Outro achado notório é o percentual de mulheres que tiveram acompanhante durante o processo de parto (n=152; 64,1%) e contato imediato com o recém-nascido após o parto (n=157; 66,2%).

A presença do acompanhante está fortemente ligada à maior satisfação da mulher com a sua experiência de parto. Estudo realizado em Fortaleza, CE, verificou que a presença do acompanhante garantiu apoio e sensação de segurança à mulher, proporcionando-lhe uma vivência de maior satisfação com o seu parto (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

O acompanhante na sala de parto, principalmente o de escolha da mulher, pode oferecer suporte emocional e físico à parturiente, contribuindo para a diminuição da sua ansiedade e até mesmo dos seus níveis de dor, influenciando positivamente na sua satisfação com o parto.

Quanto ao contato precoce com o recém-nascido, percebe-se a sua importância para a estimulação do vínculo entre mãe e filho, sendo considerado um fator essencial para o início e a manutenção do aleitamento materno (LOPES; ARRUDA, 2010). Portanto, quanto mais precoce for o contato da mãe com o seu bebê, mais rápido o vínculo afetivo será estabelecido.

Além do mais, o contato precoce entre mãe e filho traz benefícios como o maior tempo de duração do aleitamento materno, o menor risco de morte neonatal e a diminuição do choro do bebê que é amamentado precocemente. Por outro lado, a falta desse contato, logo após o nascimento pode reduzir a prevalência de aleitamento materno na primeira hora de vida do bebê (BOCCOLINI *et al.*, 2011).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), recomenda-se a amamentação precoce, na primeira hora de vida do recém-nascido, como iniciativa para o incentivo ao aleitamento materno e redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2011a). Portanto, os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, que são os que convivem mais com essas mulheres, devem orientá-las e incentivá-las quanto ao contato precoce, contribuindo para a confiança das mesmas em iniciar e manter a prática da amamentação.

6.3 Aplicação da *Breastfeeding Self- efficacy Scale: Short Form*

Observou-se a prevalência de mães com média e alta autoeficácia em amamentar, corroborando com outros estudos que adotaram a aplicação da BSES-SF no Brasil, como Dodt (2008), Chaves (2012) e Soares (2014). Tal resultado demonstra a confiança dessas mulheres na prática da amamentação, podendo influenciar positivamente na manutenção desta prática e evitar o desmame precoce.

Sabe-se que quando a mãe tem a crença e a confiança de que pode prestar cuidados ao seu bebê, mesmo diante de dificuldades existentes, ela é mais susceptível a cuidar deste adequadamente (PRASOPKITTIKUN; TILOKSKULCHAI, 2010). Estudos mostram que mulheres com baixo nível de confiança em amamentar tiveram 3,1 vezes mais risco de interromper a amamentação do que aquelas que tinham total confiança (ORÍÁ; XIMENES, 2010).

Houve significância estatística entre a autoeficácia materna em amamentar e a variável sociodemográfica estado civil ($p = 0,001$). Mulheres casadas ou que vivem em união estável apresentaram 2,8 vezes mais chances de terem alta autoeficácia em amamentar em relação àquelas solteiras.

Este resultado é considerado positivo, visto que a prestação de cuidados a um bebê requer o apoio de familiares e do companheiro e que puérperas casadas ou em união estável podem apresentar maior estabilidade conjugal e, portanto, podem obter maior apoio do companheiro nas responsabilidades cotidianas (HENRY *et al.*, 2010).

Diante disso, percebe-se a importância da participação do parceiro junto às puérperas nos cuidados prestados ao recém-nascido e no incentivo à prática do aleitamento materno.

No que se refere aos antecedentes obstétricos, constatou-se significância estatística entre a autoeficácia materna em amamentar e as variáveis de história anterior de aborto ($p = 0,044$) e prática de amamentação anterior ($p = 0,008$). A chance de ter alta autoeficácia em amamentar para as mulheres que não tiveram aborto foi de 2,15 vezes maior em relação àquelas que tiveram história de aborto; e 4,44 vezes maior para as puérperas que amamentaram anteriormente em comparação com as que nunca amamentaram.

O abortamento pode ser resultado de causas fisiológicas ou de fatores fetais, placentários ou referentes às condições de saúde materna. A mulher e os familiares podem apresentar intenso sofrimento e trauma emocional diante da perda gravídica, caracterizados

por choro, insônia, depressão e isolamento social (LEIFER, 2013). Essa perda poderá repercutir na gestação posterior, causando medo e insegurança materna.

Portanto, os antecedentes obstétricos são fatores importantes, que devem ser considerados diante da atual gestação, tendo em vista que podem influenciar no enfrentamento da mulher para essa nova gestação (DODT, 2010).

Em estudo realizado em Curitiba, PR, que objetivou analisar a autoeficácia das gestantes e puérperas quanto ao seu potencial em amamentar, uma das variáveis relacionadas aos antecedentes obstétricos, estatisticamente significativa, foi não ter relato de abortamento anterior ($p=0.0182$) (CHAVES, 2014).

A experiência anterior em relação à amamentação tem influência significativa na autoeficácia materna (DODT, 2011). Estudos apontam que mulheres com essa experiência, que assistiram outras mães amamentarem seus bebês, ou que decidiram amamentar, durante o período gestacional apresentaram alta autoeficácia em amamentar (ZHU *et al.*, 2014).

A expectativa de autoeficácia é alimentada por quatro fontes: realizações pessoais, observação de experiências, persuasão verbal e respostas emocionais (BANDURA, 1977). Nesse sentido, experiências anteriores bem-sucedidas, a visualização de práticas de amamentação no seu contexto social, o empoderamento quanto aos benefícios do aleitamento materno através de estratégias educativas e o bem-estar que esta prática proporciona, são fatores que concorrem para o sucesso da prática do aleitamento materno.

No que diz respeito aos dados de gestação, parto e puérperio atual, houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis orientação sobre amamentação no pré-natal ($p = 0,021$), profissional que orientou no pré-natal ($p = 0,007$) e a autoeficácia materna em amamentar. As mães que receberam orientação, durante o pré-natal apresentaram chance 1,96 vezes maior de terem alta autoeficácia em relação às que não receberam nenhuma orientação; e as que foram orientadas por profissionais de outras categorias, tiveram um acréscimo de 6,27 vezes mais chances de terem alta autoeficácia em amamentar.

Resultado este que nos faz refletir sobre a qualidade das orientações realizadas pelos profissionais de Enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), para o incentivo e a confiança materna em amamentar visto que, dentre suas atribuições, cabe ao enfermeiro orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, amamentação, preparo para o parto e realização de atividades com grupos de gestantes e que, cabe ao técnico e ao auxiliar de enfermagem, a participação efetiva no acompanhamento pré-natal, ao auxiliar o enfermeiro nessas ações (BRASIL, 2012).

Diante disso, percebe-se que os profissionais de Enfermagem têm participação importante na efetivação de ações educativas durante o pré-natal entretanto, faz-se necessário o constante aprimoramento e conhecimento por parte destes sobre questões inerentes ao pré-natal. Nesse contexto, a assistência pré-natal deve dispor de profissionais com conhecimentos técnico-científicos, a fim de atender às reais necessidades das gestantes (ALVIM; BASSOTO; MARQUES, 2007).

6.4 Aplicação do Questionário de Experiência e Satisfação com o parto (QESP)

Percebeu-se associação estatisticamente significante entre mulheres maiores de 20 anos ($p= 0,018$), casadas ou em união estável ($p= 0,027$) e a satisfação com o parto.

No tocante à idade, outro estudo utilizando o QESP também verificou a existência de relação estatística significante entre a idade das puérperas e a satisfação ($p<0,01$) e suporte do companheiro ($p<0,05$) (SOUZA e SILVA, 2011). Supõe-se que mulheres com idades mais elevadas já tenham experiências de partos anteriores, inferindo-se uma maior familiaridade com os eventos ocorridos durante o processo de parto.

No período gestacional, muitas vezes, os pais precisam adotar comportamentos adaptativos e de suporte para lidar com as mudanças que ocorrem nesse momento (POH *et al.*, 2014). Além disso, a presença do pai durante o processo de parto tem efeitos positivos na construção do vínculo entre o mesmo e o recém-nascido, assim como, na prestação de apoio emocional à mulher, podendo dessa forma, diminuir as intercorrências e favorecer a vivência de uma experiência de parto positiva que, certamente, ficará marcada na vida do casal (PERDOMINI; BONILHA, 2011).

Vale ressaltar que a permanência do companheiro no pós-parto imediato também favorecerá a prática da amamentação. Estudo realizado junto a 146 mulheres observou que as mães com apoio do esposo/companheiro ainda no puerpério, enquanto estavam na maternidade, foram mais propensas a dar continuidade à prática do aleitamento materno após saírem de alta (HUNTER; CATTELONA, 2014).

Com relação às variáveis obstétricas, constatou-se que as mesmas não interferiram na satisfação materna frente ao parto atual. Entretanto, percebeu-se que os valores referentes à paridade e gestação mostraram-se praticamente equivalentes. O número de primíparas foi 125(52,7%) e de mulheres com mais de um parto foi de 112 (47,3%), e o número de primigestas e de mulheres que engravidaram mais de uma vez foi de 117 (49,4%) e 120 (50,6%), respectivamente, tratando-se, portanto, de um achado relevante, ao passo que

um grande distanciamento nesse número poderia causar viés na interpretação dos resultados, já que a experiência de gestações e partos anteriores pode interferir positivamente no nível de satisfação do parto atual.

Estudo, utilizando o QESP, envolvendo 295 puérperas revelou que multíparas tiveram expectativas mais condizentes com os eventos que ocorrem no processo de parto ($p=0,00$) e maior satisfação com a experiência de parto ($p=0,00$) (SOUZA e SILVA, 2011).

Nos dados relacionados à gestação, parto e puerpério atual, percebeu-se associação estatisticamente significativa entre a presença de acompanhante durante o parto e satisfação da mulher com o período parturitivo ($p= 0,015$). Portanto, mulheres que contaram com a presença de um acompanhante durante o processo de parto apresentaram maior satisfação com o parto.

A interferência do apoio contínuo na satisfação materna frente à experiência ao parto já foi comprovada em alguns estudos. Revisão sistemática envolvendo 15.288 mulheres revelou que as puérperas com apoio contínuo durante o processo de parto, prestado por membro exterior à instituição de saúde, foram menos propensas a classificar negativamente a sua experiência de parto. Vale ressaltar que quando o apoio foi prestado por alguém da rede social da mulher, mas que não tinha experiência ou conhecimento sobre técnicas de apoio, houve o aumento da satisfação com a experiência de parto, mas não teve influência em outras variáveis como duração do trabalho de parto ou utilização de intervenções médicas (HODNETT *et al.*, 2013).

O parto, considerado como um evento único deve proporcionar satisfação duradoura para a mãe e para aqueles com os quais este evento é compartilhado. A experiência negativa pode levar a pensamentos permanentes contra o parto, podendo afetar a relação da mãe com seu bebê, o relacionamento conjugal e as suas próprias percepções quanto ser mulher e mãe (ANDERSON; STONE, 2013).

6.5 Análise da confiabilidade total e das subescalas 2 e 3 do Questionário de Satisfação com o Parto (QESP) em uma população do Nordeste do Brasil

O coeficiente alfa, descrito em 1951 por Lee J. Cronbach (CRONBACH, 1951) é um índice utilizado para mensurar a confiabilidade de um instrumento, o qual mede a associação entre respostas dos itens que fazem parte do mesmo através da análise do perfil das respostas dadas pelos respondentes (STREINER, 2003).

É uma ferramenta estatística, cujos valores podem variar entre 0 e 1, onde zero indica falta de correlação e o valor 1 indica correlação entre os itens (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Valores de alfa de Cronbach acima de 0,7 indicam confiabilidade elevada, portanto, são considerados aceitáveis (PASQUALI, 2013).

No estudo em questão aplicou-se a ferramenta nas subescalas 2 e 3 do Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP). Considerando-se todos os respondentes, obteve-se alfa 0,909 e 0,828, para as subescalas 2 e 3, respectivamente, demonstrando boa confiabilidade para a versão desse questionário.

Diante disso, percebe-se que, mesmo não fazendo a adaptação transcultural das subescalas 2 e 3 do QESP, após calcular o alfa de Cronbach, o mesmo apresentou valor satisfatório, e portanto, pode ser utilizado pelas brasileiras.

6.6 Validade de critério das subescalas 2 e 3 do QESP, considerando a BSES- SF como padrão-ouro

Observou-se associação estatisticamente significativa entre os escores da BSES-SF e os escores do QESP ($p= 0,013$). Portanto, a maior satisfação das puérperas com o parto vaginal relacionou-se com a alta autoeficácia em amamentar. Vale ressaltar, que ter companheiro teve influência tanto na autoeficácia em amamentar quanto na satisfação com o parto, ratificando a associação entre as duas escalas.

A comparação da variável satisfação com o parto com outros estudos apresenta-se limitada devido a maior parte deles não abordarem a relação, especificamente, da satisfação com o parto e a autoeficácia em amamentar, entretanto, autores mostram que a vivência positiva com o parto influencia positivamente nas primeiras relações entre a díade mãe-bebê e na construção do vínculo entre ambos e, portanto, na confiança materna em amamentar, apesar de não terem utilizado o QESP e a BSES-SF (PICCININI *et al.*, 2008; CUNHA; SANTOS; GONÇALVES, 2012).

Diversos autores abordam a satisfação com o parto e a confiança da mulher para prestar cuidados ao recém-nascido. Estudo realizado em Lisboa mostrou correlação positiva entre a avaliação da experiência e satisfação da mulher com o parto e a confiança global da mesma para cuidar de seu bebê (MARQUES, 2008).

Estudo que avaliou o efeito do suporte psicossocial durante o processo de parto verificou que o grupo de mulheres acompanhadas por doulas teve maior percentual de

satisfação com o parto e a frequência de aleitamento materno exclusivo, um mês após o parto, foi significativamente maior neste grupo (RR 1.64; IC: 1.01–2.64) (LANGER *et al.*, 1998).

No presente estudo, das 237 mulheres entrevistadas, 157 (66,2%) contaram com a presença de um acompanhante de sua escolha na sala de parto e 152 (64,1%) tiveram efetivamente o contato precoce com o bebê após o nascimento. Esses dois fatores estão diretamente ligados a maior satisfação com o parto. Estudo aponta que o contato precoce além de reduzir a terceira fase do trabalho de parto, também contribui para o sucesso do início precoce do aleitamento materno (ESSA; ISMAIL, 2015).

O parto não é um acontecimento neutro, ele mobiliza grandes níveis de ansiedade, medo, excitação e expectativa que põem à prova a competência materna de cuidar, entre elas, a de amamentar (CORREIA, 2012). Portanto, a satisfação com o parto pode suscitar na mulher maior sensação de controle sobre o seu corpo, sendo isso um fator de extrema importância para a prática do aleitamento materno.

7 CONCLUSÃO

Após aplicação das subescalas 2 e 3 do QESP e BSES-SF em puérperas no alojamento conjunto, verificou-se os seguintes achados:

- Este estudo envolveu uma amostra de 237 puérperas, com faixa etária entre 20 e 35 anos, procedente da capital, de raça não branca, casadas ou em união estável, com 9-12 anos de estudos, com baixa renda familiar e com 3-4 moradores vivendo no domicílio;
- No que se refere aos dados obstétricos, elas realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, com baixa prevalência de história de aborto, tiveram 2 ou mais gestações, primíparas, com prevalência de parto vaginal anteriormente e com experiência anterior de amamentação;
- A maioria recebeu orientação sobre amamentação durante o pré-natal e após o nascimento do bebê, com prevalência de contato precoce entre mãe e bebê após o parto e presença de acompanhante em sala de parto;
- Com relação às variáveis sociodemográficas e obstétricas, pôde-se encontrar associação estatística com as médias dos escores das subescalas do QESP ($p < 0,05$) e as variáveis: faixa etária, estado civil e presença do acompanhante em sala de parto. Portanto, mulheres com mais de 20 anos, casadas ou em união estável e que tiveram um acompanhante na sala de parto, possuem escores de satisfação com o parto estatisticamente mais elevados que as demais;
- Com relação à autoeficácia materna em amamentar, houve prevalência de mulheres com alta autoeficácia e nenhuma mãe com baixa autoeficácia. Dados esses considerados ótimos, visto que demonstram a confiança dessas mulheres na prática da amamentação;
- Nas associações entre os escores da escala BSES-SF e as variáveis sociodemográficas e obstétricas, o estado civil, a história de aborto, a prática de amamentação anteriormente e o recebimento de orientação sobre amamentação durante o pré-natal apresentaram correlação estatisticamente significativa ($p < 0,05$);
- Houve associação estatisticamente significativa entre os escores do QESP e os escores da BSES-SF ($p = 0,013$);
- O alfa de Cronbach do Questionário de Satisfação com o Parto (QESP) nesta população foi de 0,9 e das subescalas 2 e 3 do QESP, foi de 0,909 e 0,828, respectivamente, mostrando ser um instrumento de alta confiabilidade;

- A presente pesquisa alcançou seus objetivos a partir dos resultados apresentados, mostrando que na população estudada a alta autoeficácia em amamentar associou-se à maior satisfação global das mulheres com a experiência do parto. Verifica-se, portanto, a importância de garantir às mulheres ações que promovam a sua satisfação durante o processo parturitivo, bem como a sua confiança no ato de amamentar, por meio da promoção do aleitamento materno.

- Logo, o enfermeiro que assiste a mulher, desde o pré-natal até o puerpério, deve priorizar ações de educação para o parto e pós-parto, realizando orientações relativas ao trabalho de parto e parto, esclarecendo sobre os riscos envolvidos nesse processo e sobre as formas de lidar com o medo e sobre como prestar os cuidados ao recém-nascido, principalmente no que diz respeito à amamentação.

- Portanto, faz-se necessário direcionar todos os esforços para a humanização da assistência à mulher, através da preparação da mesma para o parto e puerpério, desde o pré-natal, contribuindo para uma experiência de parto mais satisfatória, mais confortável, com redução do nível de dor e com a garantia do direito de ter um acompanhante, refletindo assim, na confiança materna em amamentar o seu bebê.

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Reconhece-se que, apesar de os achados dessa pesquisa terem sido criteriosamente avaliados, evidenciando a sua relevância para a promoção da saúde do binômio mãe-filho, existem limitações que merecem destaque:

- A greve dos funcionários da instituição onde realizou-se o estudo, o que restringiu as admissões nesse período;
- A população composta apenas por puérperas de parto vaginal.

9 RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO

Recomenda-se o desenvolvimento de um estudo longitudinal, de modo que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, possam avaliar a experiência da mulher com o seu parto e as mudanças que essa experiência pode acarretar ao longo do puerpério, no que diz respeito à confiança materna em amamentar.

Sugere-se ainda a realização de estudos com o objetivo de avaliar a influência da satisfação da mulher com o parto por cesariana na sua autoeficácia em amamentar, de modo a comparar a satisfação com o parto e a autoeficácia dessa amostra específica com a amostra estudada na presente pesquisa. Visto que, a temática merece ser mais explorada.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E.A; MARTINS, F. J. O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. **Rev. Ciênc. Méd.**, v.13, n.4, p. 381-388, 2004.
- ALMEIDA, I. S.; RIBEIRO, I.B.; RODRIGUES, B. M. R. D.; COSTA, C. C. P.; FREITAS, N. S.; VARGAS, E. B. Amamentação para mães primíparas: Perspectivas e intencionalidades do enfermeiro ao orientar. **Cogitare Enferm.**, v.15, n.1, p. 19-25, 2010.
- ALVIM, D.A.B.; BASSOTO, T.R.P.; MARQUES, G.M. Sistematização as assistência de enfermagem à gestante de baixo risco. **Rev. Meio Amb. Saúde**, v.2, n.1, p.258-272, 2007.
- ANDERSON, B.A.; STONE, S.E. **Best practices in midwifery**: using the evidence to implement change. New York: Springer Publishing Company, 013.
- BANDURA, A. **Self-Efficacy**: the exercise of control. New York: WH Freeman and Company, 1997.
- BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychol Rev.**, v.84, n.2, p.191-215, 1977.
- BAPTISTA, G. H.; ANDRADE, A. H. H. K. G. ; GIOLO, S. R. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, 2009.
- BARBOSA, C.N.S.; GONÇALVES, L.R.R.; SILVA, G.R.F.; BRANDÃO, E.C.; RÊGO, E.S.; FERREIRA, M.M. Caracterização dos partos segundo aspectos obstétricos e sócio-demográficos das parturientes de Teresina-PI, 2011. **Rev. Enferm. UFPI**, v.2, n.2, p. 40-47, 2013.
- BATISTA, K. R. A.; FARIAS, M. C. A. D.; MELO, W. S. N. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 96, p. 130-138, 2013.
- BOCCOLINI, C.S.; CARVALHO, M. L.; OLIVEIRA, M. I.C.; VASCONCELLOS, A. G. G. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 69- 78, 2011.
- BORSA, J. C.; DIAS, A. C. G. Relação Mãe e Bebê: as expectativas e vivências do puerpério. **Rev. Perspectiva**, v. 28, n. 102, p. 39-53, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.016, de 26 de agosto de 1993. Aprova as Normas Básicas para a implantação do Sistema de Alojamento Conjunto. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1 set. 1993. Seção 1, p. 13.066-13.067.
- _____. **Assistência pré-natal**: manual técnico. Brasília, DF, 2000.
- _____. **Parto Aborto e Puerpério**: assistência humanizada à mulher. 2. ed. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 985/ GM, de 5 de agosto de 1999. Autoriza a criação dos Centros de Parto Normal no Brasil. Brasília, DF, 1999.

_____. **Caderneta da Saúde da Criança**. 5. ed. Brasília, DF, 2008.

_____. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília, DF, 2009a.

_____. **Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno**. Brasília, 2009b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1460>. Acesso em: 15 set. 2014.

_____. **Rede Amamenta Brasil**. Brasília, 2009c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/folder_rede_amamenta_brasil.pdf>. Acesso em: 18 set. 2014.

_____. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília, DF, 2009d. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pesquisa_pdf.pdf>. Acesso em: 22 set. 2014.

_____. **Política Nacional de Humanização: formação e intervenção**. Brasília, DF, 2010a.

_____. **Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta**. Brasília, DF, 2010b.

_____. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças**. Brasília, DF, 2011a.

_____. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Brasília, DF, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 1459, de 24 de Junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 jun. 2011c.

_____. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF, 2012.

_____. **Manual instrutivo das ações de alimentação e nutrição na Rede Cegonha**. Brasília, DF, 2013a.

_____. **Rede Cegonha: diretrizes gerais e operacionais da Rede Cegonha**. Brasília, DF, 2013b.

BULLON, R. B.; CARDOSO, F. A.; PEIXOTO, H. M.; MIRANDA, L. F. A influência da família e o papel do enfermeiro na promoção do aleitamento materno. **Revista Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, v.7, n. 2, p. 49-70, 2009.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p. 163-177, 2000.

- CALDEIRA, A.P.; FAGUNDES, G.C.; AGUIAR, G.N. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. **Rev. Saude Publica**, v.42, n.6, p.1027-1033, 2008.
- CAMINHA, N. O.; COSTA, C. C.; BRASIL, R.F.G.; SOUSA, D.M.N.; FREITAS, L. V.F.; DAMASCENO, A. K. C. O perfil das puérperas adolescentes atendidas em uma maternidade de referência de Fortaleza-Ceará. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 486-492, 2012.
- CARDOSO, P. O.; ALBERTI, L. R.; PETROIANO, A. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 427-435, 2010.
- CARRASCO, M.A; DEL BARRIO, M.V. Evaluación de la Autoeficacia en Niños y Adolescentes. **Psicothema**, v.14, n.2, p.323-332, 2002.
- CARVALHAES, M.A.B.L.; PARADA, C.M.G.L; COSTA, M.P. Fatores associados à situação do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses, em Botucatu-SP. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.15, n.1, p.62-69, 2007.
- CASTRO, J.C. **Parto humanizado na percepção dos profissionais de saúde envolvidos com a assistência ao parto**. 2003. 130p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.
- CATRIB, A.M.F.; PORDEUS, A.M.J.; ATAÍDE, M.B.C.; ALBUQUERQUE, V.L.M.; VIEIRA, N.F.C. Promoção da saúde: saber fazer em construção. In: BARROSO, M.G.T.; VIEIRA, N.F.C.; VARELA, Z.M.V. (Org.). **Educação em saúde: no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Demócrito Rocha, 2003.
- CAVALCANTI, S.H.; CAMINHA, M. F. C; FIGUEIROA, J. N.; SERVA, V. M. S. B. D.; CRUZ, R. S. B. L. C.; LIRA, P. I. C.; BATISTA FILHO, M. Fatores associados à prática do aleitamento materno exclusivo por pelo menos seis meses no estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo , v. 18, n. 1, 2015 .
- CHAVES, A. C. M. **A autoeficácia de gestantes e puérperas em amamentar**. 2014. 97f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.
- CHAVES, A.F.L. **Sintomas depressivos no puerpério e sua implicação na autoeficácia de amamentar**. 2012. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2012.
- CHAVES, R.G.; LAMOUNIER, J.A.; CESAR, C.C. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. **J. Pediatr.**, v. 83, n. 3, 2007.
- CONDE, A.; FIGUEIREDO, B.; COSTA, R.; PACHECO, A.; PAIS, A. Percepção da experiência de parto: continuidade e mudança ao longo do pós-parto. **Psicol. Saúde Doenças**, v. 8, n. 1, p.49-66, 2007.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Comissão Nacional de Ética em Saúde. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos: Res. CNS nº 466/12 e outras**. 2. ed. Brasília, 2012.

- CORREIA, M. J. **A psicologia na saúde da mulher e da criança: intervenções, práticas e contextos numa maternidade.** 1. ed. Lisboa: Placebo Editora , 2012.
- COSTA, R.; FIGUEIREDO, B.; PACHECO, A.; MARQUES, A.; PAIS, A. Questionário de experiência e satisfação com o parto (QESP). **Psicol. Saúde Doenças**, v. 5, n.2, p.159-187, 2004.
- COSTA, R.; FIGUEIREDO, B.; PACHECO, A.; PAIS, A. Tipo de parto: Expectativas, Experiência, Dor e Satisfação. **Rev. Obstetr. Ginecol.**, v.26, n.6, p.265-306, 2003.
- CRANLEY, M. S.; HEDHAL, K. J.; PEGG, S. H. Women's perceptions of vaginal and cesarean deliveries. **Nurs. Res.**, v. 32, n.1, p. 10-15, 1983.
- CREEDY, D.K.; DENNIS, C.L.; BLYTH, R.; MOYLE, W.; PRATT, J.; DE VRIES, S.M. Psychometric characteristics of the breastfeeding self-efficacy scale: data from an Australian sample. **Res. Nurs. Health**, v. 26, p.143-152, 2003.
- CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of test. **Psychometrika**, v. 16, n. 3, p. 297-334, 1951.
- CUNHA, A. C. B.; SANTOS, C.; GONÇALVES, R. M. Concepções sobre maternidade, parto e amamentação em grupo de gestantes. **Arq. Bras. Psicol.**, v. 64, n. 1, 2012.
- DAI, X.; DENNIS, C. L. Translation and validation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale into Chinese. **J. Midwifery Women's Health**, v.48, n.5, p.350-356, 2003.
- DENNIS, C.L. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: A self-efficacy framework. **J. Hum. Lact.**, v.15, n.3, p. 195-201, 1999.
- DENNIS, C.L.; FAUX, S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. **Res. Nurs. Health**, v.22, n.5, p. 399-409, 1999.
- DENNIS, C.L. The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric Assessment of the Short Form. **J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.**, v.32, n.6, p.734-744, 2003.
- DEVELLIS, R. F. **Scale development: theory and application.** Newbury Park, CA: Sage, 1991.
- DINIZ, C.S.G. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto.** 2001. Tese (Doutorado)- Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, 2001.
- DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, jul./set. 2005.
- DODOU, H. D.; RODRIGUES, D. P.; GUERREIRO, E. M.; GUEDES, M. V. C.; LAGO, P. N.; MESQUITA, N. S. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 18, n. 2, 2014.

- DODT, R.C.M. **Aplicação e Validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF)**. 2008. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.
- DODT, R. C. M.; ORIÁ, M. O. B.; PINHEIRO, A. K. B.; ALMEIDA, P. C.; XIMENES, L. B. Perfil epidemiológico das puérperas assistidas em um alojamento conjunto. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 18, n.3, p.345-351, 2010.
- DODT, R.C.M. **Elaboração e validação de tecnologia educativa para autoeficácia da amamentação**. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.
- DODT, R.C.M.; XIMENES, L.B.; ALMEIDA, P.C.; ORIÁ, M.O.B.; DENNIS, C. L. Psychometric Assessment of the Short Form Version of the Breastfeeding Self-efficacy Scale in a Brazilian Sample. **J. Nurs. Educ. Pract.**, v.3, n.2, p.66-73, 2012.
- D'ORSI, E.; BRÜGGEMANN, O. M.; DINIZ, C.S.G.; AGUIAR, J.M.; GUSMAN, C.R.; TORRES, J.A.; ÂNGULO-TUESTA, A.; RATTNER, D.; DOMINGUES, R.M.S.M. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, suppl.1, p.154-168, 2014.
- ESSA, R. M.; ISMAIL, N. I. A. A. Effect of early maternal/newborn skin-to-skin contact after birth on the duration of third stage of labor and initiation of breastfeeding. **J. Nurs. Educ. Pract.** v.5, n.4, p.98-107, 2015.
- FALEIROS, F.T. V.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 19, n. 5, 2006.
- FERRARI, J. Preferência pela via de parto nas parturientes atendidas em hospital público na cidade de Porto Velho, Rondônia. **Rev. Bras. Saude Matern. Infant.**, Recife, v. 10, supl. 2, dez. 2010.
- FERREIRA, M.; NELAS, P.; DUARTE, J. Motivação para o Aleitamento Materno: Variáveis Intervenientes. **Millenium**, v. 40, p. 23-38, 2011.
- FIGUEIREDO, B.; COSTA, R.; PACHECO, A. Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas. **Análise Psicológica**, v.2, n.20, p.203-217, 2002.
- FLÓREZ-ALARCON, L. El desarrollo de la conducta saludable: un proceso segmentado por etapas. In: FLOREZ-ALARCON, L.; SANCHEZ MARTINEZ, H. **Psicología Social de la Salud: Promoción y Prevención**. Bogotá: Manual Moderno, 2007. p. 90-82.
- FORSTER, D. A.; MC LACHLAN, H. L. Breastfeeding initiation and birth setting practices: a review of the literature. **J. Midwifery Womens Health**, v. 52, p. 273-280, 2007.
- FREIRE, T. C. G. P. **Transparência psíquica em nova gestação após natimorto**. 2012. 115f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

FRELLO, A.T.; CARRARO, T.E. Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 12, n. 4, p. 660-668, out./dez. 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/v12n4a10.htm> Acesso em: 09, mar, 2015.

GARZON, E.C.; DUPAS, G. Orientando e acompanhando: ações de enfermagem desenvolvidas junto à puérpera e ao recém-nascido. **Acta Paul. Enf.**, v.14, n.1, p.28-36, 2001.

HANDAYANI, L.; KOSMIN, M.A.; JIAN, Y. K. Breastfeeding education in term of knowledge and attitude through mother support group. **J. Educ. Learning**, v.6, n.1, p. 65-72, 2012.

HENRY, B. A.; NICOLAU, A. I.O.; AMÉRICO, C. F.; XIMENES, L. B.; BERNHEIM, R. G.; ORIÁ, M. O. B. Socio-Cultural factors influencing breastfeeding practices among low-income women in Fortaleza-Ceará-Brazil: a Leininger's Sunrise Model Perspective. **Rev. Enfermería Global**, v. 19, 2010.

HODNETT, E.D.; GATES, S.; HOFMEYR, G.J.; SAKALA, C.; WESTON, J. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.2, n.3766, 2013.

HUNTER, T.; CATTELONA, G. Breastfeeding initiation and duration in first-time mothers: exploring the impact of father involvement in the early post-partum period. **Health Promot. Perspect.**, v.4, n.2, p.132-136, 2014.

JAKOBSSON, L.T.H.; JAKOBSSON, M.E.; ASKLING, J.; KNOWLER, W.C. Perinatal characteristics and risks of rheumatoid arthritis. **BMJ**, v.326, p.1068-1069, 2003.

JONES, G.; STEKETEE, W. R.; BLACK, R.E.; BHUTTA, Z. A.; MORRIS, S. S. How many child deaths can we prevent this year? **Lancet**, London, v. 362, n. 9377, p. 65-71, 2003.

KASHANIAN, M.; JAVADI, F.; HAGHIGHI, M.M. Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, v.109, n.3, p.198-200, 2010.

KITZINGER, S. **Mães**: um estudo antropológico da maternidade. Lisboa: Editorial Presença, 1996.

KU, C.M.; CHOW, S. K. Factors influencing the practice of exclusive breastfeeding among Hong Kong Chinese women: a questionnaire survey. **J.Clin.Nurs.**, v.19, p.2434–2445, 2010.

LABBOK, M.H. Effects of breastfeeding on the mother. **Pediatr. Clin. North Am.**, v. 48, p.143-158, 2001.

LAMOUNIER, J.A.; BOUZADA, M. C. F.; JANNEU, A. M. S.; MARANHÃO, A. G. K.; ARAÚJO, M. F. M.; VIEIRA, G. O.; VIEIRA, T. O. Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mais de uma década no Brasil: Repensando o futuro. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 26, n. 2, p.161-169, 2008.

LANGER, A.; CAMPERO, L.; GARCIA, C.; REYNOSO, C. Effects of psychosocial support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions, and mothers' wellbeing

in a Mexican public hospital: a randomised clinical trial. **Int. J. Obstetr. Gynaecol.**, v.105, n.10, p.1056-1063, 1998.

LEIFER, G. **Enfermagem obstétrica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

LEVY, L.; BÉRTOLO, H. **Manual de aleitamento materno**. Lisboa: Comité Português para a UNICEF, 2008.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação, crítica e utilização**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOPES, T. D.; ARRUDA, P.P. As repercussões do uso abusivo de drogas no período gravídico/puerperal. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 3, n. 1, p. 79-83, 2010.

MARQUES, A.R.R.M. **Opção ou punição?:** efeitos do tipo de parto na satisfação, confiança e percepção materna do comportamento do bebé. 2008. 95 f. Tese (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2008.

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND. **Relatório de gestão**. Fortaleza, 2013. Disponível em:<
http://www.meac.ufc.br/arquivos/biblioteca_cientifica/File/RELATORIOS%20DE%20GESTAO%20E%20INDICADORES/relatorioanualcorrigido2013>. Acesso em: 20 fev. 2014.

MERCER, R. T.; HACKLEY, K. C; BOSTROM, A. G. Relationship of psychosocial and perinatal variables to perception of childbirth. **Nurs. Res.**, v.32, p. 202-207, 1983.

MINASI, J. M.; BARROS, A.M.; SOUZA, C. S.; PINHEIRO, T. M.; FRANCIONI, F. F.; KERBER, N. P. C. Perfil obstétrico e intercorrências de puérperas assistidas em visita domiciliária. **Rev. Rene**, v. 14, n. 4, p. 757-764, 2013.

OLIVARI, C.; URRÁ, E. Autoeficacia y Conductas de salud. **Cienc. Enferm.**,v.13, n.1, p. 9-15, 2007.

OLIVEIRA, A. S. S.; RODRIGUES, D. P.; GUEDES, M. V. C.; FELIPE, G. F.; GALIZA, F. T.; MONTEIRO, L. C. O acompanhante no momento do trabalho de parto e parto: percepção de puérperas. **Cogitare Enferm.**, v. 16, n. 2, p. 247-253, abr./jun. 2011.

OLIVEIRA, J. S.; JOVENTINO, E. S.; DODT, R. C. M.; VERAS, J. E. G. L. F.; XIMENES, L. B. Fatores associados ao desmame precoce entre múltiparas. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 95-102, 2010.

OLIVEIRA, M.I.C.; CAMACHO, L.A.B.; TEDSTONE, A.E. A method for the evaluation of primary health care units' practice in the promotion, protection and support of breastfeeding: results from the State of Rio de Janeiro, Brazil. **J. Hum. Lact.**, v.19, n.4, p. 365-373, 2003.

OLIVEIRA, M.I.C.; SILVA, K. S.; GOMES JÚNIOR, S. C.; FONSECA, V. M. Delivering rapid HIV tests results after delivery: a threat to breastfeeding at birth. **Rev. Saude Publica**, v. 44, n. 1, p. 60-69, 2010.

OMS. Appropriate technology for birth. **Lancet**, v.2, n.8452, p. 436-437, 1985.

OMS. **Assistência ao parto normal**: um guia prático: Relatório de Grupo Técnico OMS/SRF/ MSM/ 96.24. Genebra, 1996.

ORIÁ, M.O.B. **Tradução, adaptação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale**: aplicação em gestantes. 2008. 188 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

ORIÁ, M. O. B. et al. Psychometric Assessment of the Brazilian Version of the Breastfeeding Self- Efficacy Scale. **Public Health Nurs.**, v. 29, p. 574- 583, 2009.

ORIÁ, M.O.B.; XIMENES, L.B. Tradução e adaptação cultural da Breastfeeding Self-Efficacy Scale para o português. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.23, n.2, p.230-238, 2010.

PASQUALI, L. Psicometria. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. esp., p. 992- 999, 2009.

PASQUAL, K.K.; BRACCIALLI, L.A.D.; VOLPONI, M. Alojamento conjunto: espaço concreto de possibilidades e o papel da equipe multiprofissional. **Cogitare Enferm.** v.15, n. 2, p. 334-339, 2010.

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

PELAI, E.; GARDINELLI, A. C. M.; ROCHA, A. P. R.; PEIXOTO, L. N.; PAGOTTO, P.; MANTOVANI, A. M.; SAVIAN, N.; CARMO, E.; FREGONESI, C. E. P. T. Perfil social e obstétrico de mulheres avaliadas no puerpério imediato. **Colloquium Vitae**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 9-17, 2013.

PERDOMINI, F.R.I.; BONILHA, A.L.L. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.20, n.3, p.445-452, 2011.

PEREIRA, R.S.V.; OLIVEIRA, M. I.C.; ANDRADE, C. L. T.; BRITO, A. S. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, v..26, n.12, p. 2343-2354, 2010.

PICCININI, C. A.; LOPES, R. S.; GOMES, A. G.; NARDI, T. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicol. Est.**, v.1, n.13, p. 63-72, 2008.

POH, H.L.; KOH, S.S.L.; SEOW, H.C.L.; HE, HONG-GU. First-time fathers' experiences and needs during pregnancy and childbirth: A descriptive qualitative study. **Midwifery**, v. 30, p.779-787, 2014.

POLIDO, C. G.; MELLO, D. F.; PARADA, C. M. G. L.; CARVALHAES, M. A. B. L.; TONETE, V. L. P. Vivências maternas associadas ao aleitamento materno exclusivo mais duradouro: um estudo etnográfico. **Acta Paul. Enferm.**, v. 24, n. 5, 2011 .

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

PONTES, A. M.; LUCENA, K.D.T.; SILVA, A. T. M. C; ALMEIDA, L. R.; DEININGER, L. S. C. As repercussões do aleitamento materno exclusivo em crianças com baixo peso ao nascer. **Saúde Debate**, v.37, n.97, p.354-361, 2013.

PORTNEY, L.G.; WATKINS, M.P. **Foundations of clinical research: applications to practice**. 3rd ed. Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall, 2009.

PRASOPKITTIKUN, T; TILOKSKULCHAI, F. Self- efficacy in Infant Care Scale: Revision and further psychometric testing. **Nurs. Health Sci.**, v.12, p.450-455, 2010.

RETT, M.T.; BRAGA, M.D.; BERNARDES, N.O.; ANDRADE, S.C. Prevalência de diástase dos músculos retoabdominais no puerpério imediato: comparação entre primíparas e múltíparas. **Rev. Bras. Fisioter.**, São Carlos, v. 13, n. 4, p. 275-280, 2009.

RODRIGUES, A. P.; PADOIN, S. M. M.; PAULA, C. C.; GUIDO, L. A. Fatores que interferem na autoeficácia da amamentação: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE on line**, v. 7, p.4144-4152, 2013.

RODRIGUES, A. P.; PADOIN, S. M. M; GUIDO, L. A; LOPES, L.F.D. Fatores do pré-natal e do puerpério que interferem na autoeficácia em amamentação. **Esc. Anna Nery**, v.18, n.2, p.257-261,2014.

SANTOS, V.L.F.; SOLER, Z.A.S.G.; AZOUBEL, R. Alimentação de crianças no primeiro semestre de vida: enfoque no aleitamento materno exclusivo. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.5, n.3, p.283-291, 2005.

SMITH, B.J; TANG, K.C; NUTBEAM, D. WHO Health Promotion Glossary: new terms. **Health Promot. Int.**, v.21, n.4, p.340-345, 2006.

SOARES, L.S. **Autoeficácia em amamentação de doadores de leite materno humano**. 2014. 89 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal do Piauí, Terezina, 2014.

SOUZA, E. F. C.; FERNANDES, R. Á. Q. Autoeficácia na amamentação: um estudo de coorte. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo , v. 27, n. 5, 2014 .

SOUZA E SILVA, A.C. **Vivências da maternidade: expectativas e satisfação das mães no parto**. 2011. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2011.

SOUZA, M.F.L.; ORTIZ, P. N.; SOARES, P. L.; VIEIRA, T.O.; VIEIRA, G.O.V; SILVA, L. R. Avaliação da promoção do aleitamento materno em Hospitais Amigos da Criança. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 29, n. 4, 2011 .

STREINER, D. L. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. **J. Pers. Assess.**, v. 80, p. 217-222, 2003.

TABACHNICK, B. G.; FIDELL, L. S. **Using multivariate statistics**. 4th ed. Toronto: Allyn & Bacon, 2001.

- TAN, K. L. Factors associated with exclusive breastfeeding among infants under six months of age in peninsular Malaysia. **Int. Breastfeed J.**, v. 6, n. 2, p.1-7, 2011.
- TANAKA, A. C. A. **Maternidade:** dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Editora Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.
- TAVARES, M.C.; AIRES, J.S.; DODT, R.C.M.; JOVENTINO, E.S.; ORIÁ, M.O.B.; XIMENES, L.B. Application of Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form to post-partum women in rooming-in care: a descriptive study. **Online Braz. J. Nurs.**, v. 9, n. 1, 2010 .
- TEIXEIRA, I. R.; AMARAL, R. M. S.; MAGALHÃES, S. R. Assistência de enfermagem ao pré-natal: reflexão sobre a atuação do enfermeiro para o processo educativo na saúde gestacional da mulher. **e-Scientia**, Belo Horizonte, v. 3, n. 2, p. 26-31, 2010.
- TESSARO, S.; BÉRIA, J.U.; TOMASI, E.; VICTORA, C.G. Amamentação e câncer de mama: estudo de caso-controle no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, p.1593-1601, 2003.
- TORNQUIST, C.S. **Parto e poder:** o movimento pela humanização do parto no Brasil. 2004.412f. Tese (Doutorado em Antropologia)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.
- TORRES, M.M.; TORRES, R.R.D; RODRIGUEZ, A.M.P; DENNIS, C.L. Translation and validation of the breastfeeding self-efficacy scale into Spanish: data from a Puerto Rican population. **J. Hum. Lact.**, v.19, p. 35-42, 2003.
- TRYGGVADOTTIR, L.;TULINIUS, H.; EYFJORD, J.E.; SIGURVINSSON, T. Breastfeeding and reduced risk of breast cancer in an Iceland cohort study. **Am. J. Epidemiol.**, v. 154, p.37-42, 2001.
- TUNG, K.H.; GOODMAN, M.T; WU, A. H.; MCDUFFIE, K.; WILKENS, L.R.; KOLONEL, L.N.; NOMURA, A. M. Y.; TERADA, K. Y.; CARNEY, M. E.; SOBIN, L. H. Reproductive factors and epithelial ovarian cancer risk by histologic type: a multiethnic case-control study. **Am. J. Epidemiol.**, v.158, p.629-638, 2003.
- UCHÔA, J.L.; GOMES, A.L.A.; JOVENTINO, E.S.; ORIÁ, M.O.B.; XIMENES, L.B.; ALMEIDA, P.C. Sociodemographic and obstetric history in maternal self-efficacy in nursing: a study in panel. **Online Braz. J. Nurs.**, v. 13, n.4, p. 645-655, 2014.
- VAN DER BIJL, J.J.; SHORTRIDGE-BAGGETT, L.M. The theory and measurement of self-efficacy construct. **Sch. Inq. Nurs. Pract.**, v.15, n.3, p. 189-207, 2001.
- VARGAS, P. B.; VIEIRA, B. D. G.; ALVES, V. H.; RODRIGUES, D. P.; LEÃO, D. C. M. R.; SILVA, L. A. A assistência humanizada no trabalho de parto: percepção das adolescentes. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. Online**, Rio de Janeiro, jul./set. 2013. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3143/pdf_1351> Acesso em: 20 fev. 2015

VIEIRA, F.; TONHÁ, A.C.M.; MARTINS, D. M. C.; FERRARESI, M.F.; BACHION, M.M. Diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação no puerpério imediato. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 462-470, 2011.

WALDESNTRÖM, U. Experience of labor and birth in 1111 women. **J. Psychosom. Res.**, v.47, p.471-482, 1999.

WENZEL, D.; SOUZA, S.B. Fatores associados ao aleitamento materno nas diferentes Regiões do Brasil. **Rev. Bras. Saude Matern. Infant.**, v.14, n.3, p. 241-249, 2014.

WILHELM, S.; RODEHORST-WEBER, T.K.; STEPANS, M.B.F.; HERTZOG, M. The relationship between breastfeeding test weights and postpartum breastfeeding rates. **J. Hum. Lact.**, v.26, n. 2, p. 168-174, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZACION. **Otawa Chartes for Health Promotion**. Ottawa, Canadá, 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Strategy for Infant and Young Child Feeding**. Geneva, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infant and young child nutrition: quadrennial report**. **Geneva, 2006a**. World Health Assembly Resolution WHA 59.13.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Pregnant adolescents: delivering on global promises of hope**. Geneva, 2006b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adolescent pregnancy**. 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>> Acesso em: 23 fev. 2015.

WUTKE, K.; DENNIS, C.L. The reliability and validity of the Polish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: translation and psychometric assessment. **Int. J. Nurs. Stud.**, v.44, p.1439-1446, 2007.

ZHU, J.; CHAN, W. C. S.; ZHOU, X.; YE, B.; HE, H. Predictors of breast feeding self-efficacy among Chinese mothers: a cross-sectional questionnaire survey. **Midwifery**, v. 30, n.6, p.705-711, 2014.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Eu, **Fernanda Câmara Campos**, enfermeira e mestranda em Enfermagem da UFC, estarei desenvolvendo a pesquisa com título “**Impacto da satisfação de puérperas com o parto vaginal na autoeficácia para amamentar**”, que tem como objetivo geral verificar a validade de critério das subescalas 2 (Experiência Positiva) e 3 (Experiência Negativa) do Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP), considerando a Escala de Autoeficácia da Amamentação – Forma Abreviada (BSES- SF) como padrão-ouro.

Tendo em vista a importância da sua participação na pesquisa, convido você a participar deste estudo. Dou-lhe a garantia de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para a realização deste estudo. Informo ainda que você tem o direito de não participar da pesquisa, se assim desejar, sem qualquer prejuízo no atendimento no serviço de saúde; garanto o anonimato e sigilo quanto ao seu nome e quanto às informações confidenciais prestadas durante a pesquisa.

Caso concorde em participar do estudo, você irá responder um Formulário com perguntas sobre a sua vida social, econômica e seu estado de saúde, o Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto e a Escala de Autoeficácia na Amamentação- Forma Abreviada.

Este documento será emitido duas vezes, sendo que um ficará comigo (pesquisadora) e o outro, com você (entrevistada).

Em caso de dúvidas e/ou desistência da entrevista, pode-se entrar em contato com o Comitê de Ética da MEAC / UFC por meio do telefone (85) 3366-8569. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome, email e endereço:

Fernanda Câmara Campos

Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

Rua Alexandre Baraúna, 1115. Fone: (85) 3366-8448

E-mail: fernandac21@gmail.com

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____ RG nº _____, declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos e concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, ____ de _____ de 2014.

Assinatura do participante

Assinatura de quem coletou os dados

Assinatura da pesquisadora

**APÊNDICE B- FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL
SOCIODEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO DAS PUÉRPERAS**

Data da coleta: ____/____/____

Nº do instrumento: ____

PARTE I- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

1.Procedência: 1. () Capital 2. () Interior

2.Idade: ____ anos

3. Raça: 1.() Branca 2.() Parda 3.() Amarela 4. () Negra 5.() Outros _____

4.Estado civil: 1.() Solteira 2.() União estável 3.Viúva() 4. Divorciada() 5. Casada()

5.Anos de estudo: _____

6. Trabalho Remunerado: 1.() Sim 2.() Não

7. Renda familiar: _____ reais

8. Número de moradores em domicílio: _____ pessoas

PARTE II- ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

9. Número de gestações: _____

10. Número de partos: _____

11. Número de abortos: _____

12. Número de natimortos: _____

13. Tipos de partos anteriores: 1.() Cesáreo 2.() Vaginal 3.() Nenhum

14. Realizou prática de amamentação anteriormente: 1.() Sim 2.() Não

PARTE III- GRAVIDEZ E PUERPÉRIO ATUAL

15. Número de consultas de pré-natal: _____

16. Você recebeu orientação sobre aleitamento materno durante esse pré-natal? 1.() Sim 2.() Não

17. Se sim, qual profissional realizou? 1.() Profissionais de Enfermagem 2. () Outros: _____

18. Você recebeu orientações sobre amamentação após o nascimento desse bebê? 1.() Sim 2.() Não

19. Se sim, qual profissional realizou? 1.() Profissionais de Enfermagem 2. () Outros: _____

20. Você teve a oportunidade de amamentar o seu bebê, ainda na sala de parto? 1. () Sim 2.() Não

21. Você teve a oportunidade de ter um acompanhante de sua escolha, durante o seu parto atual?

1. () Sim 2.() Não

Espaço
reservado para
o

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

6 _____

7 _____

8 _____

9 _____

10 _____

11 _____

12 _____

13 _____

14 _____

15 _____

16 _____

17 _____

18 _____

19 _____

20 _____

21 _____

ANEXO A- QUESTIONÁRIO DE EXPERIÊNCIA E SATISFAÇÃO COM O PARTO

ITENS DAS SUBESCALAS 2 E 3

- Leia com atenção cada um dos itens abaixo. Não há respostas certas ou erradas. Apenas deve selecionar uma das opções, conforme a sua experiência pessoal.
- Ao longo do questionário serão utilizadas as seguintes siglas: *TP* – *Trabalho de parto*; *P*-*Parto*; *PP* – *Pós-parto*

1	O TP decorreu de encontro com as suas expectativas?	1.()Muito pior 2. () Pior 3.()Melhor 4.() Muito melhor
2	O P decorreu de encontro com as suas expectativas?	1.()Muito pior 2. () Pior 3.()Melhor 4.() Muito melhor
3	A dor que sentiu no TP foi de acordo com as suas expectativas?	1.()Muito pior 2. () Pior 3.()Melhor 4.() Muito melhor
4	A dor que sentiu no P foi de acordo com as suas expectativas?	1.()Muito pior 2. () Pior 3.()Melhor 4.() Muito melhor
5	Sentiu que tinha a situação sobre controle durante o TP?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
6	Sentiu que tinha a situação sobre controle durante o P?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
7	Sentiu-se confiante durante o TP?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
8	Sentiu-se confiante durante o P?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
9	Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao TP?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
10	Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao P?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
11	Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao PP?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
12	Sentiu medo durante o TP?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
13	Sentiu medo durante o P?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
14	Em algum momento sentiu prazer ou satisfação durante o TP?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito

15	Em algum momento sentiu prazer ou satisfação durante o P?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
16	Que quantidade de mal-estar sentiu durante o TP?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
17	Que quantidade de mal-estar sentiu durante o P?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
18	Considera que foi um membro útil e cooperativo com a equipa médica que a acompanhou durante o TP?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
19	Considera que foi um membro útil e cooperativo com a equipa médica que a acompanhou durante o P?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
20	Considera que foi um membro útil e cooperativo com a equipa médica que a acompanhou logo após o parto?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
21	Recorda da dor no TP?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
22	Recorda da dor no P ?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
23	Está satisfeita com a forma como decorreu o TP?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
24	Está satisfeita com a forma como decorreu o P?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
25	Está satisfeita com a forma como decorreu o PP?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
26	Está satisfeita com o tempo que demorou o TP?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
27	Está satisfeita com o tempo que demorou o P?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
28	Está satisfeita com o tempo que demorou o PP?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
29	Está satisfeita com a intensidade da dor que sentiu no TP?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
30	Está satisfeita com a intensidade da dor que sentiu no P?	1.()Nada 2. () Um pouco 3.()Bastante 4.() Muito
31	Intensidade média de dor durante o TP?	1.()Nenhuma 2. () Mínima 3.()Muito pouca 4.() Pouca

		5.()Alguma 6. () Moderada 7.()Bastante 8.() Muita 9.()Muitíssima 10. () A pior jamais imaginável
32	Intensidade máxima de dor durante o TP?	1.()Nenhuma 2. () Mínima 3.()Muito pouca 4.() Pouca 5.()Alguma 6. () Moderada 7.()Bastante 8.() Muita 9.()Muitíssima 10. () A pior jamais imaginável
33	Intensidade média de dor durante o P?	1.()Nenhuma 2. () Mínima 3.()Muito pouca 4.() Pouca 5.()Alguma 6. () Moderada 7.()Bastante 8.() Muita 9.()Muitíssima 10. () A pior jamais imaginável
34	Intensidade máxima de dor durante o P?	1.()Nenhuma 2. () Mínima 3.()Muito pouca 4.() Pouca 5.()Alguma 6. () Moderada 7.()Bastante 8.() Muita 9.()Muitíssima 10. () A pior jamais imaginável

ANEXO B - Escala de Autoeficácia na Amamentação: Forma Abreviada

Para cada uma das seguintes afirmações, por favor, escolha a resposta que melhor descreve até que ponto você está confiante em amamentar o seu novo bebê. Por favor, marque a sua resposta circulando o número mais próximo de como você se sente. Não existe 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. (Supero com sucesso a amamentação e as demais situações da vida). | 1 2 3 4 5 |
| 3. Eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento. | 1 2 3 4 5 |
| 4. Eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada. | 1 2 3 4 5 |
| 5. Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer | 1 2 3 4 5 |
| 6. Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando. | 1 2 3 4 5 |
| 7. Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando. | 1 2 3 4 5 |
| 8. Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família. | 1 2 3 4 5 |
| 9. Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar. | 1 2 3 4 5 |
| 10. Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo. (Mesmo consumindo o meu tempo eu quero amamentar). | 1 2 3 4 5 |
| 11. Eu sempre amamento meu bebê em um peito e depois mudo para o outro. | 1 2 3 4 5 |
| 12. Eu sempre continuo amamentando meu bebê a cada alimentação dele. (A cada mamada). | 1 2 3 4 5 |
| 13. Eu sempre consigo adequar as minhas necessidades às necessidades do bebê. (Organizo minhas necessidades de banho, sono, alimentação com a amamentação do bebê). | 1 2 3 4 5 |
| 14. Eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada. | 1 2 3 4 5 |

**ANEXO C-
Autorização BSES-SF**

Bom dia Dra Regina Dodt!!!

Sou mestranda do programa de pós-graduação em enfermagem da UFC e orientanda da professora Dra Ana Kelve de Castro Damasceno. Estou desenvolvendo um estudo que tem como objetivo: investigar a relação entre a satisfação da puérpera com o parto e a sua autoeficácia em amamentar.

Diante disso, gostaria de pedir sua autorização para utilizar a BSES- SF, visto que a mesma será fundamental para o desenvolvimento do meu estudo.

Desde já agradeço,

Abraços!



Regina Claudia Melo Dodt

11 de abr (Há 1 dia)

para mim

Cara Fernanda Câmara,

Fico lisonjeada com seu propósito e com felicidade autorizo a utilização do instrumento BSES-SF, posto que acredito na socialização do conhecimento. Diante de vosso interesse, coloco-me à disposição para contribuir no que for necessário, inclusive em discussões e publicações relacionadas ao tema. Desejo sucesso em seu estudo.

Atenciosamente,

Profª Drª Regina Cláudia Melo Dodt

E-mail: reginadodt@yahoo.com.br/regina.dodt@fametro.com.br

<http://lattes.cnpq.br/2752374915111152>

3295 0152 (res) / 88223143 (OI) / 99306043 (TIM)

"Só dê ouvidos a quem te ama. Não te preocupes tanto com o que acham de ti.
O que te salva não é o que os outros andam achando, mas é o que Deus sabe a teu respeito"

[Padre Fábio de Mello](#)

Em Sexta-feira, 11 de Abril de 2014 10:57, Fernanda Câmara Campos <fernandac21@gmail.com> escreveu:

ANEXO D- Autorização QESP

Cara Fernanda

Muito obrigada pelo seu interesse no nosso questionário. Tem a minha autorização para utilizar o QESP na investigação que refere, que me parece de todo o interesse científico e prático.

Atenciosamente

Bárbara Figueiredo
Professora Associada com Agregação
Escola de Psicologia
Universidade do Minho
<http://escola.psi.uminho.pt/unidades/familia/>

De: fernandac21@gmail.com [fernandac21@gmail.com]

Enviado: 1 de Abril de 2014 14:18

Para: Bárbara Fernandes Carvalho Figueiredo

Assunto: Autorização para utilizar o QESP

Bom dia Dra Bárbara Figueiredo !!!

Sou mestranda do programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Brasil, Fortaleza- Ce. Tenho como orientadora a professora e doutora Ana Kelve de Castro Damasceno. Gostaria de desenvolver um estudo que terá como objetivos: investigar a relação entre a satisfação da puérpera com o parto e a sua autoeficácia em amamentar, caracterizar os sujeitos quanto à situação sociodemográfica e obstétrica e verificar a confiabilidade das subescalas 2 (Experiência Positiva) e 3 (Experiência Negativa) do Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP),

Diante disso, gostaria de pedir sua autorização para utilizar as subescalas 2 e 3 do QESP, visto que o mesmo será fundamental para o desenvolvimento do meu estudo.

Desde já agradeço,

Abraços!

O conteúdo desta mensagem é de responsabilidade do seu remetente e a solicitação de envio foi realizada através de opção disponível no Currículo Lattes.

Informações de envio:

Remetente: FERNANDA CÂMARA CAMPOS

E-mail: fernandac21@gmail.com

Data/Hora: 01/04/2014 10:18:08

Endereço IP de Origem: 177.207.68.254

ANEXO E

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC



DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPACTO DA SATISFAÇÃO DE PUÉRPERAS COM O PARTO VAGINAL NA AUTOEFICÁCIA PARA AMAMENTAR

Pesquisador: Fernanda Câmara Campos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30979814.2.0000.5050

Instituição Proponente: Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 657.290

Data da Relatoria: 22/05/2014

Apresentação do Projeto:

Dissertação de Mestrado que tem como proposta principal Investigar a relação entre a satisfação da puérpera com o parto e a sua autoeficácia em amamentar, utilizando duas escalas, o Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP) e Escala de Autoeficácia da Amamentação – Forma Abreviada (BSES- SF). Trata-se de um estudo metodológico, que busca verificar a validade de critério das sub-escalas 2 (Experiência Positiva) e 3 (Experiência Negativa) do QESP, usando como padrão de referência a BSES- SF. O estudo será realizado no período de maio a agosto de 2014 no Alojamento Conjunto

da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) de Fortaleza-CE, junto às puérperas internadas na referida instituição. A amostra será por conveniência, os sujeitos serão captados à medida que forem localizados no alojamento conjunto e que atendam aos seguintes critérios de inclusão: - Puérperas que tenham parido via canal pélvico-genital (parto vaginal); - Puérperas que estejam realizando a prática do Aleitamento Materno. Critérios de exclusão: Puérperas que apresentem contra-indicação à amamentação; -Puérperas com restrições mentais que impossibilitem a compreensão dos instrumentos; - Puérperas com deficiência auditiva; -Puérperas cujos filhos estão internados na Unidade de Terapia Intensiva.

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8569 **Fax:** (85)3366-8528 **E-mail:** meloventura@uol.com.br

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC 

Continuação do Parecer: 657.290

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Investigar a relação entre a satisfação da puérpera com o parto e a sua autoeficácia em amamentar.

Específicos: - Caracterizar os sujeitos quanto à situação sociodemográfica e obstétrica;

- Verificar a validade de critério das sub-escalas 2 (Experiência Positiva) e 3 (Experiência Negativa) do Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP), considerando a Escala de Autoeficácia da Amamentação – Forma Abreviada (BSES- SF) como padrão-ouro.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os procedimentos realizados durante a pesquisa expõe os participantes a riscos mínimos, já que a pesquisa trata-se de entrevista e aplicação de escalas, sem a realização de procedimentos. Quanto aos benefícios, incluem o conhecimento dos fatores que podem influenciar na satisfação materna com o parto; Conhecimento da relação entre a satisfação materna com o parto e a autoeficácia da mulher em amamentar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante visto que poderá servir de subsídio para fundamentar novas intervenções que busquem melhorar a assistência à mulher no parto, com a finalidade de minimizar os fatores causadores de uma má experiência nesta fase de sua vida, bem como estimular o início e a manutenção da amamentação e, portanto, promover a saúde do binômio mãe-filho.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos em conformidade com o exigido.

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8569 Fax: (85)3366-8528 E-mail: meloventura@uol.com.br

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC



Continuação do Parecer: 657.290

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Somos pela aprovação do projeto

FORTALEZA, 22 de Maio de 2014

Assinado por:

Maria Sidneuma Melo Ventura
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8569

Fax: (85)3366-8528

E-mail: meloventura@uol.com.br