



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

LIVIA MARIA DAMASCENO ALVES DOS SANTOS

**AUTOEFICÁCIA DE PUÉRPERAS EM AMAMENTAR: UM ESTUDO
LONGITUDINAL**

FORTALEZA

2017

LIVIA MARIA DAMASCENO ALVES DOS SANTOS

**AUTOEFICÁCIA DE PUÉRPERAS EM AMAMENTAR: UM ESTUDO
LONGITUDINAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – PPGENF/UFC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá

FORTALEZA

2017

LIVIA MARIA DAMASCENO ALVES DOS SANTOS

AUTOEFICÁCIA DE PUÉRPERAS EM AMAMENTAR: UM ESTUDO
LONGITUDINAL

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

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dr^a. Mônica Oliveira Batista Oriá (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Profa. Dr^a. Lorena Barbosa Ximenes - 1^a Examinadora
Universidade Federal do Ceará – UFC

Profa. Dr^a. Liana Mara Rocha Teles - 2^a Examinadora
Instituto José Frota - IJF

Prof. Dr^a. Mariana Cavalcante Martins (Suplente)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- S236a Santos, Livia Maria Damasceno Alves dos Santos.
AUTOEFICÁCIA DE PUÉRPERAS EM AMAMENTAR : UM ESTUDO LONGITUDINAL /
Livia Maria Damasceno Alves dos Santos Santos. – 2017.
90 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2017.
Orientação: Profa. Dra. Mônica Batista Oliveira Oriá.
1. Aleitamento Materno. 2. Autoeficácia. 3. Enfermagem. 4. Promoção da Saúde. I. Título.

CDD 610.73

A Deus trino de amor.

A Nossa Senhora de Fátima.

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu amado pai, minha fortaleza, meu tudo. Ele é o sentido do meu viver. Mesmo sendo tão pequena, ele me guia por caminhos graciosos, e me revela seus milagres todos os dias. Muito obrigada Senhor te glorificarei por toda minha vida.

À Maria, Nossa Senhora, mãe de infindável misericórdia, que me guarda e me orienta em todos os momentos de minha vida.

À minha mãe, Iracema Damasceno, que apesar de todos os momentos de tempestade em sua vida, não mediu esforços para me educar e tornar meus sonhos em realidade. Amo-te mãe.

Ao meu noivo, Luciano Alves, que batalhou comigo durante toda essa caminhada. Nunca me deixou faltar palavras de afeto, de encorajamento e de fé. Sinto seu amor em todos os momentos do meu dia, sei que mesmo distante está todo tempo em oração por mim. Muito obrigada pela honra de ser sua futura esposa.

À minha querida orientadora Mônica Oriá, que é um exemplo de profissional e um ser humano lindo. Ela nos inspira a fazer sempre o melhor e aposta no nosso potencial. Muito obrigada por me guiar até agora.

Às minhas avós, Socorro Damasceno e Raimunda dos Santos pela dedicação, amor e carinho que me oferecem em todos os momentos, por tudo que já fizeram por mim.

Aos meus pais, Roberto Nascimento e Wellington dos Santos, que se dividiram na minha criação e sempre buscaram o melhor pra mim.

Ao meu irmão, Jônatas Damasceno, que me alegra nos momentos de tristeza e me ajudou a amadurecer.

À minha irmã, Vera Damasceno, ao meu cunhado, Mauro Filho, e sobrinhos, Valentina e Luís Otávio, que sempre me oferecem apoio e carinho, e sempre estiveram dispostos a me ajudar no que fosse preciso para alcançar meus objetivos.

Aos meus primos e tios que torcem pela minha vitória.

À família do meu amado noivo, Luciano Alves, Antônia Darc, Luana Cavalcanti, Juliano Cavalcanti, Pedro Lucas, João Miguel, Paulo Arthur e Elvis Cavalcanti, que me acolheu com grande carinho e torce pela minha vitória.

Aos meus amigos Rosângela Santos, Nayara Araújo, Natália Roberto, Raquel Ávila, Tiago Barbosa, Mariana Cabral, David Cid, Helano Jader, Luziana Nascimento, Dean Marques, Hermilane Bezerra, Leidiana Pereira, Maria Auxiliadora, Ariadna Zambeli, Tia Márcia, Patrícia Sampaio, Emanuel Ferreira, Tia Rosa Ávila, Altamira Mendonça, Deiziane Viana, Marinna Andrade, Samyla Citó, Stephanie Veras e Emanuele Silva que torceram e acreditaram nos meus sonhos.

Aos meus companheiros de trabalho Ana Paula, Isabel Pires, Érika Canto, Mardonio Nogueira, Denílson Félix, Amanda Gurgel, Mabel Andrade e Fernanda Karolyne que me apoiaram e deram suporte em todos os momentos que precisei me ausentar do serviço para estudar.

À Anne Fayma e Hilana Dayana que foram fundamentais para o desenvolvimento desse trabalho. Ambas me acolheram com muito carinho e disposição. Muito obrigada.

À minha turma do Mestrado, especialmente Rebeca Silveira, que foi minha parceira de estudos.

Ao NEPPSS meu grupo querido que me proporcionou grande crescimento pessoal e acadêmico. Meu agradecimento em especial à Profa. Camila Vasconcelos que engradece nossos momentos de estudo, às integrantes Silvana Maria e Bárbara Brandão que participaram ativamente desse estudo, e à Karine Bezerra sempre disponível para ajudar.

À banca, Profa. Dr^a. Lorena Barbosa Ximenes, Profa. Dr^a. Liana Mara Rocha Teles, e Prof. Dr^a. Mariana Cavalcante Martins, pelas contribuições para desenvolvimento e finalização deste trabalho.

Sou o resultado da confiança e da força de cada um de vocês.

“Jesus disse para eles: “Tenham fé em Deus”. Eu garanto a vocês: se alguém disser a esta montanha: Levante-se e jogue-se no mar, e não duvidar no seu coração, mas acreditar que isso vai acontecer, assim acontecerá”.

(Marcos 11, 22-24).

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a autoeficácia de mulheres no período puerperal quanto ao seu potencial em amamentar. Estudo longitudinal do tipo painel. Realizado no período de maio a dezembro de 2015, o estudo foi dividido em quatro momentos: o primeiro deu-se por contato direto com a puérpera realizado na unidade de Alojamento Conjunto (AC) do Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana, situado em Fortaleza, Ceará. Os três contatos subsequentes foram realizados por meio telefônico com 2, 4 e 6 meses pós-parto. A amostra inicial foi de 66 puéperas. Os instrumentos de coleta contemplaram dados sociodemográficos, obstétricos e da gravidez atual e parto. Para avaliar a autoeficácia das mulheres foi utilizada a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF)*. Foi constatado que a maioria das puéperas apresentou elevada autoeficácia no início da pesquisa (N= 59; 89,4%) e no final (N= 27; 96,4%). Não houve nenhuma puérpera com baixa autoeficácia. Houve associação entre todas as variáveis sociodemográficas e os escores da BSES-SF em todas as etapas do estudo. Quanto a idade ($p = 0,003$ para mulheres com 18-35 anos), raças negra e parda ($p = 0,001$), ter um parceiro ($p = 0,013$), mulheres com mais de 9 anos de estudos ($p = 0,026$), renda familiar ($p = 0,001$), ser dona do lar ($p = 0,012$), morar com até duas pessoas ($p = 0,001$) e não fumar ($p = 0,001$). Referentes aos antecedentes obstétricos observa-se associação estatística entre o número de abortos e autoeficácia ($p = 0,001$), ser primípara ($p = 0,003$). A autoeficácia em amamentar foi influenciada positivamente pelo planejamento da gravidez ($p = 0,002$), pela orientação e incentivo que a puérpera recebeu dos familiares ($p = 0,001$), agentes de saúde ($p = 0,001$), enfermeiros ($p = 0,007$) e médicos ($p = 0,001$), parto vaginal ($p = 0,001$), amamentar após o parto ($p = 0,006$). Observa-se que houve aumento da média dos escores da escala de autoeficácia (M0-60; M1-64; M2-66,5; M3-64). Constata-se que as participantes do estudo apresentaram nível elevado de autoeficácia. Considerando o tamanho amostral, ao final de 60, 120 e 180 dias respectivamente 44(89,8%), 37(88,1%) e 28(80%) mulheres permaneciam amamentando seus filhos. No decorrer do estudo 17 mulheres interromperam a amamentação, sendo a maioria com 180 dias quando 7(20%) das mulheres por algum motivo deixaram de amamentar. No início do monitoramento, ainda no alojamento conjunto, 100% das mulheres praticavam o AME. O AME apresentou declínio progressivo chegando a 17,9% aos 6 meses. Os resultados revelaram que a prática da amamentação é influenciada por questões sociais, econômicas, culturais e por experiências anteriores da prática, por isso, todas essas variáveis devem ser levadas em consideração nas ações de promoção do Aleitamento Materno. O fato de a mulher apresentar elevada autoeficácia não é suficiente para que esta mantenha o Aleitamento Materno Exclusivo pelo período preconizado de seis meses. Sendo necessário o apoio contínuo dos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, durante o processo de amamentação.

Palavras-Chave: Aleitamento Materno. Autoeficácia. Enfermagem. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the self-efficacy of women in the postpartum period for their potential to breastfeed. Longitudinal study of type panel. Conducted in the period May to December 2015, the study was divided into four stages: the first was made by direct contact with puerperal held in rooming unit (AC) District Hospital Gonzaga Mota of Messejana, in Fortaleza, Ceará. The three subsequent contacts were made by telephone through with 2, 4 and 6 months postpartum. The initial sample was 66 mothers. Data collection instruments contemplated sociodemographic, obstetric and current delivery and pregnancy. To evaluate the self-efficacy of women was used the Breastfeeding Self-Efficacy Scale Scale - Short Form (BSES-SF). As a result it was found that most of women presented high self-efficacy at baseline (N = 59; 89.4%) and the end (N = 27; 96.4%). There was no postpartum women with low self-efficacy. There was an association between all sociodemographic variables and BSES-SF scores at all stages of the study. As for age ($p = 0.003$ for women 18-35 years old), black and brown races ($p = 0.001$), having a partner ($p = 0.013$), women with over 9 years of study ($p = 0.026$), income family ($p = 0.001$), owner of the home ($p = 0.012$), living with up to two people ($p = 0.001$) and smoking ($p = 0.001$). Pertaining to obstetric history is observed statistical association between the number of abortions and self-efficacy ($p = 0.001$), primiparous ($p = 0.003$). The self-efficacy in nursing was positively influenced by the planning of pregnancy ($p = 0.002$), the guidance and encouragement that puerperal received from relatives ($p = 0.001$), health workers ($p = 0.001$), nurses ($p = 0.007$) and medical ($p = 0.001$), vaginally ($p = 0.001$), breast-feeding after birth ($p = 0.006$). It is observed that there was an increase of the average self-efficacy scale scores (M0-60, M1-64; M2-66,5; M3-64). It is noted that the study participants showed a high level of self-efficacy. Considering the sample size at the end of 60, 120 and 180 days respectively 44 (89.8%), 37 (88.1%) and 28 (80%) women were still breastfeeding their children. During the study 17 women stopped breastfeeding, the largest quantity of 180 days while 7 (20%) of women for some reason stopped breastfeeding. At the start of monitoring, even in the rooming, 100% of women practiced EBF. The AME showed progressive decline reaching 17.9% at 6 months. The results revealed that the practice of breastfeeding is influenced by social, economic, cultural and previous experiences of practice, so all of these variables must be taken into account in Breastfeeding promotion activities. The fact that women have high self-efficacy is not enough for it to maintain exclusive breastfeeding for recommended period of six months. Requiring the ongoing support of health professionals, especially nurses during breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding. Self-efficacy. Nursing. Health Promotion.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue evaluar la auto-eficacia de las mujeres en el período post-parto por su potencial para amamantar. estudio longitudinal de tipo panel. Llevado a cabo en el período comprendido entre mayo diciembre de 2015, el estudio se dividió en cuatro etapas: la primera fue hecha por el contacto directo con puerperal que tuvo lugar en la unidad de alojamiento conjunto (AC) Distrito del Hospital Gonzaga Mota de Messejana, en Fortaleza, Ceará. Los tres contactos posteriores se hicieron por teléfono a través de 2, 4 y 6 meses después del parto. La muestra inicial fue de 66 madres. instrumentos de recolección contemplan la entrega sociodemográficos, obstétricos y corriente y el embarazo. Para evaluar la auto-eficacia de las mujeres se utilizó la Escala de Autoeficacia Escala La lactancia materna - Short Form (SF-BSES). Como resultado se encontró que la mayoría de las mujeres presentan una alta autoeficacia al inicio del estudio (N = 59; 89,4%) y el extremo (N = 27; 96,4%). No había mujeres después del parto con baja auto-eficacia. Se observó una asociación estadísticamente significativa entre todas las variables sociodemográficas y las puntuaciones SF-BSES en todas las fases del estudio. En cuanto a la edad ($p = 0,003$ para las mujeres de 18-35 años de edad) razas negras y marrones ($p = 0,001$), tener una pareja ($p = 0,013$), las mujeres con más de 9 años de estudio ($p = 0,026$), los ingresos la familia ($p = 0,001$), propietario de la casa ($p = 0,012$), salón con capacidad para dos personas ($p = 0,001$) y el tabaquismo ($p = 0,001$). Perteneciente a la historia obstétrica se observa asociación estadística entre el número de abortos y la auto-eficacia ($p = 0,001$), primípara ($p = 0,003$). La auto-eficacia en la enfermería fue influenciado positivamente por la planificación del embarazo ($p = 0,002$), la orientación y el estímulo que puerperal recibido de familiares ($p = 0,001$), trabajadores de la salud ($p = 0,001$), enfermeras ($p = 0,007$) y médica ($p = 0,001$), por vía vaginal ($p = 0,001$), la lactancia materna después del parto ($p = 0,006$). Se observa que hubo un aumento de las puntuaciones de la escala de autoeficacia promedio (M0-60, M1-64; M2-66,5; M3-64). Se hace notar que los participantes en el estudio mostraron un alto nivel de auto-eficacia. Teniendo en cuenta el tamaño de la muestra al final de 60, 120 y 180 días, respectivamente, 44 (89,8%), 37 (88,1%) y 28 (80%) mujeres todavía estaban amamantando a sus hijos. Durante el estudio 17 mujeres dejaron la lactancia materna, la mayor cantidad de 180 días, mientras que 7 (20%) de las mujeres, por alguna razón se detuvo la lactancia materna. Al inicio del seguimiento, incluso en el alojamiento conjunto, el 100% de las mujeres practica EBF. La AME mostró deterioro progresivo que alcanza el 17,9% a los 6 meses. Los resultados revelaron que la práctica de la lactancia materna se ve influenciada por las experiencias sociales, económicos, culturales y anteriores de la práctica, por lo que todas estas variables hay que tener en cuenta en las actividades de promoción de la lactancia materna. El hecho de que las mujeres tienen una alta autoeficacia no es suficiente para que pueda mantener la lactancia materna exclusiva para el período recomendado de seis meses. Que requiere el apoyo permanente de los profesionales sanitarios, especialmente las enfermeras durante la lactancia.

Palabras clave: La lactancia materna. La auto-eficacia. Enfermería. Promoción de la Salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1-** Diagrama representativo do fluxo de participantes em cada fase do estudo. Fortaleza-CE, Maio/2015 a Dezembro/2015..... 36
- Figura 2-** Representação gráfica das etapas da coleta de dados. Fortaleza-CE, Maio/2015 a Dezembro/2015..... 38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Comparação das médias dos escores da BSES-SF segundo as variáveis sociodemográficas. Fortaleza-CE, 2017.....	45
Tabela 2-	Associação entre os escores da BSES-SF e as variáveis dos antecedentes obstétricos. Fortaleza-CE, 2017.....	47
Tabela 3-	Associação entre os escores da BSES-SF e as variáveis da gestação atual, parto e puerpério. Fortaleza-CE, 2017.....	48
Tabela 4-	Distribuição do comparativo da mediana dos escores da BSES-SF. Fortaleza-CE, 2017.....	51
Tabela 5-	Demonstrativo da duração em dias do Aleitamento Materno ao longo dos meses. Fortaleza-CE, 2017.....	51
Tabela 6-	Distribuição do comparativo dos tipos de dieta do bebê durante os diferentes momentos da pesquisa. Fortaleza-CE, 2017.....	52

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1-	Distribuição das médias dos escores da BSES-SF No alojamento conjunto 2, 4 e 6 meses. Fortaleza-CE, 2017.....	49
Gráfico 2-	Frequências absoluta e relativa da classificação de autoeficácia nos diferentes momentos do estudo. Fortaleza-CE, 2017.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alojamento Conjunto
AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
BLH	Bancos de Leite Humano
BSES-SF	<i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form</i>
ECR	Ensaio Clínico Randomizado
ENPACS	Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
LAM	Lactação com Amenorreia
MAC	Método Anticoncepcional
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PSF	Programa Saúde da Família
SERVI	Secretaria Executiva Regional VI
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOTG	Teste Oral de Tolerância à Glicose
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTIN	Unidades de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	18
1.1	Importância do Aleitamento Materno para o Binômio Mãe-Filho.....	18
1.2	Justificativa e Finalidade do Estudo.....	24
2	OBJETIVOS.....	30
2.1	Objetivo Geral.....	30
2.2	Objetivos Específicos.....	30
3.	METODOLOGIA.....	32
3.1	Tipo de Estudo.....	32
3.2	Caracterização do Local de estudo	33
3.3	População e Amostra.....	34
3.4	Instrumentos.....	37
3.5	Operacionalização da Coleta de Dados.....	37
3.6	Variáveis estudadas.....	40
3.7	Análise dos dados.....	41
3.8	Considerações Éticas.....	41
4	RESULTADOS.....	44
4.1	Caracterização Sociodemográfica e Obstétrica.....	44
4.2	Influência dos Fatores Sociodemográficos e Obstétricos na Autoeficácia Materna.....	45
4.3	Resultados Relacionados às Variáveis Desfecho.....	49
5	DISCUSSÃO.....	54
5.1	Influência dos Fatores Sociodemográficos e Obstétricos na Autoeficácia Materna.....	54
5.2	Fatores Relacionados às Variáveis dependentes.....	60
6	CONCLUSÃO.....	65
7	LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES.....	68
	REFERÊNCIAS.....	70
	APÊNDICES.....	81
	ANEXOS.....	85



Mother and Child- Gaston Parisson (1950)

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1 Importância do Aleitamento Materno para o binômio mãe-filho

O Aleitamento Materno (AM) é um ato natural, reconhecido universalmente como a melhor forma de alimentar e proteger uma criança, bem como fortalecer o vínculo entre mãe e filho proporcionando satisfação mútua. Amamentar é um ato de amor que transpassa todas as fronteiras culturais, linguísticas, raciais, sociais e econômicas.

Os benefícios do leite materno para as crianças vão além do valor afetivo e estão relacionados às menores taxas de infecções gastrointestinais (IP *et al.*, 2009), de infecções do trato respiratório (BOCCOLINI *et al.*, 2011), alergias (RAMOS *et al.*, 2010), otite média e outras infecções (UNICEF, 2008), proporciona fatores protetores à saúde do bebê que se estende à fase adulta, posto que a presença de amamentação está relacionada à diminuição de risco para doenças cardiovasculares (ANTUNES *et al.*, 2008), redução ou adiamento do surgimento de diabetes em indivíduos susceptíveis (PEREIRA *et al.*, 2014).

Amamentação na primeira hora de vida é benéfica para todas as crianças de todos os países e está relacionada com a redução da mortalidade neonatal e manutenção do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) (BOCCOLINI *et al.*, 2015). Assim como amamentar na primeira hora de vida, o período de manutenção do AM é fundamental para o desenvolvimento da criança. Estudo prospectivo de coorte realizado em Pelotas, Brasil com 3493 participantes, evidenciou que o tempo de amamentação está associado positivamente ao melhor desempenho em testes de inteligência, aumento da realização educacional e renda média na idade adulta (VICTORIA *et al.*, 2015).

Entre as vantagens da amamentação para a mãe são frequentemente citadas a involução uterina mais precoce (BRADEN, 2000), a menor probabilidade de desenvolver câncer de mama (BRASIL, 2001), menor risco de adquirir anemia, além de apresentar menor risco para desenvolver osteoporose e menos fraturas por consequência desta (REA, 2004), retorno mais rápido ao peso pré-gestacional, menor sangramento uterino pós-parto (LEVY; BERTOLO, 2008) e redução nas taxas

de glicose de mulheres que apresentaram diabetes gestacional (DIJIGOW *et al.*, 2015).

Além de todos estes benefícios para saúde da mulher a prática do AME funciona como um método contraceptivo conhecido como Lactação com Amenorreia (LAM). A LAM é um método natural de inibição da fertilidade que estimula o AME que pode ser utilizado isoladamente ou associado com outro Método Anticoncepcional (MAC) que não interfira na amamentação, e contribui para um intervalo maior entre partos e planejamento familiar eficiente (BRASIL, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define e classifica o Aleitamento Materno em cinco tipos, sendo eles (BRASIL, 2015):

Aleitamento Materno Exclusivo- quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos;

Aleitamento Materno Predominante- quando a criança recebe além do Aleitamento materno predominante leite materno, água ou bebidas à base de água;

Aleitamento Materno- quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos;

Aleitamento Materno Complementado- quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo;

Aleitamento Materno Misto ou Parcial- quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

A OMS e o Ministério da Saúde (MS) preconizam que as crianças com até seis meses de vida devem ser alimentadas exclusivamente com leite materno, e após os seis meses, o aleitamento seja complementado com outros alimentos de forma oportuna e saudável até os dois anos ou mais (BRASIL, 2011).

O comportamento alimentar, normalmente, tem suas bases fixadas na infância, nos primeiros anos de vida, e é condicionado pela família. Evidências apontam a influência de que os alimentos que a criança recebe nos primeiros dois

anos de vida irão determinar suas preferências, que podem se prolongar até a vida adulta (PEPINO; MENNELLA, 2005).

Dada a importância do AM e sua influência no decorrer da idade adulta, sua promoção deve ser vista como ação prioritária para a melhoria da saúde e da qualidade de vida das crianças e de seus familiares. Promover o AM pode refletir ações de políticas públicas que envolvam: a família, a comunidade, os governos e a sociedade civil, com baixo custo e excelente impacto sobre o desenvolvimento infantil (CARVALHÃES *et al.*, 2013).

Em meados da década de 1970 o mundo voltava sua atenção para retomada do aleitamento materno, com base na Investigação Interamericana de Mortalidade Infantil do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). No Brasil ficaram evidentes as altas taxas de mortalidade infantil em crianças menores de cinco anos, por causas passíveis de serem resolvidas com aleitamento materno e assistência hospitalar mais adequada ao parto (BRASIL, 1974).

Esses dados deram embasamento para criação do Programa Materno Infantil em 1974. Neste programa o AM era promovido de maneira superficial e recomendava-se a suplementação alimentar para gestantes e lactentes (BRASIL, 1974). Em 1981 o marco foi a implementação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, que contou com a gerência do Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), com apoio de organizações não governamentais e governamentais, como o UNICEF, Organização Pan-americana de Saúde (OPS) e OMS. O programa apresentou diversas ações como: treinamento de profissionais de saúde, aconselhamento em amamentação individualizado, produção de material educativo, estabelecimento de grupos de apoio à amamentação na comunidade e aprovação de leis que protegem a amamentação (BRASIL, 1989a).

Em 1984, em meio ao processo de redemocratização do país surgiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), subdividido em Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). O objetivo do PAISMC era reduzir a morbimortalidade da mulher e da criança incrementando a cobertura e capacidade resolutiva expandindo a rede básica de atendimento

utilizando o referencial da Conferência de Alma-Ata, (1978), que preconizava "saúde para todos no ano 2000" (BRASIL, 1984a, b).

O PAISC tinha como objetivo um atendimento integrado do processo de crescimento e desenvolvimento das crianças de zero a cinco anos. As ações básicas do programa são: Aleitamento Materno e Orientação Alimentar para o Desmame, Assistência e Controle das Doenças Diarreicas, Assistência e Controle das Infecções Respiratórias e Imunização (BRASIL, 1984a).

Em 1989 a OMS, em parceria com a UNICEF, estabeleceu os dez passos para o sucesso da amamentação que consiste em (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1989):

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço;
2. Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar essa norma;
3. Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação;
4. Ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto;
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação;
6. Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica;
7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia;
8. Encorajar a amamentação sob livre demanda;
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas;
10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar.

A criação dos dez passos para o sucesso da amamentação deu suporte para criação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), em 1990, pela OMS e

UNICEF em resposta ao chamado para a ação da Declaração de Innocenti, conjunto de metas criadas com o objetivo de resgatar o direito da mulher de aprender e praticar amamentação com sucesso (WHO/UNICEF, 1990).

A IHAC começou a ser desenvolvida no Brasil em 1992 e está inserida na Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância criada em 2002 pela OMS/UNICEF, que busca apoio renovado à amamentação exclusiva, do nascimento aos seis meses de vida, e sua continuidade por dois anos ou mais, com introdução da alimentação complementar adequada e no momento oportuno (BRASIL, 2011).

No ano 2000 a estratégia “Método Mãe Canguru” foi implantada para melhorar a assistência ao recém-nascido de baixo peso. Trata-se de uma técnica para maximizar o contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido. A Norma do Ministério da Saúde propõe a aplicação do método em três etapas, iniciando nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN, e unidades de cuidados intermediários, passando às unidades canguru (ou alojamento conjunto canguru) e, após a alta hospitalar, nos ambulatórios de seguimento (canguru domiciliar). Os benefícios já são evidenciados e incluem estímulo ao aleitamento materno, diminuição da infecção hospitalar e melhor relacionamento entre família e equipe de saúde (BRASIL, 2001).

Entre as principais estratégias da política governamental de promoção do aleitamento materno configura a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (BLH), sendo a maior e mais complexa do mundo, com 271 unidades. Os seus serviços estão em franca expansão desde 2003, além de coletar, processar e distribuir leite humano, os bancos de leite prestam assistência às lactantes cujos filhos estão hospitalizados ou que tenham dificuldades com a amamentação em qualquer momento, regulamenta a promoção comercial e dá orientações do uso apropriado de alimentos para crianças de até três anos (BRASIL, 2011).

Em agosto de 2008, durante a abertura da Semana Mundial da Amamentação, o Ministro da Saúde José Gomes Temporão lançou a Rede Amamenta Brasil. Com vistas que a equipe de saúde da família pode desenvolver atividades educativas desde o período pré-natal, buscando interagir mais efetivamente com as mulheres, possibilitando conhecer suas experiências

anteriores, o que significa para ela, compreender a gravidez e outros aspectos subjetivos que possam favorecer ou não o processo do aleitamento materno (BRASIL, 2013).

A Rede Amamenta Brasil é uma estratégia de promoção, proteção e apoio ao AM que tem como objetivo aumentar os índices de amamentação no País a partir da circulação e troca de informações entre os diversos atores, capacitando os profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para que se tornem agentes de mudança no ensino e aprendizagem do AM e para uma prática integralizadora (BRASIL, 2011, p 6).

Em março de 2011 foi instituída pela portaria MS/GM nº 1.459/2011 a Rede Cegonha. Trata-se de uma estratégia de enfrentamento da mortalidade materna, da violência obstétrica e da baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento, que desenvolve ações para ampliação e qualificação do acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério, que abrange atenção primária a saúde, que preconiza a realização da Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI), na qual são realizadas atividades à saúde de puérperas e recém-nascidos durante a primeira semana pós-parto (BRASIL, 2011 e).

Em junho de 2011 o decreto nº 7.508/2011, ao explicitar conceitos, princípios e diretrizes do SUS, passou a exigir uma nova dinâmica na organização e gestão do sistema de saúde, sendo a principal delas o aprofundamento das relações interfederativas e a instituição de novos instrumentos, documentos e dinâmicas na gestão compartilhada do SUS. A implementação e ações de acompanhamento dos processos relacionados à continuidade do cuidado do usuário na Rede Cegonha passou a ser um compromisso municipal, desta forma, a adesão ao AM passou a ser um indicador sanitário assumidos pelos gestores (BRASIL, 2011).

Em 2012 foi criada a "Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil", resultante da integração de duas ações importantes do Ministério da Saúde: a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (ENPACS). Essa estratégia tem como objetivo qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica com o intuito de reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para

crianças menores de dois anos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012).

A iniciativa de apoio à mulher trabalhadora que amamenta ampliou as possibilidades da mulher manter o AME mesmo voltando para o ambiente de trabalho. A iniciativa é pautada na Constituição Federal de 1988, que garante para todas as mulheres com contrato de trabalho o direito a 120 dias de licença, e pela Lei nº 11.770/2008 (Programa Empresa Cidadã) que amplia a licença maternidade para 6 meses. Além do período de licença da mulher, é garantido por lei a licença paternidade de cinco dias a contar com o dia do nascimento do filho e as salas de apoio à amamentação que possibilitam à mulher trabalhadora coletar seu leite e armazená-lo com segurança durante a jornada de trabalho, para que seja oferecido ao bebê durante sua ausência (BRASIL, 2010).

As ações que favorecem o incentivo ao aleitamento materno vão além das normas e estratégias governamentais. A mobilização social e o acesso à informação também são importantes para dar suporte às ações do governo, como sites e blogs nacionais e internacionais de incentivo à amamentação e os eventos científicos voltados para temática, que estão ganhando visibilidade nacional e internacional.

1.2 Justificativa e Finalidade do Estudo

Embora aparentemente simples e fisiológico, o processo da amamentação envolve um complexo conjunto de condições no contexto social da mulher e de seu filho. A amamentação é condicionada socioculturalmente, tratando-se, portanto, de um ato impregnado de ideologias e determinantes que resultam das condições concretas de vida (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

Apesar de toda divulgação realizada pelo governo e organizações não governamentais, no Brasil a prática do AM está muito aquém da recomendada e segundo pesquisa realizada em 2008 constatou-se que o tempo mediano de AME é de apenas 54,1 dias e o tempo mediano de aleitamento das crianças brasileiras entre 9 e 11 meses é de 341,6 dias (BRASIL, 2010).

As taxas de prevalência do AME em menores de seis meses no Brasil são de 60,7%, 23,3%, 9,3% para crianças com 30, 120 e 180 dias respectivamente. O Nordeste apresentou as taxas 52,0%, 19,8% e 8,4% para crianças com 30, 120 e 180 dias respectivamente, sendo os piores índices entre as regiões do país. A prevalência do AME em Fortaleza de crianças com 30, 120 e 180 dias de nascidas corresponderam a 73,4%, 29% e 10,6%, respectivamente (VENÂNCIO, *et al.*, 2010). Essas estatísticas demonstram a existência de uma importante prevalência do desmame precoce que pode contribuir para maiores taxas de doenças na infância.

Estudos apontam que o conhecimento limitado sobre o AM por parte da mãe e da família, a falta de experiência prévia com amamentação, trabalho fora de casa, aquisição de mamadeiras, chupetas e atitudes negativas do pai e familiares frente à amamentação são vistos como fatores importantes para prevalência de desmame precoce (SILVA *et al.*, 2009), assim como, baixa escolaridade, cor, baixa renda familiar, não ter companheiro, não ter alta hospitalar em aleitamento materno exclusivo e não ter recebido orientação em grupo e a baixa autoeficácia que a mulher apresenta no ato de amamentar (PEREIRA *et al.*, 2010; ORIÁ; XIMENES, 2010).

Pesquisa com delineamento transversal realizada no Ceará, Brasil, evidenciou que 27% (N=30) das mulheres entrevistadas que apresentaram baixos níveis de confiança na amamentação durante o período pré-natal interromperam o AM dentro da primeira semana pós-parto (ORIÁ; XIMENES, 2010). No estudo de Polido *et al.*, (2014), os pesquisadores associaram maior tempo de Aleitamento Materno Exclusivo (AME) com a confiança da mãe em amamentar. Deste modo, a baixa autoeficácia que a mulher apresenta no ato de amamentar está entre os fatores para interrupção precoce do AM.

Entende-se como autoeficácia a crença sobre a habilidade pessoal de desempenhar com sucesso determinadas tarefas ou comportamentos para produzir um resultado desejável (BANDURA, 1977). O conceito de autoeficácia foi elaborado e começou a ser difundido na literatura científica por meio do psicólogo canadense Albert Bandura, em 1977. Bandura é um estudioso da linha do comportamento da pessoa durante a sua interação com o outro. Autor da Teoria Social Cognitiva buscou desenvolver seus trabalhos baseados nessa linha de pensamento.

Bandura se inspirou na Teoria Social Cognitiva para elaborar a Teoria da Autoeficácia, e, embora ambas possam ser investigadas de maneira independente, a Teoria da Autoeficácia faz parte do núcleo central da Teoria Social Cognitiva a qual lhe dá suporte e sentido. Isto faz com que intervenções baseadas apenas na discussão da Teoria da Autoeficácia tenham menor consistência, caso não sejam pautadas pelo olhar teórico explicativo da Teoria Social Cognitiva (BANDURA, 1977).

A Teoria Social Cognitiva explica o comportamento humano mediante um modelo de reciprocidade triádica. Nesse padrão, a conduta, os fatores pessoais internos (eventos cognitivos, afetivos e biológicos) e o ambiente externo atuam entre si como determinantes interativos e recíprocos (BANDURA, 1986).

A Autoeficácia é a crença sobre a habilidade pessoal de desempenhar com sucesso determinadas tarefas ou comportamentos para produzir um resultado desejável (BANDURA, 1977). Autoeficácia também pode ser definida como a convicção pessoal de que se pode executar com sucesso uma ação para produzir resultados desejáveis em uma dada situação (BANDURA, 1989).

A Teoria da Autoeficácia prevê que o nível de confiança da pessoa em sua habilidade é um considerável motivador e regulador de seus comportamentos (VAN DER BIJL; SHORTRIDGE-BAGGETT, 2001). Distinguem-se dois tipos principais de motivação: um constituído por componentes biológicos e outro baseado no componente cognitivo, no entanto a fonte principal da motivação humana é a atividade cognitiva (BANDURA, 1986).

A autoeficácia baseia-se em quatro fontes principais de informação: os resultados efetivos do desempenho pessoal, as experiências vicárias de observação no desempenho dos outros, a persuasão verbal e outros tipos semelhantes de influências sociais e os estados fisiológicos com base nos quais as pessoas julgam as suas capacidades (BANDURA, 1986). Essas fontes podem ser encontradas dentro da rede social de apoio da mulher, como descrito a seguir:

- **Experiências pessoais:** são as fontes de informação mais importantes para a expectativa de eficácia, pois são baseadas em experiências próprias. Se a mulher já amamentou anteriormente e foi bem sucedida, ela estará mais segura quanto ao seu desempenho e, ao contrário, se essa mulher não teve uma

experiência exitosa com a amamentação, esta vivência pode deixá-la insegura, temerosa e conseqüentemente menos confiante na sua capacidade de amamentar seu filho (DODT, 2008).

- **Experiências vicárias:** Observar as pessoas desempenhando atividades sem conseqüências adversas pode gerar no observador a expectativa de que ele também é capaz de realizá-las, ou obter algum ganho de desempenho; Pode produzir mudanças importantes e duradouras no desempenho. Assim observar outras mulheres, especialmente as do seu ciclo social, amamentarem seus filhos com sucesso é uma ótima fonte de autoeficácia, sobretudo para as primigestas (DODT, 2008).

- **Persuasão verbal:** é caracterizada por ser uma estratégia largamente utilizada. Pela persuasão as pessoas podem sentir-se estimuladas a enfrentar situações que avaliavam como difíceis de superar com suas habilidades. Pode contribuir para desempenhos com sucesso, especialmente, se o reforço é oferecido dentro dos limites reais e se organiza a experiência de modo que a pessoa possa ter êxito. As orientações individuais ou em grupo estimulam e reforçam a importância do AM. Pais e familiares que são orientados por profissionais, se sentirão mais sensibilizados a encorajar o AM e apoiar a mulher nesse processo. Vale salientar, que essa estratégia só terá êxito se for considerado o momento adequado e a vontade da cliente, afinal para que a informação seja apreendida é necessário o desejo de obtê-la (DODT, 2008).

- **Respostas emocionais:** situações estressantes produzem respostas emocionais que podem interferir na percepção de competência pessoal. Respostas emocionais com repercussões físicas como ansiedade, medo, fadiga, dor e mal-estar geral, influenciam negativamente na percepção de autoeficácia; a pessoa tende a julgar que não é capaz de lidar com situações que evocam tais respostas. As dificuldades enfrentadas durante o processo da amamentação como fadiga, estresse, medo, dor e intercorrências mamárias podem afetar emocionalmente a puérpera aumentando o risco de desmame (CASTRO *et al.*, 2009). Assim como a depressão na gravidez e a depressão pós-parto são dois fatores que podem contribuir para a não amamentação (FIGUEIREDO *et al.*, 2013).

A teoria da autoeficácia prevê que o nível de confiança do indivíduo em sua habilidade é um forte motivador e regulador de seus comportamentos (YASSUDA; LASCA; NERI, 2005). A mulher vivencia um processo de aprendizado durante a gestação, e a atitude de amamentar exige que ela possua influências positivas para enfrentar todas as dificuldades que ela possa sentir. Nesse momento é reconhecido que a participação do pai durante o processo de amamentação é um forte aliado para manutenção do AM.

Para melhor avaliar a autoeficácia das mulheres em relação a amamentação Dennis e Faux (1999) desenvolveram a *Breastfeeding Self Efficacy Scale* (BSES) à luz da Teoria de Autoeficácia de Bandura (1977). Dennis, (2003), por considerar que a forma completa da escala possuía alguns itens redundantes e desnecessários elaborou a versão reduzida da escala intitulada *Breastfeeding Self Efficacy Scale - Short Form* (BSES-SF) que foi escolhida para realização deste estudo.

A aplicação dessa escala é de grande importância para o reconhecimento da relação da autoeficácia materna em amamentar e os fatores que potencialmente podem desencadear o desmame precoce. Com base nessa evidência os profissionais de saúde poderão elaborar estratégias eficazes para melhoria dos índices de aleitamento materno.

Reconhecendo a necessidade de ampliar cada vez mais o cuidado com a saúde do binômio mãe e filho é necessário que além da informação, ou orientação, o enfermeiro, como o profissional mais próximo da mulher durante todo período gravídico-puerperal, acompanhe a prática da amamentação para compreender as dificuldades que as mulheres apresentam durante esse período. Deve-se motivar a mãe a praticar a amamentação e dar condições concretas para que mães e bebês vivenciem esse processo de forma prazerosa e com eficácia (SILVA, 2012).

Nesse sentido, faz-se importante verificar se a autoeficácia para amamentar sofre variações ao longo do período puerperal, desde o pós-parto imediato até o pós-parto tardio. Isso permitirá o delineamento de ações mais específicas e condizentes com as demandas das puérperas, atuando na minimização de fatores, comportamentos que implicam no desmame precoce.



Maternity Women on the Seashore - Paul Gauguin (1899)

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS DO ESTUDO

2.1 Geral

- Avaliar a autoeficácia de puérperas ao longo do período puerperal quanto ao seu potencial em amamentar.

2.2 Específicos

- Avaliar as médias dos escores da BSES-SF obtidas pelas mulheres no período do puerpério imediato e no segundo, quarto e sexto mês pós-parto.
- Verificar a associação entre os escores de autoeficácia materna em amamentar e características sociodemográficas, obstétricas, comportamentais e de atenção à saúde no período perinatal.
- Identificar o tipo de dieta oferecido ao bebê no período do puerpério imediato e com 2, 4 e 6 meses pós-parto.



Bonheur des parents- Jean-Eugène Buland (1903)

METODOLOGIA

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Estudo com delineamento longitudinal, prospectivo, com abordagem quantitativa. Neste tipo de estudo, os dados são coletados em múltiplas ocasiões durante um período pré-estabelecido, desta maneira tem a capacidade de demonstrar as mudanças ao longo do tempo, seus determinantes, consequências e a sequência temporal dos fenômenos, que constitui um critério essencial para causalidade (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). Um estudo prospectivo possibilita medir variáveis importantes de forma mais completa e acurada (HULLEY *et al.*; 2008).

O estudo longitudinal foi do tipo painel que possibilita que os mesmos sujeitos do estudo forneçam dados em dois ou mais pontos do tempo, examinando os padrões de mudanças e suas razões. O modelo painel facilita apuração de mais informações e são mais interessantes como abordagem ao estudo das mudanças (POLIT; BECK, 2011). Neste estudo os dados foram coletados em quatro momentos distintos, e assim cada puérpera foi acompanhada isoladamente servindo como controle de si mesma. Desta maneira, foi possível identificar as mudanças das médias dos escores da BSES-SF das mulheres durante o período puerperal.

Optou-se pela abordagem quantitativa. Esta abordagem é especialmente projetada para gerar medidas precisas e confiáveis que permitam uma análise estatística e são produzidas mediante entrevistas que utilizam instrumentos estruturados (questionários) (POLIT; BECK, 2011). Devem ser representativas de determinado universo de modo que seus dados possam ser generalizados e projetados para aquele universo. Seu objetivo é mensurar e permitir o teste de hipóteses, já que os resultados são mais concretos e, conseqüentemente, menos passíveis de erros de interpretação. Em muitos casos geram índices que podem ser comparados ao longo do tempo, permitindo traçar um histórico da informação (POLIT; BECK, 2011).

3.2 Caracterização do Local do Estudo

O estudo teve como proposta analisar a autoeficácia de mulheres durante o puerpério. Deste modo o estudo foi dividido em quatro momentos: o primeiro deu-se por contato direto com a puérpera realizado na unidade de Alojamento Conjunto (AC) do Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana, conhecido popularmente como Gonzaguinha de Messejana; o hospital integra as unidades de saúde da Secretaria Executiva Regional VI (SERVI) do município de Fortaleza, Ceará. Os três contatos subsequentes foram realizados por meio telefônico.

A escolha por esse local se deu pelo mesmo ser referência na rede municipal de saúde na atenção especializada em ginecologia, obstetrícia e pediatria. Por mês, são realizados cerca de 500 partos no hospital, sendo o maior número de partos realizados entre as maternidades do Estado. No ano de 2009 a diretoria geral implantou no serviço do hospital a iniciativa "PARTO QUE TE QUERO PERTO", baseada na Lei Federal nº 11.108/2005, que assegura à mulher o direito de ter uma pessoa como acompanhante durante o parto (BRASIL, 2005). Essa iniciativa tem o objetivo de promover a humanização do parto e nascimento, estimulando a participação do pai durante todo período gravídico puerperal.

O Hospital Gonzaguinha de Messejana foi escolhido para ser referência municipal para a Rede Cegonha, programa do Governo Federal que organiza uma rede de atenção à Saúde Materna e Infantil com o objetivo de garantir acesso, acolhimento e resolutividade com ênfase na redução da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011). Com isso, o hospital conquistou mais dez novos leitos obstétricos, construção da unidade neonatal e implementação do método mãe canguru. O Hospital conta com 97 leitos divididos entre os setores de internação materno-infantil, sala de parto e alojamento conjunto.

Em 2013 foi inaugurado o Posto de Coleta de Leite Humano Dra. Zilda Arns Neumann. O lactário tem o objetivo de orientar e estimular a amamentação e coletar leite para ser utilizado na UTI Neonatal da unidade. Dentro da unidade um espaço é reservado para orientação das mães que amamentam e estão voltando para o trabalho.

3.3 População e amostra

Este estudo é uma extensão de um Ensaio Clínico Randomizado (ECR) cujo objetivo principal foi analisar os efeitos de um telemonitoramento realizado no puerpério para melhoria da autoeficácia materna, duração e exclusividade do aleitamento materno. No ECR a amostra foi alocada randomicamente em dois grupos: Comparação (Grupo de lactantes que participaram da pesquisa que receberam as orientações de rotina, ou seja, atividades educativas individuais e grupais rotineiras do serviço) grupo Intervenção (Grupo de lactantes que participaram da pesquisa no qual foi oferecido uma intervenção educativa por telefone).

Para compor a amostra deste estudo foram captadas puérperas internadas no AC do Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana alocadas no grupo comparação do ECR supracitado, neste caso, as puérperas que não receberam a intervenção educativa, a fim de evitar variáveis confundidoras, e deveriam, ainda, obedecer aos seguintes critérios de inclusão:

- Mulheres no puerpério imediato, que segundo Rezende e Montenegro (2008) é considerado o período entre o primeiro e o décimo dia após o parto;
- Puérperas com, no mínimo, seis horas de pós-parto, posto que esse é o tempo mínimo necessário para a mulher se restabelecer do estresse emocional do parto (LETTIERE; NAKANO; BITTAR, 2012));
- Puérperas com gestação única, a termo (idade gestacional \geq 37 semanas; $<$ 41 semanas);
- Puérperas com recém-nascidos internados no alojamento conjunto;
- Puérperas que estivessem realizando a prática do Aleitamento Materno;
- Puérperas que tinham pelo menos um contato telefônico.

E como critérios de não inclusão:

- Puérperas que tinham sido contraindicadas à amamentação (AIDS, dependência química, dentre outras) (BRASIL, 2010);

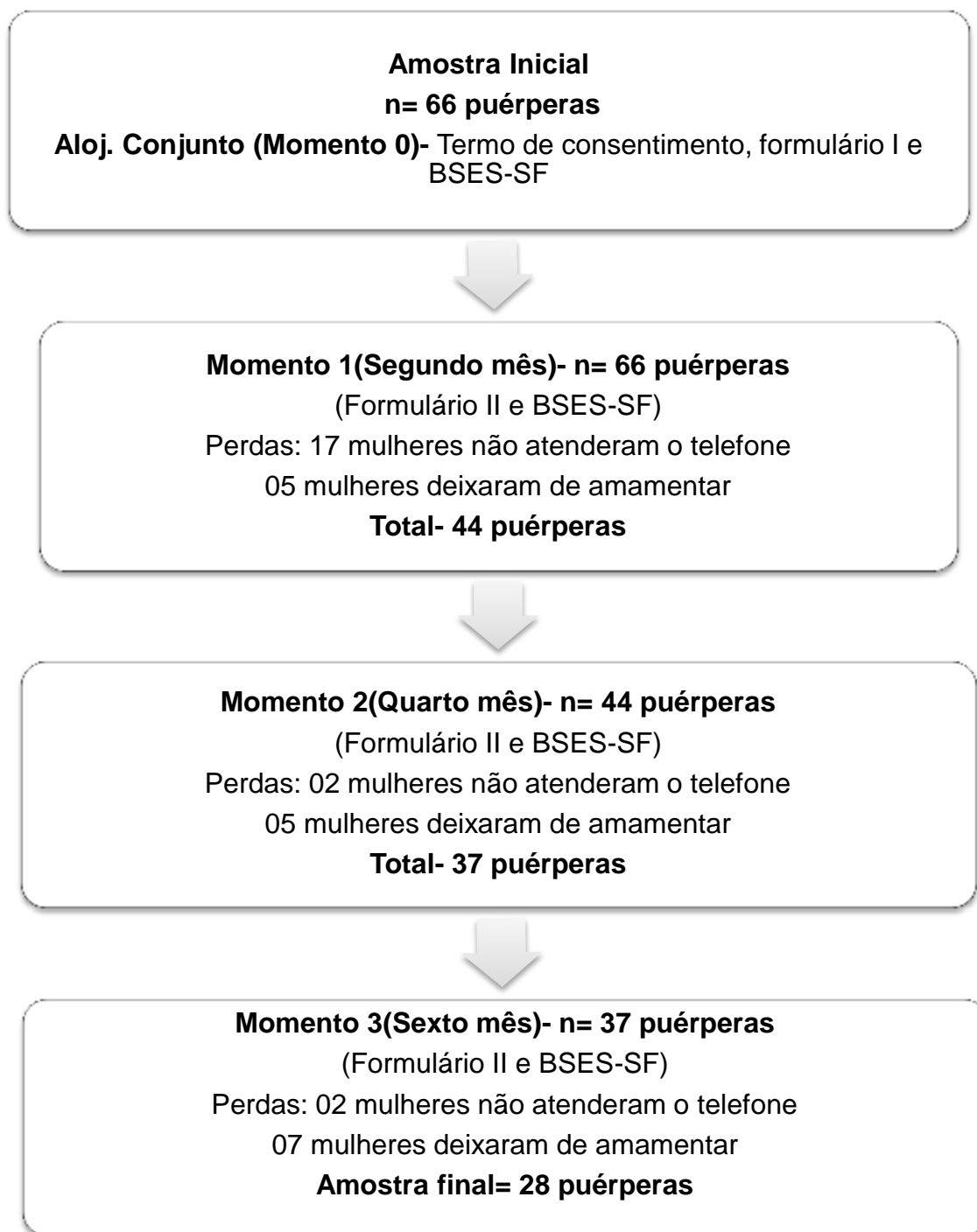
- Puérperas com restrições mentais que impossibilitassem a compreensão do instrumento;
- Puérperas com filhos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), considerando que o setor abriga recém-nascidos com condições clínicas críticas que impossibilitam a amamentação;
- Puérperas cujos filhos nasceram com deficiências que impedem a amamentação (fenda palatina, atresia de esôfago);
- Puérperas portadoras de deficiência auditiva.

Como critérios de descontinuidade, foram considerados:

- Desistência da mãe em participar da pesquisa após início da coleta;
- Falecimento da mãe ou da criança no decorrer do estudo;
- Abandono da prática do aleitamento materno;
- Recém-nascido oferecido para adoção;
- Mudança de telefone após o acompanhamento;
- Não atender as ligações telefônicas após três tentativas em dias e horários distintos.

Diante destes critérios a amostra inicial do estudo foi composta por 66 puérperas. A **Figura 1** apresenta o seguimento das participantes em cada fase do estudo.

Figura 1. Diagrama representativo do fluxo de participantes em cada fase do estudo. Fortaleza-CE, Maio/2015 a Dezembro/2015.



Fonte: Autora

3.4 Instrumentos

Para registro dos dados coletados foram utilizados três instrumentos. O primeiro deles foi adaptado de Dодt (2011), no qual se registrou as informações referentes à caracterização sociodemográfica, obstétrica e da gravidez atual, parto e puerpério das pacientes (APÊNDICE B).

O segundo instrumento, consistiu na versão brasileira reduzida da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF)* (ANEXO A) (DODT, 2008) para avaliar a autoeficácia das puérperas. A escala tem 14 itens divididos em dois domínios: 1.Técnica e 2.Pensamentos intrapessoais. Para responder a escala existe um padrão de resposta do tipo Likert que varia de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente) pontos. Desse modo o escore total da escala pode variar de 14 a 70 pontos.

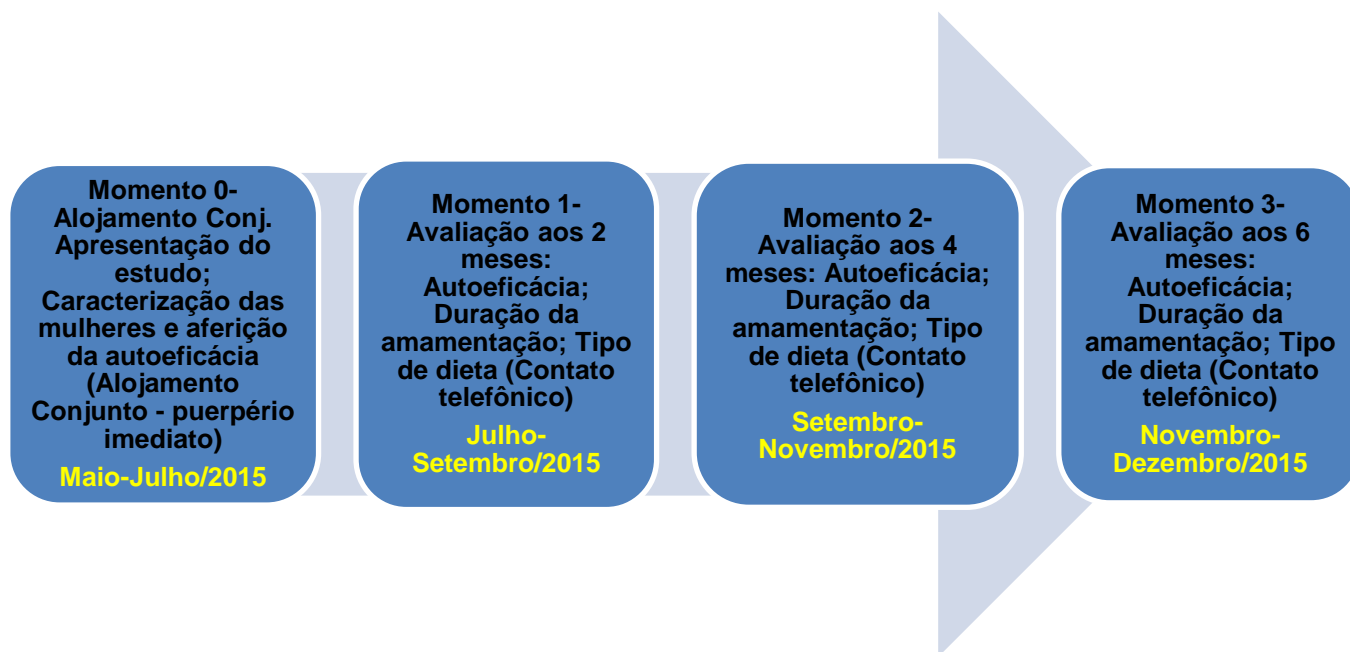
A BSES-SF é usada internacionalmente, e foi primeiramente aplicada e validada com mulheres adultas (DENNIS, 2003); (TORRES; TORRES; RODRÍGUEZ, 2003); (DODT, 2008). Seus resultados mostraram que a escala é um instrumento válido e confiável para identificar a confiança das puérperas em amamentar.

O terceiro instrumento foi adaptado de Nicolau (2015), o qual foi utilizado durante o contato telefônico contendo dados referentes ao contato, como; número de tentativas, dias pós-parto, duração do contato, se estava amamentando e tipo de dieta da criança aos dois, quatro e seis meses (APÊNDICE C).

3.5 Operacionalização da coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de Maio/2015 a Dezembro/2015, sendo o recrutamento no período de Maio a Julho, conforme as etapas destacadas na Figura 2.

Figura 2. Representação gráfica das etapas da coleta de dados. Fortaleza-CE, Maio/2015 a Dezembro/2015.



Fonte: Autora

Momento 0-(Alojamento Conjunto): Recrutamento e caracterização das mulheres

O recrutamento das puérperas ocorreu no AC do Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana por um período de três meses (maio a julho de 2015) nas segundas, quartas e sextas no período diurno. O horário da coleta foi estabelecido para não ocorrer repetição das puérperas, considerando que as mulheres necessitam de internação por no mínimo de 24 horas após o parto.

Ao chegar ao alojamento conjunto foram avaliados e selecionados os prontuários de acordo com os critérios de inclusão do estudo. Após essa prévia seleção, as participantes foram abordadas na enfermaria obstétrica, sendo explicado o objetivo da pesquisa e seus benefícios, bem como eram obtidos seus consentimentos, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Ressalta-se que essa fase foi realizada por bolsistas PIBIC (Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica) da Universidade Federal do Ceará, as quais participam do grupo de pesquisa da pesquisadora e foram treinadas previamente quanto ao uso dos instrumentos aplicados nesse momento.

Inicialmente, todas as participantes responderam um formulário adaptado de Dodt (2011), contendo características sociodemográficas (idade, raça, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar, número de moradores no domicílio, fumante, alcoolista), obstétricas (número de gestação, parto, aborto, paridade, história de prematuridade, prática anterior da amamentação, motivos e dificuldades para amamentar), e variáveis relacionadas à gravidez atual, parto e puerpério (gravidez planejada, realizou pré-natal, incentivo para amamentar (quem incentivou e orientou), tipo de parto, bebê amamentou imediatamente após o parto, local que o bebê foi amamentado) (APÊNDICE B).

Além deste instrumento, foi aplicada a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF)* (ANEXO A), para avaliar a autoeficácia das puérperas.

Momentos 1, 2 e 3- Avaliação com 2, 4 e 6 meses respectivamente

Após entrevista realizada no AC foi realizado o monitoramento da autoeficácia e da dieta do bebê em outros três momentos: aos 2, 4 e 6 meses de vida do bebê. Esse monitoramento foi feito via telefone. No primeiro contato telefônico a paciente foi lembrada quanto à primeira abordagem realizada no alojamento conjunto, bem como o passo a passo da pesquisa. Esse contato foi realizado pelas mesmas enfermeiras e acadêmicas de enfermagem que realizaram o recrutamento e que receberam treinamento prévio. Para avaliação dos desfechos foi necessário comprar três celulares para esse fim, bem como o chip da operadora Oi, no plano “Off –Fevereiro/15”, o qual ofertava: ligações ilimitadas, locais e DDD para celulares e fixo da Oi. Para ligações para outras operadoras foi necessária a recarga de R\$ 30,00 mensais.

Na ocasião, foi aplicado um formulário adaptado de Nicolau (2015) (APÊNDICE C) o qual continha os dados referentes ao acompanhamento da puérpera quanto ao tipo de aleitamento materno, duração e exclusividade da amamentação. Também foi aplicado novamente a BSES-SF, na busca de comparar a autoeficácia no decorrer do tempo.

3.6 Variáveis Estudadas

Para análise dos dados foram escolhidos três aspectos como variáveis dependentes:

1- Autoeficácia na prática do AM: Autoeficácia é definida como a convicção pessoal de que se pode executar com sucesso uma ação para produzir resultados desejáveis em uma dada situação (BANDURA, 1989). Foi mensurada pela versão reduzida da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF)* (ANEXO A). Os escores totais da escala são classificados da seguinte maneira:

- ✓ Baixa eficácia: 14 a 32 pontos;
- ✓ Média eficácia: 33 a 51 pontos;
- ✓ Alta eficácia: 52 a 70 pontos.

Essa escala foi validada no Brasil pela enfermeira Dodt (2008), apresentando Alfa de Cronbach de 0,74 e média do Coeficiente de Correlação Intraclasse entre 0,69 e 0,78, mostrando ser um instrumento confiável.

2- Duração do Aleitamento Materno Exclusivo: Intervalo de tempo que a criança recebeu somente leite materno como alimento. Avaliada pelo instrumento que foi aplicado em cada contato telefônico, o qual continha a seguinte pergunta: Você está amamentando? Dessa forma, foi possível verificar a taxa de interrupção do aleitamento materno.

3-Tipo de amamentação: Qual o tipo de dieta, conforme as definições do Ministério da Saúde (2015) estava sendo ofertada para criança no momento da pesquisa.

Avaliado através do instrumento aplicado aos dois, quatro e seis meses.

Quanto as variáveis independentes consideraram-se as variáveis:

Sociodemográficas: idade, raça, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar, número de moradores no domicílio.

Obstétricas: gestações, abortos, partos, história anterior de prematuridade.

Comportamentais: fumo, bebida alcoólica, prática pregressa da amamentação, motivos para a prática do aleitamento em experiências anteriores, dificuldades para a prática do aleitamento materno em experiências anteriores.

Atenção à gestação, parto e puerpério atual: planejamento da gravidez, realização de pré-natal, incentivo e orientações para prática da amamentação, tipo de parto, AM na primeira hora de vida, momento da primeira mamada.

3.7 Análise dos dados

Para análise exploratória dos dados foi solicitado o apoio de um profissional estatístico. Os dados foram compilados e analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0 para Windows, e, posteriormente apresentados em tabelas, gráficos e quadros. As variáveis contínuas foram expressas como média \pm desvio padrão e as categóricas em frequências absoluta e relativa. Pelo teste de Kolmogorov-Smirnov (FIELD, 2009) foi visto que a distribuição dos dados contínuos não seguiu a normalidade.

As comparações das médias do desfecho, durante os momentos do estudo, foram realizadas por meio do teste Wilcoxon, o qual é indicado para verificar associação entre variáveis numéricas relacionadas no tempo, avaliando a mesma característica que é mensurada em mais de um momento no tempo. Para verificar o tipo de dieta oferecida ao bebê em cada momento do estudo foi utilizado o teste exato de Fisher. Para realizar as correlações da BSES-SF com as variáveis independentes foi utilizado o teste F. Consideraram-se como estatisticamente significante as análises inferenciais com valores de $p < 0,05$.

3.8 Considerações éticas

A pesquisa que envolve seres humanos requer uma análise especial dos procedimentos a serem utilizados de modo a proteger os direitos dos sujeitos. (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob protocolo CAAE: nº 1.026.156 (ANEXO B). A Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde da

Secretaria Municipal de Fortaleza autorizou a realização deste estudo (APÊNDICE D).

Todas as participantes foram informadas sobre os objetivos do estudo. Quando de acordo, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, sendo-lhes assegurado o anonimato na divulgação das informações e a liberdade de participar ou não do estudo, segundo as normas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata de pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012). Ressalta-se que para as mulheres menores de dezoito anos foi solicitada a assinatura do responsável.



Shack- Édouard Pingret (1853)

RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1 Caracterização Sociodemográfica e Obstétrica

Referente às características sociodemográficas pode-se verificar que, dentre as 66 mulheres que participaram inicialmente desta pesquisa, a idade variou entre 14 a 42 anos (média de 26,2 anos; $DP \pm 5,8$), com predominância de mulheres na faixa etária de 18 a 35 anos (N= 55; 83,3%). Sendo predominante mulher de raça parda (N= 50; 75,8%), assim como ser casada ou viver em união estável (N= 45; 68,2%). Em relação à escolaridade, foi observado que as mulheres apresentam bom nível de escolaridade, a maioria possui nove anos ou mais de estudos (N= 29; 40,9%), seguido por mulheres com 13 anos ou mais de estudo (N= 27; 40,9%).

A renda familiar prevalente variou de R\$788,00 a R\$1.576,00 (N= 53; 80,3%), a maioria das mulheres é dona do lar (N= 30; 45,4%), dividem o domicílio com mais de dois moradores (N= 63; 95,5%), sem história de tabagismo (N= 61; 92,4) e não utilizavam bebidas alcoólicas (N= 60; 90,9%).

A análise dos dados sobre os antecedentes obstétricos revelou que a maioria das participantes do estudo não sofreu aborto (N= 56; 84,8%) e eram primíparas (N= 40; 60,6%). Das 26 mulheres com experiência de gestação anterior 22 (84,6%) não possuíam história anterior de prematuridade, 21 (80,8%) mulheres amamentaram anteriormente, e 13 (61,9%) referiram o desejo de amamentar como principal motivo para o início do AM (N= 13; 61,9%). O retorno ao trabalho (N= 1; 4,85%), problemas mamários (N= 2; 9,5%), a baixa produção de leite (N= 3; 14,3%) e outros fatores (N= 15; 71,4%) foram apontados como dificuldades encontradas para amamentar anteriormente.

A respeito da gravidez atual, parto e puerpério, 65 (98, 5%) puérperas fizeram o pré-natal, e somente 22 (33,3%) planejaram a gravidez. Houve prevalência de parto cesáreo (N= 42; 63,6%). Cerca da metade das puérperas (N= 34; 51,5%) amamentou imediatamente após o parto. Do total de puérperas 45 (68,2%) receberam incentivo para amamentar, 36 (80%) receberam incentivo dos familiares e dos amigos (N= 40; 88,9%); Dos agentes comunitários de saúde (N= 42; 93,3%); Dos enfermeiros (N= 32, 71,1%); Dos médicos (N= 29; 64,4%).

4.2 Influência dos Fatores Sociodemográficos e Obstétricos na Autoeficácia Materna

As mulheres foram analisadas quanto à autoeficácia em amamentar ainda no alojamento conjunto e com 2, 4 e 6 meses pós-parto. As tabelas a seguir mostram a associação das variáveis independentes com os escores da BSES-SF. Vale ressaltar que ao longo dos seis meses de pesquisa ocorreu uma perda amostral total de 57% (38 participantes) sendo 21 puérperas por impossibilidade de contato telefônico e 17 interromperam o aleitamento materno em algum momento da pesquisa totalizando uma amostra final de 28 puérperas.

Tabela 1. Associação entre os escores da BSES-SF e as características sociodemográficas. Fortaleza-CE, 2017.

Variáveis	Escores da BSES-SF										
			Momento 0		Momento 1		Momento 2		Momento 3		P*
			(AC)		(2 meses)		(4 meses)		(6 meses)		
	N	%	N= 66		N=44		N=37		N=28		
		M	±EPM	M	±EPM	M	±EPM	M	±EPM		
Faixa etária (em anos)											
< 18 anos	7	10,6	60,0	7,0	60,0	4,8	61,0	3,7	61,2	4,1	0,480
18 - 35 anos	55	83,3	59,4	6,6	65,8	5,1	67,1	2,8	61,9	6,0	0,003
>36 anos	4	6,1	60,7	8,0	65,6	4,0	65,0	4,1	65,7	3,7	0,028
Raça											
Parda ou negra	53	80,3	59,9	7,8	65,8	4,4	65,5	3,8	64,2	4,6	0,001
Branca	13	19,7	61,5	4,8	64,8	5,1	68,0	1,8	63,5	8,6	0,451
Estado Civil											
Com parceiro	45	68,2	60,8	6,8	65,8	4,5	65,8	3,6	64,0	5,6	0,013
Sem parceiro	21	31,8	58,8	8,7	65,4	4,6	66,0	4,0	64,3	4,1	0,043
Escolaridade (em anos)											
≤4	3	4,6	62,0	13,9	68,0	3,5	66,0	2,0	62,7	3,5	0,733
5 - 8	7	10,6	60,8	7,4	65,5	5,3	64,5	5,4	62,0	4,3	0,633
9 - 12	29	43,9	57,0	7,9	63,8	5,1	66,1	3,6	63,0	5,7	0,026
≥13	27	40,9	61,5	5,5	66,4	3,9	66,2	3,7	65,7	5,3	0,031

Ocupação												
Do lar	30	45,4	60,2	8,8	65,7	4,3	66,2	3,1	64,4	3,6	0,012	
Empregada	16	24,3	62,8	3,1	67,3	4,7	65,0	5,5	64,0	4,7	0,397	
Estudante	13	19,7	60,0	5,6	67,0	4,2	66,0	1,4	61,5	12,0	0,719	
Outra	7	10,6	55,7	5,7	62,5	4,5	65,7	4,1	64,2	8,9	0,156	
Faixa de renda familiar (R\$)												
> 788,00	7	10,6	62,0	13,9	68,0	3,5	65,0	1,0	62,3	4,0	0,743	
788 - 1576	53	80,3	59,5	6,9	65,1	4,7	66,1	3,8	63,8	5,4	<0,001	
≥1576,00	6	9,1	63,0	3,6	68,0	1,0	65,0	5,6	68,0	2,0	0,294	
Número de moradores												
Até 2 moradores	3	4,5	59,8	6,1	65,9	4,2	65,8	4,4	66,6	3,6	<0,001	
Mais de 2 moradores	63	95,5	60,5	8,8	65,4	4,9	66,0	2,8	61,1	5,2	0,138	
Fumante												
Sim	5	7,6	61,5	0,7	64,0	8,5	62,0	7,1	58,5	2,1	0,808	
Não	61	92,4	60,0	7,6	65,8	4,3	66,2	3,4	64,5	5,0	<0,001	

Fonte: Autoria própria, 2016

Legenda: M: Média; ±EPM: Erro Padrão da Média; p: t de Student. *Teste F.

Foi constatada significância estatística entre as médias dos escores da BSES-SF com as variáveis sociodemográficas: faixa etária de 18-35 anos ($p= 0,003$) e >36 anos ($p= 0,028$), raças negra e parda ($p= 0,001$), ter escolaridade- 9-12 anos de estudos ($p= 0,026$) e ≥ 13 anos de estudos ($p=0,031$), ser dona do lar ($p= 0,012$), renda familiar ($p= 0,001$), morar com até duas pessoas ($p= 0,001$) e não fumar ($p= 0,001$) (Tabela 1).

Tabela 2 – Associação entre os escores da BSES-SF e os antecedentes obstétricos. Fortaleza-CE, 2017.

Variáveis	Escores da BSES-SF										
			Momento 0		Momento 1		Momento 2		Momento 3		p
			(AC)		(2 meses)		(4 meses)		(6 meses)		
	N	%	N= 66		N= 44		N= 37		N= 28		
		M	±EPM	M	±EPM	M	±EPM	M	±EPM		
Abortos											
Sim	10	15,2	67,3	4,3	66,0	5,7	64,8	5,3	62,5	4,0	0,571
Não	56	84,8	59,0	7,1	65,6	4,3	66,1	3,5	64,3	5,3	<0,001
Paridade											
Primípara	40	60,6	60,7	6,3	66,3	3,9	66,5	3,4	64,9	5,9	0,003
Secundípara	15	22,7	59,6	6,7	65,0	5,0	65,2	4,1	63,2	3,3	0,285
Múltipara	11	16,7	58,6	12,1	64,0	6,0	64,4	4,4	62,0	2,7	0,581
História anterior de prematuridade											
Sim	04	15,4	64,0	4,7	63,0	4,2	60,1	3,9	59,9	2,6	0,720
Não	22	84,6	63,0	4,2	63,9	4,5	62,3	3,2	61,7	3,0	0,618
Amamentou anteriormente											
Sim	21	80,8	64,0	5,0	63,8	4,6	63,0	4,3	62,9	3,9	0,408
Não	05	19,2	60,0	3,0	60,0	3,0	59,8	2,5	59,9	2,8	0,543
Motivo para amamentar											
Recebeu ajuda e apoio	02	9,5	62,1	3,8	62,0	3,2	61,7	3,1	61,0	2,9	0,617
Desejou amamentar	13	61,9	64,5	6,1	64,2	5,8	64,0	6,0	63,7	5,3	0,408
Sentiu obrigação	05	23,8	64,0	5,7	63,9	4,6	63,7	5,6	62,8	4,1	0,488
Outros	01	4,8	62,0	3,1	61,5	3,1	60,2	2,3	59,6	2,1	0,809

Fonte: Autoria própria, 2016

Legenda: M: Média; ±EPM: Erro Padrão da Média; p: t de Student. *Teste F.

Com relação aos antecedentes obstétricos das puérperas com a autoeficácia em amamentar observa-se forte associação estatística entre o número de abortos e autoeficácia ($p= 0,001$) ocorrendo uma relação inversamente proporcional entre as variáveis. As mulheres primíparas apresentaram maior autoeficácia ($p= 0,003$) (Tabela 2).

Tabela 3 – Associação entre os escores da BSES-SF e as variáveis da gestação atual, parto e puerpério. Fortaleza-CE, 2017.

Variáveis	Escore da BSES-SF											p
	N	%	Momento 0 (AC) N= 66		Momento 1 (2 meses) N= 44		Momento 2 (4 meses) N= 37		Momento 3 (6 meses) N= 28			
			M	±EPM	M	±EPM	M	±EPM	M	±EPM		
Gravidez Planejada												
Sim	22	33,3	63,3	4,4	67,3	2,8	66,4	3,3	64,7	5,3	0,002	
Não	44	66,7	57,8	8,4	64,4	5,1	65,5	4,0	63,6	5,1	0,081	
Realizou Pré-Natal												
Sim	65	98,5	65,0	7,0	64,7	6,1	64,8	6,4	64,9	6,8	0,357	
Não	01	1,5	57,0	3,1	57,0	3,1	52,0	1,9	50,1	1,7	0,891	
Recebeu incentivo /orientações para amamentar												
Familiares												
Sim	09	20	56,0	11,3	65,0	7,1	64,5	6,4	66,5	2,1	0,001	
Não	36	80	60,5	7,2	65,7	4,4	66,0	3,6	63,9	5,3	0,552	
Agentes de Saúde												
Sim	03	6,7	63,0	1,4	66,0	5,6	67,0	2,8	68,5	2,1	0,001	
Não	42	93,3	59,9	7,6	65,6	4,5	65,8	3,8	63,7	5,1	0,504	
Enfermeiros												
Sim	32	71,1	58,9	7,7	65,1	4,4	66,2	3,4	64,4	6,3	0,007	
Não	13	28,9	61,4	7,0	66,2	4,6	65,6	4,0	63,8	3,8	0,061	
Médicos												
Sim	16	35,6	61,9	4,6	66,3	4,7	64,7	4,8	64,7	3,3	0,001	
Não	29	64,4	59,6	8,1	65,5	4,4	66,3	3,2	63,9	5,6	0,324	
Tipo de Parto Atual												
Vaginal	24	36,4	61,5	7,5	66,4	4,1	64,6	4,0	62,6	4,8	0,001	
Cesáreo	42	63,6	59,0	7,3	65,1	4,8	67,0	3,1	65,3	5,2	0,102	
Amamentou após o parto												
Sim	32	48,5	60,5	6,8	65,6	4,5	66,6	3,8	64,4	5,5	0,006	
Não	34	51,5	59,5	8,6	65,8	4,6	64,7	3,3	63,5	4,6	0,085	
Local que colocou filho para amamentar												
Na sala de parto	41	63,1	60,4	7,7	65,4	4,4	65,2	4,3	64,1	4,8	0,026	
Ao chegar no alojamento conjunto	08	12,3	62,0	9,2	68,7	2,3	66,7	2,1	61,7	3,5	0,322	
Outro	17	24,6	57,8	6,6	64,7	5,6	67,5	2,1	64,5	7,3	0,052	

Fonte: Autoria própria, 2017

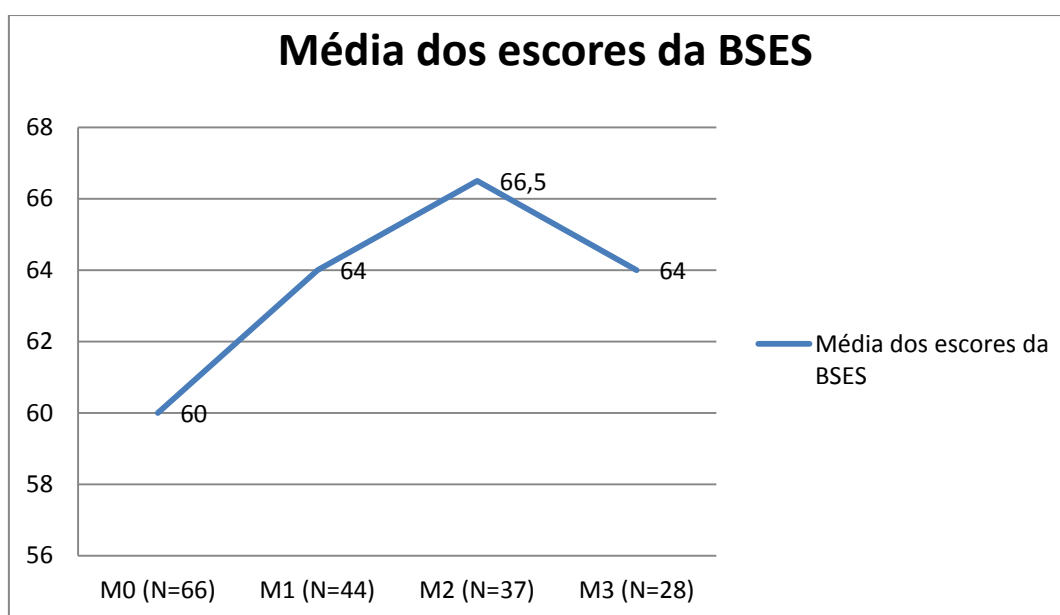
Na Tabela 3 podemos constatar que a autoeficácia em amamentar foi influenciada pelo planejamento da gravidez ($p= 0,002$), pela orientação e incentivo que a puérpera recebeu dos familiares ($p= 0,001$), agentes de saúde ($p= 0,001$), enfermeiros ($p= 0,007$) e médicos ($p= 0,001$), parto vaginal ($p= 0,001$) e pelo ato de amamentar imediatamente após o parto ($p= 0,006$), especialmente quando amamentou ainda na sala de parto ($p=0,026$).

4.3 Resultados relacionados às variáveis dependentes

A seguir, são apresentados os resultados relacionados às variáveis dependentes, ou seja, as médias da BSES-SF e o comparativo da autoeficácia materna em amamentar no segundo, quarto e sexto mês (Gráfico 1 e 2; Tabela 4 respectivamente), duração do aleitamento materno (Tabela 5), e tipo de aleitamento materno (Tabela 6).

O Gráfico 1 apresenta a distribuição das médias dos escores da BSES-SF nos quatro momentos do estudo. Vale ressaltar que os escores da BSES-SF variaram de 41-70 escores no momento inicial do estudo e de 51-70 no momento final.

Gráfico 1. Distribuição das médias dos escores da BSES-SF na linha base, 2, 4 e 6 meses. Fortaleza-CE, 2017.

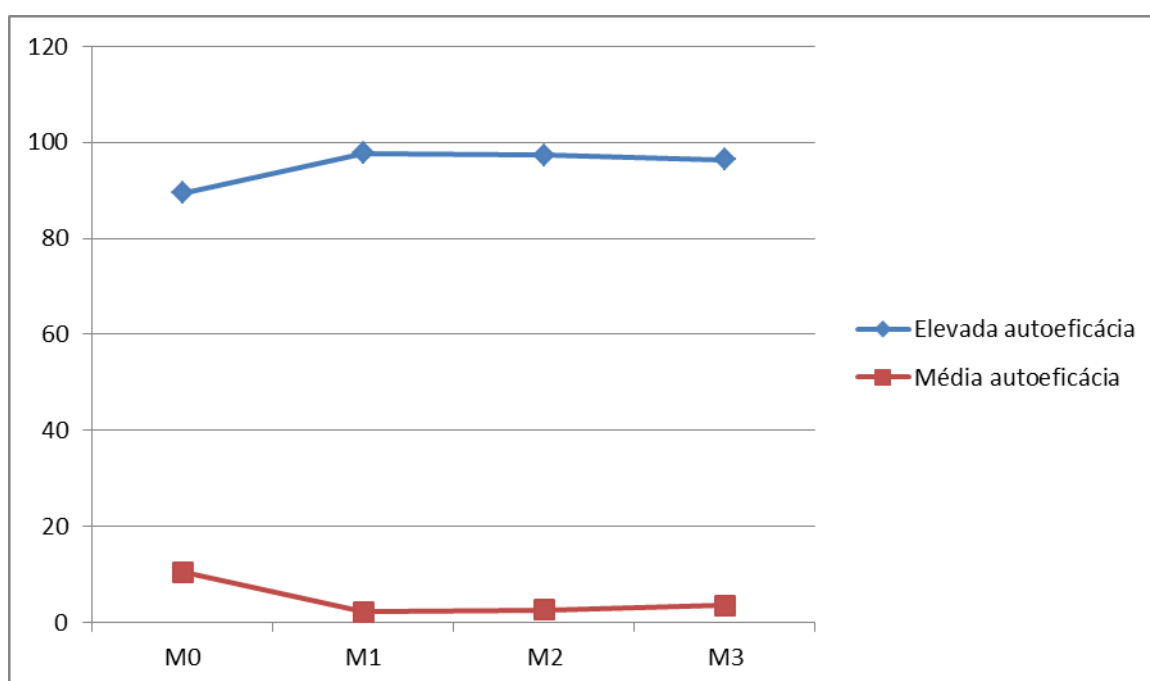


Fonte: Autoria própria, 2016

Observa-se que houve aumento da média dos escores da escala de autoeficácia nos intervalos entre M0-M1 e M1-M2, caracterizando o período de adaptação da mulher quanto à prática da amamentação e os cuidados com o bebê no domicílio. Percebe-se que a experiência em amamentar é um forte regulador para o aumento da autoeficácia e manutenção do AM. Já no intervalo de M2-M3 houve redução de 2,5 escores na média da BSES-SF.

O Gráfico 2 apresenta a frequência absoluta da classificação da autoeficácia nos quatro momentos do estudo, levando-se em consideração o nível de autoeficácia expresso pelas puérperas durante as entrevistas e o tamanho amostral em cada seguimento.

Gráfico 2. Frequências absoluta e relativa da classificação de autoeficácia nos diferentes momentos do estudo. Fortaleza-CE, 2017.



Fonte: Autoria própria, 2017

Constata-se que as participantes do estudo apresentaram nível elevado de autoeficácia. A maioria das puérperas apresentou elevada autoeficácia no início da pesquisa (N= 59; 89,4%) e no final (N=27; 96,4%), enquanto que 7 mulheres (10,6%) apresentaram média autoeficácia no momento inicial e somente 1(3,6%) no momento final.

A Tabela 4 apresenta a distribuição do comparativo das medianas da escala BSES-SF entre diferentes momentos do estudo.

Tabela 4. Comparativo da mediana dos escores da BSES-SF nos quatro momentos do estudo. Fortaleza-CE, 2017.

Momentos do estudo	N	Mediana Inicial	Mediana Final	Valor P*
M0 – M1	44	60,0	66,0	<0,001
M0 – M2	38	61,0	66,0	<0,001
M0 – M3	28	62,0	66,0	0,057
M1 – M2	38	66,5	66,0	0,925
M1 – M3	28	67,5	66,0	0,237
M2 – M3	28	67,0	66,0	0,142

* Teste de Wilcoxon

Fonte: Autoria própria, 2017

Verifica-se um aumento progressivo da mediana dos escores da escala de autoeficácia na relação entre a linha de base (momento inicial) e aos momentos subsequentes da pesquisa (M0-M1, $p = <0,001$; M0-M2, $p = <0,001$; M0-M3, $p = 0,057$). Já os intervalos de tempo a partir do M1 não tiveram correlação significativa.

Outra variável analisada foi a duração do aleitamento materno durante o período do estudo. A Tabela 5 apresenta os índices de duração e interrupção do Aleitamento Materno entre as participantes da pesquisa ao longo dos seis meses da pesquisa.

Tabela 5. Demonstrativo da duração em dias do Aleitamento Materno ao longo dos meses. Fortaleza-CE, 2017.

Puérperas Amamentando	Alojamento Conjunto	Duração do Aleitamento Materno		
		2 meses	4 meses	6 meses
Sim	66 (100%)	44 (89,8%)	37 (88,1%)	28 (80%)
Não	-	5 (10,2%)	5 (11,9%)	7 (20%)

Fonte: Autoria própria, 2017

Considerando o tamanho amostral, ao final de 2, 4 e 6 meses respectivamente 44(89,8%), 37(88,1%) e 28(80%) mulheres permaneciam amamentando seus filhos. No decorrer do estudo 17 mulheres interromperam a amamentação, sendo o maior quantitativo com 4 meses quando 7(20%) das mulheres por algum motivo deixaram de amamentar.

Na Tabela 6 são descritos os tipos de dieta oferecida ao bebê no decorrer do estudo.

Tabela 6. Distribuição do comparativo dos tipos amamentação durante os diferentes momentos da pesquisa. Fortaleza-CE, 2017.

Tipo de Dieta	Período			
	Alojamento conjunto (n=66)	2 meses (n=44)	4 meses (n=38)	6 meses (n=28)
Aleitamento Materno Exclusivo	66 (100%)	28 (64%)	14 (37%)	5 (17,9%)
Aleitamento Materno Predominante			5 (13%)	2 (7,1%)
Aleitamento Misto ou Parcial		16 (36%)	19 (50%)	14 (50%)
Aleitamento Materno Complementado				7 (25%)

*Teste exato de Fisher

Fonte: Autoria própria, 2017

No início do monitoramento, ainda no alojamento conjunto, 66 (100%) das mulheres praticavam o AME. Entretanto, com 2 meses, 16 (36%) mães já haviam introduzido complemento, praticando assim o aleitamento misto. Com 4 meses 5 (13%) mães já praticavam o aleitamento materno predominante e 19 (50%) aleitamento misto. Ao final dos 6 meses somente 5 mulheres ainda praticavam o AME.



Índia Yanomami Amamentação – Silvaney Vasconcelos (2011)

DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

5.1 Influência dos Fatores Sociodemográficos na Autoeficácia Materna

As condições socioeconômicas e demográficas como a idade materna, raça, estado civil, escolaridade, ocupação, renda, número de moradores no domicílio e o hábito de fumar apresentaram influência na autoeficácia em amamentar das puérperas do estudo.

Verificou-se que mulheres com maior idade apresentaram índices de autoeficácia mais elevados. Este estudo corrobora com os achados de outros pesquisadores que evidenciaram que ter mais idade influencia positivamente na autoeficácia materna em amamentar (ORÍÁ, 2008; DODT *et al.*, 2013; DE´GRANGE *et al.*, 2015).

Por outro lado, estudo transversal, com objetivo de identificar a prevalência e os determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses verificou que idade materna menor que 20 anos é um forte fator associado ao desmame precoce (QUELUZ *et al.*; 2012).

Visto que a idade possui influência na autoeficácia em amamentar, foi realizado um estudo no Canadá com objetivo de avaliar a confiabilidade e validade do BSES-SF entre os adolescentes concluindo que a autoeficácia do aleitamento materno nessa população é menor em relação ao público adulto, e que uma das implicações é que a adolescente não possui um foco voltado para a questão da amamentação, isso devido à imaturidade do desenvolvimento psicológico e físico inerentes dessa fase da vida (DENNIS; HEAMAN; MOSSMAN, 2011).

Em contrapartida Santos (2013) realizou um estudo para avaliar os índices de autoeficácia de puérperas adolescentes em uma maternidade de referência no Ceará e identificou que a maioria das participantes do estudo apresentaram elevadas taxas de autoeficácia.

Desta forma, a idade pode ser considerada um fator importante para tomada de decisão em amamentar e manter o AME por mais tempo, o que deve ser levado em consideração nas ações de promoção do AM.

No Brasil, o preconceito racial pode ser evidenciado na saúde, quando a

falta de incentivo ao aleitamento materno atinge mais as mulheres negras e indígenas, ditas como mulheres socialmente vulneráveis, gerando o aumento da morbimortalidade nessas populações (KALCKMANN, *et al.*, 2007). Contradizendo os fatores históricos e culturais do nosso país, neste estudo as puérperas que se classificaram como negras ou pardas apresentaram maiores índices de autoeficácia em amamentar ($p= 0,001$).

Estudo clínico randomizado realizado nos Estados Unidos com objetivo de verificar o aumento das taxas de amamentação em mulheres negras após uma intervenção educativa verificou maiores taxas de amamentação em mulheres negras em comparação com os relatados em pesquisas no país. E a taxa de amamentação de mulheres negras não diferiu significativamente das mulheres brancas ou hispânicas (SPINELLI; ENDICOTT; GOETZ, 2013).

Quanto ao estado civil, houve significância estatística entre os escores da BSES-SF tanto para as puérperas com parceiro, quanto para as puérperas sem parceiro. O fato de a mulher ter um parceiro é visto na literatura como um fator protetor para a manutenção do AME (RODRIGUES *et al.*, 2013).

O pai que entende a amamentação como algo positivo para a saúde do filho e da esposa possui papel fundamental para o enfrentamento das dificuldades, proporcionando à mulher mais segurança e confiança para amamentar. Segundo Inoue *et al* (2013) a participação do pai nos cuidados com o bebê foi fundamental para que as nutrizes mantivessem o AME por mais tempo. Machado *et al.* (2014), relata que mães que conversam com o parceiro sobre a saúde do bebê são mais propensas a continuar o AME por seis meses.

Pesquisa evidencia que filhos de casais que receberam informações sobre os benefícios do leite materno tiveram tempo maior de aleitamento (CABRAL *et al.*, 2013). Embora a figura paterna seja reconhecida como importante em todo ciclo gravídico-puerperal, e principalmente no processo da amamentação, os esforços para sua inclusão nas consultas de pré-natal e nas estratégias educacionais ainda são discretos, gerando uma lacuna nesse processo.

Compreende-se neste estudo, em consonância com outra pesquisa (DODT *et al.*, 2015), que as puérperas que apresentaram maior nível de

escolaridade apresentaram maior autoeficácia em amamentar. Assim como no estudo realizado por Joshi *et al.*, (2014) descreve que dentre os fatores que têm impacto sobre as práticas de aleitamento materno entre as mulheres está a escolaridade. Roig *et al.*, (2010), revelaram em seu estudo que existe uma correlação positiva entre maior nível de escolaridade da mãe e duração do AM.

Em pesquisa realizada na França utilizando a BSES-SF observou-se que mulheres com nível de escolaridade superior apresentaram maiores índices de autoeficácia (DE´GRANGE *et al.*, 2015). O nível de escolaridade das puérperas facilita o aprendizado sobre amamentação durante as estratégias educativas que são oferecidas no pré-natal e no puerpério, considerando ainda que mulheres com maior escolaridade podem ter mais acesso às informações sobre amamentação. Dessa forma, torna-se necessário uma reformulação para que as práticas educativas possam atender a todas as mulheres independentemente da sua escolaridade.

No que diz respeito à ocupação, as puérperas que são donas do lar se apresentaram mais confiantes para amamentar. Pesquisa desenvolvida no Paraná indica que a ocupação da mãe constitui um fator de risco associado ao tempo de aleitamento materno, posto que a mãe quando é dona do lar amamenta de forma exclusiva seus filhos até o sexto mês com maior prevalência do que mães que trabalham fora de casa (BRECAILO *et al.*, 2010). Além, do que o estresse em ter que retornar ao trabalho reduz a autoeficácia materna em amamentar (RODRIGUES *et al.*, 2013). O retorno ao trabalho pode criar na mulher a expectativa de rompimento do AM, devido as mudanças na rotina do cuidado com o bebê. Dessa maneira é necessário que as empresas apoiem as iniciativas de proteção à amamentação para que a mulher não desmame precocemente seu bebê.

Mulheres com renda familiar mais elevada apresentaram maiores chances de terem elevada autoeficácia em amamentar seu filho. Esse achado corrobora com estudo que identificou associação estatística significativa entre renda familiar e os escores da BSES-SF (DODT *et al.*, 2013). Podemos observar que a maioria das participantes possui renda familiar que varia de um a dois salários mínimos, em contrapartida a quantidade de moradores no mesmo domicílio é elevada. O número de moradores no mesmo domicílio é um fator associado à autoeficácia. Estudo longitudinal realizado no Brasil constatou que quanto menor a renda *per capita* da

puérpera maiores são as chances da mesma apresentar autoeficácia reduzida (RODRIGUES *et al.*, 2015).

Uchôa *et al.* (2014), desenvolveram uma pesquisa do tipo longitudinal, nas UBS na região metropolitana do Ceará, para avaliar a associação das médias da BSES-SF com variáveis sociodemográficas e obstétricas. Esse estudo identificou que ter uma renda *per capita* superior e ter até duas pessoas residindo na mesma casa foi positivamente associado com a autoeficácia na amamentação em relação aos períodos pré-natal e pós-parto.

Neste estudo houve correlação significativa entre a autoeficácia e o fato da puérpera não fumar, corroborando com estudo de Rodrigues *et al* (2015) que identificaram que o fato das puérperas não fazerem uso deste tipo de substância interfere positivamente na autoeficácia de amamentação.

Percebe-se que a vulnerabilidade socioeconômica deve ser uma barreira a ser enfrentada pelos profissionais da área da saúde durante o ciclo gravídico puerperal. Desta forma, ressalta-se a importância dos estudos que avaliam os fatores que estão ligados à prática da amamentação e ao uso da escala BSES-SF com o instrumento para viabilizar as ações de promoção da saúde.

Quanto aos fatores obstétricos, o fato da mulher não ter sofrido aborto interfere positivamente na autoeficácia em amamentar, dado este que corrobora com estudo de Uchôa *et al.* (2014). Pode-se evidenciar ainda associação positiva entre os escores da BSES-SF e ser primípara. Corroborando com estudo de Margotti e Epifanio. (2014), que ao avaliar o aleitamento materno aos 120 dias após o parto, identificaram que ser primípara constituiu fator de proteção para a amamentação.

Diferente do que foi identificado neste estudo, outros pesquisadores afirmam que mulheres primíparas apresentam redução significativa da autoeficácia em comparação com múltiparas (UCHÔA *et al.*, 2014; DODT *et al.*, 2013). Já Koskinen *et al.* (2014), realizaram seu estudo na Filadélfia-EUA e verificou a relação entre as práticas hospitalares de maternidade e autoeficácia da amamentação, 573 mulheres foram entrevistadas uma semana após o parto e um dos achados foi que ambas as mulheres primíparas e múltiparas apresentaram índices de autoeficácia elevados, assim como início da amamentação bem sucedido.

A autoeficácia pode também ser definida como uma expectativa de resultado, portanto uma mulher que nunca amamentou pode apresentar alta autoeficácia. Isso vai depender das expectativas que essa mulher sente com relação à prática da amamentação. Mulheres que possuem atitudes positivas e conhecimento sobre amamentação podem apresentar bons índices de autoeficácia e isso pode refletir positivamente na intenção de amamentar (YU *et al.*, 2015).

O fato de ter amamentado anteriormente não apresentou associação com autoeficácia, neste estudo. Mas a literatura revela que a experiência anterior de amamentação tem um valor protetor para autoeficácia muito importante (ZHU *et al.*, 2014; DODT *et al.*, 2013; ROIG *et al.*, 2010). A experiência pessoal é uma das fontes de informação mais importantes para a expectativa de eficácia, pois são baseadas em experiências próprias, e se a mulher já amamentou anteriormente e foi bem sucedida, ela estará mais segura quanto ao seu desempenho.

Dentre os fatores que podem influenciar na autoeficácia materna em amamentar está o fato de a mulher ter planejado a gravidez. Estudo realizado no Brasil também evidenciou que o planejamento da gestação foi um fator de proteção para o AM (UCHÔA *et al.*, 2016). Assim como Warkentin *et al.*, (2013) que identificaram o planejamento da gravidez como um dos determinantes do aleitamento materno exclusivo.

O apoio ofertado pelos familiares e amigos, e o acesso às orientações dos profissionais da saúde, apresenta influência na confiança da mãe em amamentar. Estudo conduzido na China revelou que mulheres com maior autoeficácia receberam apoio social de outras mães com experiência na amamentação, assim como o apoio de outras pessoas significativas, incluindo marido, mães, e amigos (ZHU *et al.*, 2014).

Segundo Rodrigues *et al.* (2013), o fato da mãe receber apoio de membros familiares, em especial do marido, e dos profissionais da saúde exerce influência positiva na autoeficácia de amamentação e na manutenção do AME. O envolvimento dos familiares nas ações educativas oferecidas às mulheres no período gravídico puerperal torna-se um subsídio importante para manutenção do AME.

O papel dos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro por estar mais fortemente vinculado às mulheres durante o pré-natal e puerpério e nas ações de promoção do AM, é essencial, pois estes representam uma referência de conhecimento e de suporte para as mulheres com relação à amamentação. O apoio do enfermeiro pode ajudar a solucionar problemas que as mulheres possam apresentar no puerpério, visto que, mulheres que apresentam dificuldades para amamentar nos primeiros dias pós-parto desistem mais facilmente da amamentação (BAPTISTA *et al.*, 2009), e desta forma reduz os índices de desmame precoce.

O parto vaginal apresentou forte influência positiva para autoeficácia na amamentação, fato observado em outros estudos (WARKENTIN *et al.*, 2013; DODT, 2013; UCHOA *et al.*, 2014), que elencaram que mães submetidas ao parto cesáreo obtiveram menor pontuação na BSES-SF do que as mães que deram à luz por via vaginal.

Pesquisa realizada na Turquia, desenvolvida com 144 gestantes e 150 puérperas para traduzir a BSES-SF para a língua turca e avaliar as propriedades psicométricas da escala entre as mulheres nos períodos pré-natal e pós-natal, evidenciou diferenças significativas na pontuação da BSES-SF entre as mães que realizaram parto vaginal e aquelas que foram submetidas à cesariana (TOKAT; OKUMUŞ; DENNIS, 2010).

Estudo transversal conduzido com 673 puérperas internadas em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) do Município do Rio de Janeiro identificou que a cesariana aumentou a chance de atraso do início da amamentação (ESTEVES *et al.*, 2015). Corroborando com revisão sistemática e metanálise realizada por Prior *et al.*, (2012) que apontou o fato da mulher ter sido submetida à cesariana foi o fator de risco mais fortemente associado ao início tardio da amamentação e como consequência estavam associadas às menores taxas de manutenção do AME.

Ainda que a OMS preconize uma taxa de 15% de cesariana, dados do Ministério da Saúde apontam que, em 2010, o Brasil registrou mais cesarianas do que partos normais. Na rede privada, o índice de cesarianas chega a 82% e na rede pública, 37%. No Ceará, a proporção de partos cesáreos chegou a 55,5% em 2012, em 2015, ocorreram no Estado, 54.813 partos normais e 68.870 cesarianas (BRASIL, 2015).

A cesariana vem se tornando uma alternativa mais prática para mulher, pois é um procedimento rápido e que evita o processo natural da dor do parto vaginal (WILHELM *et al.*, 2015; DENNIS, 2006). Em contrapartida por se tratar de um procedimento cirúrgico, deve-se levar em conta os índices de infecção hospitalar, o processo de recuperação pós-parto necessita de mais cuidados, e acaba por dificultar o início do aleitamento materno, já que esta prática não é comumente realizada na sala de cirurgia.

Nesse contexto o início da amamentação ainda na sala de parto é um fator protetor para manutenção do AM. Fato corroborado com Rodrigues *et al* (2014) que buscaram analisar quais os fatores relacionados ao pré-natal e ao puerpério que interferem na autoeficácia em amamentação, o estudo apresentou associação estatisticamente significativa da autoeficácia na amamentação com o fato de o bebê ter sido colocado para sugar após a primeira hora, neste estudo as puérperas que amamentaram seus bebês na primeira hora de vida apresentaram maiores índices de autoeficácia em amamentar.

Visando a importância de promover o AM ainda na primeira hora do pós-parto é necessário que os profissionais envolvidos nesse momento desenvolvam competências e habilidades em AM para realizar intervenções adequadas e superar as possíveis barreiras, principalmente na sala de parto.

5.2 Fatores relacionados às variáveis dependentes

Constata-se que as participantes deste estudo apresentaram nível elevado de autoeficácia, não houve puérpera com baixa autoeficácia. Corroborando com Soares *et al.*, (2015), que realizaram estudo com a meta de avaliar a autoeficácia em amamentação por meio da aplicação da BSES-SF os resultados revelaram que as puérperas participantes do estudo demonstraram ter elevada e média autoeficácia.

A BSES-SF foi utilizada para avaliar os fatores preditivos do desmame precoce em um hospital particular de grande porte em São Paulo. O AM foi monitorado no 7º, 15º, 30º, 45º e 60º dia pós-parto. E maioria das mães apresentaram escores compatíveis com alta autoeficácia para o aleitamento materno, e não houve nenhuma mãe com baixa eficácia (SOUZA, FERNANDES, 2014).

Podemos verificar um aumento progressivo dos escores da escala de autoeficácia na relação entre a linha de base e os momentos subsequentes da pesquisa, ressaltando que ocorreu um aumento mais considerável no segundo e quarto mês pós-parto. Este aumento dos escores possivelmente está relacionado à experiência em amamentar já adquirida pela mulher. Corroborando com Chaves, (2014) que evidenciou em seu estudo um aumento significativo nos escores da BSES após o nascimento do RN com relação ao pré-natal.

Segundo Ceruti (2011), a autoeficácia pode ser relacionada com uma tendência de autovalorização, pois está ligada aos julgamentos que o sujeito tem de si. As expectativas de autoeficácia influenciam tanto o nível como o tipo de desempenho que será disponibilizado para lidar com as atividades, bem como o esforço que será despendido.

Segundo Silva (2010) o senso de autoeficácia atua ao determinar antecipadamente as ações que o indivíduo pensa ser capaz de realizar, visando à autossatisfação por alcançar uma meta estabelecida para si, no caso, envolve as expectativas de resultado.

Além disso, a autoeficácia é um componente da motivação, pois trata-se de uma avaliação de desempenho, e tem papel fundamental nessa estrutura teórica e, conseqüentemente, na aquisição e mudança de comportamento esforço e na persistência, desta forma, os níveis de autoeficácia interferem diretamente nos níveis de motivação (MEDINA; MEDINA, 2007; SALVETI; PIMENTA, 2007).

Outra variável analisada foi a duração do aleitamento materno durante o período do estudo. Considerando o tamanho amostral, ao final da pesquisa 80% das mães permaneciam amamentando seus filhos, sendo que o maior quantitativo de mulheres que deixaram de amamentar ocorreu com 180 dias pós-parto. É possível inferir que a prevalência de AM identificada ao final de seis meses é considerada satisfatória, tendo em vista que no Brasil a maioria das crianças (87,3%) é amamentada no primeiro mês de vida. Essa proporção decresce para 77,5% aos 120 dias, e para 68,6% aos 180 dias (OLIVEIRA; MARQUES, 2011).

Estudo de coorte realizado em Hospital Amigo da Criança (IHAC) com amostra de 225 mães entrevistadas no puerpério imediato e no 15º, 30º, 60º, 120º e 180º dias após a alta, por telefone demonstrou mediana de 113 dias e que 34,1%

das mães amamentaram exclusivamente por 180 dias. Houve diferença significativamente maior de desmame aos 60 dias nas mulheres que tiveram dificuldade para amamentar antes da alta hospitalar (ROCCI; FERNANDES, 2014).

Em Portugal realizou-se um estudo observacional, de coorte, com 333 mulheres e a prevalência do aleitamento materno aos seis meses foi de 51,2% e a do aleitamento materno exclusivo foi de 17,1 % (LANZARO *et al.*, 2015).

No início do monitoramento, ainda no alojamento conjunto, 100% das mulheres praticavam o AME. Entretanto, o AME apresentou declínio progressivo chegando a 17,9% aos 6 meses. Esse declínio também foi identificado no estudo de Rocci; Quintella (2014), que no início do monitoramento, das 211 mães contatadas, 199 (94,3%), mantinham o AME. Ao final do monitoramento (180 dias) 68 mães (34,1%) permaneciam em AME. Em decorrência dos índices elevados de autoeficácia e nível de escolaridade elevado a expectativa era encontrar maior prevalência de AME, mas não foi o que ocorreu durante o estudo, o que sinaliza que as orientações oferecidas às puérperas devem ser contínuas, pelo menos durante o período preconizado para manutenção do AME. Robinson; VandeVusse, (2011) verificaram que embora as mulheres classificaram-se em geral como confiante com a amamentação, várias narrativas sobre escolhas alimentares reais indicaram ambivalência.

Dodt *et al.* (2015) reforça que as estratégias educativas envolvendo a autoeficácia em amamentar são eficazes para manter o AM. Durante seu estudo construiu e validou uma intervenção educativa, utilizando o álbum intitulado “Eu consigo amamentar meu filho”. A intervenção foi benéfica, já que as mães do grupo que receberam a intervenção tiveram altas pontuações de autoeficácia.

Efrat *et al.*; (2015) realizaram um estudo clínico randomizado com amostra de 289 mulheres para avaliar a eficácia do telemonitoramento como estratégia para promover o AME. O estudo teve início no pré-natal, do terceiro trimestre da gestação, até o 6º mês pós-parto. A intervenção seguiu um protocolo de intervenção criado pelo pesquisador principal. O aconselhamento era realizado utilizando técnicas centradas no cliente. Houve grande variedade no número de ligações, a depender da necessidade da mulher. A intervenção foi eficaz para o aumento da duração do AM no grupo intervenção. O grupo intervenção teve uma

média de 20,2 semanas de amamentação, enquanto o GC de 13,7 semanas, sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p=0,024$). As taxas de AME foram mais elevadas no grupo intervenção do que no grupo controle. As taxas de AME de acordo com o período foram: 1º mês – 31,4% do GC e 32,4% do GI ($p=0,97$); 3º mês – 23,2% no GC e 30,9% no GI ($p= 0,35$); 6º mês – 8,2% no GC e 22,2% no GI ($p=0,06$).

Ensaio clínico randomizado realizado na Malásia com amostra inicial de 318 mulheres utilizou aconselhamento por telefone realizado duas vezes por mês por um conselheiro em lactação. As taxas de aleitamento materno no grupo intervenção foram maiores do que no grupo controle com 1, 4 e 6 meses. (NORZAKIAH *et al.*; 2013).



A Família- Tarsila do Amaral(1925)

CONCLUSÃO

6. CONCLUSÃO

Ao final desta pesquisa para analisar a autoeficácia de mulheres no período puerperal quanto ao seu potencial em amamentar, pode-se concluir que:

- ✓ Houve relação entre todas as variáveis sociodemográficas e as médias dos escores da BSES-SF nos quatro momentos de acompanhamento ($p < 0,05$): idade, raça, escolaridade, ocupação, renda familiar, número de moradores no domicílio.
- ✓ Com relação aos antecedentes obstétricos e gravidez atual, as variáveis a seguir: número de abortos, ser primípara, ter planejado a gravidez, ter recebido apoio familiar e dos profissionais da saúde, parto vaginal e ter amamentado ainda na sala de parto, apresentaram associação positiva com a autoeficácia em amamentar ($p < 0,05$).
- ✓ No que se refere à BSES-SF, constata-se que as participantes apresentaram nível elevado de autoeficácia em todos os momentos do acompanhamento (AC, 2, 4, 6 meses) não houve puérpera com baixa autoeficácia.
- ✓ Quanto à média dos escores da escala de autoeficácia, ocorreu um aumento progressivo dos escores com quatro e seis meses pós-parto. Evidenciando que a experiência é um forte regulador para o aumento da autoeficácia e manutenção do AM.
- ✓ Apesar das médias dos escores de autoeficácia serem elevadas 17 mulheres interromperam a amamentação, sendo o maior quantitativo com 180 dias quando 7 (20%) das mulheres por algum motivo deixaram de amamentar. Ao final do monitoramento (180 dias) somente 17,9% das puérperas permaneciam em AME.

Os resultados revelaram que a prática da amamentação é influenciada por questões sociais, econômicas, culturais e por experiências anteriores da prática, por isso, todas essas variáveis devem ser levadas em consideração nas ações de promoção do AM.

O fato de a mulher apresentar elevada autoeficácia não é suficiente para que esta mantenha o AME pelo período preconizado de seis meses. Sendo necessário o apoio contínuo dos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, durante o período gravídico puerperal. A aplicação da BSES-SF fornece subsídios

fortalecer a participação do enfermeiro na elaboração de estratégias educativas sobre amamentação, não só para a gestante, mas para todos os componentes familiares.



Madonna Litta- Leonardo da Vinci (1490)

LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

7. LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Para realização do estudo todas as etapas exigidas pela metodologia foram rigorosamente seguidas, o que evidencia a relevância deste estudo para promoção do Aleitamento Materno. No entanto, existem algumas limitações que merecem destaque:

- ✓ A coleta de dados foi realizada em uma única unidade de Saúde que é referência nas ações de promoção do Aleitamento Materno;
- ✓ Dificuldade de restabelecer o contato por meio telefônico no seguimento do estudo, ocasionando perdas;
- ✓ Amostra final reduzida;

Recomenda-se que outros estudos sejam realizados incluindo outras instituições de saúde e com amostra maior. Sugere-se a importância da utilização da *Breastfeeding Self Efficacy Scale - Short form* pelos enfermeiros, e por outros profissionais de saúde, como ferramenta na assistência à mulheres, por meio do pré-natal e no puerpério, buscando melhorar as investigações com relação à autoeficácia em amamentar e desta forma promover a saúde da díade mãe-filho.



A Virgem Amamentando o Menino e São João Batista Criança em Adoração- Giampietrino (1520)

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria.**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, 2004.

ANTUNES, L.S.; ANTUNES, L. A. A.; CORVINO, M. P. F; MAIA, L. C. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 103-109, 2008.

BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychology Rev.**, Washington, v. 84, n. 2, p. 191-215, 1977.

BANDURA, A. **Social cognitive theory**. Greenwich, CT: JAI Press, 1989.

BANDURA, A. **Social foundation of thought and action: a social cognitive theory**. Englewoods Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1986.

BAPTISTA, G. B; HERBERT H. A; ANDRADE, G. GIOLO, S. R. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa. **Avances en Enfermería.**; Bogotá, v. 29, n. 2, p. 271-284, 2011.

BOCCOLINI, C. S.; CARVALHO, M. L.; OLIVEIRA, M. I. C.; BOCCOLINI, P. M. M. O papel do aleitamento materno na redução das hospitalizações por pneumonia em crianças brasileiras menores de 1 ano. **Jornal de Pediatria.**, Rio de Janeiro, v. 87, n. 5, p. 399-404, 2011.

BOCCOLINI, C. S; CARVALHO, M. L; OLIVEIRA, M. I. C; PÉREZ-ESCAMILLA, R. Amamentação na primeira hora de vida e mortalidade neonatal. **Archivos de Pediatría del Uruguay.**, Montevideo, v. 86, n. 2, p. 142-147, 2015.

BRANDEN, P.S. **Enfermagem Materno-infantil**. [trad] 2 ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2000, p. 286 – 314.

BRASIL. Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. **Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS**. Diário Oficial da União [internet]. Disponível em <<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2005/11108.htm>>. Acesso em: 10 mar, 2015.

BRASIL. Ministério da Fazenda; Ministério Do Trabalho e Emprego - MTE; Ministério da Previdência Social – MPS. **Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008**. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. Brasília (DF), 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília (DF), 2012. Disponível em <http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html> Acesso em 04 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Proteção Materno-Infantil da Secretaria de Assistência Médica. **Programa de Saúde Materno Infantil**. Brasília (DF), 1974.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Conselho Nacional de Saúde. **Normas para comercialização de alimentos para lactentes**. Brasília (DF), 1989 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Curso: Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru**. Brasília (DF), 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança: Nutrição Infantil: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007–2010)**. Brasília (DF), 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e reprodutiva**. Brasília (DF), 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. **II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de informação da atenção básica: SIAB: indicadores 2004**. Brasília (DF), 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e reprodutiva**. Brasília (DF), 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Brasília (DF), 2011 e.

BRASIL. Ministério da Saúde/DINSAMI. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS. Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança. **Aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame**. Brasília (DF), 1984 a.

BRASIL. Ministério da Saúde/DINSAMI. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher**. Brasília (DF), 1984 b.

BRECAILO, M. K.; CORSO, A. C. T.; ALMEIDA, C. C. B.; SCHMITZ, B. A. S. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em Guarapuava, Paraná. **Revista de Nutrição.**, Campinas, v. 23, n. 4, p. 553-563, 2010.

BROWN, A. Maternal trait personality and breastfeeding duration: the importance of confidence and social support. **Journal of Advanced Nursing.**, v. 70, n. 3, p. 587–598, 2014.

CABRAL, P.P; BARROS, C.S; VASCONCELOS, M.G.L; JAVORSKI, M; PONTES, C.M. Motivos do sucesso da amamentação exclusiva na perspectiva dos pais. **Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet].**, v.15, n.2, p.454-462, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.16996>. Acesso em: 19 de outubro, 2014.

CARVALHAES, M. A. B. L.; PARADA, C. M. G. L.; MANOEL, C. M; VENÂNCIO, S. I. Diagnóstico da situação do aleitamento materno em área urbana do sudeste do Brasil: utilização de metodologia simplificada. **Revista Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, p. 430 – 6, 2013.

CARVALHO, O. M. C.; SILVA, K. R.; ANDRADE, L. Z. C.; SILVA, V. M.; LOPES, M. V. O. Prevalência dos diagnósticos de enfermagem de amamentação no binômio mãe-filho em Unidade Básica de Saúde. **Revista Rene.**, Fortaleza, v. 15, n. 1 p. 99-107, 2014.

CASTRO, E. K; PONCIANO, C. F; PINTO, D. W. Autoeficácia e qualidade de vida de jovens adultos com doenças crônicas. **Aletheia.**, v.31, p. 137-148, 2010.

CASTRO, K. F.; GARCIA, T.R.; SOUTO, C. M. R. M.; BUSTORFF, L. A. C. V; RIGÃO, T. V. C.; BRAGA, V. A. B. Intercorrências mamárias relacionadas à lactação: estudo envolvendo puérperas de uma maternidade pública de João Pessoa, PB. **O Mundo da Saúde.**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 433-439, 2009.

CERUTTI, F.; PALMA, D. L.; ARTECHE, A. X.; LOPES, R. M. F.; WENDT, G. W. Autoeficácia entre estudantes universitários ingressantes e veteranos de dois cursos. **Ciênc. Cogn.**; v. 16, n. 3, . 57-65, 2011.

CHAVES, A. C. M. A. autoeficácia de gestantes e puérperas em amamentar. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2014.

COSTA NETO, P. L. O. **Estatística**. 1. ed. 18ª reimpressão. São Paulo: Editora Edgard Blücher Ltda, 2000.

DE´GRANGEA, M; DELEBARREB, D; TURCKC, B; MESTDAGHD, L; STORMEEF, P; RAKZAD, D. T. Les me`res confiantes en elles allaitent-elles plus longtemps leur nouveau-ne´ ? **Archives de Pe´diatrie**. Paris, v. 22, p. 708-717, 2015.

DENNIS CL. Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period. **Research & Nursing Health.**, Malden, v. 29, p. 256–268, 2006.

DENNIS, C. L.; FAUX, S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. **Research in Nursing & Health., Malden**, v. 22, n. 5, p. 399-409, 1999.

DENNIS, C. L.; HEAMAN, M.R.N.; MOSSMAN, M. R.N. Psychometric Testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form Among Adolescents. **Journal of Adolescent Health.**, v. 49, p. 265–271, 2011.

DENNIS, C.L. The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric Assessment of the Short Form. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing.**, v.32, n.6, p. 734-744, 2003.

DIJIGOW, F. B.; PAGANOTI, C. F.; COSTA, R. A.; FRANCISCO, R. P. V.; ZUGAIB, M. Influência da amamentação nos resultados do teste oral de tolerância à glicose pós-parto de mulheres com diabetes mellitus gestacional. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 12, p. 565-570, 2015 .

DODT, R. C. M. **Aplicação e Validação da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF)* em Puérperas**. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

DODT, R. C. M. **Elaboração e validação de tecnologia educativa para autoeficácia da amamentação**. 2011. 166 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2011.

DODT, R. C. M.; JOVENTINO, E. S.; AQUINO, P. S.; ALMEIDA, P. C; XIMENES, L.B. Estudo experimental de uma intervenção educativa para promover a autoeficácia materna na amamentação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 4, p. 725-732, 2015.

DODT, R. C. M; FERREIRA, A. M. V; NASCIMENTO, L. A; MACÊDO, A. C; JOVENTINO, E.C; XIMENES, L.B. Influência de estratégia de educação em saúde mediada por álbum seriado sobre a autoeficácia materna para Amamentar. **Texto contexto – enfermagem.**, Florianópolis, v. 22, n.3, 2013.

EFRAT, M. W; ESPARZA, S; MENDELSON, S. G; LANE, C. G. The effect of lactation educators implementing a telephone-based intervention among low-income Hispanics: A randomised trial. **Health Education Journal.** v.74, n. 4, p. 424-441, 2015.

ESTEVES, T. M. B; DAUMAS, R. P; OLIVEIRA, M. I. C; ANDRADE, C. A. F; LEITE, I. C. Fatores associados ao início tardio da amamentação em hospitais do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2009. **Caderno de Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 2390-2400, 2015.

FADALE, K. L., TUCKER, D., DUNGAN, J., SABOL, V. Improving nurses' vasopressor titration skills and self-efficacy via simulation-based learning. **Clinical Simulation in Nursing.**, n. 10, v. 6, p. 291- 299, 2014.

FIELD, Andy. **Discovering statistics using SPSS**. Sage publications, 2009.

FIGUEIREDO, B.; DIAS, C. C.; BRANDÃO, S.; CANÁRIO, C.; NUNES-COSTA, R. Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. **Jornal de Pediatria.**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 4, p. 332-338, 2013.

FONTENELE, F. C.; PAGLIUCA, L. M. F.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Cuidados com a pele do recém-nascido. **Anna Nery.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 480-485, 2012.

GILMARTIN, M. J.; NOKES, K. A. Self-Efficacy Scale for Clinical Nurse Leaders®: Results of a Pilot Study. **Nursing Economic.**, v. 33, n. 3, 2015.

HULLEY, S. B; CUMMINGS, S. R; NEWMAN, T. B; BROWNER, W. S; GRADY, D. G. **Delineando a Pesquisa Clínica - Uma Abordagem Epidemiológica**. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

HURTADO, D. S. M.; CASTANHEIRA, L. N. Self-efficacy y actitud hacia el drug use en la childhood: exploring them conceptus. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.**, Ribeirão Preto, n. 18, p. 655-662, 2010.

INOUE, M.; BINNS, C. W.; OTSUKA, K.; JIMBA, M.; MATSUBARA, M. Infant feeding practices and breastfeeding duration in Japan: a review. **Int Breastfeed J.** v. 7, n. 1, p. 15, 2012.

IP, S.; CHUNG, M.; RAMAN, G.; TRIKALINOS, T.; LAU, J. A. Summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's Evidence Report on Breastfeeding in Developed Countries. **Breastfeed Med.**, v. 4, n.1, p. 17-30, 2009.

JENKINS, M. A Concept Analysis of Self-Efficacy and Adolescent Sexual Risk-Taking Behavior . **Nursing Forum.**, v. 50, n. 1, 2015.

JOSHI, A.; TROUT, K. E; AGUIRRE, T.; WILHEM, S. Exploration of factors influencing initiation and continuation of breastfeeding among Hispanic women living in rural settings: a multi-methods study. **Rural Remote Health.**, v.14, n. 3, p. 2955, 2014.

JOVENTINO, E. S.; ORIÁ, M. O. B.; SAWADA, N. O; XIMENES, L. B. Validação aparente e de conteúdo da escala de autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, 2013.

KALCKMANN, S.; SANTOS, C. G.; BATISTA, L. E.; CRUZ, V. Martins. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS?. **Saúde e Sociedade.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 146-155, 2007.

KARALL, D; NDAYISABA, J. P; HEICHLINGER, J; KIECHL-KOHLENDORFER, U; STOJAKOVIC, S; LEITNER, H; SCHOLL-BURG, S. Aleitamento materno e desmame: um olhar sobre as vivências de mães enfermeiras. **JPGN.**, v. 15, n. 5, 2014.

KOSKINENET, K. S; AHO, A. L; HANNULA, L; KAUNONEN, M. Hospital practices and breastfeeding self-efficacy in finnish primiparous and multiparous women during the immediate post partum period. **Midwifery.**, Philadelphia, v. 30, n. 4, p. 464- 470, 2014.

LANZARO, C.; SANTOS, P.; GUERRA, A.; HESPANHOL, A. P.; ESTEVES, M. J. Prevalência do Aleitamento Materno: Comparação entre uma População Urbana e uma População Rural do Norte de Portugal. **Acta Pediátrica Portuguesa.**, v. 46, p. 101-108, 2015.

LEÃO, E. R.; FARAH, O. G.; REIS, E. A. A.; BARROS, G.; MIZOI, C. S. Perfil acadêmico, crenças e autoeficácia em pesquisa de enfermeiros clínicos: implicações para o Programa de Pesquisa de Enfermagem de um Hospital na Jornada Magnet®. **Hospital Einstein.**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 507-513, 2013.

LEVY, L.; BERTOLO, H. **Manual de Aleitamento Materno: Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebês.** Comitê Português para a UNICEF/Comissão Nacional, 2008.

MACHADO, M. C. M.; ASSIS, K. F.; OLIVEIRA, F. C. C.; RIBEIRO, A. Q.; ARAÚJO, R. M. A. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores

psicossociais. **Revista de Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 6, p. 985-994, 2014.

MARGOTTI, E; EPIFANIO, M. Aleitamento materno exclusivo e a Escala de Autoeficácia na Amamentação. **Revista RENE.** Fortaleza, v. 15, n. 5, p. 771-779, 2014.

MATA, L. R. F.; CARVALHO, E. C.; GOMES, C. R. G.; SILVA, A. C.; PEREIRA, M. G. Postoperative self-efficacy and psychological morbidity in radical prostatectomy. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 5, p. 806-813, 2015.

MCCARTER-SPAULDING, D. E.; DENNIS, C. L. Psychometric Testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form in a Sample of Black Women in the United States. **Research in Nursing & Health.**, v. 33, p. 111–119, 2010.

MCEWEN, M.; WILLS, E. M. Desenvolvimento de conceito: esclarecimento do significado dos termos. **Trad. de Ana Maria Thorel. Porto Alegre: Artmed**, p. 74-96, 2009.

MEDINA, C. O.; MEDINA, E. U. **Autoeficacia y conductas de salud. Ciencia y enfermería.**, v. 13, n. 1, p. 9 - 15 , 2007.

MISKIN, P.; MATTHEWS, E.; W ALLACE, L. A.; FOX, S. Cultural Self-Efficacy of Second- Degree Nursing Students in Providing Care to Immigrants. **Journal of Cultural Diversity.**; v. 22, n. 4, p. 155-162, 2015.

MOTA, D.; BARROS, A. J. D.; MATIJASEVICH, A.; SANTOS, I. S. Avaliação longitudinal do controle esfinteriano em uma coorte de crianças Brasileiras. **Jornal de Pediatria.**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 5, p. 429-434, 2010.

NICOLAU, A. I. O. Efeitos de intervenções por telefone na adesão ao recebimento do laudo colpocitológico. 2015. 117 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2015.

NORZAKIAH, M. T; NABILLA, A. Does telephone lactation counselling improve breastfeeding practices?: A randomised controlled trial. **International Journal of Nursing Studies.** v. 50, n. 1, p. 16-25, 2013.

OLIVEIRA, K. M. P.; MARQUES, I. R. Situação do aleitamento materno no Brasil: uma revisão. **Rev Enferm UNISA.**, v. 12, n. 1, p. 73-8, 2011.

OLSEN, C. F.; TELENIOUS, E. W.; ENGEDAL, K.; BERGLAND, A. Increased self-efficacy: the experience of high-intensity exercise of nursing home residents with dementia – a qualitative study. **BMC Health Services Research.**, v. 15, p. 379, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis.** Brasília (DF), 1989.

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

OTSUKA, K.; DENNIS, C. L; TATSUOKA, H.; JIMBA, M. The Relationship Between Breastfeeding Self-Efficacy and Perceived Insufficient Milk Among Japanese Mothers. **JOGNN.**, v. 37, p. 546-555, 2008.

PEPINO, M. Y; MENNELA, J. A. Factors contributing to individual differences in sucrose preference. **Chem Senses.**, v. 30, n. 1, p. 319–320, 2005.

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. **Caderno de Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v.26, n.12, pp. 2343-2354, 2010.

POLIDO, C.G, MELLO, D.F, PARADA, C.M; CARVALHAES, M.A; TONETE, V.L. Maternal experiences associated with longer term exclusive breastfeeding: an ethnographic study. **Acta Paulista Enfermagem.**, Botucatu, v. 27, n. 5, p. 465-70, 2014.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRIOR, E; SANTHAKUMARAN, S; GALE, C; PHILIPPS, L. H; MODI, N; HYDE, M. J. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. **American Journal of Clinical Nutrition.**, Rockville, v. 95, p. 1113–35, 2012.

QUELUZ, M. C.; PEREIRA, M. J. B.; SANTOS, C. B.; LEITE, A. M.; RICCO, R.G. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** São Paulo, v. 46, n. 3, p. 537-543, 2012.

RAMOS, C.V; ALMEIDA, J.A.G; SALDIVA, R.D.M; PEREIRA, L.M.R; ALBERTO, N.S.M.C. Prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo e os fatores a ele associados em crianças nascidas nos Hospitais Amigos da Criança de Teresina – Piauí. **Rev Epidemiol Serv Saúde.**, v.19, n.2, p. 115-124, 2010.

REA, M. F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **Jornal de Pediatria.**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 142-6, 2004.

REZENDE, J; MONTENEGRO, C.A.B. **Obstetrícia Fundamental.** 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999, p. 204-6.

ROBINSON, K. M; VANDEVUSSE, L. African American women's infant feeding choices: prenatal breast-feeding self-efficacy and narratives from a black feminist perspective. **J Perinat Neonatal Nurs.**, v. 25, n. 4, p. 320-328, 2011.

ROCCI, E; FERNANDES, R. A. Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 1, p. 22-27, 2014.

ROCCII, E.; QUINTELLA, R. A. Autoeficácia na amamentação: um estudo de coorte. **Acta Paulista de Enfermagem**. Botucatu. v. 27, n. 5, p. 465-470, 2014.

RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. **Concept development in nursing – foundations, techniques, and applications**. Philadelphia: WB Saunders Company, 2000.

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

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.**, Recife, v. 7, p. 4144-52, 2013.

RODRIGUES, A. P.; PADOIN, S. M. M.; PAULA, C. C.; SOUZA, E. O.; ALMEIDA, P. C.; XIMENES, L. B. Influência das condições sociodemográficas e comportamentais na autoeficácia em amamentar: estudo transversal. **Online Brazilian Journal of Nursing**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 324, 2015. Disponível em <<http://www.objnursing.uff.br/>>. Acesso em 15 marc. 2016.

RODRIGUES, I. G. **Cuidados paliativos análise de conceito**, 2008. Dissertação, (Mestrado em Enfermagem). Universidade São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

ROIG, A. O.; MARTÍNEZ, M. R.; GARCÍA, J. C.; HOYOS, S.P.; NAVIDAD, G. L.; ÁLVAREZ, J. C. F.; PUJALTE, M. M. C.; GONZÁLEZ, R. G. L. Fatores associados ao abandono do aleitamento materno durante os primeiros seis meses de vida. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v.18, n. 3, 2010.

ROSA, L. J.; JUSTIZ, A.; IBARRA, I. B. Paper la enfermera en la aplicación de una medición scale it self-efficacy for smoking dejar. **Rev. tub. Nurse.**, v. 19, n. 3, 2003.

SALVETTI, M. G.; PIMENTA, C. A. M. Validação da Chronic Pain Self-Efficacy Scale para a Língua Portuguesa. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 32, n. 4, p. 202-210, 2005.

SALVETTI, M.G.; PIMENTA, C.A.M. Dor crônica e a crença de autoeficácia. **Revista da Escola de Enfermagem USP.**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 135-40, 2007.

SANTOS, D. B.; VIEIRA, E. M. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2511-2522, 2011.

SILVA, A. V.; OLIVEIRA, D. M.; GREI, E. V. E.; GONÇALVES, P. C.; GESTEIRA, E. C. R. Fatores de risco para o desmame precoce na perspectiva das puérperas – resultados e discussão. **Rev Inst Ciênc Saúde.**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 220-225, 2009.

SILVA, B.T.; SANTIAGO, L. B.; LAMONIER, J. A. Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. **Revista Paulista de Pediatria.**, v. 30, n.1, p. 122-130, 2012.

SILVA, M. C. S.; LAUTERT, L. The sense of self-efficacy in maintaining health promoting behaviors of elderly. **Revista da Escola de Enfermagem USP.**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 61-67, 2010.

SPINELLI, M. G.; ENDICOTT, J.; GOETZ, R. R. Increased breastfeeding rates in black women after a treatment intervention. **Breastfeed Med.**; v. 8, n. 6, p. 479-84, 2013.

STANLEY, M.; POLLARD, D. Relationship Between Knowledge, Attitudes, and Self-Efficacy of Nurses in the Management of Pediatric Pain. **Pediatric Nursing.**, v. 39, n. 4, 2013.

STRIGHT, B. R. **Série de estudos em Enfermagem: Enfermagem materna e neonatal.** 2ª ed. Rio de Janeiro, 1998, p. 104-111.

TOKAT, A. M; OKUMUŞ, H; DENNIS, C. L. Translation and psychometric assessment of the Breast-feeding Self-Efficacy Scale- Short Form among pregnant and postnatal women in Turkey. **Midwifery.**, Philadelphia, v. 26, n. 1, p.101, 2010.

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. **Journal of Human. Lactation.**, v.19, p.35-42, 2003.

TRANFIELD, D; DENYER, D; SMART, P. Towards a methodology for developing evidence- informed management knowledge by means of systematic review. **British journal of management.**, Londres, v. 14, n. 3, p. 207-222, 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 Brazilian Journal of Nursing.** Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 645-55, 2014. Disponível em <<http://www.objnursing.uff.br/>>. Acesso em 10 mai. 2016.

UNICEF. Comitê Português para a UNICEF/ Comissão Nacional. **Manual de aleitamento Materno.** Lisboa, 2008.

UNICEF. Comitê Português para a UNICEF/ Comissão Nacional. **Manual de aleitamento Materno.** Lisboa, 2008.

URIBE, A. F.; ORCASITA, L. T. Evaluación of conocimientos, Actitudes, susceptibilidad y self-efficacy frente al HIV / AIDS en profesionales de la salud.

VAN DER BIJL, J. J.; SHORTRIDGE-BAGGETT, L. M. The theory and measurement of self efficacy construct. **Sch Inq Nurs Pract., New York**, v. 15, n. 3, p. 189-207, 2001.

VENANCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. L.; SALDIVA, S. R. D. M.; GIUGLIANI, E. R. J. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e distrito federal: situação atual e avanços. **Jornal de Pediatria.**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 4, jul.-ago. 2010.

VICTORA, C.G.; HORTA, B.L.; MOLA, L. L.; QUEVEDO, L.; PINHEIRO, R. T.; GIGANTE, D. P.; GONÇALVES, H.; BARROS, F. C. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. **The Lancet Global Health.**, v. 3, n. 4, p. 199, 2015.

VILLEGAS, N.; LAGUNAS, L. M. F.; ACOSTA, R. C.; MINER, S. CAMPOS, L.; PERAGALLO N. Conocimientos y autoeficacia asociados a la prevención del VIH y SIDA en mujeres chilenas. **Invest Educ Enferm.**, v. 29, n. 2, p. 222–22, 2011.

WARKENTIN, S.; TADDEI, J. A. A. C, VIANA, K. J, COLUGNATI, F.A.B. Exclusive breastfeeding duration and determinants among Brazilian children under two years of age. **Revista Nutrição.**, Campinas, v. 26, n. 3, 259-269, 2013.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing.**, v. 52, n. 5, p. 546– 553, 2005.

WILHELM, L.A.; DEMORI; C.C.; ALVES, C.N.; BARRETO, C.N.; CREMONESE L.; RESSEL, L.B. A vivência da amamentação na ótica de mulheres: contribuições para a enfermagem. **Revista de Enfermagem UFSM.**, Santa Maria, v. 5, n. 1, p. 160-168, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge.** Geneva: WHO; 1998.

YASSUDA, M.S; LASCA, VB; NERI, A.L. Meta-memória e Autoeficácia: Um estudo de validação de instrumentos de pesquisa sobre memória e envelhecimento. **Psicologia: Reflexão e Crítica.**, v. 18, n. 1, p. 78-90, 2005.

YU, E. A.; TIRMIZI, N.; OWAIS, A.; DAS, S. K.; RAHMAN, S.; SCHWARTZ, F. B.; STEIN, A. D. Maternal Knowledge, Attitudes and Self-efficacy in Relation to Intention to Exclusively Breastfeed Among Pregnant Women in Rural Bangladesh. **Maternal and Child Health Journal.**, v. 19, n. 1, p. 49-57, 2015.

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



Maternidade: Edilma Amamentando Ana Sophia- Gerson Guerreiro (2012)

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhora,

Você está sendo convidada por Anne Fayma Lopes Chaves, orientanda da profa. Mônica Oliveira Batista Oriá, a participar como voluntário de uma pesquisa intitulada “**Telemonitoramento para melhoria da autoeficácia materna na amamentação**”. Você não deve participar contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo do estudo é analisar os efeitos de um telemonitoramento realizado no puerpério para melhoria da autoeficácia materna, duração e exclusividade do aleitamento materno. Ressalto que sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a melhoria da autoeficácia materna entre as mães, repercutindo diretamente nas taxas de aleitamento materno.

Nesse sentido, a sua colaboração, caso aceite participar da pesquisa, será através de resposta a um formulário contendo perguntas relacionadas às condições sociodemográficas, econômicas e obstétricas. Em seguida, você e outras mães serão distribuídas em dois grupos. Caso você participe do grupo intervenção, além de receber as orientações do serviço de saúde, a senhora participará de um telemonitoramento para melhoria da autoeficácia materna em amamentar através de cinco ligações, as quais ocorrerão em 7, 15, 30, 45 e 60 dias após o parto. Posteriormente, receberá uma ligação com 2, 4 e 6 meses para saber sobre a autoeficácia em amamentar, duração e exclusividade do aleitamento materno. Caso participe do grupo controle, a senhora receberá as orientações do serviço de saúde e uma ligação no segundo, quarto e sexto mês interrogando sobre a autoeficácia em amamentar, duração e exclusividade do aleitamento materno.

Sua participação deverá ser de livre e espontânea vontade, portanto, você não será obrigada ou forçada a participar ou receberá qualquer tipo de pagamento pela mesma. Informo, ainda, que você tem o direito de não participar, se assim desejar, ou se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, você resolver desistir, terá a liberdade de sair, sem nenhum prejuízo no atendimento no serviço de saúde. Ressalto que será garantido o anonimato e sigilo quanto ao seu nome e quanto às informações confidenciais prestadas durante a pesquisa. Não divulgaremos nenhuma informação que possa identificar você.

Lembro ainda que, os procedimentos aos quais será submetida não provocarão danos morais, físicos, financeiros ou religiosos. Porém, ressalto sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa: tempo necessário para o fornecimento de suas informações no formulário e na escala e a duração dos telefonemas.

Este documento será emitido duas vezes, sendo uma delas deixada com você e a outra com a pesquisadora. Em caso de dúvidas e/ou desistência da entrevista, pode entrar em contato com o Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará por meio do telefone (85) 3366-8344. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço:

Anne Fayma Lopes Chaves
Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará
Rua Alexandre Baraúna, 1115. Fone: (85) 3366-8448
E-mail: faymalopes@bol.com.br

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 do pesquisador

Assinatura de quem coletou os dados

APÊNDICE B- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Data da Entrevista: ___/___/___

1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nome: _____ Telefones: _____/_____

Idade: _____

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

3. Estado civil: 1() casada/união estável 2() solteira 3() divorciada
4() viúva

4. Escolaridade: _____ (anos de estudos concluído)

5. Ocupação: 1() Estudante 2() Do lar 3() Empregada 4() Desempregada
5() Aposentada 6() Outras: _____

6. Renda familiar: _____ (em reais)

7. Nº de moradores em domicílio: _____ pessoas

8. Fumante: 1() Sim 2() Não

9. Bebida Alcoólica: 1() Sim, frequentemente 2() Sim, só nos finais de semana
3() Sim, raramente 4() deixei de beber por causa da gravidez 5() Não

2. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

10. Número de Gestações _____

11. Número de Aborto _____

12. Paridade: 1() Primípara 2() Secundípara 3() Multípara

13. História anterior de prematuridade: () 1 Sim () 2 Não

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

15. Quais foram seus principais motivos para amamentar seus filhos?

1() Sentiu obrigação 2() Desejou amamentar 3() Recebeu ajuda e apoio
4() Outros _____

15. Quais as dificuldades surgiram durante a amamentação dos outros filhos?

1() Retorno ao trabalho 2() Produção de leite 3() Problemas mamários
4() Outros _____

3. DADOS DA GRAVIDEZ ATUAL/PARTO/PUERPÉRIO

18. Gravidez Planejada: 1() Sim 2() Não

19. Realizou Pré-Natal: 1() Sim 2() Não

20. Recebeu incentivo e orientações para amamentar? 1() Sim 2() Não

21. Quem incentivou e orientou? 1() Familiares 2() Amigos 3() Agente de
saúde 4() Enfermeiro 5() Médico () Outros _____

22. Tipo de parto: 1() Vaginal 2() Cesáreo


23. Colocou o bebê para amamentar imediatamente após o parto?

1() Sim 2() Não

24. Em que momento você colocou seu filho para amamentar?

1() Na sala de parto 2() Ao chegar no alojamento conjunto 3() No dia seguinte
4() Outros: _____

APÊNDICE D- TERMO DE ANUÊNCIA E PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PREFEITURA DE MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

DECLARAÇÃO

Número do processo: P428520/2014

Título do projeto de pesquisa: "TELEMONITORAMENTO PARA MELHORIA DA AUTOEFICÁCIA MATERNA NA AMAMENTAÇÃO".

Pesquisadoras responsáveis: ANNE FAYMA LOPES CHAVES E MÔNICA OLIVEIRA BATISTA ORIÁ.

Instituição proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ.

A Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, conforme as suas atribuições, declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emite parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 466/2012. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza, 28 de janeiro de 2015.

Maria Ivanilla Tavares Timbó
Maria Ivanilla Tavares Timbó
Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da SMS

Rua Antonio Augusto, 1571 • Meireles • CEP 60.110-370 Fortaleza-Ceará, Brasil

APÊNDICE E- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TELEMONTORAMENTO PARA MELHORIA DA AUTOEFICÁCIA MATERNA NA AMAMENTAÇÃO

Pesquisador: Anne Fayma Lopes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 42495114.4.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.026.156

Data da Relatoria: 16/04/2015

Apresentação do Projeto:

Projeto de tese de doutorado que enfatiza a autoeficácia materna na amamentação utilizando tecnologia em saúde. Proposta de Ensaio clínico randomizado, apresentando texto coerente, claro. Apresenta aspectos específicos do aleitamento materno, hipóteses e objetivos coerentes com a metodologia. Aspectos éticos explícitos no texto.

Objetivo da Pesquisa:

Geral

Analisar os efeitos de um telemonitoramento realizado no puerpério para melhoria da autoeficácia materna, duração e exclusividade do aleitamento materno.

Específicos

Comparar a autoeficácia materna em amamentar entre as mães que receberam o telemonitoramento e as que não receberam.

Comparar as taxas de aleitamento materno e exclusivo entre as mães que receberam o

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
 Bairro: Rodolfo Tedfio CEP: 60.430-270
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3223-2009 E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Pensar: 1.026.156

telemonitoramento e as que não receberam.

Associar os escores de autoeficácia materna em amamentar com as variáveis sociodemográficas e obstétricas da população estudada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios estão voltados ao estudo da autoeficácia materna no aleitamento materno como forma de promover o aleitamento exclusivo. Os riscos são mínimos, podendo ocorrer desconfortos por se tratar de estudo que vai necessitar utilizar certo tempo da mulher ao telefone, o que pode de alguma forma gerar cansaço e interrupção de alguma atividade considerada importante pela mãe.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A Introdução versa sobre o aleitamento materno, suas vantagens, recomendações de órgãos nacionais e internacionais explicitando aspectos de políticas públicas e aleitamento materno. Cita estudos internacionais que usaram metodologias semelhantes à proposta no estudo (telemonitoramento). Apresenta a tese de que o uso de uma intervenção telefônica no período puerperal pautada nos princípios da autoeficácia é capaz de elevar a autoeficácia materna em amamentar, bem como de promover a maior duração e exclusividade do aleitamento materno. Estudo do tipo ensaio clínico randomizado a ser desenvolvido com mães no puerpério, quando se investigará o uso de intervenção para autoeficácia materna no aleitamento materno. A coleta de dados ocorrerá no período de abril a dezembro de 2015, na unidade de alojamento conjunto do Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana, conhecido popularmente como Gonzaguinha, pertencentes ao município de Fortaleza. Para o cálculo da amostra utilizou-se a fórmula para estudos com grupos comparativos (POCOCK, 1983), totalizando ao final 132 puérperas, sendo 66 para o grupo experimental e 66 para o grupo controle. O Grupo Intervenção será composto por puérperas que receberão a intervenção educativa (telemonitoramento), além do atendimento habitual da maternidade, conforme a rotina de cada instituição; Grupo Controle será composto por puérperas que não receberão a intervenção educativa (telemonitoramento), somente o atendimento habitual da maternidade, conforme a rotina de cada instituição. Para a coleta além de instrumentos de caracterização das participantes, se usará a forma abreviada da escala de autoeficácia materna para amamentar (BSES-SF) para avaliar a autoeficácia das

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: correpe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 1.026.156

puérperas.

Ressalta-se que a aplicação da BSES-SF irá promover o diagnóstico inicial das necessidades de cada puérpera e norteará a aplicação da intervenção, sinalizando os itens que devem ser priorizados. A intervenção educativa abrangerá cinco contatos (1 etapa): o primeiro com 7 dias pós-parto, o segundo com 15 dias, o terceiro com 30 dias, o quarto com 45 dias e o quinto com 60 dias. Após a intervenção, a segunda etapa ocorrerá através de um contato telefônico aos dois, quatro e seis meses pós parto para ambos os grupos (experimental e controle). Na ocasião, será aplicada a BSES-SF para comparar a autoeficácia materna em amamentar entre os grupos, bem como as participantes serão questionadas sobre a duração e exclusividade do AM e AME, buscando também a comparação entre os grupos. Tratamento dos dados, aspectos éticos e referências pertinentes encontram-se no texto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou folha de rosto, currículo do pesquisador, declaração de concordância dos pesquisadores e da Instituição, carta de encaminhamento ao CEP, orçamento, cronograma, TCLE.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências foram atendidas (TCLE revisto).

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
 Bairro: Rodolfo Tedfó CEP: 60.430-270
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3223-2003 E-mail: comape@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPEQ



Continuação do Processo: 1.026.156

FORTALEZA, 16 de Abril de 2015

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
Bairro: Rodolfo Tedfio CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3223-2003 E-mail: compe@ufc.br

ANEXO A – ESCALA DE AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO – FORMA ABREVIADA

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

1= Discordo totalmente

2= Discordo

3= Às vezes concordo

4= Concordo

5= Concordo totalmente

	Discordo		Concordo		
	totalmente			totalmente	
1. Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente.	1	2	3	4	5
2. Eu sempre lido com amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios. (Supera com sucesso a amamentação e outros desafios da vida).	1	2	3	4	5
3. Eu sempre alimento o meu bebê sem usar o leite em pó como suplemento.	1	2	3	4	5
4. Eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada.	1	2	3	4	5
5. Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer.	1	2	3	4	5
6. Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando.	1	2	3	4	5
7. Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando.	1	2	3	4	5
8. Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família.	1	2	3	4	5
9. Eu sempre fico satisfeita com minha experiência de	1	2	3	4	5

amamentar.

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 10. Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo. (Mesmo consumindo 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 as minhas necessidades de banho, sono, alimentação com as necessidades do bebê). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Eu sempre sei quando meu bebê terminou a mamada. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |