



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

JANAIANA LEMOS UCHOA

**AUTOEFICÁCIA DAS MULHERES NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL EM
AMAMENTAR**

FORTALEZA

2012

JANAIANA LEMOS UCHOA

**AUTOEFICÁCIA DAS MULHERES NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL EM
AMAMENTAR**

Dissertação submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Lorena Barbosa Ximenes

Coorientadora: Profa. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá

FORTALEZA

2012

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

-
- U19a Uchoa, Janaiana Lemos.
Autoeficácia das mulheres no ciclo gravídico-puerperal em amamentar. / Janaiana Lemos Uchoa. – 2012.
110f.: il. color., enc.; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará; Centro de Ciências da Saúde; Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; Departamento de Enfermagem; Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; Mestrado em Enfermagem; Fortaleza, 2012.
- Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.
Orientação: Profa. Dra. Lorena Barbosa Ximenes.
Coorientação: Profa. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá.
1. Aleitamento Materno. 2. Autoeficácia. 3. Enfermagem. I. Título.
-

JANAIANA LEMOS UCHOA

**AUTOEFICÁCIA DAS MULHERES NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL EM
AMAMENTAR**

Dissertação submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde. Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde

Aprovada em: 15/06/2012

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Lorena Barbosa Ximenes
Orientadora – Presidente

Profa. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá
Coorientadora

Prof.^a Dr.^a Janaína Fonseca Victor Coutinho
1º Membro Efetivo

Prof.^a Dr.^a Mirna Albuquerque Frota
2º Membro Efetivo

Prof. Dr. Paulo César Almeida
Membro Suplente

A Deus.

Aos meus pais, Pedro e Excelsa.

**Aos meus irmãos, Sharliane, Maxmiller
e Jefferson.**

AGRADECIMENTOS

À Profª. Drª. Lorena Barbosa Ximenes, pela excelente Orientação, Carinho e apoio.

À Profª. Drª. Mônica Oliveira Batista Oriá, pela excelente Coorientação e sugestões.

Aos professores participantes da Banca examinadora, Profª. Drª. Janaína Fonseca Victor Coutinho, Profª. Drª. Mirna Albuquerque Frota, e ao Prof. Dr. Paulo César Almeida, pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões.

Às gestantes entrevistadas, pelo tempo concedido nas entrevistas.

Aos colegas da turma de mestrado, pelas reflexões, críticas e sugestões recebidas. Em especial, a Joelna Veras, sempre prestativa e com seu apoio.

Aos colegas do grupo de pesquisa da Professora Lorena, pelas reflexões, críticas, sugestões recebidas e ajuda.

À Secretaria Municipal de Saúde de Pacatuba, pela adequação da minha carga horária e pela minha ausência.

“Ninguém pode ser escravo de sua identidade: quando surge uma possibilidade de mudança é preciso mudar.”

Elliot Gould

RESUMO

UCHOA, J. L. **Autoeficácia das mulheres no ciclo gravídico-puerperal em amamentar**. 110f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, 2012.

O aleitamento materno (AM) influencia diretamente na prevenção da morbimortalidade infantil, sendo fundamental para a promoção e proteção da saúde das crianças. Contudo, o desmame precoce é uma realidade mundial, sendo necessário investigar não apenas o conhecimento das mães acerca do aleitamento, mas, sobretudo, a autoeficácia destas em amamentar seus filhos. Objetivou-se analisar a autoeficácia das mulheres no ciclo gravídico-puerperal quanto ao seu potencial em amamentar. Tratou-se de um estudo de delineamento longitudinal, com abordagem quantitativa, realizado em seis Unidades Básicas de Saúde da Família de Pacatuba/CE, totalizando uma amostra de 50 gestantes. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista, em duas etapas: a primeira, durante a gestação, e a segunda, no puerpério dessas mulheres (15º dia, 30º dia, 60º dia). Na primeira etapa de coleta, aplicaram-se dois instrumentos: a BSES-SF (Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short-Form) e o formulário sociodemográfico e clínico-obstétrico. Já, na segunda, foram aplicados a BSES-SF e o formulário com dados do parto atual e o tipo de aleitamento materno e dados antropométricos do recém-nascido. Os dados foram analisados por meio do SPSS - Statistical Package for the Social Sciences, versão 19.0, através de estatística descritiva e inferencial, com nível de significância de 0,05. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob o Protocolo 124/2011. A média da idade das puérperas foi de 23 anos (DP= ± 5,3). Predominaram mulheres casadas/união consensual, com oito ou mais anos de estudos, donas do lar, com renda *per capita* maior que R\$141,00. Verificou-se diferença estatisticamente significativa entre a maioria das variáveis sociodemográficas e as médias dos escores da BSES-SF no pré-natal e pós-parto ($p < 0,05$): idade, estado civil, escolaridade materna e paterna, ocupação, renda, nº de filhos, receber bolsa-família. Quanto aos antecedentes obstétricos, também se constatou significância estatística nas seguintes variáveis ($p < 0,05$): número de gestações, número de abortos, paridade, número de filhos vivos, tipo de amamentação anterior, dificuldades para amamentar, experiência em amamentar. Ainda houve significância quanto aos dados da gestação atual ($p < 0,05$): gravidez planejada, número de consultas de pré-natal, ter conhecimento prévio em amamentação, preparo das mamas para amamentar e o tempo em que pretende amamentar. Pode-se ainda ressaltar significância estatística quanto aos dados do parto atual e puerpério ($p < 0,05$): tipo, local e satisfação com o parto, amamentar na 1ª hora de vida do RN, orientações sobre amamentação na maternidade, dificuldade em amamentar e o tipo de alimentação do RN na alta da maternidade. Em relação aos dados antropométricos do RN, apresentaram significância estatística ($p < 0,05$) com a escala: peso e estatura do RN ao nascer, sexo, Apgar no primeiro e quinto minutos de vida; classificação do RN quanto à semana gestacional. Pode-se constatar que as médias dos escores da BSES-SF foram maiores no segundo momento da aplicação da escala (pós-parto), sendo mais significativa o domínio Técnico. Quanto à alimentação do recém-nascido e a escala, a amamentação exclusiva foi significativa tanto na alta hospitalar, quanto no 15º, 30º e 60º dias de vida da criança. Assim, a Enfermagem pode apropriar-se de estratégias educativas que envolvam a autoeficácia materna em amamentar no ciclo gravídico-puerperal, tendo em vista que a experiência pessoal foi fator preponderante no aumento das médias dos escores de autoeficácia, bem como na duração do aleitamento materno exclusivo nos primeiros meses de vida da criança.

Palavras-Chave: Aleitamento materno. Autoeficácia. Enfermagem.

ABSTRACT

UCHOA, J. L. **Self-efficacy of women in pregnancy and childbirth on breastfeeding.** 110F. Dissertation (Masters in Nursing) - Federal University of Ceará, 2012.

Breastfeeding (BF) directly influences the prevention of infant morbidity and mortality, is central to the promotion and protection of children's health. However, early weaning is a global reality, it is necessary to investigate not only the knowledge of mothers about breastfeeding, but, above all, these self-efficacy to breastfeed their children. The objective was to analyze the self-efficacy of women in pregnancy and childbirth for their potential to breastfeed. This was a longitudinal study design with a quantitative approach, performed in six Basic Health Units Family of Pacatuba/CE, a total sample of 50 pregnant women. Data collection was performed through interviews in two phases: The first during the second pregnancy, these women postpartum (day 15, day 30, day 60). In the first stage of collection, we applied two instruments BSES-SF (Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short-Form) form and sociodemographic and clinical obstetrics. In the second, we applied the BSES-SF and the form with data from the present delivery and type of breastfeeding and anthropometric data of newborns. Data were analyzed using SPSS - Statistical Package for Social Sciences, version 19.0, using descriptive and inferential statistics with a significance level of 0.05. The study was approved by the Ethics Committee in Research of Universidad Federal do Ceará, under protocol 124/2011. The average age of mothers was 23 years (SD = ± 5.3). Most participants were female married / consensual union, with eight or more years of study, home owners, with per capita income greater than \$ 141, 00. There was a statistically significant between most sociodemographic variables with the BSES-SF scores in the prenatal and postpartum ($p < 0.05$): age, marital status, maternal and paternal education, occupation, income, paragraph of children receiving family allowance. Regarding obstetric history was also found in the following statistically significant variables ($p < 0.05$): number of pregnancies, number of abortions, parity, number of living children, type breastfeeding previous difficulties in breastfeeding, breastfeeding experiences. Although there was significant for the data of the current pregnancy ($p < 0.05$), unplanned pregnancy, number of prenatal consultations, prior knowledge of breastfeeding, preparing the breasts for breastfeeding and the time you want to breastfeed. One can also emphasize statistical significance of data from the present delivery and postpartum ($p < 0.05$): type, location and satisfaction with childbirth, breastfeeding within 1 hour of life of newborns, guidance on breastfeeding in the maternity ward, difficulty breastfeeding and type of infant feeding on discharge from hospital. Regarding the anthropometric data of newborns, statistically significant ($p < 0.05$) with the scale, height and weight of infants at birth, sex, Apgar at first that the fifth minute of life, classification of the RN as the gestational week. It is evident that the BSES-SF scores were higher in the second moment of application of the scale (postpartum), being more significant technical mastery. The feeding of the newborn and scale, exclusive breastfeeding was significant both in the hospital, and on the 15th, 30th and 60th days of life of the child. Thus, nursing may appropriate educational strategies involving maternal breastfeeding self-efficacy in pregnancy and childbirth, with a view that personal experience was a major factor in increasing self-efficacy scores, as well as the duration of exclusive breastfeeding early in a child's life.

Keywords: Breastfeeding. Self-efficacy. Nursing.

RESUMEN

UCHOA, J. L. **La autoeficacia de las mujeres durante el embarazo y el parto, la lactancia materna.** 110F. Disertación (Maestría en Enfermería) - Universidad Federal de Ceará, 2012.

Lactancia Materna (LM) influye directamente en la prevención de la morbilidad y mortalidad infantil, es fundamental para la promoción y protección de la salud de los niños. Sin embargo, el destete precoz es una realidad global, es necesario investigar no sólo el conocimiento de las madres sobre la lactancia materna, pero, sobre todo, se trata de auto-eficacia para amamantar a sus hijos. El objetivo fue analizar la auto-eficacia de las mujeres en el embarazo y el parto por su potencial para amamantar. Esto era un diseño del estudio longitudinal con un enfoque cuantitativo, realizado en seis Unidades Básica de Salud Familiar de la Pacatuba-Ce, una muestra total 50 mujeres embarazadas. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas en dos fases: una durante el segundo embarazo, estas mujeres después del parto (15, del día 30, día 60). En la primera etapa de la recolección, se aplicaron dos instrumentos BSES-SF (*Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short-Form*) forma y obstetricia sociodemográficas y clínicas. En la segunda, se aplicó el BSES-SF y el formulario con los datos de la entrega de presentes y el tipo de lactancia materna y los datos antropométricos de los recién nacidos. Los datos fueron analizados utilizando el programa SPSS - Statistical Package for Social Sciences, versión 19.0, utilizando la estadística descriptiva e inferencial con un nivel de significación de 0,05. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal do Ceará, bajo el protocolo 124/2011. La edad media de las madres fue de 23 años (DE = $\pm 5,3$). La mayoría de los participantes eran mujeres unión matrimonial / consensual, con ocho o más años de estudio en el hogar, los propietarios, con renta per cápita superior a \$ 141, 00. Se observó significado entre la mayoría de las variables sociodemográficas con las BSES-SF puntuaciones en el pre y postparto ($p < 0,05$): la edad, estado civil, la educación materna y paterna, ocupación, ingresos, párrafo de niños que reciben asignación familiar. En cuanto a la historia obstétrica también se encontró en las siguientes variables estadísticamente significativas ($p < 0,05$): número de embarazos, el número de abortos, la paridad, el número de niños que viven, el tipo de lactancia materna las dificultades anteriores en la lactancia materna, la lactancia materna experiencias. Aunque no hubo significado de los datos del embarazo actual ($p < 0,05$), embarazos no deseados, el número de consultas prenatales, el conocimiento previo de la lactancia materna, la preparación de las mamas para la lactancia y el tiempo que quiera dar el pecho. También se puede destacar la significación estadística de los datos de la entrega de presentes y después del parto ($p < 0,05$): tipo, ubicación y la satisfacción con el parto, la lactancia materna dentro de 1 hora de vida de los recién nacidos, orientación sobre la lactancia materna en la sala de maternidad, la lactancia materna dificultades y el tipo de alimentación infantil de alta del hospital. En cuanto a los datos antropométricos de los recién nacidos, estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con la escala de altura y el peso de los bebés al nacer, sexo, Apgar al principio que el quinto minuto de la vida, la clasificación de la RN como la semana de gestación. Es evidente que los resultados BSES-SF fueron mayores en el segundo momento de aplicación de la escala (después del parto), siendo dominio de la técnica más importante. La alimentación del recién nacido y la escala, la lactancia materna exclusiva fue significativa tanto en el hospital y en los días 15, 30 y 60 de vida del niño. Por lo tanto, la enfermería puede apropiarse de las estrategias educativas que incluyan a la lactancia materna la auto-eficacia en el embarazo y el parto.

Palabras clave: Lactancia materna. autoeficacia. Enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Fluxograma da amostra e da coleta de dados	41
Figura 2 – A média dos Escores da BSES-SF no pré-natal e no pós-parto, no período de julho a novembro de 2011.....	70
Figura 3 –Uso de leite artificial (LA) na maternidade e o tipo de amamentação no 15º dia do puerpério mediato.....	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Comparação das médias dos escores da BSES-SF no pré-natal e no pós-parto, segundo as variáveis sociodemográficas, Pacatuba/CE, julho a novembro de 2011	47
Tabela 2 –Comparação das médias dos escores da BSES-SF no pré-natal e no pós-parto, segundo os antecedentes obstétricos, Pacatuba/CE, julho a novembro de 2011	54
Tabela 3 - Comparação das médias dos escores da BSES-SF no pré-natal e no pós-parto, segundo os dados da gravidez atual, Pacatuba/CE, julho a novembro de 2011	59
Tabela 4 – Comparação das médias dos escores da BSES-SF no pré-natal e no pós-parto, segundo os dados do parto e puerpério, Pacatuba/CE, julho a novembro de 2011	65
Tabela 5 – Comparação das médias dos escores da BSES-SF no pré-natal e no pós-parto, segundo os dados antropométricos de saúde do RN, Pacatuba/CE, julho a novembro de 2011	68
Tabela 6 – Classificação BSES-SF no pré-natal e no pós-parto, no período de julho a novembro de 2011	72
Tabela 7 – BSES-SF no pré-natal e no pós-parto e o tipo de aleitamento infantil, no período de julho a novembro de 2011	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AM	Aleitamento Materno
AMC	Aleitamento materno complementado
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMM	Aleitamento materno misto ou parcial
AMP	Aleitamento materno predominante
BSES	Breastfeeding Self-EfficacyScale/ Escala de Autoeficácia na Amamentação
BSES-SF	Breastfeeding Self-EfficacyScale – Short-Form/ Escala de Autoeficácia na Amamentação – Forma Abreviada
CAGECE	Companhia de Água e Esgoto do Ceará
CCI	Coefficiente de Correlação Intraclasse
CDC	<i>Centers For DiseaseControl</i>
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DP	Desvio padrão
EAS	Estabelecimento Assistencial de Saúde
EPM	Erro Padrão Médio
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IRA	Infecções respiratórias agudas
LA	Leite artificial
M	Média
MS	Ministério da Saúde
n	População
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras.
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde

PAHO	<i>Pan American Health Organization</i>
PIB	Produto Interno Bruto
PN	Pré-Natal
PNAM	Política Nacional de Aleitamento Materno
PP	Pós-Parto
RJ	Rio de Janeiro
RMF	Região Metropolitana de Fortaleza
RN	Recém-Nascido
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SM	Salário Mínimo
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	<i>World Health Organization</i>
ρ	<i>t de Student</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Aleitamento Materno (AM) e Promoção da Saúde do binômio mãe-bebê	15
1.2 Autoeficácia da mulher em amamentar e a Breastfeeding Self-EfficacyScale – versão brasileira	23
2 OBJETIVOS	30
Geral:.....	30
Específicos:.....	30
3 METODOLOGIA.....	31
3.1 Tipo do estudo.....	31
3.2 Local do estudo	32
3.3 População(N) e amostra (n)	33
3.3.1 Instrumentos.....	35
3.4 Coleta de dados	37
3.5 Análise de dados	43
3.6 Aspectos éticos da pesquisa	43
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
4.1 Caracterização da amostra	45
5 CONCLUSÃO.....	80
6 LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES	83
REFERÊNCIAS.....	84
APÊNDICE A – FORMULÁRIO I	100
APÊNDICE B – FORMULÁRIO II.....	102
APÊNDICE C – FORMULÁRIO III.....	103
APÊNDICE D - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	104
APÊNDICE E - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE AUTORES	105
ANEXO A –ESCALA DE AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO – FORMA ABREVIADA (BSES- SF)	106
ANEXO B – PROTOCOLO DO COMEPE	107

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aleitamento Materno (AM) e Promoção da Saúde do binômio mãe-bebê

O aleitamento materno (AM) influencia diretamente na prevenção da morbimortalidade infantil e é por isso que Jammal e Costa (2005) ressaltam-no como um dos pilares fundamentais para a promoção e proteção da saúde das crianças em todo o mundo.

Se iniciado precocemente, o efeito protetor do AM repercute na redução das mortes infantis. Estima-se que 16% e 7,7% das mortes neonatais, entre 0 e 28 dias dos RNs, em Gana (EDMOND *et al.*, 2006), e no Nepal (MULLANY *et al.*, 2007), respectivamente, por todas as causas, poderiam ter sido evitadas com a amamentação iniciada desde o primeiro dia de vida. Logo, o AM é a estratégia isolada que mais previne mortes infantis, tendo o potencial de evitar 13% das mortes de crianças menores de cinco anos em todo o mundo, por causas preveníveis (MOFENSON, 2003; BRASIL, 2011b, e).

Segundo estudo realizado em Gana, Edmond *et al.* (2006) verificaram que os recém-nascidos amamentados exclusivamente apresentaram quatro vezes menos probabilidade de morrer. E no Nepal, a amamentação na primeira hora de vida poderia ter evitado 19,1% das mortes infantis. Já outro estudo, que foi feito na área rural de Gâmbia, constatou que o uso de alimentação pré-láctea esteve associado à probabilidade de morte neonatal 3,4 vezes mais alta em comparação às mães que amamentam (LEACH *et al.*, 1999).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007), o **Aleitamento Materno Exclusivo (AME)** refere-se aquando a criança recebe somente leite materno direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos. Já o **Aleitamento Materno (AM)** é quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de estar recebendo ou não outros alimentos.

Nos lugares industrializados, como Canadá, Estados Unidos, Noruega e Hong Kong, a média de AME até seis meses é de 12,2% (SAHAB *et al.*, 2010; CDC,2011; TARRANT *et al.*, 2010; UNICEF, 2011b; LANDE *et al.*, 2003). Porém, na China o percentual de AME nos primeiros quatro meses após o nascimento nas áreas urbanas foi de 52% e nas áreas rurais foi de 24,35% (WANG *et al.*,2005).

Nos países subdesenvolvidos, entre 2005 e 2009, a taxa média de AME nos países africanos foi de 34,4% em menores de seis meses (UNICEF, 2011b). Enquanto que nos países emergentes/em desenvolvimento, como Malásia, Taiwan e Argentina, a média de AME foi de 22% (TAN, 2011; AMIN *et al.*, 2011; LI *et al.*, 2010; CERNADAS *et al.*, 2003).

O leite materno contém vitaminas, proteínas, água, lipídios (ácidos graxos essenciais) minerais em quantidades adequadas, suficientes e de fácil digestão; propriedades anti-infecciosas; fatores de crescimento; enzimas (lipase para digestão) e ferro em pouca quantidade e de boa absorção (PARIZOTTO e ZORZI, 2008, p. 467).

Constata-se, então, que a amamentação exclusiva é, indiscutivelmente, o alimento que reúne as características nutricionais ideais, com balanceamento adequado de nutrientes, proteínas, água e sais minerais, além de favorecer inúmeras vantagens imunológicas e psicológicas importantes para o filho (BRASIL, 2009a).

Seguindo as recomendações da OMS/WHO, OPAS/PAHO e UNICEF, o Brasil, através da Política Nacional de Aleitamento Materno (PNAM), tem objetivos de promover, proteger e apoiar a prática de aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses (BRASIL, 2009b), pois os estudos nesse tema têm mostrado que vários são os benefícios do aleitamento materno (AM), para a mãe, a criança (BRASIL, 2011a, b), a família, a instituição de saúde e a sociedade (ALVES *et al.*, 2008; ALMEIDA *et al.*, 2010; BRASIL, 2009a; BRASIL, 2011a, b).

No caso da mãe, favorece a involução uterina, reduz o risco de hemorragia pós-parto, conseqüentemente, com menor incidência de anemia e retardo na volta da menstruação; maior intervalo interpartal, maior rapidez na perda de peso pós-parto (TOMA; REA, 2008; BRASIL, 2001), e há menor prevalência de câncer de mama (BRASIL, 2009a) e ovário (FERREIRA; PARADA; CARVALHES, 2007), redução de 15% na incidência de diabetes tipo II para cada ano de lactação (STUEBE, 2005; BRASIL, 2011a), menos fraturas ósseas por osteoporose (BRASIL, 2009a; FERREIRA; PARADA; CARVALHES, 2007).

Além disso, a amamentação fortalece o vínculo afetivo entre mãe e filho (ALMEIDA *et al.*, 2010; BRASIL, 2009a), pois favorece benefícios psicológicos para o binômio, promovendo de forma muito especial o contato entre a mãe e seu bebê, dando oportunidade para que a criança possa aprender muito cedo a comunicar-se e relacionar-se com afeto e confiança (BRASIL, 2011e).

Para a criança são relatados vários benefícios a curto e longo prazo, como menores índices de mortalidade e morbidade por: diarreia, desnutrição, infecções respiratórias agudas (IRA), alergias, alterações oclusais e distúrbios fonéticos (ALBUQUERQUE *et al.*, 2010); efeito positivo na inteligência (BRASIL, 2011a); menor risco de doenças crônicas: diabetes, hipertensão, obesidade e hipercolesterolemia (BRASIL, 2011a; b, 2009a), asma, sibilos recorrentes (STRASSBURGER *et al.*, 2010); e promove crescimento infantil (BRASIL, 2011b).

Estudos têm evidenciado que as crianças amamentadas ao peito apresentam melhores índices de acuidade visual, desenvolvimento neuromotor, desenvolvimento cognitivo e quociente intelectual (BAPTISTA; ANDRADE; GIOLO, 2009; BRASIL, 2009a), além de facilitar a eliminação do mecônio e diminuir a incidência de icterícia (KING, 2001).

Sabe-se que a exposição precoce ao leite de vaca (antes dos quatro meses) é considerada um importante fator relacionado ao desenvolvimento de Diabetes Melito tipo I. Estima-se que 30% dos casos de Diabetes Melito tipo I poderiam ser prevenidos se 90% das crianças até os três meses não recebessem leite de vaca (GERSTEIN, 1994).

Já, para a família, a instituição de saúde e a sociedade, observam-se algumas vantagens, como a economia com alimentação do recém-nascido (RN) (BRASIL, 2009a; 2011b) e medicamentos. Pelo fato do leite materno ser gratuito, limpo e na temperatura adequada, diminui as internações, os custos hospitalares e familiares com aquisição de fórmulas, mamadeiras, bicos artificiais e medicamentos; bem como contribui para a redução da poluição ambiental – menos lixo inorgânico resultante do consumo de bicos artificiais e de mamadeiras (BAPTISTA; ANDRADE; GIOLO, 2009).

Apesar das inúmeras vantagens descritas, o tempo médio da amamentação exclusiva não atende o preconizado pelo Ministério de Saúde (MS), que é o AME até os seis meses. A mediana de AME encontrada na literatura é divergente. O Ministério da Saúde refere que, em 1999, a duração do AME era de 24 dias e, em 2008, passou a ser de 54 dias – ou seja, mais que dobrou (BRASIL, 2009b), embora esteja aquém do recomendado.

Vannuchi *et al.* (2004) relataram em seu estudo, realizado em Londrina/PR, que o tempo mediano do aleitamento materno exclusivo aumentou de 12 dias, em 1994, para 45 dias em 1998. Sena, Silva e Pereira (2007), em um estudo nacional, envolvendo as capitais brasileiras, identificaram que o percentual de crianças alimentadas exclusivamente com leite materno é baixo já no primeiro mês de vida (47,5%). Na idade de 120 dias, a proporção estimada foi 17,7% e, aos 180 dias, de 7,7%. Em termos relativos, comparando-se as taxas aos 30 e aos 180 dias de vida, houve redução de 21% na prevalência de aleitamento materno e de 84% na de aleitamento materno exclusivo.

Já, para Chalfun *et al.* (2009), o tempo médio de amamentação, no seu grupo de estudo (crianças admitidas na UTI neonatal do Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz/RJ), foi de 4,7 meses. Enquanto que uma pesquisa feita pelo Ministério da Saúde, de 1999 a 2008, encontrou que, nas capitais brasileiras, a mediana da amamentação é de 11,2 meses (342 dias). No entanto, a mediana da amamentação exclusiva é de apenas 54,1 dias, havendo variações

regionais, o que demonstra característica importante de problema de saúde pública (BRASIL, 2009b).

Segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), a taxa de AME em menores de quatro meses em 2009 foi de: 73,6% no Brasil; 77,7% na Região Norte; 68,6% na Região Nordeste; 77,5% na Região Sudeste; 76,9% na Região Sul; e 78,8% na Região Centro-Oeste. Percebe-se que a Região Nordeste teve a menor taxa de AME do Brasil, apresentando os seguintes percentuais: 73,6% no Piauí; 71,7% no Rio Grande do Norte; 71,2% no Ceará; 70,5% na Bahia; 68,4% no Maranhão; 66,9% na Paraíba; 65,2% em Pernambuco; 63,1% em Alagoas; e 62% em Sergipe, com a menor taxa de AME (DATASUS, 2010).

No Ceará, considerando a Região Metropolitana de Fortaleza (RMF), constataram-se as seguintes taxas de AME: 83,6% em Pindoretama; 81% em São Gonçalo do Amarante; 77% em Cascavel; 73% no Eusébio; 72,2% em Pacatuba; 72,1% em Horizonte; 71,2% em Maracanaú, Maranguape e Aquiraz; 70% em Chorozinho; 68,2% em Caucaia e Fortaleza; 66,9% em Pacajus; 66,4% em Itaitinga; e 65,5% em Guaiuba (DATASUS, 2011b). Percebe-se que Fortaleza e Maracanaú não tiveram as maiores taxas de adesão ao AME na RMF, porém conseguiram os melhores índices de Desenvolvimento Humano (IDH) e Produto Interno Bruto (PIB) da RMF.

Pesquisas têm revelado que a adesão ao aleitamento materno exclusivo é ainda baixa, apesar dos seus benefícios para o binômio mãe-bebê (CASTILHO; BARROS FILHO; COCETTI, 2010; PAYNE; NICHOLLS, 2010). Logo, o desmame precoce, caracterizado como interrupção do aleitamento materno ao peito, antes dos seis meses de vida do RN, independentemente da decisão ser materna ou do motivo da interrupção (CABRAL; CAMPESTRINI, 2011), é uma realidade que tem acometido não só as famílias brasileiras, como todo o mundo.

Estudos têm retratado alguns fatores que influenciam no desmame precoce, tais como: alterações emocionais/crenças/mitos; baixa escolaridade da mãe; introdução precoce de outros alimentos; o cotidiano da mulher moderna; a falta de estrutura familiar, social e no trabalho (SILVA; MARCOLINO, 2009); a dúvida da

qualidade e do volume do leite materno; as doenças infecciosas; o processo cirúrgico da cesariana; problemas nos seios; o uso de remédio durante o puerpério (SALVE; SILVA, 2009; ALBUQUERQUE; NOBREGA; FONTES, 2008; SALES; SEIXAS, 2008); a preocupação com a estética das mamas; o medo de ficar eternamente ligada ao bebê; e o sentimento de incapacidade de cuidar da criança (BRASIL, 2009a). Ainda, pode-se ressaltar a recusa ao peito, o choro contínuo, o baixo peso ao nascer e o uso de mamadeira/chupeta como dificuldades dos bebês de serem amamentados (BAPTISTA; ANDRADE; GIOLO, 2009; CYRILLO *et al.*, 2009; SILVEIRA; LAMOUNIER, 2006).

A partir dessa realidade, estratégias têm sido estabelecidas para auxiliar a mulher no seu processo de amamentação, minimizando o risco de desmame precoce. Segundo o Ministério da Saúde, a orientação sobre a amamentação durante o pré-natal é um indicador de qualidade dessa assistência que pode sofrer influência, pois a mulher passa por longo período de gestação até que possa concretamente amamentar seu filho. É importante estar atento às modificações corporais referentes à gravidez que possam dificultar a aceitação da amamentação. Durante o pré-natal, é importante conversar sobre as vantagens da amamentação para a mulher, a criança, a família e a comunidade, além de garantir orientações sobre o manejo da amamentação (BRASIL, 2009a).

Além disso, é muito importante que o profissional de saúde conheça as leis e outros instrumentos de proteção do AM, para que possa informar às mulheres que estão amamentando e suas famílias os seus direitos (BRASIL, 2011b). O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil vem construindo ao longo dos últimos anos uma sólida base jurídica e um conjunto de políticas públicas para garantir os direitos da gestante e do bebê (UNICEF, 2011a).

Devido a essa reconhecida importância, a amamentação passou a ser garantida por lei no artigo 9º do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990). Dentre os direitos que protegem direta ou indiretamente o AM, temos: a licença maternidade de quatro a seis meses; a garantia no emprego durante a gestação e até o quinto mês de puerpério; pausas para amamentar seu filho durante o trabalho; a transferência de função caso suas atividades sejam consideradas

insalubres à gestante e a Licença Paternidade de cinco dias. Ainda, pode-se ressaltar a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras - NBCAL (BRASIL, 2001), que proíbe propagandas de fórmulas lácteas infantis nos meios de comunicação (BRASIL, 2011b).

A consulta no pré-natal, então, pode e deve ser uma das estratégias em que os profissionais de saúde devem priorizá-lo, auxiliando de forma efetiva a mulher e a sua família durante essa fase de sua vida, pois, segundo Vasconcelos, Lira e Lima (2006), as mães que frequentaram seis ou mais consultas no pré-natal apresentaram duração mediana do aleitamento materno maior do que as mães com menos consultas ou as que não realizaram pré-natal. Pessota (2008) ainda resalta que, quanto mais precoce as consultas acontecerem, melhores serão as taxas de aleitamento materno. Já Chaves, Lamonier e Cesar (2007) verificaram que as gestantes que tiveram entre cinco e nove consultas de pré-natal apresentaram maior duração de aleitamento materno.

A educação no pré-natal para gestantes sobre manejo da lactação pode ser bastante positiva, com o intuito de aumentar a confiança das mesmas quanto à sua capacidade de amamentar, especialmente, em primigestas (BRASIL, 2003a). Grupos de mães no pré-natal (SILVA; MARCOLINO, 2009) e visitas domiciliares dirigidas às puérperas também estão sendo consideradas como ações efetivas para o alcance da maior duração do aleitamento materno (OLIVEIRA *et al.* 2010; SCHMIED *et al.*, 2011).

O MS ainda recomenda uma visita domiciliar na primeira semana após a alta do bebê, pois a atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) nesse período após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal. Caso o RN tenha sido classificado como de risco, essa visita deverá acontecer nos primeiros três dias após a alta. No RN sem risco, o seu retorno e da mãe ao serviço de saúde é de sete a dez dias após o parto. Na visita/consulta, os profissionais de saúde devem orientar e apoiar a família para amamentação, perguntar como a mãe se sente em oferecer o seu leite à criança, indagar sobre a frequência das mamadas, as dificuldades na

amamentação, a satisfação do RN com as mamadas e as condições das mamas (BRASIL, 2009a).

Acredita-se que, com o apoio e o acompanhamento por profissionais treinados no manejo da lactação no pré-natal, durante a internação na maternidade e no domicílio após a alta, a mãe e o pai do neonato, certamente, estarão mais confiantes e seguros para alcançarem o sucesso da amamentação (SCHMIED *et al*, 2011; REGO *et al*, 2009). Informações sobre o tempo de amamentação dos filhos anteriores são muito úteis para a prevenção de dificuldades na amamentação do último filho (BRASIL, 2011b).

Komarsson *et al* (2008) evidenciaram o bom nível de conhecimento das mães sobre aleitamento materno. Contudo, tal sinalização não é indicativa de tranquilidade ou de vitória no contexto da promoção à saúde infantil, pois as mães ainda não têm amamentado seus filhos do modo esperado. Portanto, são relevantes as iniciativas que visam promover orientações no ciclo gravídico puerperal e as intervenções capazes de proporcionar conhecimento às mulheres que amamentam ou que pretendem amamentar, a fim de prolongar as taxas nacionais e internacionais de duração e qualidade do aleitamento, em especial, em regime exclusivo até os seis meses de idade.

Entretanto, é oportuno salientar que as informações prestadas pelos profissionais de saúde não são suficientes para possibilitar mudanças comportamentais, pois outros fatores podem influenciar a adesão das mulheres, o que inclui uma carência de autoeficácia, a qual é essencial para a aplicação dos conhecimentos adquiridos (MORGADO; PIRES; PINTO, 2000). De acordo com Bandura (1977a), a autoeficácia pode ser definida como a confiança na sua competência e eficácia para realizar uma determinada tarefa, ela faz a mediação entre o conhecimento e o comportamento do indivíduo. Assim, ter conhecimento não é o suficiente para influenciar suas ações, mas é necessário acreditar que se pode executar a ação, ou seja, é a convicção de que se pode executar com sucesso o comportamento necessário para produzir os resultados desejados (NEVES; FARIA 2006; VAN DER BIJL; SHORTRIDGE-BAGGETT, 2001; BANDURA, 1977a b; ORIÁ, 2008. p.30).

Diante disso, é oportuno que o profissional de saúde, principalmente o enfermeiro, que tem uma estreita relação com a mulher no ciclo gravídico-puerperal, insira o conceito de autoeficácia materna no contexto do cuidado à mulher e à criança. Assim, a mulher com mais autoeficácia durante esta fase de sua vida, terá maior autoeficácia em amamentar seu filho por um período mais prolongado.

1.2 Autoeficácia da mulher em amamentar e a *Breastfeeding Self-EfficacyScale* – versão brasileira

A literatura tem ressaltado diversas causas que têm levado as mulheres ao desmame precoce. Dentre as causas não modificáveis podem-se ressaltar a idade, escolaridade, renda familiar, estado civil das puérperas. E, quanto às modificáveis, podem-se citar os problemas de fissura e ingurgitamento mamário (CARVALHAES et al., 2007), uso de chupeta, falta de apoio para amamentar (FEIN, 2009), e a falta de confiança/autoeficácia da mãe no sucesso do prosseguimento da amamentação (CYRILLO *et al.*, 2009; GIUGLIANI, 2000; OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Sabe-se que a confiança permeia a vida de um indivíduo em diversos momentos e relações, com consequências que afetam de maneira importante tanto a sua trajetória, quanto a daqueles com os quais interage (VALENTIM; KRUEL, 2007).

A autoeficácia influencia os pensamentos, os sentimentos, a automotivação e a ação, que podem determinar a decisão pessoal quanto ao início de um comportamento de enfrentamento, o seu tempo de duração e a quantidade de esforço despendido em tal comportamento (FORTES-BURGOS; NERI; CUPERTINO, 2007; BANDURA, 1995).

Quando uma mãe desenvolve sua própria crença de que ela pode prestar um bom cuidado ao seu bebê, mesmo que haja dificuldade, ela é mais susceptível a

realizar as tarefas com êxito e muita perseverança, apresentando reações positivas (PRASOPKITTIKUN; TILOKSKULCHAI, 2010).

Muitos pesquisadores têm constatado que mães confiantes, ou com autoeficácia, são mais propensas a escolherem amamentar, persistirem quando confrontadas com dificuldades, além de terem maior capacidade em utilizar pensamentos de autopromoção e perceberem as dificuldades como um desafio positivo para as suas vidas. Tais resultados foram encontrados quando pesquisas foram desenvolvidas com populações de mães em Portugal (SANTOS, 2008), no Brasil (DODT, 2008; ORIÁ, 2008; ORIÁ *et al.*, 2009; TAVARES *et al.*, 2010; ZUBARAN *et al.*, 2010), no Japão (OTSUKA *et al.*, 2008), nos Estados Unidos (McCARTER SPAULDING; DENNIS, 2010), no Reino Unido (GREGORY *et al.*, 2008) e em outros países.

Ressalta-se que a confiança materna é uma variável modificável, e que as atitudes positivas, as experiências, as satisfações relacionadas à amamentação e a confiança do aleitamento materno são variáveis modificáveis que podem influenciara confiança materna (HO;McGRATH, 2010; McQUEEN *et al.*, 2011).

Por isso, Dennis e Faux (1999), preocupadas com a questão da confiança/autoeficácia materna em amamentar o bebê, desenvolveram uma escala (*Breastfeeding Self-Efficacy Scale - BSES*), que vem sendo utilizada pelos profissionais de saúde, principalmente pelos enfermeiros, para aferir a autoeficácia das mães na sua habilidade em amamentar.

A Escala foi desenvolvida à luz da Teoria de Autoeficácia de Bandura (1977a), que defende a ideia de que o indivíduo possui capacidades que lhe possibilitam utilizar símbolos (cognições) para realizar uma ação específica necessária à obtenção de um determinado resultado.

Existem quatro fontes de informação de autoeficácia, incluindo a **experiência pessoal anterior** com a amamentação, que serve como um indicador de habilidade; a **aprendizagem vicária**, que é a observação de outras mulheres que atualmente amamentam ou têm experiência com a amamentação, alterando as

crenças por meio da transmissão de competências e da comparação com as conquistas dos outros; **a persuasão verbal**, que incentiva e convence a mãe de que ela tem as capacidades necessárias para amamentar; e os **estados fisiológicos e emocionais**, a partir dos quais as pessoas parcialmente julgam sua capacidade, força e vulnerabilidade para amamentar (dor, ansiedade e fadiga)(BANDURA, 1997; DENNIS; FAUX, 1999).

A Escala tem se mostrado uma variável importante, associada com o início, a duração e a exclusividade da amamentação, uma vez que prevê se a mãe opta por amamentar ou não, quanto esforço ela vai gastar, se ela terá padrões de pensamento de autorreforço ou autodestrutivos e como ela vai reagir emocionalmente às dificuldades no aleitamento (DENNIS, 1999; ORIA *et al.*, 2009, ORIA; XIMENES, 2010).

A BSES é um instrumento que se destina a avaliar as expectativas pessoais acerca da autoeficácia da mulher que amamenta, ou seja, avaliar o impacto do nível de autoeficácia da mãe em si mesma sobre o êxito da amamentação. Há dois tipos de expectativas relacionadas a qualquer forma de comportamento: expectativas de eficácia, relacionadas à capacidade de execução do comportamento; e as expectativas de resultados, acerca do que acontecerá como resultado do comportamento realizado (OLIVEIRA *et al.*, 2010, PEDROSO; OLIVEIRA; MORAES, 2007).

Apesar de ter sido criada e validada no Canadá por Dennis e Faux (1999), a BSES já tem sido aplicada em outros países, como Austrália (BLYTH *et al.*, 2002, 2004; CREEDY *et al.*, 2003; BAGHURST *et al.*, 2007; NICHOLS, *et al.*, 2009); Porto Rico (TORRES *et al.*, 2003); China (DAI; DENNIS, 2003); Portugal (SANTOS 2008); Turquia (EKSIUGLU; CEBER, 2010);EUA (WILHELM *et al.*, 2010)e Brasil (ORIÁ, 2008).

A BSES foi aplicada no Canadá por Dennis e Faux (1999) com 130 puérperas numa maternidade e apontou como propriedades psicométricas: o coeficiente alfa de Cronbach de 0,93, apresentando consistência interna e confiabilidade superior ao recomendado por Nunnally e Bernstein (1994). A

validação foi feita com comparação de grupos, correlações com medidas de construções semelhantes e análise fatorial de componentes principais. A validade preditiva foi demonstrada com correlações positivas entre as pontuações da BSES e padrões de alimentação infantil em seis semanas após o parto.

Além da escala original BSES, uma forma abreviada, a BSES-SF (*Breastfeeding Self-Efficacy Scale- Short Form*) composta por 14 itens, também foi construída e validada. Ela foi utilizada pela primeira vez para avaliar a autoeficácia na amamentação, nas primeiras quatro a oito semanas no pós-parto, e foi psicometricamente testada com uma amostra de 491 mães; verificou-se que as mulheres com elevados escores da BSES-SF durante a internação hospitalar foram mais propensas a continuar amamentando exclusivamente em casa (DENNIS, 2003).

A BSES-SF foi aplicada com as mães no Canadá (DENNIS; HEAMAN; MOSSMAN; 2011; McQUEEN et al., 2011; THOMSON et al., 2009; MOSSMAN et al. 2008; SEMENIC; LOISELLE, GOTTLIEB, 2008; KINGSTON; DENNIS; SWORD, 2007; NOEL-WEISS, et al., 2006; DENNIS, 2003); nos EUA (MULDER; JOHNSON, 2010; McCARTER-SPAUDING; DENNIS, 2010; McCARTER-SPAUDING; GORE 2009; POLLARD; GUILL, 2009); na Turquia (ALUŞ TOKAT; OKUMUŞ; DENNIS, 2010); no Japão (AWANO; SHIMADA, 2010; OTSUKA et al., 2008); Portugal (SANTOS; BÁRCIA, 2009); Austrália (NICHOLS et al., 2009); Reino Unido (GREGORY et al., 2008) e Polônia (WUTKE; DENNIS, 2007).

No Brasil, a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES) composta por 33 itens e dividida em dois domínios (Técnico e Pensamentos Intrapessoais) foi traduzida, adaptada e validada por Oriá (2008). Na adaptação cultural da escala, a autora fez a inserção de exemplos em 12 itens, a fim de torná-los mais claros para a clientela a que se destina, pois houve dificuldade no entendimento de alguns itens da escala por parte das mulheres do estudo.

Na fase de validação da escala, participaram 117 gestantes, que obtiveram um escore médio de 135,14 da BSES. A consistência interna da escala por meio do alfa de Cronbach foi de 0,88, sendo ratificada pelo coeficiente de

correlação intraclasse, que variou de 0,83 a 0,90. Na análise fatorial foi sugerida a retirada de alguns itens, entretanto, a autora considerou importante mantê-los para posterior aplicação da BSES em uma amostra mais representativa (ORÍÁ, 2008; ORÍÁ *et al.*, 2009).

A BSES-SF também foi submetida a um processo de tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa por Oriá (2008) e validada por Dodt (2008) com uma amostra de 294 mulheres em puerpério imediato no Alojamento Conjunto. A versão traduzida da BSES-SF apresentou elevado índice de confiabilidade Alfa de Cronbach (0,74), cujo valor coincidiu com a média do Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI), que variou de 0,69 a 0,78. A BSES-SF está sendo utilizada por outros autores no Brasil (TAVARES *et al.*, 2010; ZUBARAN *et al.*, 2010; ZUBARAN; FORESTI, 2011).

Estudos realizados em diversos países têm apontado, de forma consistente, que a BSES-SF é um instrumento válido e confiável para prever as mães com risco de abandono precoce da amamentação (GREGORY *et al.*, 2008; KINGSTON; DENNIS; SWORD, 2007; MOSSMAN *et al.* 2008; WUTKE; DENNIS, 2007).

Estas escalas (BSES e BSES-SF) podem e devem ser aplicadas às mulheres no período gravídico-puerperal, como um instrumento para distinguir as que são susceptíveis de ter sucesso na amamentação e as que necessitam de uma intervenção precoce, com vistas a assegurar a continuidade do aleitamento materno (ORÍÁ *et al.* 2009; DAI; DENNIS, 2003; GREGORY *et al.*, 2008; KINGSTON; DENNIS; SWORD, 2007; MOSSMAN *et al.*, 2008; WUTKE; DENNIS, 2007), pois se sabe que um baixo escore na escala pode significar dúvida da mulher sobre si mesma e sua vulnerabilidade (PRASOPKITTIKUN; TILOKSKULCHAI, 2010)

A BSES é considerada pelos pesquisadores um instrumento de medida que pode ser usado clinicamente para identificar mulheres com alto risco de interrupção precoce do aleitamento materno e que necessitam de intervenção (ORÍÁ *et al.*, 2009, DAI; DENNIS, 2003; DENNIS, 2003; DENNIS; FAUX, 1999; CREEDY *et al.*, 2003; TORRES *et al.* 2003; WUTKE; DENNIS, 2007).

A exploração dos itens da BSES é uma ferramenta importante que pode ser utilizada pelos enfermeiros, pois, com os resultados dos escores da escala, o profissional terá informações importantes que auxiliarão em intervenções mais direcionadas e efetivas para a cliente, aumentando a autoeficácia materna, melhorando dessa forma os resultados das taxas de amamentação (ORIA *et al.* 2009, SCHMIED *et al.*, 2011; WUTKE; DENNIS, 2007).

Sendo assim, uma mulher pode alterar sua autoeficácia materna através do sucesso e da superação das dificuldades ou falhas no pós-parto imediato (DENNIS, 1999), de modo que o incentivo ao aleitamento materno, ainda na maternidade e nas primeiras 24 horas (MURRAY; RICKETTS; DELLAPORT, 2007; THULIER; MERCER, 2009), são fundamentais para o sucesso da amamentação. Portanto, é imprescindível que sejam traçadas intervenções para essas mulheres a partir dos escores da BSES, desde o pré-natal, pois estas são geralmente mais eficazes do que as intervenções que são iniciadas apenas no período pós-parto (OLIVEIRA; CAMACHO; TEDSTONE, 2001; HANNULA; KAUNONEN; TARKKA, 2008).

McQueen *et al.* (2011) implementaram estratégias de intervenção e constataram que as participantes do grupo de intervenção aumentaram sua autoeficácia em amamentar, a duração e a exclusividade do aleitamento materno, quando comparadas com a população do grupo-controle. Reforçam que as intervenções devem ter continuidade após a alta hospitalar da mulher, ou seja, no domicílio, já que a maior interrupção da amamentação ocorre nas primeiras quatro semanas após o parto (McQUEEN *et al.*, 2011), e que essas intervenções devem ser desenvolvidas a partir da escala BSES e das quatro fontes de informação da teoria de aprendizagem social.

Numa pesquisa conduzida nos EUA, realizada por McCann, Baydar e Williams (2007), utilizando a escala de autoeficácia em amamentar (BSES) em 344 mulheres durante o pré-natal e em 304 puérperas no 2º mês de puerpério, descobriu-se, comparando as atitudes antes e depois da aplicação da escala e das intervenções implementadas, que as gestantes que receberam orientações no pré-

natal sobre amamentação tinham aumentado, significativamente, a vontade de amamentar e sua autoeficácia no aleitamento materno, quando comparadas com o grupo-controle. McCann e Bender (2006) e Wells, Thompson e Kloebler-Tarver (2006) também em suas pesquisas comprovaram que a intervenção em amamentação durante o pré-natal aumenta a autoeficácia em amamentar.

Sendo assim, percebe-se o quanto o pré-natal pode ser considerado como um momento ideal para que o enfermeiro possa realizar orientações sobre a amamentação. A BSES-SF já foi utilizada no Brasil por Dodt (2008) no puerpério durante a internação das puérperas no alojamento conjunto, e, internacionalmente, já foi aplicada em diversos contextos e fases do ciclo gravídico e puerperal da mulher. No entanto, a BSES-SF não foi utilizada no Pré-Natal em nenhuma população brasileira, e nem por qualquer equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF). Logo, faz-se necessário aplicá-la neste contexto específico.

Portanto, a realização deste estudo mostra-se relevante para a Enfermagem e para todos os profissionais inseridos na ESF que atendem essa díade no pré-natal, no puerpério e na puericultura. Esses profissionais, ao terem a oportunidade de conhecer a autoeficácia da mãe em amamentar no pré-natal e no puerpério, bem como ao verificarem a correlação entre os escores da escala e a alimentação da criança após o primeiro e segundo mês de vida, poderão traçar intervenções para promover mudanças no modelo da assistência gravídico-puerperal atual.

Acredita-se, então, que a promoção da autoeficácia das mães em amamentar poderá contribuir para a prevenção do desmame precoce, ao ser promovido um cuidado holístico, humanizado e uma assistência eficaz, através de atividades educativas por parte de todos os profissionais de saúde inseridos na atenção primária, inclusive o enfermeiro, que tem sido considerada um educador em promoção da saúde na comunidade, visando, assim, o aumento do tempo de amamentação exclusiva e, conseqüentemente, a diminuição da morbimortalidade infantil.

2 OBJETIVOS

Geral:

- Analisar a autoeficácia das mulheres no ciclo gravídico-puerperal quanto ao seu potencial em amamentar.

Específicos:

- Analisar as médias dos escores da BSES-SF segundo as variáveis sociodemográficas; gineco-obstétricas; gravidez atual; do parto; pós-parto; saúde da criança e dieta infantil;
- Comparar as médias dos escores da *BSES-SF* obtidas pelas mulheres no pré-natal e no pós-parto;
- Identificar as médias dos escores da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short-Form* (BSES-SF) das mulheres no ciclo gravídico-puerperal;
- Analisar as médias dos escores da BSES-SF obtidos no pré-natal e no pós-parto com o tipo de aleitamento materno nos primeiros 15 dias, primeiro e segundo meses de vida da criança.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo do estudo

Tratou-se de um estudo de delineamento longitudinal, conhecido também como prospectivo (CULLUM *et al*, 2010), dentro de uma abordagem quantitativa. Neste tipo de estudo, os dados são coletados em múltiplas ocasiões durante um período pré-estabelecido, tendo a capacidade para demonstrar as mudanças ao longo do tempo e a sequência temporal dos fenômenos, que é um critério essencial para o estabelecimento da causalidade (POLIT; BECK, 2011). Cada sujeito é acompanhado isoladamente e serve para o próprio controle, obtém-se maior profundidade das reações, estabelecendo, assim, uma avaliação desenvolvimental profunda das inter-relações e dos fenômenos (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A abordagem quantitativa foi utilizada tendo um instrumento de medida válido, desejando-se assegurar a objetividade e credibilidade dos achados; os instrumentos não colocaram em risco a vida humana; e a questão proposta indicou a preocupação com a quantificação, quando se necessitou comparar eventos ou replicar estudos (LEOPARDI, 2002). Buscou-se apoio, predominantemente, em dados estatísticos, o que não significou excluir o fator qualidade, pois as quantidades podem representar qualidades outras além daquelas que lhe são iminentes ou intrínsecas (RODRIGUES, 2007).

Para implementar o método quantitativo na saúde, tornou-se necessário um mínimo de conhecimentos dos desenhos epidemiológicos e de bioestatística, a fim de reconhecer os dados obtidos e fazer uma adequada interpretação, análise e discussão dos resultados (LEOPARDI, 2002).

Neste estudo optou-se pelo estudo longitudinal do tipo painel, que possibilita que os mesmos participantes forneçam dados em dois ou mais pontos do tempo, examinando os padrões de mudanças e suas razões (POLIT, BECK, 2011). Sendo assim, teve-se a oportunidade de identificar as médias dos escores da BSES-

SF das mulheres no ciclo gravídico-puerperal e correlacioná-los com o tipo de amamentação.

3.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em Pacatuba, cuja população, em 2010, era de 72.299 habitantes. A população de mulheres em idade fértil (10-49 anos) corresponde a 34,52% da população do município, ou seja, 24.959 habitantes (IBGE, 2011).

Pacatuba é dividida em bairros/distritos, possui 14 Unidades Básicas de Saúde da Família – UBSFs (porta de entrada no sistema de saúde hierarquizado), com 17 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para o acompanhamento da população adstrita de suas respectivas UBSFs. A média de consulta anual é de 2,92 consultas por habitante (IBGE, 2011).

A ESF desse município oferece aos usuários os seguintes atendimentos: clínico, odontológico, atendimento de enfermagem e farmácia, com distribuição de medicamentos à comunidade. Fazem parte dos recursos humanos: médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares e técnicos de enfermagem, atendentes de consultório dentário, agentes comunitários de saúde, agentes administrativos, vigias, motoristas e profissionais de serviços gerais. Os clientes são contemplados com os seguintes programas de atenção básica: saúde da criança (imunização, vigilância nutricional/puericultura e assistência às doenças prevalentes na infância), da mulher (pré-natal, prevenção do câncer de útero/mamas e planejamento familiar), do idoso, do adolescente, controle da hipertensão, da diabetes Melito, da tuberculose, eliminação da hanseníase e programa de saúde bucal.

3.3 População(N) e amostra (n)

A população do estudo foi composta pelas mulheres que estavam grávidas a partir da 30ª semana gestacional, conforme proposto por Oriá (2008), e que foram acompanhadas em seis UBSFs, ou seja, oito equipes da ESF, do Município de Pacatuba/CE, no período de julho a novembro de 2011.

A escolha dessas unidades de saúde ocorreu em virtude das mesmas se localizarem no perímetro territorial de maior concentração geográfica de Pacatuba, que corresponde à terceira maior cidade em densidade demográfica da região metropolitana de Fortaleza (RMF), e é vizinha de Maracanaú, a segunda maior cidade em densidade demográfica, em IDH e em PIB da RMF (IBGE, 2011), justificando assim, a escolha dessas unidades. As demais equipes da ESF localizam-se em área rural e/ou de difícil acesso e/ou de baixa densidade demográfica.

Atualmente, essas unidades têm atendido uma média de 18 gestantes por mês. Em relação ao número de gestantes que realizam o pré-natal, as UBSFs selecionadas têm aproximadamente 120 mulheres no período gravídico, sendo que, destas, 26 estão com mais de 28 semanas gestacionais (PACATUBA, 2011).

Considerando que a população do estudo foi menor que 200 participantes, não foi necessário realizar cálculo da amostra, pois a amostra foi toda a população de mulheres que atenderam aos critérios de inclusão, quais sejam: gestantes atendidas no serviço de pré-natal das UBSFs selecionadas, a partir da 30ª semana gestacional, com gestação única, que aceitassem ser acompanhadas no pré-natal/puerpério, e mães cujos filhos teriam que ser acompanhados nas UBSFs selecionadas em Pacatuba.

Como critérios de exclusão das participantes foram adotados: restrições físicas e/ou mentais que impossibilitassem a compreensão do instrumento, gestantes com pré-natal de risco e neonatos que tiveram permanência maior que 15 dias na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI).

Os critérios de descontinuidade do estudo foram: desistência da gestante/mãe de participar da pesquisa após o início da coleta; mudança de residência durante o estudo que impossibilitasse a continuação da coleta de dados; e óbito da mãe ou da criança durante o transcorrer do estudo.

Sendo assim, a amostra inicial foi constituída por toda a população de gestantes que atenderam aos critérios de inclusão nas UBSFs selecionadas (70 gestantes). Entretanto, algumas dificuldades surgiram durante a seleção das gestantes, fazendo assim com que o primeiro contato acontecesse somente com 60 gestantes. Dentre as dificuldades, podem-se ressaltar: a ausência das gestantes diante dos agendamentos prévios para a consulta de pré-natal; a opção em fazer visitas domiciliárias (VD) para selecionar as participantes do estudo, dispensando um tempo maior do pesquisador para achar as casas com o auxílio dos agentes de saúde; a ausência das mulheres em seus domicílios quando a pesquisadora foi realizar a visita domiciliária; e, por fim, a impossibilidade da pesquisadora em realizar visitas em alguns domicílios das gestantes, devido às mesmas residirem em áreas de tráfico de drogas e de conflitos de gangues, pois a violência e a falta de segurança fizeram parte das limitações do nosso estudo.

Logo, das 70 gestantes previamente selecionadas, 60 foram contatadas inicialmente durante o período gestacional, seja nas UBSFs ou nos seus domicílios, e destas houve uma perda ainda de 10 participantes, pois as mesmas se tornaram ineleáveis devido aos seguintes motivos: uma participante mudou de município após primeira coleta; uma mãe doou o bebê após o nascimento; uma criança nasceu prematura, antes das 30 semanas gestacionais; e ainda houve perda de contato com sete participantes após a primeira coleta do estudo, devido: ao não comparecimento no dia agendado à UBSF, à dificuldade de localizar a mesma a partir do endereço fornecido, e o não contato por telefone, face ao número fornecido não corresponder com o da participante.

Sendo assim, a amostra final do estudo foi composta por 50 gestantes, tendo ocorrido uma taxa de atrito de 8,3%, menor que a de Bailey, Clark e Shepherd (2008). Vale ressaltar que todas as participantes foram acompanhadas na 30ª

semana gestacional, nos primeiros 15 dias de puerpério, no primeiro e segundo meses de vida da criança.

Como o estudo é longitudinal, é comum haver essa perda na amostra, pois, segundo Polit e Beck (2011), a desvantagem deste tipo de estudo é a perda de participantes em diferentes momentos do estudo, além de ser dispendioso em tempo, esforço e dinheiro. LoBiondo-Wood e Haber (2001) ressaltam algumas desvantagens que também podem ser encontradas neste tipo de pesquisa, tais como: ameaça à validade interna pela testagem e pela mortalidade, tem a chance de confundir variáveis que poderiam afetar a interpretação dos resultados, tem a variável de maturação que confunde a resultante do tempo decorrido.

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

3.3.1 Instrumentos

A *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short-Form*(BSES-SF) é composta por 14 itens, com cinco opções de resposta (1 a 5 pontos), podendo variar de acordo com o grau de concordância. Assim, o escore total da escala pode variar de 14 (valor mínimo) a 70 pontos (valor máximo). Essa escala, validada por Dodt (2008), tem como finalidade avaliar o impacto do nível de confiança da mãe em si mesma sobre o êxito da amamentação e ainda não tinha sido examinada na atenção básica de saúde (ANEXO A).

Além da escala BSES-SF, foram aplicados três formulários durante a coleta de dados. O formulário I constou de dados de identificação da gestante referentes ao perfil social, demográfico e econômico – aspectos voltados para a idade, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar e hábitos: fumo, álcool e drogas ilícitas. Além disso, o formulário abordou dados referentes às condições obstétricas – aspectos voltados para o número de gestações, partos, abortos, filhos

vivos, intervalo entre as gestações, intercorrências ou complicações em gestações anteriores e nos puerpérios, história de aleitamentos anteriores, dados da gestação atual: data da última menstruação, internação durante esta gestação e aceitação ou não da gravidez (BRASIL, 2006) (APÊNDICE A). Este formulário foi adaptado dos questionários aplicados por DODT (2008) e ORIÁ (2008).

O formulário II avaliou dados do parto e do puerpério atual, de acordo com o manual do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), e dados do neonato referentes à data de nascimento, como peso ao nascer, estatura, perímetro cefálico, Apgar no primeiro e quinto minutos (APÊNDICE B). E o formulário III (APÊNDICE C) abordou os dados antropométricos, dieta e o tipo de aleitamento materno da criança. Estes formulários (II e III) foram adaptados a partir da tese desenvolvida por Oriá (2008).

É importante ressaltar que neste estudo adotaram-se as definições dos tipos de aleitamento materno segundo o World Health Organization (2007). Assim, o aleitamento materno pode ser classificado em:

Aleitamento materno exclusivo (AME) – quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.

Aleitamento materno predominante (AMP) – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.

Aleitamento materno (AM) – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.

Aleitamento materno complementado (AMC) – quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nesta categoria a criança pode receber, além

do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.

Aleitamento materno misto ou parcial (AMM) – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

Considerou-se, ainda, neste estudo, o **Leite artificial (LA)**, quando a criança recebe apenas outros tipos de leite.

É oportuno salientar que, antes de iniciar a coleta de dados, os formulários adaptados passaram por um pré-teste no mês de junho de 2011, com gestantes/puérperas de uma unidade que não foi selecionada para o estudo, a fim de fazer os ajustes e proceder, assim, à coleta de dados propriamente dita com maior segurança e rigor metodológico. Vale ressaltar que não foi necessário fazer ajustes dos formulários após o pré-teste.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada diariamente, no período da manhã e da tarde, com as mulheres que preencheram os critérios de inclusão. Dessa forma, o período de coleta de dados ocorreu no período de julho a novembro de 2011, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Inicialmente, foi realizada uma explanação sobre o objetivo da pesquisa e todo o processo metodológico com as enfermeiras e as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) das referidas unidades, com o intuito de auxiliarem no processo de seleção e acompanhamento das mulheres que participaram do estudo, levando em consideração os critérios de inclusão das participantes.

É importante ressaltar que a participação desses profissionais foi apenas de colocar em contato os pesquisadores e as gestantes/puérperas. Nesse momento, teve-se a oportunidade de constatar o quantitativo inicial de 70 gestantes que

atenderam aos critérios de inclusão, e verificar os seus agendamentos para as consultas de pré-natal na UBSF.

A coleta de dados ocorreu em duas etapas. A **primeira etapa** se deu com o primeiro encontro da pesquisadora com as mulheres grávidas nas UBSFs. Esse momento ocorreu de acordo com as consultas do pré-natal que foram previamente acordadas com as enfermeiras das unidades, conforme o cronograma elaborado a partir do calendário de consultas de pré-natal dos médicos e dos enfermeiros das unidades.

É oportuno salientar que o primeiro contato com as gestantes deveria ter ocorrido na própria UBSF antes das mesmas serem atendidas pelos enfermeiros/médicos, contudo, muitas das gestantes que estavam com a consulta pré-natal agendada faltaram ou não preencheram os critérios de inclusão. Sendo assim, foi necessária outra estratégia para seleção das gestantes do estudo. Dessa maneira, foi solicitado que os profissionais de enfermagem das UBSFs selecionadas entregassem uma lista com nome, endereço e idade gestacional da cliente, a fim de que fossem feitas as visitas domiciliares às gestantes que atendessem aos critérios de inclusão preestabelecidos pelo estudo.

Dessa forma, as gestantes que foram selecionadas nas UBSFs e nos domicílios tiveram a oportunidade de receber uma explicação sobre os objetivos da pesquisa, como seria a coleta e a importância do estudo para a promoção da saúde do binômio mãe-bebê. Caso a gestante aceitasse participar da pesquisa, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e só assim se deu a realização da entrevista com a participante, a partir da aplicação da BSES-SF e do formulário I, que diz respeito aos aspectos sociodemográficos e obstétricos.

Das gestantes selecionadas nas UBSFs, foram abordadas 41 participantes no corredor da própria unidade, antes de serem atendidas pelas enfermeiras/médicos. Nesse momento era esclarecido o objetivo da pesquisa e questionado sobre o desejo de sua participação no estudo. Sendo assim, após a consulta no pré-natal com o profissional de saúde, as gestantes foram entrevistadas em um local apropriado da unidade, com o intuito de promover um ambiente

favorável entre as participantes da pesquisa, a fim de que as mesmas não ficassem preocupadas quanto ao seu atendimento com o profissional de saúde. É oportuno salientar que, dessas gestantes que foram abordadas inicialmente nas UBSFs, apenas 33 continuaram até o fim da pesquisa, pois não ocorreu o acompanhamento das demais após o parto, devido aos motivos que já foram ressaltados anteriormente.

Quanto às 19 gestantes que foram visitadas inicialmente em seus domicílios, a entrevista ocorreu no mesmo momento, após terem sido esclarecidas sobre a pesquisa e aceito participar da mesma. Geralmente, a entrevista aconteceu na sala, procurando um momento reservado, somente com a presença da pesquisadora, e, às vezes, com o ACS. Dessas gestantes que foram contatadas em seus domicílios, 17 permaneceram até o final do estudo.

Neste primeiro contato com as gestantes, nas UBSFs ou em seus domicílios, foi esclarecido no final da entrevista sobre a continuidade do estudo, com o acompanhamento das mesmas após o parto. Estes encontros posteriores deveriam acontecer nas próprias UBSFs, aproveitando o dia da consulta de puerpério da enfermeira e de acordo com o calendário de vacinação e puericultura que o MS preconiza, correspondendo, assim, ao terceiro momento do estudo. Mas em alguns casos não foi possível o encontro na UBSF, com a ausência das mulheres no dia agendado, e a visita domiciliária foi realizada com o intuito de diminuir a perda das participantes da pesquisa.

A **segunda etapa** correspondeu ao acompanhamento das mulheres no puerpério em relação ao *status* do aleitamento, sendo um total de três encontros. Para tanto, esses encontros ocorreram nas próprias UBSFs ou nos domicílios das participantes, correspondendo ao dia da consulta de puerpério e aos dias de puericultura. O agendamento das participantes do estudo se deu conforme a data do parto, seguindo o calendário de consultas do puerpério e da puericultura dos enfermeiros das unidades, correspondendo do 1º ao 15º dia (neste estudo ampliou-se a Primeira semana de saúde integral), e ao 1º e 2º meses de puericultura, respectivamente, atendendo ao calendário de consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e calendário de vacinação infantil (BRASIL, 2002).

No encontro com as mulheres do estudo, nos primeiros 15 dias de puerpério, foi realizada uma entrevista antes da consulta com a enfermeira da UBSF. Nesse momento foram aplicados novamente a BSES-SF (ANEXO A), o formulário II, que avaliou dados do parto e puerpério atual, de acordo com o manual do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) e dados do neonato referentes à data de nascimento, peso ao nascer, estatura, perímetro cefálico, Apgar no primeiro e quinto minutos (APÊNDICE B). As participantes que não compareceram à unidade, foram visitadas em seus domicílios, sendo aplicados os mesmos instrumentos propostos para esta fase.

Ainda, dois encontros foram feitos com as mulheres do estudo, que corresponderam às consultas de puericultura das crianças nas UBSFs, e que se realizaram no 1º e 2º segundo meses de vida. Apenas foi utilizado o formulário III, que diz respeito aos dados antropométricos e dieta das crianças. A entrevista com as participantes também ocorreu antes da consulta de puericultura com a enfermeira da UBSF ou no seu próprio domicílio, caso elas não comparecessem à consulta de puericultura previamente agendada.

Vale ressaltar que nesta segunda etapa participaram do estudo 50 puérperas, sendo realizados, então, três encontros com cada uma, totalizando assim 150 entrevistas. Destas, 74 foram nas UBSFs e 76 realizadas nos domicílios. No 15º dia de puerpério, ocorreram 20 entrevistas nas UBSFs e 30 ocorreram em domicílio. Nesse momento a pesquisadora beneficiou-se da visita domiciliária que a enfermeira da ESF tem que realizar ao neonato prestando cuidados à puérpera e à criança no puerpério mediato. Dos encontros posteriores, que corresponderam ao 1º e 2º meses de vida das crianças, realizaram-se 46 visitas domiciliárias, sendo 23 em cada momento, e as demais foram realizadas nas próprias UBSFs.

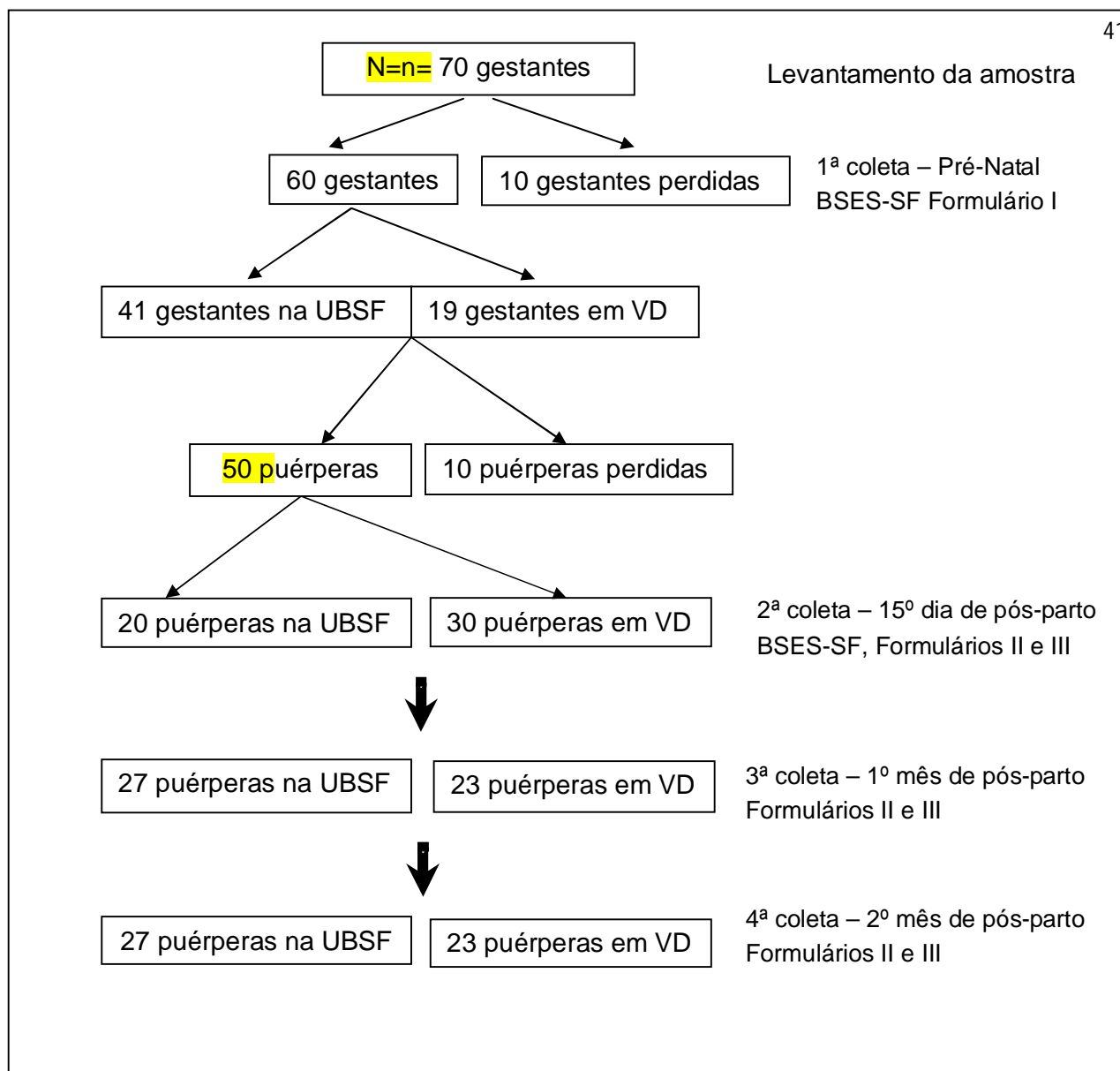


Figura 1- Fluxograma da amostra e da coleta de dados

Para a aferição dos dados antropométricos das crianças, foram realizadas as ações preconizadas pelo MS, que são utilizadas na atenção básica. Para avaliação do peso e da altura, verificou-se previamente o funcionamento e a manutenção dos equipamentos, a fim de evitar defeitos e/ou erros de mensuração. Dentre os equipamentos, a balança é o que gera mais erros por falta de manutenção (BRASIL, 2004).

Para evitar possíveis problemas ao adquirir esse equipamento, o Estabelecimento Assistencial de Saúde (EAS) deve solicitar um exame pelos órgãos responsáveis por esse serviço. São eles: o Instituto de Pesos e Medidas (Ipem) e o

Instituto Nacional de Metrologia (Inmetro). Porém, o procedimento de aferição e regulagem de balanças e/ou seu conserto também pode ser realizado por uma firma idônea, ficando a escolha a critério da instituição (BRASIL, 2004). Em Pacatuba, há uma empresa terceirizada que presta esse serviço de acordo com a solicitação da UBSF.

Na técnica da medição preconizada pelo MS, recomendada para as crianças menores de dois anos, deve-se mensurá-las em plano horizontal, em colchão firme, com o auxílio do antropômetro; a cabeça da criança deve estar no mesmo eixo do tronco, evitando lateralizações, flexões e extensões do pescoço; os pés devem estar descalços, em posição plantar, evitando ficar em ponta de pés. Para pesá-las, as crianças devem estar completamente despidas e na presença da mãe ou do responsável, pois estes devem auxiliar na retirada da roupa da criança e na tomada da medida, pois uma fralda molhada pode representar até 20% do peso de uma criança (BRASIL, 2004; CEARÁ, 2002). A pesquisadora usou dessa técnica em todos os encontros realizados.

Na UBSF, utilizou-se a balança pediátrica ou “tipo bebê”, com até 16 kg, que é o equipamento apropriado para crianças menores de dois anos que ainda não ficam de pé com segurança. É preciso ter muito cuidado para pesar crianças pequenas, a fim de evitar acidentes. É necessário certificar-se de que a balança está apoiada sobre uma superfície plana, nivelada, lisa e firme. Forrar o prato com uma proteção (papel descartável ou fralda) antes de calibrar a balança, para evitar erros na pesagem. As balanças pediátricas devem ter precisão mínima de 10gramas, e as balanças tipo plataforma, de 100 gramas. Isso porque pequenas alterações no peso são indicadores nutricionais importantes, em particular, para as crianças menores de dois anos. A balança que se utilizou foi a mecânica (BRASIL, 2004).

Ainda na UBSF utilizou-se o antropômetro / régua antropométrica / infantômetro / pediômetro de madeira, que é o equipamento utilizado para medir o comprimento de crianças menores de dois anos, e deve ser usado sempre na posição horizontal. A fita métrica foi utilizada somente para medir o perímetro cefálico e torácico. O MS recomenda empregar, de preferência, uma fita métrica de

plástico de material resistente, inelástica e flexível, com precisão de 0,1 cm (BRASIL, 2004, 2009).

Nas mensurações domiciliares usaram-se o mesmo antropômetro horizontal de madeira, a mesma fita métrica e uma balança de campo ou tipo pêndulo, que é portátil e idealizada para utilização em atividades externas ao serviço de saúde, e é a mesma utilizada pelas ACS. A nossa foi cedida pela UFC, era nova e com selo do Inmetro, e ainda foi solicitada avaliação da empresa terceirizada para evitar erros, respeitando, assim, o preconizado pelo MS.

3.5 Análise de dados

Os dados estão apresentados por meio de tabelas e gráficos para melhor compreensão dos resultados. Foram calculadas as medidas estatísticas descritivas médias, EPM (Erro Padrão Médio) e desvio padrão das variáveis quantitativas.

As médias da BSES-SF aplicadas no pré-natal e no pós-parto foram comparadas pelo teste t de *Student* ou de *Wilcoxon*.

Antes de serem realizados os testes estatísticos, foi verificada a normalidade das variáveis (teste de *Kolmogorov-Smirnov*), bem como a igualdade de variâncias (teste de *Levene*). Para todas as análises considerou-se como estatisticamente significantes aquelas com $p < 0,05$. Os dados foram processados no SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 19.0.

3.6 Aspectos éticos da pesquisa

Dentro dos pressupostos éticos, foi solicitada autorização prévia do Secretário de Saúde do município para a realização do estudo, através do envio de um ofício que explicou os objetivos e como seria realizada a coleta de dados.

Este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, obtendo aprovação, com o Protocolo 124/2011. Assim, foram considerados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com o preconizado pela Resolução nº 196/96, ressaltando-se a assinatura (ou digitais) do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todas as participantes do estudo, sendo-lhes garantido o anonimato, a liberdade de continuar ou não participando da pesquisa em questão e o esclarecimento sobre a relevância de sua participação para a validação de uma escala, que contribuirá para a construção de um conhecimento inovador para a saúde materno-infantil (BRASIL, 2003b). O estudo não fez distinção de credo, etnia e/ou aspecto social na seleção das mulheres recrutadas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização da amostra

Quanto às características sociodemográficas, pode-se verificar que, dentre as 50 mulheres que participaram do estudo, a idade variou de 15 a 43 anos ($M= 23$; $DP= \pm 5,3$). Observou-se predominância de mulheres na faixa etária de 18 a 43 anos, casadas ou em união consensual, pardas, com oito ou mais anos de estudos, donas do lar e sem história de tabagismo.

Ressalta-se que prevaleceu uma renda *per capita* maior que R\$141,00, sem auxílio de bolsa-família e com média de três a quatro pessoas residindo no mesmo domicílio. A maioria dos lares possuía abastecimento de água e esgotamento sanitário da rede pública, bem como coleta regular de lixo. Além disso, as participantes foram envolvidas na pesquisa por volta das 36,4 semanas gestacionais e moravam próximas à UBSF.

Na **Tabela 1**, analisou-se a autoeficácia materna em amamentar e as variáveis sociodemográficas, comparando-se as médias da BSES-SF no pré-natal (1ª aplicação - PN) e no 15º dia de pós-parto (2ª aplicação - PP).

É oportuno salientar que a BSES-SF é composta por 14 itens, com cinco opções de resposta (1 a 5 pontos). Assim, o escore total da escala pode variar de 14 (valor mínimo) a 70 pontos (valor máximo). Logo, as participantes que apresentaram maiores escores da escala, conseqüentemente, possuíam uma elevada autoeficácia materna, e maior confiança na sua habilidade para amamentar o seu filho.

Foi constatada significância ($p < 0,05$) entre as médias dos escores da BSES-SF no pré-natal e no pós-parto, com as seguintes variáveis: idade entre 15 e 17 anos ($p = 0,02$); ser casada ou viver em união consensual ($p < 0,0001$); a mãe ter menos de oito anos de escolaridade ($p = 0,041$); o pai apresentar oito anos ou mais de escolaridade ($p = 0,034$); ter renda *per capita* maior que R\$ 141,00 ($p = 0,029$);

residirem de 1 a 2 pessoas no mesmo domicílio($p = 0,009$); não possuir bolsa-família($p = 0,001$); não ser tabagista ($p = 0,001$); ter fornecimento de água ($p = 0,001$) e esgoto ($p = 0,016$) provenientes do sistema público de abastecimento; e não morar próximo à UBSF ($p = 0,022$).

Destaca-se que somente a variável raça não apresentou diferença estatisticamente significativa com as médias dos escores de autoeficácia, coadunando com estudo desenvolvido por Dennis, Heaman e Mossman (2011), que aplicaram a BSES-SF com 103 adolescentes na 34^a semana gestacional e na 1^a e 4^a semana pós-parto, no Canadá.

Tabela 1- Comparação das médias dos escores da BSES-SF no pré-natal e no pós-parto, segundo as variáveis sociodemográficas, Pacatuba/CE, julho a novembro de 2011

Variáveis	n	%			BSES-SF PN		BSES-SF PP		ρ
			M	DP	M	±EPM	M	±EPM	
Idade			23,0	5,3					
15-17	9	18			57,0 ± 2,7		63,0 ± 1,9		0,020
18-43	41	82			57,6 ± 1,1		60,0 ± 1,1		0,059
Estado Civil									
Casada/união consensual	38	76			57,5 ± 1,1		61,7 ± 1,0		<0,0001
Solteira/Divorciada	12	24			57,3 ± 2,3		56,4 ± 2,1		0,806
Raça									
Branca	14	28			58,3 ± 1,6		62,1 ± 1,7		0,072
Parda/Negra	36	72			57,1 ± 1,3		59,8 ± 1,1		0,055
Escolaridade Materna			8,6	2,6					
<8 anos	12	24			58,1 ± 2,1		62,3 ± 1,4		0,041
≥ 8 anos	38	76			57,3 ± 1,2		59,8 ± 1,2		0,060
Escolaridade Paterna			8,3	3,1					
<8 anos	15	30			57,5 ± 1,9		60,7 ± 1,6		0,153
≥ 8 anos	35	70			57,5 ± 1,2		60,4 ± 1,2		0,034
Ocupação									
Com ocupação	9	18			55,8 ± 3,1		62,3 ± 2,2		0,044
Sem ocupação	33	66			56,9 ± 1,1		60,0 ± 1,1		0,008
Estudante	8	16			61,6 ± 1,9		60,1 ± 3,4		0,716
Renda Familiar per capita			0,4	0,3					
menor que R\$ 140 (<26% SM)	17	34			58,1 ± 1,4		61,2 ± 1,5		0,167
maior que R\$ 141 (>27% SM)	33	66			57,2 ± 1,4		60,1 ± 1,2		0,029
Pessoas residindo no domicílio			3,48	1,4					
1 a 2	15	30			55,5 ± 2,0		61,5 ± 1,7		0,009
3 a 4	22	44			59,6 ± 1,2		60,2 ± 1,4		0,636
5 ou mais	13	26			56,1 ± 2,2		59,7 ± 2,1		0,221
Bolsa-família									
Possui	28	56			58,5 ± 1,3		58,9 ± 1,6		0,818
Não possui	22	44			56,7 ± 1,4		61,6 ± 1,2		0,001
Tabagistas									
Sim	3	6			58,7 ± 4,2		52,3 ± 3,8		0,510 *
Não	45	90			57,5 ± 1,1		61,1 ± 1,0		0,001
Ex-tabagista	2	4			55,5 ± 3,5		56,5 ± 1,5		0,705 *
Origem da água									
CAGECE	46	92			57,9 ± 1,1		60,8 ± 1,0		0,016
Outros	4	8			53,0 ± 2,3		56,3 ± 4,6		0,279 *
Destino do Esgoto									
CAGECE/Fossa séptica	39	78			57,4 ± 1,2		60,6 ± 1,1		0,022
Rua/Rio/Córrego	11	22			57,6 ± 1,9		59,6 ± 2,0		0,194
Coleta regular de Lixo									
Sim	50	100			57,5 ± 1,0		60,5 ± 1,0		
Média das semanas gestacionais da coleta			36,4	3,0					
Mora próximo à UBSF									
Sim	32	64			56,9 ± 1,4		60,0 ± 1,2		0,070
Não	18	36			58,5 ± 1,4		61,3 ± 1,5		0,007

§ SM: Salário Mínimo durante o estudo = R\$ 545,00; M=Média; DP: Desvio padrão; M BSES-SF PN: Média dos escores da BSES-SF no pré-natal; M BSES-SF PP: Média dos escores da BSES-SF no pós-parto; EPM: Erro Padrão Médio; ρ: t de Student; * teste de Wilcoxon.

Mesmo sendo encontrado no presente estudo que tanto as adolescentes como as mulheres jovens e adultas apresentaram um aumento das médias dos escores da BSES-SF, houve diferença de médias somente entre a autoeficácia materna e a faixa etária entre 15 e 17 anos, com relação ao pré-natal e pós-parto. Tal fato pode ser corroborado por outros estudos que verificaram que uma idade maior, entre 28 e 32 anos (KU; CHOW, 2010) e acima de 25 anos (BLYTH et al, 2004), apresentou correlação negativa com um menor escore da escala BSES, enquanto que Oliver-Roig et al. (2011); Dennis (2011); Otsuka et al. (2008) não encontraram diferença entre a idade materna e a pontuação total na BSES-SF.

Contudo, pesquisa desenvolvida por Pollard (2011) constatou que as mães mais jovens amamentaram por período mais curto, fato observado também em outros estudos (WUTKE; DENNIS, 2006; BAGHURST *et al.*, 2007; SANTOS; SOLER; AZOUBEL, 2005). Além disso, Al-Sahab *et al.*(2010) verificaram que a primiparidade entre mulheres com maior idade mostrou associação estatisticamente significativa com seis meses de aleitamento materno exclusivo.

Bailey, Clark e Shepherd (2008) constataram que as mães mais jovens (16-24anos) apresentaram taxas de aleitamento materno inferiores em relação às mulheres com mais de 25 anos. Além disso, os escores da BSES-SF das mulheres mais jovens diminuíram ainda mais no puerpério.

Semenic, Loiselle e Gottlieb (2008) referem que as mulheres com 34 anos ou mais tiveram 1,48 vezes mais chances de amamentar até os quatro meses de pós-parto do que as mulheres mais jovens (25 anos), ao passo que estas apresentaram atitudes menos positivas para o processo de amamentação.

Alguns autores ressaltam a existência de grupos mais vulneráveis que têm, consistentemente, apresentado um risco aumentado de desmamar precocemente, ou de nem iniciar o processo de amamentação. Dentre estes podem-se citar: mães mais jovens; mulheres com menor escolaridade (WILHELM et al., 2008); mulheres que fumam; que não planejam amamentar seus filhos; e que advêm de famílias sem a cultura de amamentar (FORSTER; McLACHLAN; LUMLEY, 2006).

Apesar disso, Connolly et al. (1998) sugerem uma forte predisposição positiva por parte das jovens para a amamentação, podendo ser otimizado com programas estruturados de práticas educativas realizadas, por exemplo, em escolas.

Mesmo tendo sido verificado que um menor nível de escolaridade corroborou para a maior autoeficácia em amamentar ($p < 0,05$), Faleiros, Trezza e Carandina (2006), em seu levantamento bibliográfico sobre desmame e fatores de risco, afirmam que mulheres de menor escolaridade possuem menor acesso a uma rede de suporte familiar/social, a serviços de atenção à saúde e à inserção formal no mercado de trabalho, fatores que podem contribuir para o desmame precoce.

Al-Sahab et al. (2010) e Wojcicki et al. (2010) referem que o maior número de anos de estudo influencia significativamente na manutenção do aleitamento materno exclusivo até seis meses de vida, podendo favorecer a tomada de decisões sobre as práticas alimentares destinadas à criança.

Para Kimani-Murage et al. (2011), há uma influência negativa da baixa escolaridade da mãe sobre a introdução precoce de alimentos, sugerindo a necessidade de estratégias de educação e saúde para a prevenção e mudanças de práticas alimentares prejudiciais (KRISTIANSEN et al., 2010; WIJNDAELE et al., 2009, KU; CHOW, 2010).

Estudo de coorte realizado em São Paulo demonstrou que a escolaridade materna até o ensino fundamental representa o dobro do risco em relação ao nível superior para introdução de outros alimentos antes dos seis meses (BUENO et al., 2003). Entretanto, em outros estudos, mães que tiveram o ensino primário não diferiram significativamente em sua autoeficácia para amamentar em relação àquelas com educação superior (WUTKE; DENNIS, 2006; O'BRIEN; BUIKSTRA; HEGNEY, 2008).

Dennis (2006) afirma que as mães com maior nível de educação podem ter um forte senso de competência pessoal e podem aproximar-se da realização de tarefas difíceis, desafios a serem dominados, e não os repelir como ameaças. Para Chin et al. (2008), o ensino superior foi associado com aumento da probabilidade de

iniciação do aleitamento materno. Assim, maior escolaridade pode estar associada a maiores possibilidades de acesso às informações sobre as vantagens do aleitamento materno (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006).

Apesar das evidências supracitadas, a idade materna e a escolaridade não foram relacionadas com a pontuação obtida na BSES nas três ocasiões investigadas no estudo de Baghurst *et al.* (2007): pré-natal; uma semana pós-parto e quatro meses após o parto. Eksioglu e Ceber (2010) também não identificaram diferenças entre as pontuações médias BSES-SF em uma, quatro e oito semanas pós-parto, quando relacionadas à idade e nível educacional, contrapondo-se a Dennis (2003); Dennis, Heaman e Mossman (2011); Gregory *et al.* (2008) e McCarter-Spaulding, Dennis (2010). Contudo Oriá *et al.* (2009); AluğTokat, Okumuş e Dennis, (2010) encontraram significância em duas ocasiões: pré-natal e pós-parto da BSES e na BSES-SF, respectivamente.

O nível de educação paterna maior que oito anos aumentou a autoeficácia materna na amamentação, confirmando com Dennis (2003). Além disso, verificou-se que o fato de a mãe ser casada ou viver em união estável influenciam na autoeficácia materna ($p < 0,05$), pois se tratam de elementos favorecedores para a manutenção da amamentação, visto que existe a comprovação de estudos que demonstraram a influência paterna tanto no início quanto na duração do aleitamento materno (COHEN; LANGE; SLUSSER, 2002; LI; ZHANG; SCOTT; BINN, 2004).

Há evidências de que o ato de amamentar é herdado culturalmente e influenciado pela família e pelo meio social em que as pessoas vivem (estímulos culturais, costumes, crenças e tabus). Assim, faz-se mister a participação do parceiro no apoio às mães na promoção do aleitamento materno durante o ciclo gravídico-puerperal, por ser um importante preditor de amamentação (ROJJANASRIRAT; SOUSA, 2010; BUENO *et al.*, 2003; ICHISATO; SHIMO, 2002).

Observou-se que a ocupação materna, formal ou não, parece não estar relacionada (com ou sem ocupação) com os escores da BSES-SF, porém o que pode influenciar o desmame precoce é a carga horária da sua jornada de trabalho e

o seu retorno ao trabalho, que podem dificultar a articulação entre o seu papel materno e suas atividades laborais, representando um obstáculo para a manutenção da amamentação (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006, ARAÚJO *et al.*, 2008).

Quanto à renda familiar, entre aqueles lares com renda *per capita* maior que R\$ 141,00, verificou-se um aumento da média dos escores da BSES-SF tanto no pré-natal quanto no pós-parto. É oportuno salientar que Oriá (2010) e Tavares *et al.* (2010) também encontraram relação significativa entre ambas variáveis, sugerindo, assim, que, quanto maior a renda, maior a autoeficácia em amamentar (KU; CHOW, 2010).

No Brasil, a metodologia oficial usa como referência o Salário Mínimo, isto é, até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo familiar *per capita* se define uma família como extremamente pobre (indigente), e até $\frac{1}{2}$ do salário mínimo familiar *per capita* refere-se à pobreza absoluta (IBGE, 2012). Atualmente, 16,2 milhões (8,5%) de brasileiros são extremamente pobres e, destes, mais da metade vive no Nordeste (9,6 milhões), 4,8 milhões não têm nenhuma renda e 11,4 milhões têm rendimento *per capita* de R\$1,00 a R\$ 70,00. Esse parâmetro será usado para a elaboração das políticas sociais, como o Plano Brasil sem Miséria, que deve ser lançado em breve pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS (PORTAL BRASIL, 2011). Diante dessa classificação, nosso estudo teve predominância (n=25, 50%) de gestantes com renda entre $\frac{1}{4}$ e $\frac{1}{2}$ salário mínimo e (n=17, 34%) de gestantes com renda menor ou igual a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, ou seja, de pobreza absoluta e extremamente pobres, respectivamente, refletindo uma condição socioeconômica precária das nossas participantes.

Em relação à bolsa família, segundo Salomon (2011), 52,7% dos beneficiários do programa bolsa-família em idade de trabalhar têm no máximo quatro anos de estudo, o que não ratifica o nosso estudo, já que, apesar dos 56% (n= 28) de beneficiários, 38% (n= 19) deles com escolaridade (≥ 8 anos), 54% (n= 27) não possuíam emprego e 50% (n= 25) não tinham renda *per capita* satisfatória.

Acerca das condições de moradia, a origem da água, o destino do esgoto e do lixo são indicadores sociais e sanitários relevantes para a promoção da saúde,

sendo evidenciado que a maioria possuía tais necessidades satisfeitas pelo sistema público, avigorando outras pesquisas realizadas neste estado (DODT, 2011; MARTINS, 2010). O IBGE, no estudo divulgado em 2010, revelou que 93,5% dos domicílios urbanos contavam com o serviço de abastecimento de água pela rede geral. Quanto ao esgotamento sanitário, constatou-se que 68,3% dos domicílios brasileiros eram atendidos por esse serviço. Em relação à coleta de lixo, 98,5% dos domicílios eram atendidos por esse serviço, corroborando com nosso estudo (IBGE, 2010).

A questão do saneamento básico ganha dimensão ainda maior com a promulgação da Lei nº 11.445, de 5 de janeiro de 2007, que estabelece os marcos regulatórios do setor, nos seus quatro componentes: abastecimento de água, esgotamento sanitário, manejo de resíduos sólidos e manejo de águas pluviais, enfatizando que a ação de dotar os domicílios brasileiros de serviços de rede coletora de esgotamento sanitário constitui uma das mais importantes estratégias no combate às desigualdades sociais (IBGE, 2008).

Quanto ao local de residência, as mães que moravam distante das UBSFs apresentaram maior autoeficácia em amamentar ($p < 0,05$). Dessa forma, pode-se inferir que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) pode estar satisfazendo as necessidades da população que se encontra na área adstrita, já que, de acordo com o preconizado (BRASIL, 2006), deve conciliar um conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, desde o recém-nascido ao idoso, de forma integral e contínua. Além disso, outro fator que pode ter contribuído é a atuação dos ACS, que têm a função de agir como um elo entre famílias, usuários e serviços de saúde (FILGUEIRAS; SILVA, 2011).

Segundo os pressupostos da ESF, a atenção deve estar centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que possibilita às equipes da Estratégia uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além da prática curativa (CALDEIRA; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2010).

Apesar do tabagismo e do etilismo serem considerados problemas de saúde pública e serem lícitos, o presente estudo não evidenciou um consumo significativo de tabaco, confirmando o estudo de Dodt (2008), Wilhelm et al., (2008); McQueen et al. (2011), bem como em relação ao consumo de bebida alcoólica.

Na **Tabela 2**, pode-se verificar que houve predominância de multigestas, mulheres sem história de abortamento, primíparas, sem outros filhos e com experiência de aleitamento materno misto (média de 213 dias). Prevaleram as mulheres sem histórico de dificuldade para amamentar, com relatos de experiência positiva em amamentar, que foram amamentadas e que conheciam alguém que já dera de mamar.

As seguintes variáveis relacionadas aos antecedentes obstétricos apresentaram médias estatisticamente significantes da autoeficácia materna em amamentar: ($p < 0,05$): multigestação; ausência de história de aborto; multiparidade; existência de dois filhos vivos; amamentação anterior mista e exclusiva; sem dificuldade para amamentar; experiência anterior positiva em amamentar; que foram amamentadas na infância; e que conheciam alguém que amamentou, reforçando, assim, a teoria da autoeficácia, principalmente nas fontes de experiência pessoal anterior e aprendizagem vicária.

Tabela 2–Comparação das médias dos escores da BSES-SF no pré-natal e no pós-parto, segundo os antecedentes obstétricos, Pacatuba/CE, julho a novembro de 2011

Variáveis	N	%	M	DP	BSES-SF PN		BSES-SF PP		ρ
					M	±EPM	M	±EPM	
Gestações anteriores									
Primigesta	24	48			57,1	± 1,5	59,7	± 1,6	0,183
Multigesta	26	52			57,8	± 1,4	61,2	± 1,1	0,013
Abortos									
Sim	7	14	0,1	0,4	57,1	± 4,0	62,3	± 2,3	0,232 *
Não	43	86			57,5	± 1,0	60,2	± 1,1	0,025
Paridade									
Primípara	26	52			57,1	± 1,4	60,0	± 1,5	0,144
Múltipara	24	48			57,8	± 1,5	61,0	± 1,2	0,010
Filhos vivos									
Um	11	22	0,94	1,2	57,4	± 2,7	59,4	± 2,0	0,356
2	7	14			59,9	± 1,8	62,6	± 2,0	0,028 *
3 a 5	6	12			59,9	± 1,8	62,6	± 2,0	0,225 *
Sem filhos	26	52			56,9	± 1,4	60,2	± 1,5	0,255
Tipo de Amamentação anterior¹									
Mista	23	92	213,1	11,5	58,4	± 7,1	61,1	± 5,7	0,004
Exclusiva	15	60	403,1	17,1	58,2	± 7,7	58,2	± 4,6	0,012
Dificuldade para amamentar¹									
Sim	1	4			49,0	±	46,0	±	-
Não	23	96			57,6	± 1,0	60,8	± 0,9	0,021
Experiência de amamentar¹									
Positiva	22	92			57,5	± 4,5	61,1	± 1,2	0,004
Negativa	2	8			66,5	±	62,0	±	-
Mamou quando criança									
Sim	37	74			57,5	± 1,2	59,2	± 1,1	0,047
Não	10	20			58,9	± 2,1	65,1	± 1,5	0,182
Não sabe	3	6			52,7		59,0		-
Conhece alguém que deu de mamar									
Sim	49	98			51,1	± 1,0	60,3	± 1,0	0,022
Não	1	2			66,0		64,0		-
MÉDIA BSES-SF PN			57,46			± 1,0			0,009
MÉDIA BSES-SF PP			60,4			± 1,0			

¹Múltiparas; M=Média; DP: Desvio padrão; M BSES-SF PN: Média dos escores da BSES-SF no pré-natal; M BSES-SF PP: Média dos escores da BSES-SF no pós-parto; EPM: Erro Padrão Médio; ρ: t de Student; * teste de Wilcoxon.

Sabe-se que os antecedentes obstétricos são fatores relevantes a serem considerados em gestações atuais, tendo em vista que podem influenciar no enfrentamento da mulher para essa nova gestação (DODT, 2011).

Quanto à paridade, Wutke, Dennis (2006) e Dennis, Faux (1999) asseveram que as primíparas apresentam redução significativa da autoeficácia em amamentar em comparação com as múltiparas. Assim, múltiparas com experiência

prévia em amamentação apresentaram escores da BSES-SF consistentemente superiores às mulheres primíparas (BLYTH *et al.*, 2002; DENNIS; FAUX, 1999), ressaltando a importância de experiências bem-sucedidas no desenvolvimento de autoeficácia na amamentação (SEMENIC; LOISELLE; GOTTLIEB, 2008).

Tavares *et al.*(2010) e Scott *et al.*(1999) afirmam que as primíparas devem receber orientação e estímulos diferenciados, pois fazem parte do grupo de risco de interrupção do aleitamento. No entanto, as múltiparas com experiências negativas também podem ter sua autoeficácia comprometida, por terem tido respostas emocionais negativas: medo e ansiedade (DENNIS, 1999; BLYTH *et al.*, 2002).

Segundo Bandura (1977a), a autopercepção do estado fisiológico do organismo faz parte da autoeficácia, pois a ativação fisiológica através do reforço positivo, conduzindo para a redução do estresse e de estados emocionais negativos, auxilia no controle do raciocínio e na autoeficácia.

Um exemplo disso são os relatos de “pouco leite” ou de “leite fraco”, os quais podem ser reflexo da insegurança materna quanto ao seu potencial de nutrir satisfatoriamente seu bebê (KAUS *et al.*, 2008; KINGSTON; DENNIS; SWORD, 2007).

Embora a ativação fisiológica seja importante, as fontes fisiológicas da autoeficácia não estão limitadas à ativação independente, pois as pessoas também recebem informação de sua fadiga, forma física, dor, força e resistência como indicadores da ineficácia física (BALAGUER, 1994).

Ainda sobre as primíparas, estudos ressaltam que as mesmas são mais propensas a iniciar o aleitamento. No entanto, costumam mantê-lo por menos tempo, introduzindo mais precocemente os alimentos complementares. Além disso, estas são mães inexperientes e, conseqüentemente, possuem mais dúvidas e dificuldades para manter a amamentação, podendo, devido a essa insegurança, serem alvo de influências de familiares e de pessoas que lhes são próximas (JOCA *et al.*, 2005; OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Dennis e Faux (1999) evidenciaram que os escores mais altos da escala BSES apareceram entre as múltiparas que tinham experiência prévia de amamentação, em detrimento das primíparas, fato que, segundo Dodt (2008), pode ser um elemento preponderante para o tempo de amamentação exclusiva.

Creedy *et al.* (2003) encontraram que os escores da BSES aumentaram após o nascimento, ratificando o presente estudo, pois houve um incremento tanto entre as primíparas quanto entre as múltiparas de 2,9 e 3,2 na média dos escores, no pré-natal para o pós-parto, respectivamente. Contraindo-se, Bailey, Clark e Shepherd (2008) afirmam que a queda nos escores no pós-parto entre as primíparas pode ter ocorrido devido às expectativas de aleitamento materno não terem sido alcançadas na realidade.

Encontrou-se uma correlação positiva entre o número de filhos e o escore médio na *BSES-SF*, ou seja, as mulheres com mais crianças apresentaram escores mais altos na escala, coadunando com Llopis-Rabout-Coudray *et al.* (2011), que no seu estudo verificaram associação com as mulheres que tinham um ou mais filhos vivos; e com O'Brien, Buikstra e Hegney (2008), que identificaram que as mulheres tinham pelo menos um filho; assim, ter pelo menos um filho vivo aumenta os escores da *BSES-SF*.

Mães com mais filhos obtiveram maior pontuação na escala *BSES-SF*. Além disso, a pontuação média obtida na escala *BSES-SF* por mães com experiência anterior de amamentação foi maior do que a obtida pelas mães sem experiência anterior de amamentação. Mulheres com experiência prévia de amamentação que avaliaram a sua experiência como "muito positiva" tiveram média nos escores da *BSES-SF* mais elevada do que aquelas que classificaram sua experiência anterior como "algo positivo" ou "bastante positivo", e esta diferença foi estatisticamente significativa (OLIVER-ROIG *et al.*, 2011).

Estudos apontam que mulheres com experiência positiva em relação à amamentação de outros filhos apresentaram predisposição para amamentar um novo bebê e, em geral, o amamentaram por mais tempo, quando comparadas com

mulheres que vivenciaram experiências negativas, como: dor, mastite, fissuras, ingurgitamento, mamilo invertido, produção insuficiente de leite e outras dificuldades (DODT, 2008; CHAVES, LAMOUNIER, CESAR, 2007; ALMEIDA *et al.*, 2008).

De acordo com Bandura (1977a), o nível de desempenho através da experiência anterior tem uma influência significativa na autoeficácia, já que são considerados relevantes para esse construto as experiências de êxito: experiência anterior em amamentar; apoio profissional anterior; experiências vicárias com observação do comportamento de alguém que vive em situações de vida semelhantes e que conseguiu amamentar com sucesso (KINGSTON; DENNIS; SWORD, 2007).

Assim, as mulheres que têm uma experiência prévia de amamentação negativa ou mal sucedida podem ser particularmente de risco, por não tentar ou não continuar a amamentar os filhos subsequentes. Considerando que a experiência anterior vai influenciar a sua autoeficácia, o enfermeiro, aplicando a BSES-SF, pode ser capaz de identificar e facilitar a percepção da experiência anterior em amamentar, e, a partir daí, promover intervenções específicas que aumentariam a autoeficácia de uma mãe para iniciar e manter o aleitamento materno com seu filho.

Como existem quatro fontes de informação de autoeficácia—1. A experiência pessoal anterior; 2. A observação de outras mulheres que atualmente amamentam ou têm experiência com a amamentação; 3. Incentivo pela persuasão verbal; e 4. Estados fisiológicos e emocionais (BANDURA, 1977a), podem ser traçadas estratégias específicas para reforçar o efeito dessas fontes. Por exemplo, as mulheres sem apoio poderiam ser direcionadas para atividades onde elas possam se encontrar e obter ajuda de outras mães experientes, permitindo que elas tenham um modelo a seguir e, portanto, mais experiência vicária. Uma rede de suporte para a amamentação, um acesso mais fácil aos serviços de saúde, envolvendo educação e planejamento para a amamentação, podem melhorar os resultados da amamentação, e também são fatores relevantes no incremento desta autoeficácia (McCARTER-SPAULDING; GORE, 2009).

Tavares *et al.*, (2010), Dodt, (2008); Oriá, (2008) e Oriá *et al.* (2009) revelaram que experiências anteriores com aleitamento materno produzem maiores escores de autoeficácia, embora esse fato não signifique facilidade na promoção do aleitamento ou maior predisposição ao aleitamento, uma vez que essas mulheres podem ter argumentos e justificativas pré-formadas em vista de um possível fracasso prévio.

Na **Tabela 3**, as variáveis da gravidez atual que tiveram significância ($p < 0,05$) com a escala BSES-SF foram: gravidez planejada; seis ou mais consultas de pré-natal, as mulheres que afirmaram ter pouco conhecimento prévio em amamentar, as que prepararam as mamas para amamentar, as que pretendiam amamentar, as que participavam do grupo de gestantes Mãe Nutrida, além daquelas que pretendiam amamentar exclusivamente até os quatro meses de vida do RN.

Tabela 3 - Comparação das médias dos escores da BSES-SF no pré-natal e no pós-parto, segundo os dados da gravidez atual, Pacatuba/CE, julho a novembro de 2011

Variáveis	n	%	M	DP	BSES-SF PN		BSES-SF PP		p
					M	±EPM	M	±EPM	
Gravidez Planejada									
Sim	27	54			59,0	± 1,2	61,9	± 1,3	0,029
Não	23	46			55,6	±	58,8	±	0,116
Realização de Pré-Natal									
Sim	50	100			57,5	±	60,4	±	
Consultas Pré-Natais									
			6,32	2,1					
<6	18	36			60,5	± 1,4	61,4	± 1,5	0,557
≥ 6	32	64			55,8	± 1,3	59,8	± 1,2	0,008
Gravidez de risco									
Sim	8	16			59,5	± 2,3	64,0	± 1,6	0,017
Não	42	84			57,1	± 1,1	59,8	± 1,1	0,042
Recebeu incentivo/orientações para AM									
Sim	22	44			56,1	± 1,3	59,6	± 1,5	0,075
Não	28	56			58,5	± 1,5	61,0	± 1,2	0,065
Tem conhecimento prévio em AM									
Sim	22	44			60,0	± 1,3	61,5	± 1,5	0,366
Pouco	22	44			55,4	± 1,6	59,2	± 1,5	0,027
Não	6	12			55,8	± 2,5	60,8	± 2,4	0,236 *
Prepara as mamas para amamentar									
Sim	24	48			58,3	± 1,3	61,8	± 1,1	0,007
Não	26	52			56,7	± 1,0	59,1	± 1,7	0,192
Tem apoio para amamentar									
Sim	38	76			56,8	± 1,3	60,0	± 1,1	0,998
Não	12	24			59,6	± 1,0	62,0	± 1,7	0,959
Pretende amamentar									
Sim	50	100			57,5	± 1,0	60,4	± 1,0	0,009
Tempo em que pretende amamentar exclusivamente									
			159,1	50,8					
Até 4 meses	14	28			53,9	± 2,0	61,1	± 1,4	<0,0001
De 5 a 12 meses	36	72			58,8	± 1,1	60,2	± 1,2	0,313
Participa de grupo de gestante									
Sim	9	18			59,3	± 2,5	66,6	± 1,1	0,005
Não	41	82			57,1	± 1,1	59,1	± 1,0	0,105

M=Média; DP: Desvio padrão; M BSES-SF PN: Média dos escores da BSES-SF no pré-natal; M BSES-SF PP: Média dos escores da BSES-SF no pós-parto; EPM: Erro Padrão Médio; p: t de Student; * teste de Wilcoxon.

Para Haughton, Gregorio, Pérez-Escamilla (2010) e Hromi-Fielder, Pérez-Escamilla (2006), ter uma gravidez planejada foi positivamente associado com a duração do aleitamento materno. O planejamento da gravidez é o pensamento com antecedência sobre a geração e sobre o ato de cuidar de uma criança. Sabe-se que quando as mulheres planejam a gravidez, comprometem-se mais com a amamentação, assim, faz-se premente que seja dado um apoio adicional às mães

que não planejaram engravidar (HAUGHTON; GREGORIO; PÉREZ-ESCAMILLA, 2010).

Além do planejamento da gravidez, outro aspecto relevante para o processo de amamentação é a realização do acompanhamento pré-natal, visto que mulheres que realizaram menos de cinco consultas pré-natais amamentaram seus filhos por menos tempo do que aquelas que tiveram entre cinco e nove consultas realizadas (CHAVES; LAMOUNIER; CESAR, 2007).

Apesar de no presente estudo mais da metade das mães ter realizado no mínimo seis consultas pré-natais, tendo sido um percentual maior do que nos estudos de Dodt (2008) e Tavares *et al.* (2010), ainda houve um número elevado de mulheres que não compareceram ao pré-natal conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde, devendo-se avaliar e melhorar a qualidade e acessibilidade destas consultas (BRASIL, 2006).

Outro fator que pode interferir significativamente com o aleitamento materno é a gravidez de risco (ZUBARAN *et al.*, 2010). Assim, infere-se que as mulheres com risco gestacional (gemelaridade, ganho ponderal inadequado, pré-eclâmpsia/ eclâmpsia, amniorrexe prematura, hemorragias na gestação, isoimunização, desvio quanto ao crescimento uterino e do volume de líquido amniótico) podem ter menor autoeficácia, devido às informações fisiológicas e psicológicas negativas, favorecendo o desmame precoce. Neste estudo, com ou sem risco, provavelmente porque, como os dados foram coletados na atenção básica, os riscos encontrados foram de leves a moderados, como gravidez na adolescência e ganho ponderal inadequado, pois os riscos gestacionais graves são encaminhados para a referência do município de pré-natal de risco.

Dennis (2003) sugere que, para o aumento da autoeficácia em amamentar, o fornecimento de orientação sobre aleitamento no pré-natal é relevante para o reconhecimento e intervenção nos possíveis fatores que venham a favorecer um desmame precoce, como ansiedade, estresse e fadiga durante o amamentar. Acredita-se que a orientação adequada favorece o aleitamento, desde que seja uma educação problematizadora, de escuta, sem coerção, sem ser normativa ou punitiva,

mas que permita que a mulher faça livremente, sem culpas, suas próprias escolhas (DODT, 2008).

O MS recomenda a orientação e o incentivo à amamentação durante o pré-natal e esse achado remete à qualidade desta atenção realizada pelos profissionais de saúde, sobretudo enfermeiros, que deve ser incentivada pelos familiares e outras pessoas do convívio social da nutriz (BRASIL, 2006). Gonzalez *et al.* (2008) fortalecem essa recomendação por terem identificado, nos serviços de apoio à lactação, que algumas mães sentiram-se desencorajadas a oferecer seu próprio leite para seus filhos, face à falta de orientação e apoio inadequado.

Nesse sentido, Bandura (1977a) ratifica que um dos fatores contribuintes para a autoeficácia é a persuasão verbal, uma alternativa muito utilizada e válida para os profissionais de saúde, pois, ao realizar estratégias educativas, prestar informações positivas, de incentivo, de apoio, bem como ao aconselhar as mães e seus familiares sobre amamentação, alcança-se um aumento da autoeficácia em amamentar e, conseqüentemente, verifica-se uma redução nas chances de desmame precoce (DODT, 2011).

Dennis (1999, 2006) reforça que, conforme os fundamentos teóricos da autoeficácia em amamentação, as estratégias de fortalecimento da autoeficácia podem incluir: (a) atenção para os aspectos de sucesso ou performances melhoradas da amamentação; (b) reforço de habilidades positivas da amamentação; (c) prestação de conselhos consistentes sobre como melhorar a performance futura da amamentação; (d) recordação dos aspectos positivos da amamentação propositadamente, ao invés de falar sobre os déficits de desempenho; (e) prestação de orientação antecipatória para reconhecer e normalizar a ansiedade materna, estresse e fadiga; (f) atenção proativa para identificar as habilidades não observáveis aparentemente para a mãe, tais como performances de sucesso, pensando analiticamente para resolver problemas, gerenciar pensamentos autodestrutivos, e atitude perseverante através de dificuldades; (g) prestação de apoio de colegas e oportunidades.

Quando os enfermeiros fornecem informações e apoio técnico às mães que amamentam, isso pode servir de encorajamento e reforço positivo, aumentando, assim, a autoeficácia através da persuasão verbal. Quando uma mãe em amamentação pede sugestão para suplementação com fórmulas infantis, a razão para o pedido deve ser explorada de modo que, se a motivação estiver relacionada a uma falta de autoeficácia na sua capacidade de amamentar, intervenções para melhorar a autoeficácia possam ser iniciadas, além de abordar as necessidades nutricionais do bebê. A persuasão verbal é considerada mais eficaz quando a pessoa que presta as informações é considerada crível e conhecedora do assunto (BANDURA, 1997). Fornecer tais informações e incentivo é um importante papel de enfermeiros na assistência à saúde da família (McCARTER-SPAULDING; GORE, 2009).

Dunn *et al.* (2006) avigoram, ainda, que o conhecimento, a habilidade e a atitude dos profissionais de saúde em relação ao aleitamento materno são fatores importantes na determinação da quantidade e qualidade do apoio que uma mãe recebe.

Nesse contexto, nossos achados revelaram que foi significativo ter pouco conhecimento em amamentar, porém não avaliamos o grau de conhecimento dessas mulheres quanto à amamentação. Ainda assim, ressalta-se a relevância acerca das orientações e incentivos à amamentação, enfocando o preparo das mamas durante a gestação, pois a mulher encontra-se em grandes modificações corporais, o que pode dificultar a aceitação da amamentação. Então, o apoio da equipe multidisciplinar é fundamental para o sucesso da amamentação (CALEGARI, 2009), conforme orienta Brasil (2006).

Vale ressaltar que a totalidade das gestantes, durante a entrevista no pré-natal atual, referiu que pretendia amamentar o seu futuro filho, tendo satisfação em realizar o ato de amamentar. E algumas o fizeram pelo conhecimento dos inúmeros benefícios que o leite materno oferece ao bebê ou amamentavam seu filho como uma obrigação materna, pois ressaltaram ter recebido apoio e orientações para amamentar. Muitas, ao serem perguntadas sobrepor quanto tempo iriam amamentar, respondiam que até quando o bebê quisesse, porém foi solicitado

estipular um tempo, para que os pesquisadores pudessem mensurar quantitativamente.

A pretensão em amamentar exclusivamente encontrada em nossos dados (M=159,1 dias) é maior do que em outros estudos (ORIA, 2008; McCARTER-SPAULDING; GORE, 2009; POLLARD; GUILL, 2009). No estudo de Ku e Chow (2010), a média de duração prevista da amamentação de seus bebês foi 68,06 dias (DP= ± 62,87, faixa de 0-365). Já em Gregory *et al.*(2008) as grávidas pretendiam amamentar mais que 4 semanas.

Segundo MATOS *et al.* (2011), a realização de grupos de gestantes é uma das formas de potencializar as orientações do pré-natal, pois as participantes podem relatar suas angústias, trocar experiências com outras integrantes e coordenadores do grupo. Pode ser utilizado como estratégia do processo educativo, pois a sua construção acontece a partir das interações entre seres humanos de forma dinâmica e reflexiva (REBERTE; HOGA, 2005).

Em Pacatuba, local deste estudo, há um grupo de gestantes chamado Mãe Nutrida, que promove, protege e apoia a amamentação, e esse grupo está presente em algumas UBSFs desse município. O grupo Mãe Nutrida está presente apenas em uma UBSF, das seis que foram selecionadas para este estudo. Para a inserção nesse grupo é necessária uma avaliação nutricional pela enfermeira da UBSF, de modo que as gestantes com baixo peso ou em vulnerabilidade social são encaminhadas à avaliação da assistente social e, a partir de então, entram no grupo pelo número de vagas existentes. O grupo realiza encontros mensais que oferecem atividades educativas com multiprofissionais e *kit* nutricional. As gestantes são acompanhadas até os seis meses de puerpério desde que as crianças estejam em amamentação exclusiva.

O grupo de gestantes é importante, pois é um apoio à amamentação e incentiva as mães no compartilhar de suas dúvidas, ansiedades e experiências. Os enfermeiros devem estar conscientes de sua capacidade de influenciar, tanto positiva quanto negativamente, na autoeficácia materna em relação ao aleitamento, pois podem afetar os resultados da amamentação. Eles devem também ter em

mente que a ambivalência ou a falta de apoio pode resultar em menor duração da amamentação para as mulheres e seus bebês, pois essa atividade interfere na intenção de amamentar no pré-natal, no interesse da gestante sobre aleitamento materno e na confiança materna, que são variáveis psicológicas modificáveis que influenciam na duração da amamentação (THULIER; MERCER, 2009).

As variáveis do parto e do puerpério que tiveram significância com a BSES-SF no pré-natal e no puerpério foram: parto vaginal; parto ocorrido em hospital público; satisfação da mulher com o parto; crianças que mamaram na primeira hora de vida, tanto na sala de parto quanto no alojamento conjunto; mulheres que alimentaram os RNs apenas com AME na maternidade; mulheres que não tiveram dificuldades para amamentar; e que na alta hospitalar mantiveram os RN apenas em AME (Tabela 4).

Tabela 4– Comparação das médias dos escores da BSES-SF no pré-natal e no pós-parto, segundo os dados do parto e puerpério, Pacatuba/CE, julho a novembro de 2011

Variáveis	n	%	M	DP	BSES-SF PN		BSES-SF PP		p
					M	±EPM	M	±EPM	
Idade gestacional do parto			39,4	1,1					
Tipo de parto									
Vaginal	20	40			55,9	± 1,5	58,0	± 1,4	0,033
Cesárea	30	60			58,5	± 1,3	60,1	± 1,3	0,146
Local do parto									
Hospital público	46	92			57,6	± 0,9	60,1	± 1,0	0,031
Hospital particular	4	8			55,8	± 7,8	65,0	± 3,7	0,166
Satisfeita com o parto									
Sim	42	84			56,9	± 1,1	60,4	± 1,1	0,006
Não	8	16			60,8	± 2,7	60,9	± 1,8	0,964
Amamentou na 1ª hora de vida									
Sim	34	68			57,3	± 1,2	61,3	± 1,0	0,005
Não	16	32			57,8	± 1,9	58,6	± 2,2	0,668
Local em que o RN sugou pela primeira vez									
Sala de Parto	17	34			57,2	± 2,0	61,9	± 1,5	0,025
Alojamento Conjunto	28	56			56,9	± 1,1	60,0	± 1,1	0,023
Quarto individual	1	2			67,0	±	68,0	±	-
Não mamou	4	8			60,0	± 5,0	55,0	± 6,3	0,449 *
Alimentação do RN na maternidade									
Usou leite artificial	8	16			57,0	± 2,3	57,3	± 2,9	0,904
AME	42	84			57,6	± 1,1	61,1	± 1,0	0,008
Teve dificuldade de amamentar									
Sim	20	40			57,5	± 1,5	59,1	± 1,7	0,401
Não	30	60			57,5	± 1,4	61,4	± 1,1	0,007
Alimentação do RN na alta da maternidade									
AME	47	94			57,7	± 1,0	60,6	± 0,9	0,015
Leite artificial	3	6			54,0	± 4,2	58,0	± 7,0	0,339 *

M=Média; DP: Desvio padrão; M BSES-SF PN: Média dos escores da BSES-SF no pré-natal; M BSES-SF PP: Média dos escores da BSES-SF no pós-parto; EPM: Erro Padrão Médio; p: t de Student; * teste de Wilcoxon.

No estudo de Dennis (2006), o tipo de parto também apresentou associação com a pontuação da BSES, em particular, partos com intervenções (cesárea) tiveram menor pontuação do que os das mães que deram à luz por via vaginal sem tais intervenções, confirmando Oriá e Ximenes (2010); Aluș Tokat, Okumuş, Dennis (2010), e contrapondo as pesquisas realizadas por Blyth *et al.* (2002) e Wutke, Dennis (2007).

Isso pode estar relacionado com a dor e a satisfação com o parto, pois mulheres que sentem dor, como no pós-parto da cesárea, têm menor autoeficácia em amamentar, por sentirem-se incapazes naquele momento e naquelas condições

para oferecer o aleitamento materno ao filho, ou seja, mulheres que experimentam níveis mais baixos de dor e sofrimento psíquico podem ter níveis mais elevados de autoeficácia (McCARTER-SPAULDING; GORE 2009; DENNIS 2006).

É oportuno salientar que a prevalência do número de cirurgias cesarianas foi semelhante à da pesquisa de Oliver-Roig (2011), sendo preocupante este número elevado, visto que o preconizado pelo MS é o parto vaginal, por ser melhor para a criança e para mãe (BRASIL, 2006). Na América Latina, as cesarianas representam metade ou mais dos nascimentos em alguns locais (BRASIL, 2011a).

Sabe-se que o parto cesáreo está relacionado ao maior uso de anestésicos e analgésicos, podendo retardar o estabelecimento da amamentação (TAVARES *et al.*, 2010). Porém, na maioria das vezes, é desconhecido o motivo pelo qual a cesárea foi realizada, se devido à escolha materna, do obstetra ou a complicações de saúde (WUTKE; DENNIS, 2007).

No Brasil, em muitos casos, as mulheres são medicalizadas para terem seu trabalho de parto acelerado, sendo necessário que se esclareça às gestantes as vantagens de um parto que ocorra no ritmo do seu corpo e da sua emoção (LEAL, 2011), pois as condições do parto e do períneo têm implicações diretas na disposição da mulher para amamentar após o trabalho de parto, em razão das limitações da postura corporal e do desconforto gerado pela dor incisional das cesáreas (MONTEIRO; NAKANO; GOMES, 2006).

No que diz respeito às médias dos escores da BSES-SF, que foram mais elevados em mulheres que tiveram partos em hospital público, pode-se inferir que tal fato se relacione à rotina das instituições públicas que visam à promoção do parto humanizado e à promoção do aleitamento materno. Pois, segundo estudo desenvolvido por Boccolini *et al.* (2011), pode-se verificar que, em nível individual, a amamentação na primeira hora de nascimento foi prejudicada por práticas inadequadas nas maternidades, em particular nos estabelecimentos privados e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim como no presente estudo, Eksioglu, Ceber (2010) também encontraram significância entre a amamentação na primeira hora de vida e os escores da BSES. O MS (UNICEF, 2008) recomenda, nos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, que o bebê mame na primeira hora de vida, de preferência ainda na sala de parto, pois é mais provável estabelecer com sucesso a amamentação quanto mais cedo esta é iniciada (RAHMAN, 2011). Sabe-se que as primeiras 24 horas após o parto são um período de especial vulnerabilidade para a mulher e para o recém-nascido, pois se estima que entre 25% e 45% das mortes neonatais e 45% das mortes maternas ocorram nesse momento, e as mulheres encontram-se muitas vezes vulneráveis à depressão, transtornos psiquiátricos, infecções puerperais, que especialmente implicam na adesão do aleitamento materno (BRASIL, 2011h; WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005; LAWN; COUSENS; ZUPAN; 2005).

Além disso, quando ocorrem altas taxas de suplementação de fórmula infantil e ordenha precoce na maternidade, é um provável indicador de que as mães não estão recebendo apoio suficiente para a amamentação no período pós-parto imediato, ao passo que, quando se verificam elevadas taxas de AME ainda na maternidade, infere-se que a instituição esteja promovendo e incentivando tal prática (TARRANT *et al.*, 2010). O que foi comprovado neste estudo, pois as mulheres que apresentaram aumento nas médias dos escores da BSES-SF no pós-parto não só amamentaram seu filho na primeira hora de vida ($p= 0,005$), como o fizeram na sala de parto ($p= 0,025$), e no alojamento conjunto ($p=0,023$), mantendo o aleitamento materno exclusivo na hora da alta hospitalar ($p=0,015$).

Maternidades que apresentam alojamentos conjuntos e, além disso, são consideradas Hospitais Amigos da Criança, favorecem a adoção do AME e o sucesso da amamentação, devido ao elevado caráter educativo dessas unidades (DEL CIAMPO *et al.*, 1994; MELLEIRO *et al.*, 1997). Além disso, Rahman (2011) reforça a importância das orientações sobre amamentação e cuidados pós-parto dentro de 24 horas após o nascimento dos RNs, principalmente com mães adolescentes.

Na **Tabela 5**, verifica-se que entre os dados antropométricos dos RN foram estatisticamente significantes com as médias dos escores da BSES-SF no primeiro (pré-natal) e no segundo momento (pós-parto). Aqueles que nasceram com 3.000 gramas ou mais tiveram estatura entre 46 e 52 cm, eram do sexo masculino, possuíam Apgar no primeiro e no quinto minutos maior ou igual a sete, eram a termo e estavam no décimo quinto dia de puerpério mamando mais de 10 vezes ao dia.

Tabela 5 – Comparação das médias dos escores da BSES-SF no pré-natal e no pós-parto, segundo os dados antropométricos de saúde do RN, Pacatuba/CE, julho a novembro de 2011

Variáveis	n	%	M	DP	BSES-SF PN		BSES-SF PP		p
					M	±EPM	M	±EPM	
Peso do Recém-Nascido			3272	473,1					
< 2500 g	1	2			63,0		67,0		-
2500 – 2999	13	26			57,7	± 1,7	58,2	± 2,1	0,789
3000 ou +	36	72			57,2	± 1,2	61,1	± 1,1	0,007
Estatura do RN			48,52	2,5				±	
42 – 45	7	14			60,1	± 2,2	62,0	± 2,0	0,061 *
46 – 52	40	80			56,9	± 1,2	60,5	± 1,1	0,008
53 – 56	3	6			58,5	± 3,3	57,0	± 4,5	0,842 *
Sexo do RN									
Masculino	32	64			58,0	± 1,3	60,2	± 1,2	0,150
Feminino	18	36			56,4	± 1,5	60,8	± 1,5	0,010
SAÚDE DO RN									
APGAR 1º'			6,3	3,5					
< 7	2	4			53,5	± 1,5	56,5	± 1,5	-
≥ 7	37	74			56,9	± 1,2	60,7	± 1,0	0,006
Não consta	11	22			60,0	± 2,0	60,3	± 2,6	-
APGAR 5º'			7	3,8					
≥ 7	39	78			56,7	± 1,1	60,4	± 1,0	0,004
Não consta	11	22			60,0	± 2,0	60,3	± 2,6	0,913
Classificação do RN									
A termo	45	90			57,9	± 1,1	60,5	± 1,0	0,028
Pré-termo	4	8			51,3	± 1,8	58,0	± 3,0	0,248 *
Pós-termo	1	2			63,0	±	67,0	±	-

M=Média; DP: Desvio padrão; M BSES-SF PN: Média dos escores da BSES-SF no pré-natal; M BSES-SF PP: Média dos escores da BSES-SF no pós-parto; EPM: Erro Padrão Médio; p: t de Student; * teste de Wilcoxon.

Os achados relacionados ao peso ao nascer do RN corroboram com Dodt (2008), M= 3.248± 497,6 g e com Llopis-Rabout-Coudrayet *al.* (2011), M= 3.223,8 ± 430,8 g, ambos acima de 3.000g. Mascarenhas, Rodrigues e Monte (2006) referem que o peso ao nascer constitui uma das principais medidas de crescimento intrauterino, representando um dos mais importantes fatores de predição da sobrevivência infantil, havendo forte associação entre o baixo peso ao nascer e a

morbimortalidade neonatal, incluindo comprometimento neuromotor, problemas respiratórios crônicos e infecções. A ocorrência de recém-nascidos com baixo peso ao nascer varia entre países, sendo um indicador geral do nível de saúde de uma população, por estar associada às condições socioeconômicas.

De acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (WHO) e UNICEF (2003), as enfermeiras de saúde pública podem ajudar a educar as mães sobre os parâmetros normais de perda de peso neonatal e os riscos associados com a complementação de fórmula láctea desnecessária e as indicações médicas para a suplementação. As mulheres assistidas pelas enfermeiras de saúde pública se beneficiam devido à educação continuada realizada relativa ao fornecimento de apoio à amamentação, independente do peso infantil, dando ênfase ao desenvolvimento de habilidades de avaliação (por exemplo, observando a técnica de amamentação, as mudanças no volume, na composição, na aparência do leite materno e o comportamento do RN). Assim, pode-se aumentar a segurança das enfermeiras em sua capacidade de suporte à amamentação (THOMSON *et al.*, 2009).

Sabe-se que o índice de Apgar é utilizado para medir a adaptação imediata do recém-nascido à vida extrauterina. Os índices são obtidos no primeiro minuto do nascimento e, novamente, no quinto minuto de vida. Atribui-se um valor de 0 a 2 a cada um dos cinco sinais avaliados, e uma pontuação de 7 a 10 indica boa vitalidade do RN. No presente estudo, teve-se o interesse de investigar o Apgar, visto que se acompanharam as crianças longitudinalmente, assim, poderíamos verificar, de acordo com o Apgar, qualquer atraso ou causas pré-existentes de déficit neurocognitivo ou doenças respiratórias que dificultassem a adesão à amamentação (ODDY, 2011; TAN, 2011).

O índice de Apgar no primeiro minuto concentrou-se nos valores mais altos (igual ou superior a 7), com 37 (74%) dos nascidos vivos em boas condições (M=6,3; DP=±3,5), semelhante ao estudo de Dodt (2008). Segundo Alves Filho e Corrêa (1995), o índice de Apgar é uma excelente forma de documentação das condições do RN a intervalos específicos após o nascimento.

Segundo Brasil (2006), RN a termo é a definição utilizada quando a criança nasce entre 37 e 40 semanas gestacionais, e nessa faixa gestacional o bebê está com ótima vitalidade e pronto para nascer.

Os bebês vigorosos, que apresentem 7 ou mais pontos na escala de Apgar no primeiro minuto, geralmente não necessitam de manobras de reanimação. Entretanto, o recém-nascido de baixo peso, com Apgar menor que 7, com ausência do aleitamento materno ao nascer, e o pré-termo continuam contribuindo para a elevada morbimortalidade neonatal e infantil (FEBRASGO 2006; GEIB *et al.*, 2010; FRÉU *et al.*, 2008).

Ainda, no estudo de Geib *et al.* (2010) e Fréu *et al.* (2008) foram prevalentes o sexo feminino, bebês a termo e com Apgar maior que 7.

Dessa forma, infere-se que, quanto melhores forem as condições vitais dos neonatos, maior também será a autoeficácia das puérperas, pois se sentem mais seguras ao lidar com um recém-nascido hígido, com atividades espontâneas, reflexo de sucção presente, favorecendo uma interação favorável ao binômio.

Na **Figura 2**, a média dos escores da BSES-SF no primeiro momento (pré-natal) foi de 57,5 e subiu no 15º dia de pós-parto para 60,4, com significância estatística ($\rho = 0,009$). Diferenças nas médias dos escores da BSES foram encontradas entre as mães no pré-natal e na primeira semana de pós-parto (BLYTH *et al.*, 2002).

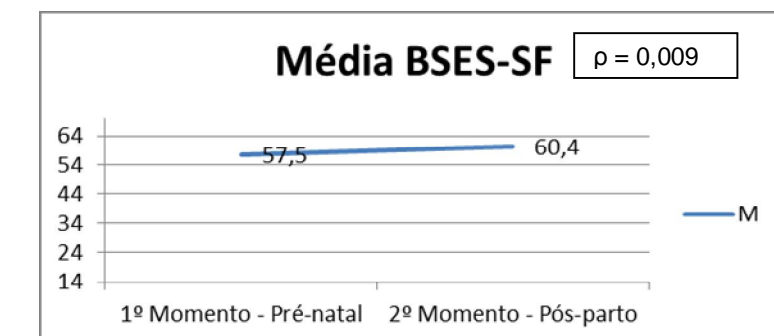


Figura 2 – A média dos Escores da BSES-SF no pré-natal e no pós-parto, no período de julho a novembro de 2011

Embora os valores médios da BSES-SF tenham sido maiores no pós-parto, a utilidade clínica dessa informação ainda é desconhecida. Até o momento, não há dados publicados sobre os valores de corte para os escores de avaliação somática que indiquem alta ou baixa autoeficácia da amamentação. No entanto, isso não deve ser considerado uma limitação quanto à utilização da BSES-SF (McQUEEN et al., 2011).

Contudo, é importante ressaltar que mulheres que apresentaram pontuações mais elevadas de autoeficácia da amamentação tiveram maior probabilidade de amamentar por pelo menos seis meses (WILHELM et al., 2010).

Na **Tabela 6**, pode-se verificar significância entre as médias dos escores da BSES-SF e os dois momentos de aplicação da escala (primeiro momento, correspondendo ao pré-natal, e o segundo, ao pós-parto) ($p= 0,009$). Já, com relação aos domínios da escala, pode-se evidenciar que as médias dos escores tanto no domínio técnico quanto no de pensamentos intrapessoais foram maiores no pós-parto, contudo somente o domínio técnico apresentou significância estatística ($p = 0,001$).

Ressalta-se que o domínio Técnico da BSES-SF refere-se a atos que as mães deveriam realizar para amamentar com sucesso. Já o domínio de pensamentos intrapessoais reflete as percepções, atitudes e crenças da mãe em relação à amamentação bem-sucedida, referindo-se mais à subjetividade envolvida no processo de amamentar.

Tabela 6 – Classificação BSES-SF no pré-natal e no pós-parto, no período de julho a novembro de 2011

Variáveis	M	±EPM	Mín.	Máx.	p
BSES-SF					0,009
1º Momento - Pré-Natal	57,5	1,0	37	70	
2º Momento - Pós-Parto	60,4	1,0	44	70	
Domínio Técnico (5, 6, 7, 8, 10, 11, 12,13)					0,001
1º Momento - Pré-Natal	32,96	0,6	22	40	
2º Momento - Pós-Parto	35,08	0,5	26	40	
Domínio Intrapessoal (1, 2, 3, 4, 9,14)					0,197
1º Momento - Pré-Natal	24,50	0,5	14	30	
2º Momento - Pós-Parto	25,38	0,6	12	30	
Diferença da BSES-SF NO 1º E 2º MOMENTO	2,32		-22	18	

M=Média; DP: Desvio padrão; EPM: Erro Padrão da Média; Mín.: Mínimo; Máx.: Máximo; p: t de Student; * teste de Wilcoxon.

Dotd (2008; 2011) e Oriá (2008) referem que o domínio Pensamento Intrapessoal aborda o desejo, a motivação interna e a satisfação com a experiência de amamentar. Enquanto que o domínio Técnico destaca o posicionamento apropriado e o conforto do neonato, durante o ato de amamentar, com o reconhecimento de sinais de uma lactação de qualidade, como a sucção da região mamilo-areolar.

O domínio intrapessoal é composto por seis itens: 1. eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente; 2.eu sempre lido com amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios; 3.eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento; 4.eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada; 9. eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar; 14. eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada (DODT, 2008).

Já, em relação ao domínio técnico, os itens são: 5. Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer; 6. Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando; 7. Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando; 8. Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família; 10. Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo; 11. Eu sempre amamento meu bebê em um peito e depois mudo para

o outro; 12. Eu sempre continuo amamentando meu bebê a cada alimentação dele; 13.eu sempre consigo adequar as minhas necessidades às necessidades do bebê (DODT, 2008).

Outros autores encontraram também essa diferença com relação aos domínios da escala, e ficou evidente o aumento da média dos escores no domínio intrapessoal, enquanto que houve queda no domínio técnico no estudo de Dodt (2011).

A autoeficácia é um conceito que faz parte da Teoria Cognitiva Social de Bandura (1977) e ele sugere que quatro fatores determinam o nível individual de autoeficácia, os quais influenciam, portanto, em ambos os domínios da escala (intrapessoal e técnico). São eles: experiências pessoais; experiências vicárias; persuasão verbal; além dos fatores fisiológicos e afetivos (BANDURA, 1997).

Assim, os processos psicológicos, qualquer que seja a sua forma, medeiam a criação e o fortalecimento de expectativas de eficácia pessoal. A teoria distingue expectativa de eficácia (a estimativa que o indivíduo faz de que determinado comportamento conduz a determinado resultado) de expectativa de resultado (a convicção de que ele próprio consegue realizar, com sucesso, o comportamento necessário para produzir tais resultados) (BANDURA, 1977).

Porém, as expectativas, sozinhas, não são suficientes para a realização desejada: é necessário o indivíduo dominar um conjunto mínimo de práxis. Mas, se o indivíduo dominar as práxis e tiver os incentivos necessários, as expectativas de eficácia são os principais determinantes das suas escolhas, de quanto esforço vai desenvolver, e durante quanto tempo vai persistir perante situações frustrantes (RIBEIRO, 2004; SOUZA; SOUZA, 2004).

A autoeficácia refere-se a uma confiança global em habilidades pessoais para enfrentar uma gama extensiva de exigências ou situações novas, com um

senso amplo e estável de competência pessoal para lidar efetivamente com uma variedade de situações estressantes (SCHWARZER & SCHOLZ, 2000).

Bandura (1986) considera a generalidade da autoeficácia como uma medida do número de domínios nos quais o indivíduo acredita ser capaz de desempenho sucessivamente ascendente. Esse autor discute que a motivação intrínseca é uma função de autoeficácia e cognições autoavaliativas semelhantes às percebidas pela realização de metas e percepções de sucesso. Afirma ainda que a fixação de metas é a terceira cognição social que pode ser influenciada por imagens mentais, e que o curso do *feedback* afeta os alvos que são determinados por desempenhos futuros (SOUZA; SOUZA, 2004).

Assim, experiências pessoais anteriores poderiam influenciar na repetição de bons resultados futuros. As experiências vicárias dizem respeito à observação de outro semelhante bem-sucedido servindo de exemplo para o aumento da autoeficácia. Persuasão verbal trata-se de orientações de terceiros visando reforçar a autoeficácia. Essas orientações terão maior influência sobre a mulher de acordo com o nível de confiança que a mulher tem em quem lhe concede a informação. Assim, se a mulher confia na capacidade, experiência e conhecimento de um profissional (ex.: enfermeiro), ela levará em conta suas orientações na hora de decidir continuar ou interromper a amamentação. E, por fim, estados fisiológicos e afetivos referem-se ao fato de que níveis muito elevados de excitação ou humor negativo podem influenciar a percepção de eficácia, e a redução ou reinterpretção de tais estados pode levar à percepção de maior autoeficácia (DODT, 2011).

Pode-se observar, a partir da **Figura 3**, que, das 50 crianças acompanhadas no estudo, oito (16%) tomaram leite artificial na maternidade. Destas, três (6%) já estavam em amamentação parcial no décimo quinto dia de vida. Já, com relação às 41(82%) crianças que não utilizaram leite artificial na maternidade, ou seja, que estavam somente em AME, somente uma (2%) estava em amamentação parcial no 15º dia de puerpério da mulher, constatando uma associação entre o uso de leite artificial (LA) ao nascer e a escala BSES-SF ($p =$

0,001). Tal fato leva-nos a inferir que a prática da amamentação na maternidade ajuda a mulher a permanecer com este comportamento no domicílio.

Estudo desenvolvido por Narchi *et al.* (2009) mostrou que existe efeito significativo do Alojamento Conjunto (AC) ($p=0,0297$) no tipo de aleitamento para todos os tempos de análise, isto é, o AC interfere na manutenção do AME, pois as mulheres em AC têm 35 vezes mais chance de manter AME, quando comparadas com as que não estão em AC.

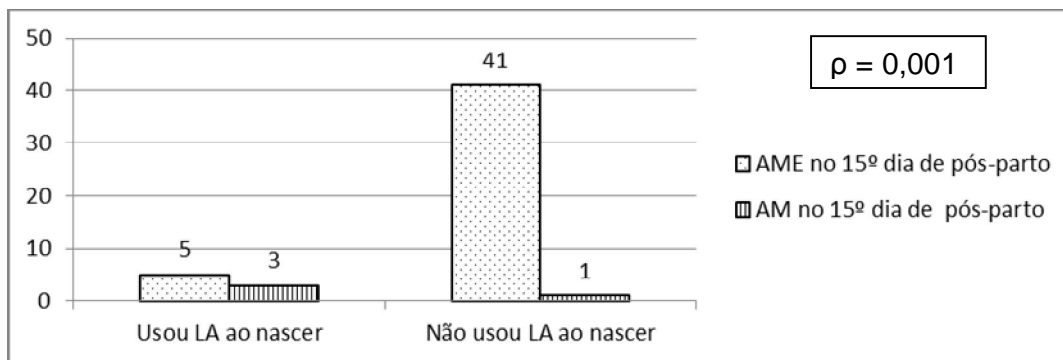


Figura 3—Uso de leite artificial (LA) na maternidade e o tipo de amamentação no 15º dia do puerpério mediato

Na **Tabela 7**, pode-se verificar que, durante a alta hospitalar, quem apenas amamentou exclusivamente teve as médias dos escores mais altos tanto no pré-natal quanto no pós-parto ($p<0,005$).

Tabela 7– BSES-SF no pré-natal e no pós-parto e o tipo de aleitamento infantil, no período de julho a novembro de 2011

Variáveis	n	%	BSES-SF Pré-Natal		BSES-SF Pós-Parto		ρ
			M	±EPM	M	±EPM	
Frequência diária em que amamenta no 15º dia pós-parto							
8 A 10	7	14	60,1	± 2,7	60,9	± 3,3	0,691
> 10	43	86	55,0	± 1,1	60,4	± 1,0	0,010
Alta hospitalar							
Amamentação exclusiva	47	94	57,7	± 1,0	60,6	± 0,9	0,015
Fórmula infantil exclusiva	3	6	54,0	± 4,2	58,0	± 7,0	0,339 *
Nos 15 primeiros dias de pós-parto							
Amamentação exclusiva	46	92	57,83	± 1,0	61,0	± 0,9	0,011
Amamentação mista	4	8	53,25	± 3,5	54,5	± 5,5	0,612 *
1º mês de vida							
Amamentação exclusiva	39	78	57,69	± 1,2	61,2	± 1,0	0,009
Amamentação mista	11	22	56,64	± 1,8	58,0	± 2,5	0,589
2º mês de vida							
Amamentação exclusiva	33	66	57,18	± 1,3	62,2	± 1,0	<0,0001
Amamentação mista	17	34	58	± 1,4	57,1	± 1,9	0,716

M=Média; DP: Desvio padrão; M BSES-SF PN: Média dos escores da BSES-SF no pré-natal; M BSES-SF PP: Média dos escores da BSES-SF no pós-parto; EPM: Erro Padrão Médio; ρ: t de Student; * teste de Wilcoxon.

A alimentação prevalente até os dois meses de idade foi a amamentação exclusiva, com média de 51,2 dias (DP= 22,9). Em relação à média de dias de amamentação mista, ela foi de 12,7 dias (DP= 23,2), e a média de leite artificial foi de 1,5 dias (DP= 6,6). A frequência da amamentação diária de mais de 10 mamadas teve maior média da BSES-SF nos primeiros 15 dias pós-parto ($\rho = 0,005$).

No estudo de Vesel (2010), os resultados trazem a relação entre a duração do aleitamento materno exclusivo e o crescimento do RN durante os primeiros seis meses de vida, porém, houve poucas evidências de que a amamentação exclusiva estivesse associada a um melhor crescimento, mas já é sabido que o aleitamento materno exclusivo reduz o risco de doenças e morte.

A duração da amamentação anterior é importante, pois Phillips (2010) indica que as mulheres múltiparas tenderam a não só repetir a duração da amamentação exclusiva das crianças anteriores com filhos futuros, mas eram mais propensas a repetir a experiência da criança imediatamente anterior.

Segundo Thulier, Mercer (2009), variáveis biológicas podem influenciar a duração da amamentação, como: oferta de leite insuficiente, problemas de saúde infantil, obesidade materna, os desafios físicos do aleitamento materno, tabagismo materno, paridade e tipo de parto. Identificar as variáveis associadas à duração do aleitamento materno fornece informações e referências para os enfermeiros e outros interessados em prolongar a experiência da amamentação. Reconhecendo essas variáveis, elas podem orientar e nortear as intervenções que são prestadas por enfermeiros e profissionais de saúde, bem como para gerar estudos que enfoquem a cessação precoce da amamentação e tentar estabelecer intervenções baseadas em evidências para a prática.

No que diz respeito aos primeiros 15 dias de puerpério, primeiro e segundo meses de vida da criança, pode-se verificar que as médias dos escores da BSES-SF na amamentação exclusiva foram maiores no pós-parto ($p < 0,05$), com um aumento de 0,3 a 5 escores entre os dados da aplicação da escala no pré-natal e no pós-parto. Tal fato pode ser fortalecido com a pesquisa de Blythet *al.* (2002), que aplicaram a BSES na 1ª semana e no 4º mês pós-parto, e constataram escores elevados para quem estava em AME.

Dunn (2006) observou que a maioria das mulheres que interrompeu a amamentação completamente por seis semanas após o parto iniciou a amamentação de forma mista. Essa conclusão não é surpreendente e pode refletir um menor nível de compromisso com a amamentação ou a falta de autoeficácia em ser capaz de amamentar exclusivamente, diferentemente das que amamentaram exclusivamente.

Em particular, a elevada autoeficácia em amamentar está relacionada com o início da exclusividade do aleitamento materno, enquanto que a baixa autoeficácia está relacionada ao uso da mamadeira em uma semana pós-parto.

Mais resultados preditivos de aleitamento materno foram detectados nos escores da 1ª semana (BLYTH *et al.*, 2002). As mães com maior autoeficácia em amamentar foram significativamente mais propensas a continuar amamentando por quatro meses após o parto e a fazê-lo exclusivamente, quando comparadas àquelas mães com escores menores.

Esse achado fortalece a teoria de autoeficácia em amamentar de Dennis e Faux (1999), e sugere que as realizações imediatas de desempenho e respostas fisiológicas são poderosas fontes de informação de eficácia e capacidade de influenciar mães para amamentar (BLYTH *et al.*, 2002).

No estudo realizado por Dennis, Heaman e Mossman (2011) com adolescentes, a validade preditiva foi determinada através da análise dos escores da autoeficácia em amamentar (BSES-SF) no pré-natal e pós-parto, já o método de alimentação infantil foi avaliado no nascimento e na 4ª semana após o parto. Diferenças significativas nas médias dos escores da BSES-SF ($53,29 \pm 6,83$) no pré-natal foram encontradas entre as mães que iniciaram a amamentação e entre aquelas que não amamentaram ($48,74 \pm 8,54$; $t(98) = 2.84$, $p = 0,005$).

Da mesma forma, as médias dos escores pré-natais da BSES-SF foram encontradas entre as mães que amamentavam na 4ª semana após o parto ($55,04 \pm 6,48$) ou usavam mamadeira para alimentar seus filhos ($49,19 \pm 7,61$). Diferenças nas médias dos escores da BSES-SF no pós-parto também foram encontradas entre as mães que estavam amamentando ($62,59 \pm 7,18$) e que faziam uso de mamadeira ($48,55 \pm 12,82$) com quatro semanas pós-parto. (DENNIS; HEAMAN; MOSSMAN, 2011)

As mães ainda foram classificadas de acordo com o tipo de alimentação infantil. Aquelas que amamentavam exclusivamente na 4ª semana após o parto apresentaram maiores escores na BSES-SF no pré-natal ($55,9 \pm 6,66$), do que os demais tipos de alimentação: amamentação predominante ($51,71 \pm 7,08$), aleitamento materno parcial ($52,36 \pm 0,98$), ou mamadeira ($49,26 \pm 7,66$). A diferença na pontuação média entre os quatro grupos foi estatisticamente significativo ($F(4) = 5.56$, $p = 0,001$). Com a avaliação pós-parto, as mães que

amamentavam exclusivamente ($62,17 \pm 7,92$) ou predominantemente ($62,42 \pm 7,41$), em quatro semanas após o parto, apresentaram maior pontuação da BSES-SF no pós-parto do que aquelas que amamentaram parcialmente ($57,72 \pm 11,48$) ou com mamadeira (DENNIS; HEAMAN; MOSSMAN; 2011).

O estudo de Picombe (2008) refere que a duração da amamentação parece ser maior em bebês que foram alimentados com leite materno de modo exclusivo, e não receberam oferta de mamadeira, chupetas ou bicos enquanto estiveram no hospital. O risco para o desmame foi 2,1 vezes maior para os bebês de mães que usavam silicone no seio; 1,6 vezes maior para quem usou chupeta e 1,4 vezes maior para quem usou mamadeira, porém os escores foram menores para quem amamentava em livre demanda.

O estudo revela que as mães que iniciaram AM na maternidade tiveram alta pontuação na BSES-SF, mas não foi significativa para a escala no estudo de Mossman (2008). Entretanto Dennis (2006) e Wutke, Dennis (2007) constataram que mulheres que amamentaram exclusivamente revelaram maior autoeficácia.

Assim, comprova-se que mulheres com autoeficácia em amamentar têm mais chances de vivenciar e permanecer por mais tempo em aleitamento materno, comprovando a teoria da autoeficácia em amamentar de Dennis (1999), que foi baseada na teoria da autoeficácia de Bandura (1977a).

5 CONCLUSÃO

De acordo com a efetivação deste estudo, que consistiu em analisar a autoeficácia das mulheres no ciclo gravídico-puerperal quanto ao seu potencial em amamentar, apresentam-se as seguintes conclusões:

- A amostra total do estudo foi de 50 gestantes. Houve significância estatística entre a maioria das variáveis sociodemográficas e as médias dos escores da BSES-SF no pré-natal e no pós-parto ($p < 0,05$): idade, estado civil, escolaridade materna e paterna, ocupação, renda, nº de filhos, receber bolsa-família; tabagistas; origem da água; a proximidade da casa com a unidade de saúde.

- No que se refere aos antecedentes obstétricos, pôde-se encontrar diferença estatística com as médias dos escores da BSES-SF no pré-natal e no pós-parto ($p < 0,05$): número de gestações, número de abortos, paridade, nº de filhos vivos, tipo amamentação anterior, dificuldades para amamentar, experiência em amamentar, se mamou quando criança e conhecer alguém que amamentou.

- Na gestação atual houve diferença entre as médias dos escores da BSES-SF no pré-natal e no pós-parto ($p < 0,05$): gravidez planejada, nº de consultas de pré-natal, ter conhecimento prévio em amamentação, preparar as mamas para amamentar, pretender amamentar, o tempo em que pretendia amamentar e a participação em grupo de gestante.

- Quanto aos dados do parto e puerpério, também se pôde verificar significância estatística com as médias dos escores da BSES-SF no pré-natal e no pós-parto ($p < 0,05$): tipo, local e satisfação com o parto, amamentar na 1ª hora de vida do RN, local da amamentação da 1ª hora de vida do RN, tipo de alimentação do RN na maternidade, orientações sobre amamentação na maternidade, dificuldade em amamentar e o tipo de alimentação do RN na alta da maternidade.

- Em relação aos dados antropométricos do recém-nascido, houve significância estatística com a escala BSES-SF no pré-natal e no pós-parto ($p < 0,05$) para: peso e estatura do RN ao nascer, sexo, Apgar no primeiro e quinto minutos de vida; classificação do RN quanto à semana gestacional e a frequência de mamadas.

- Pôde-se constatar que as médias dos escores da BSES-SF foram maiores no segundo momento da aplicação da escala (pós-parto) ($p = 0,009$). Ainda, pôde-se observar que as médias dos escores referentes aos domínios técnicos e pensamentos intrapessoais foram maiores no pós-parto, contudo somente o domínio técnico teve significância em relação ao pré-natal e o pós-parto ($p = 0,001$).

- No que diz respeito à alta hospitalar, aos primeiros 15 dias de puerpério, primeiro e segundo meses de vida da criança, pôde-se constatar significância estatística entre a amamentação exclusiva e as médias dos escores da BSES-SF.

De acordo com o presente estudo, verifica-se um aumento significativo nas médias dos escores da BSES-SF no puerpério, evidenciando assim maior autoeficácia da mulher em amamentar seu filho, podendo inferir a relevância da atuação do enfermeiro durante o ciclo gravídico-puerperal, desenvolvendo intervenções que melhorem a confiança materna a partir dos itens da BSES-SF, que correspondem aos domínios técnicos e pensamentos intrapessoais. Além disso, é oportuno que o incentivo à promoção do aleitamento materno ocorra tanto no pré-natal quanto no pós-parto, estimulando a prática da amamentação exclusiva já na maternidade, a fim de que este comportamento seja mantido pela mulher no contexto domiciliar.

Dessa forma, constata-se a relevância do papel do enfermeiro da atenção básica, que pode, a partir da BSES-SF, elaborar estratégias educativas para aproximar a temática da amamentação não só das mães, mas também de todo o contexto familiar, tentando discutir soluções e meios de enfrentamento ante as dificuldades. Por conseguinte, a Enfermagem necessita apropriar-se de tecnologias educativas, para intervir junto à clientela e sua família, pois, conhecendo sua

autoeficácia e os seus desafios familiares, é possível realizar uma educação em saúde em que haja adesão e execução de novas práticas de saúde pelas mulheres durante o período gravídico e puerperal.

6 LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

O estudo foi considerado criterioso tanto nos dados estatísticos recomendados quanto pela metodologia pertinente, exaltando sua consistência e relevância para a promoção e incentivo do aleitamento materno exclusivo, porém existem limitações que merecem destaque:

- O curto período de avaliação do puerpério e o tipo de aleitamento materno nos primeiros dois meses. Pois, apesar dos estudos nacionais e internacionais revelarem que a média da amamentação é aproximadamente de 45 dias, o período de estudo deve ser alargado para um acompanhamento de longo prazo, para que possamos estabelecer a média que caracterize melhor a amostra.
- Dificuldade de reestabelecer o contato por meio telefônico, falta de assiduidade nos encontros pré-agendados em todas as etapas da coleta, o que dificultou o seguimento de algumas puérperas no estudo.

A partir da realização deste estudo, sugere-se a importância da aplicação da escala pelos profissionais de enfermagem, em outras populações, em diferentes contextos, por maior período e principalmente em todas as fases do ciclo gravídico-puerperal, para que se possa conhecer, antecipadamente, o déficit de autoeficácia dessas mulheres e traçar atividades educativas que levam ao aumento da autoeficácia, e, assim, obter maior adesão ao aleitamento materno.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C.C.; NÓBREGA, M.M.L.; FONTES, W.D. Sistematização da assistência de enfermagem a um binômio mãe-lactentes utilizando a teoria das necessidades humanas básicas e a cipe© versão 1.0. **Ciência Cuidado Saúde**, v.7, n.3, p.392-398. Jul./Set.2008.

ALBUQUERQUE, S.S.L *et al.* A influência do padrão de aleitamento no desenvolvimento de hábitos de sucção não nutritivos na primeira infância. **Ciênc. saúde coletiva**. v.15, n.2, p. 371-378, 2010. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232010000200012.

ALMEIDA, C. *et al.* Prevalência de aleitamento materno antes e após a implantação de um programa de redução de morbimortalidade infantil, no município de Campo Mourão (PR). **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n.2, p. 575-580, 2010 ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232010000200034.

ALMEIDA, G. G. *et al.* Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno em um hospital universitário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n.2, p.487-494, 2008.

AL-SAHAB, B; LANES, A; FELDMAN, M; TAMIM H. Prevalence and predictors of 6-month exclusive breastfeeding among Canadian women: a national survey. **Pediatrics**, v. 10, n.20, 2010 doi:10.1186/1471-2431-10-20

ALUŞ TOKAT, 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**, v.26, p. 101–108, 2010.

ALVES FILHO, N; CÔRREA, M.D. **Manual De Perinatologia**. 2ª Ed. Rio De Janeiro.MEDSI, 1995.

ALVES, C.R.L. *et al.* Fatores de risco para o desmame entre usuárias de uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, entre 1980 e 2004. **Cad. Saúde Pública**. v.24.n.6.p.1355-1367, Jun.2008.

AMIN, *et al.*, Determinantes relacionadas com o trabalho de interrupção de aleitamento materno entre as mães empregadas na Malásia. **Int. J. Amamentação**, v.6, n.4, 2011.

ARAÚJO, O.D, *et al.* Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n.4, p. 488-92, jul/ago. 2008.

AWANO, M; SHIMADA, K. Development and evaluation of a self care program on breastfeeding in Japan: A quasi-experimental study. **International breastfeeding journal**, v.5; n.9, 2010. doi: 10.1186/1746-4358-5-9.

BAGHURST *et al.* Breast feeding self-efficacy and other determinants of the duration of breast feeding in a cohort of first-time mothers in Adelaide, Australia.**Midwifery**, v.23, p.382–39, 2007.

BAILEY, J; CLARK, M; SHEPHERD, R . Duration of breastfeeding in young women: psychological influences. **British Journal of Midwifery**, v. 16, n. 3, mar.2008.

BALAGUER, I. **Entrenamiento psicológico en el deporte**. Principios y aplicaciones. Valencia: Albatros Educación, 1994.

BANDURA, A. **Self-efficacy: the exercise of control**. New York: W.H. Freeman, 1997.

BANDURA, A. Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In A. BANDURA, **A. Self-efficacy in changing societies**. New York: Cambridge University Press, 1995.

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

BANDURA, A. *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1986.

BANDURA, A. **Social learning theory**. New Jersey: Prentice Hall; 1977b.

BAPTISTA, G.H; ANDRADE, A.H.H. K; GIOLO, R.S; Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.25.n.3.p.596-604, mar, 2009.

BLYTH, R., CREEDY, D., DENNIS, C., MOYLE, W., PRATT, J., DE VRIES, S. (2002). Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. **Birth**, v.29, n.4, p. 278-284, 2002.

BLYTH, R.J; CREEDY, D.K; DENNIS,C.L; MOYLE,W; PRATT,J; DE VRIES, S.M; HEALY, G.N. Breastfeeding Duration in an Australian Population: The Influence of Modifiable Antenatal Factors. **J Hum Lact**. v.20, n.30, 2004. DOI: 10.1177/0890334403261109

BOCCOLINI *et al*. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. **Rev Saude Publica**. v.45, n.1, p.69-78, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução no. 196/96 e outras. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**. 2. ed. ampl. Brasília, 2003 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de capacitação de equipes de unidades básicas de saúde na iniciativa unidade básica amiga da amamentação (IUBAAM)** - Curso de 24 horas (Apostila). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003a.

BRASIL **LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em 26 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 50 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) ISBN 978-85-334-1774-8.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Cuidados gerais: Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. v.1 (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 978-85-334-1780-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Intervenções comuns, icterícia e infecções: Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011e. v.2 (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 978-85-334-1783-0.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.163 p. ISBN 85-334-0885-4.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a.112 p. ISBN 978-85-334-1561-4.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009 b.108 p. ISBN 978-85-334-1607-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011h.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil** / Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.100.p. ISBN 85-334-0509-X

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.051, de 08 de novembro de 2001. Estabelece os novos critérios da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL), a ser observada e cumprida em todo o Território Nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 09 nov. 2001. Seção 1.

BRASIL. FAGUNDES, A.A. et al. Vigilância alimentar e nutricional - **Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BUENO, M. B.; SOUZA, J.M.P.; SOUZA, S. B.; PAZ, S. M. R. S. GIMENO, S.G.A.; SIQUEIRA, A.A.F. Riscos associados ao processo de desmame entre crianças nascidas em hospital universitário de São Paulo, entre 1998 e 1999: estudo de coorte prospectivo no primeiro ano de vida. **Cad. Saúde Pública**, v. 10, p. 1453-60, 2003.

BURNS, N.; GROVE, S.K. **Understanding nursing research**. 3. ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 2003.

CABRAL, V.L. M; CAMPESTRINI, S. Mães desejosas de amamentar enfrentam despreparo profissional. **PALMA** -programa de aleitamento materno. Imprensa – 03. Disponível em: <http://www.pucpr.br/servicos/programas_saude/palma/maes.html>. Acesso em: 27 ago. 2011.

CALDEIRA AP et al. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, Supl. 2, p.3139-3147, 2010.

CALEGARI, D.P. **Prevalência de aleitamento materno exclusiva em crianças com cinco meses acompanhadas em UBS**. Monografia (Especialização em saúde pública) – UFRGS, Porto Alegre/RS, mai. 2009.

CARVALHAES, M.A.B.L; PARADA, C.M.G.L; COSTA, M.P.FATORES ASSOCIADOS À SITUAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM CRIANÇAS MENORES DE 4 MESES, EM BOTUCATU – SP. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.15, n.1, jan/fev.2007.

CASTILHO, S.D.; BARROS FILHO, A.A.; COCETTI, M. Evolução histórica dos utensílios empregados para alimentar lactentes não amamentados. *Ciênc. saúde coletiva* [online], vol.15, supl. 1, p. 1401-1410, 2010. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232010000700050.

CDC -**Centers for Disease Control and Prevention-CDC**. Breastfeeding Report Card — United States, 2011, ague. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/2011BreastfeedingReportCard.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2011.

CEARÁ. **Manual de normas para saúde da criança na atenção primária – MÓDULO 1 PUERICULTURA** – CEARÁ 2002.

CERNADAS, J.M.C; NOCEDA, G; BARRERA L, MARTINEZ, A.M; GARSD, A. Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. **Journal of Human Lactation**. v.19, p.136–144, 2003.

CHALFUN, G. et al. Fatores associados à morbidade respiratória entre 12 e 36 meses de vida de crianças nascidas de muito baixo peso oriundas de uma UTI neonatal pública. **Cad. Saúde Pública**. v. 25.n.6.p.1399-1408, jun., 2009.

CHAVES, R.G.; LAMONIER, J.A; CESAR, C.C.. Amamentação e o uso de anti-inflamatórios não esteroides pela nutriz: informações científicas versus conteúdo em bulas de medicamentos comercializados no Brasil. **Rev Bras Saúde Mater Infant**. v.6, p. 269-76, 2006.

CHIN, A. C., MYERS, L., & MAGNUS, J. H. Race, education, and breastfeeding initiation in Louisiana, 2000–2004. **Journal of Human Lactation**, v.24, p. 175–185, 2008.

COHEN R, LANGE L, SLUSSER W. A description of a male-focused breastfeeding promotion corporate lactation program. **J Hum Lact**. v.8, n.1, p.61-5, feb.2002.

CONNOLLY, C; KELLEHER, C.C; BECKER, G; FRIEL, S; GABHAINN, S.N. Attitudes of young men and women to breastfeeding. **Ir Med J**. v.91, n.3, p.88, mai/jun. 1998.

CREEDY, D. K. et al. Psychometric characteristics of the breastfeeding self-efficacy scale: data from an Australian sample. **Research in Nursing e Health**. v.26, p.143-152, 2003.

CULLUM, N; CILISKA, D.; HAYNES, R.B.; MARKS, S. **Enfermagem baseada em evidências: uma introdução**. Porto Alegre: Artmed. 2010.

CYRILLO, D.C. et al. Duas décadas da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes: há motivos para comemorar? **Revista Pan-americana de Salud Pública/ Journal of the Pan-American Health Organization**. v. 25. n.2, 2009

DAI, X.; DENNIS, C. L. Translation and validation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale into Chinese. **J Midwifery Women's Health**. v.48, p.350-356, 2003.

DATASUS. **Caderno de Informações de Saúde. Cidades do Ceará**. Fortaleza. Pacatuba, 22 fev. 2010. Disponível em:<<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/ce.htm>>. Acesso em 11 set. 2011b às 10h40min.

DATASUS. **Caderno de Informações de Saúde. Informações Gerais. Brasil e Regiões do Brasil**. 22 fev. 2010. Disponível em:<<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm?saude=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%2Ftabdata%2Fcadernos%2Fcadernosmap.htm&botao>>

k=OK&obj=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%2Ftabdata%2Fcadernos%2Fcadernosmap.htm >. Acesso em 11 set. 2011, às 10:40h.

DEL CIAMPO *et al.* Aleitamento materno exclusivo: do discurso à prática. **Pediatria** (São Paulo). v.30, n.1, p.22-26, 2008.

DENNIS, C. L. The Breastfeeding Self-efficacy Scale: Psychometric assessment of the short form. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing (JOGNN)**, v.32, n.6, p. 734-744, 2003.

DENNIS, C. L. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: A self-efficacy framework. **Journal of Human Lactation**, v.15, n.3, p.195-201, 1999.

DENNIS, C.L. Identifying Predictors of Breastfeeding Self-Efficacy in the Immediate Postpartum Period. **Research in Nursing & Health**, v. 29, p.256–268, 2006.

DENNIS, C.L.; FAUX, S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. **Res Nurs Health**.v.22, p.399-409, 1999.

DENNIS, C.L; HEAMAN,M; MOSSMAN,M. Psychometric Testing of the reastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form Among Adolescents. **J Adolesc Health**, v..49; n.3, p.265-71, fev.2011.

DODT, R. C. M. **Aplicação e Validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF) em Puérperas**. 2008. 107 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Educação em Saúde). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

DODT, R. C. M. **Elaboração e validação de tecnologia educativa para autoeficácia da amamentação**. 2011. 169 f. Tese (Doutorado em Enfermagem e Educação em Saúde). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

DUNN, S., DAVIES, B., MCCLEARY, L., EDWARDS, N.; GABOURY, I. The relationship between vulnerability factors and breastfeeding outcome. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, v.35, n.1, p. 87-97, 2006.

EDMOND, K. M. et al. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. **Paediatrics**, v. 117, n. 3, p. 380-386, 2006.

EKSIOGLU, A.B.; CEBER, E. Translation and validation of the Breast-feeding Self-efficacy Scale into Turkish. **Midwifery**, v.27, n.6, p.e246-53, dec.2010. doi:10.1016/j.midw.2010.10.009

ERTEM, I., VOTTO, N.; LEVENTHAL, J. The timing and predictors of the early termination of breastfeeding. **Paediatrics**, v.107, n.3, 543-548, 2001.

FALEIROS, TREZZA, CARANDINA. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.19, n.5,p.623-630, set./out., 2006.

FEBRASGO -Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Aleitamento materno : manual de orientação** / editor: Corintio Mariani Neto. – São Paulo : Ponto, 2006. 162 p. ;ISBN - 85-89245-13-6.

FEIN, S.B.Exclusive breastfeeding for under-6-month-old children. Editorial. **Jornal de Pediatria** , v. 85, n.3, p. 181-182, 2009.

FERREIRA, L; PARADA, C.M.G. L; CARVALHAES, M.A.B.L. Tendência do aleitamento materno em município da região centro sul do estado de São Paulo: 1995-1999-2004. **Rev. Nutr.** v. 20.n.3.p.265-73, 2007.

FILGUEIRAS, A.S.; SILVA, A.L.A. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis**, v.21, n.3, p. 899-916, 2011. ISSN 0103-7331.

FORSTER, D.A., MCLACHLAN, H.L; LUMLEY, J. Factors associated with breastfeeding at six months postpartum in a group of Australian women. **International Breastfeeding Journal**, v. 1, n.18, 2006.

FORTES-BURGOS, A.C. G; NERI, A.L.; CUPERTINO, A.P.F. B. Eventos Estressantes, Estratégias de Enfrentamento, Autoeficácia e Sintomas Depressivos entre Idosos Residentes na Comunidade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.21.n.1.p.74-82, 2007.

FRÉU et al. Determinantes da mortalidade neonatal da coorte de nascidos vivos em Passo Fundo – RS,2003-2004. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.52, n.2, p.97-102, abr.-jun. 2008.

GEIB LTC et al. Determinantes sociais e biológicos da mortalidade infantil em coorte de base populacional em Passo Fundo, Rio Grande do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.2, p.:363-370, 2010.

GERSTEIN, H. C. Cow's Milk exposure a type I diabetes mellitus. A critical overview of the clinical literature. **Diabetes Care**, Alexandria, Va., U. S., v. 17, p. 13-19, 1994.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1995. Disponível em: <<http://www.das.ufsc.br/~andrer/ref/bibliogr/pesq/pesq1.htm>>. Acesso em: 25 set. 2011.

GIUGLIANI, E.R.J. O aleitamento materno na prática clínica. **J. Pediatria**, v. 76, Supl.3, p.S238-S252, 2000.

GONZALEZ, K. A., MEINZEN-DERR, J., BURKE, B. L., HIBLER, A. J., KAVINSKY, B., & HESS, S. Evaluation of a lactation support service in a children's hospital neonatal intensive care unit. **Journal of Human Lactation**, v.19, n.3, p. 286-292.2008.

GREGORY, A et al. Psychometric Properties of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale- Short Form in an Ethnically Diverse U.K. Sample. **Public Health Nursing**. v. 25, n. 3, p. 278–284, 2008. doi: 10.1111/j.1525-1446.2008.00705.x

HANNULA, L; KAUNONEN, M; TARKKA, M.T. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. **Journal of Clinical Nursing**, v. 17, n. 9, p. 1132–1143, maio 2008.

HAUGHTON, J; GREGORIO, D; PÉREZ-ESCAMILLA, R. Factors Associated With Breastfeeding Duration Among Connecticut Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC) Participants. **J Hum Lact**, v.26, n.3, p.266–273. Ago.2010. doi:10.1177/0890334410365067.

HO, Y.J.; McGRATH. J.M. A Review of the Psychometric Properties of Breastfeeding Assessment Tools. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, v. 39, n.4, p. 386–400, Jul/ago. 2010. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2010.01153.x

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas de pobreza**. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/glossario/pobreza.html>. Acesso em 01 maio 2012.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ficha técnica. **Pesquisa nacional de saneamento básico**, 2008. ISBN: 978-85-240-4135-8. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/lojavirtual/fichatecnica.php?codigoproduto=90156>>. Acesso em 01 maio 2011.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Cidades. **Ceará**. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> >. Acesso em 01 maio 2011.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais**. Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 27. Rio de Janeiro, 2010a.

JAMMAL, M.P.; COSTA, M.R.R. Práticas e rotinas educativas em aleitamento materno no banco de leite humano de Uberaba. **Aleitamento.com**, 9 nov. 2005. Seção Bancos de Leite. Disponível em: <http://www.aleitamento.com/a_artigos.asp?id=x&id_artigo=1070&id_subcategoria=20>. Acesso em 11 maio 2011.

JOCA, M.T et al. Fatores que contribuem para o desmame precoce. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v 9, n 3, p. 356-64, dez.2005.

KAUS et al.**Características afetivo- motivacionais do processo ensino-aprendizagem**. Universidade Federal do Paraná. Secretaria de estado da educação. Programa de desenvolvimento da educação – PDE, 2008.

KIMANI-MURAGE et al. Patterns and determinants of breastfeeding and complementary feeding practices in urban informal settlements, Nairobi Kenya. **Public Health**, v.11, p. 396, 2011.

KING, F. S. **Como ajudar as mães a amamentar**. Tradução de Zuleika Thomson e Orides Navarro Gordon. – 4ed.Brasília:Ministério da Saúde, 2001.

KINGSTON, D.; DENNIS, C. L.; SWORD, W. Exploring breast-feeding self-efficacy. **Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, v.21, n.3, p. 207- 215, 2007.

KOMARSSON, K.A.C. et al. Conhecimento das mães sobre o aleitamento materno: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**. v.7.n.2. 2008.

KRISTIANSEN AL, LANDE B, OVERBY NC, ANDERSEN LF: Factors associated with exclusive breast-feeding and breast-feeding in Norway. **Public Health Nutr**,v.13, n.12, p.2087-96, dec, 2010.

KU, C.M; CHOW, S.K.Y. Factors influencing the practice of exclusive breastfeeding among Hong Kong Chinese women: a questionnaire survey. **Journal of Clinical Nursing**, v.19, p.2434–2445. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03302.x

LANDE et al. Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: The Norwegian Infant Nutrition Survey. **Acta paediatric**, v.92, p.152-161, 2003.

LEACH A, MCARDLE TF, BANYA WA, et al. Neonatal mortality in a rural area of The Gambia. **Annals of Tropical Medicine**, v.19, n.1, p.33-43, 1999.

LEAL, MC. Parto cesáreo e suas consequências para puérperas e recém-nascidos. **VIII Congresso Brasileiro de Epidemiologia**, São Paulo, nov. 2011. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/materia/?origem=1&matid=28745>>. Acesso: 27 dez. 2011.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa em saúde**. 2a. ed. Florianópolis, UFSC/Pós-graduação em Enfermagem, 2002.

LI et al. Effect of Breastfeeding Duration on Infant Growth Until 18 Months of Age: A National Birth Cohort Study. **J Exp Clin Med**, v.2, n.4, p.165–172, 2010.

LI, L.; ZHANG, M.; SCOT;, J. A.; BINNS,C.W.. Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding by Chinese mothers in Perth,Western Australia. **Journal of Human Lactation**, v.20, n.2, p. 188-195, 2004.

LLOPIS-RABOUT-COUDRAY M, LÓPEZ-OSUNA C, DURÁ-RAYO M, RICHART-MARTÍNEZ M,OLIVER-ROIG A. Fiabilidad y validez de la versión española de una escala de autoeficacia en la lactancia materna. **Matronas Prof**, v.12, n.1, p.3-8, 2011.

MARTINS, M.C. **Intervenção educativa para utilização de alimentos regionais por famílias de pré-escolares**. [Tese] Fortaleza: DENF / UFC, 2010.

MASCARENHAS, M. D. M.; RODRIGUES, M. T. P.; MONTE, N.F.. Caracterização dos partos e dos nascidos vivos em Piripiri, Piauí, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**. [online]. 2006, v.6, n.2, p. 175-181. ISSN 1519-3829.

MATOS *et al*. Abordando o aleitamento materno em grupos de gestantes e puérperas: relato de experiência. **Xx congresso de iniciação científica**. II amostra científica UFPEL, 2011

McCANN, M.F.; BENDER, D.E. Perceived insufficient milk as a barrier to optimal infant feeding examples from Bolivia. **J Biosoc Sci.**v.38.p.341-364, 2006.

McCANN, M.F; BAYDAR, N; WILLIAMS, R.L. Breastfeeding Attitudes and Reported Problems in a National Sample of WIC Participants. **Hum Lact**, v.23, p.314, 2007.

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, n.2, p. 111-119, 2010.

McCARTER-SPAULDING, D; GORE, R. Breastfeeding Self-Efficacy in Women of African Descent. **JOGNN**, 38, 230-243; 2009. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2009.01011.x

McQUEEN, K. A *et al.* A Pilot Randomized Controlled Trial of a Breastfeeding Self-Efficacy Intervention With Primiparous Mothers. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing (JOGNN)**, v. 40, n.1, p. 35-46; 2011. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2010.01210.x

MELLEIRO, M.M. *et al.* Seguimento de um grupo de mães que utilizaram o sistema de alojamento conjunto (SAC): manutenção do aleitamento materno. **Pediatria**, São Paulo, v.19, n 1, p.81-86, jan./mar., 1997.

MENDES GONÇALVES, R.B. **Medicina e história**: raízes sociais do trabalho médico. São Paulo, 1979. 209p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

MENDES GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo:

MOFENSON, L. M. Advances in the prevention of vertical transmission of human immunodeficiency virus. **Semin. Pediatric. Infect. Dis**, v. 14, n. 4, p. 295–308, out. 2003.

MONTEIRO, Juliana Cristina dos Santos; GOMES, Flávia Azevedo; NAKANO, Ana Márcia Spanó. Amamentação e o seio feminino: uma análise sob a ótica da sexualidade e dos direitos reprodutivos. **Texto contexto - enferm**, v.15, n.1, pp. 146-150, 2006. ISSN 0104-0707.

MORGADO, M. V.; PIRES, A.; PINTO, J. R. Autoeficácia na criança asmática. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 1, n. 1, p. 121-128, 2000.

MOSSMAN, M. *et al.* The Influence of Adolescent Mothers' Breastfeeding Confidence and Attitudes on Breastfeeding Initiation and Duration. **J Hum Lact**, v. 24, n. 3, p. 269-277, 2008. doi: 10.1177/0890334408316075

MULDER, P. J; JOHNSON, T.S. The Beginning Breastfeeding Survey: Measuring Mothers' Perceptions of Breastfeeding Effectiveness During the Postpartum Hospitalization. **Research in Nursing & Health**, v.33, p.329–344, 2010.

MULLANY, L. C. et al. Breast-feeding patterns, time to initiation, and mortality risk among newborns in Southern Nepal. **J. Nutr.**, v. 138, p. 599–603, 2007.

MURRAY, E. K.; RICKETTS, S.; DELLAPORT, J. Hospital practices that increase breastfeeding duration: Results from a population-based study. **Birth**, v.34, n.3, p. 202-211, 2007.

NARCHI, N. Z et al; variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. **Revista escola de enfermagem USP**, v.43, n.1, p.87-94, 2009.

NEVES, S.P; FARIA, L. Construção, adaptação e validação da escala de autoeficácia acadêmica (EAEA) Psicologia: **Rev. da Associação Portuguesa de Psicologia**.v.20. n.2. p.45-68, 2006.

NOEL-WEISS, J; BASSETT, V; CRAGG, B. Developing a Prenatal Breastfeeding Workshop to Support Maternal Breastfeeding Self-Efficacy. **JOGNN**, v. 35, n.3; May/June.2006.

O'BRIEN, M., BUIKSTRA, E.; HEGNEY, D. The influence of psychological factors on breastfeeding duration. **Journal of Advanced Nursing**, v.63, p. 397-408, 2008.

ODDY et al. Breastfeeding and early child development: a prospective cohort study. **Acta Pædiatrica**, v.100, p. 992–999, 2011. ISSN 0803–5253

OLIVEIRA, M.I.C. et al. Avaliação do apoio recebido para amamentar: significados de mulheres usuárias de unidades básicas de saúde do Estado do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 15, n.2, p. 599-608, 2010. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232010000200036.

OLIVEIRA, M.I.C; CAMACHO, L.A.B.; TEDSTONE, A.E. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. **J Hum Lact.**; v.17, n.4, p.326-343, 2001.

ORIA, M. O et al. Psychometric assessment of the Brazilian version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. **Public. Health Nursing**, v.26.n.6.p. 574-583, 2009.

ORIÁ, M. O. B. **Tradução e validação da Breastfeeding self-efficacy scale: aplicação em gestantes**. 2008. 189 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza,2008.

ORIÁ, M.O. B; XIMENES, L.B. Tradução e adaptação cultural da Breastfeeding Self-Efficacy Scale para o português. **Acta Paul Enferm**, v.23, n.2, p. 230-8, 2010.

OTSUKA, K et al. The relationship between breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk among Japanese mothers. **J Obstet. Gynecol Neonatal Nurs**, v.37, p. 546–55, 2008.

PACATUBA. **Secretaria de saúde de Pacatuba**. Levantamento do número de gestantes do município. [10 de out, 2009]. Informações concedidas a Janaiana L. Uchoa.

PARIZOTTO, J; ZORZI, N.T. Aleitamento Materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 4, p.466-474.

PAYNE, D.; NICHOLLS, D.A. Managing breastfeeding and work: a Foucauldian secondary analysis. **Journal of Advanced nursing**, v. 66, n. 8, p.1810–1818, ago, 2010. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05156.x

PEDROSO, R.S.; OLIVEIRA, M.S.; MORAES, J.F.D. Tradução, adaptação e validação da versão brasileira da escala Marijuana Expectancy Questionnaire. **Cad. Saúde Pública**. v.23.n.1.p.63-73, jan., 2007.

PESSOTA, C.U.T.Z. **Importância das orientações sobre amamentação no pré-natal e alojamento conjunto**. 2009. 37 f. Monografia (Especialização em Saúde da Família). Centro Educacional São Camilo – Sul e Centro Universitário São Camilo - SP, Porto Alegre, 2009.

PHILLIPS,G; BRETT, K; MENDOLA,P. Previous Breastfeeding Practices and Duration of Exclusive Breastfeeding in the United States. **Matern Child Health J**. DOI 10.1007/s10995-010-0694-4

PINCOMBE et al. Baby Friendly Hospital Initiative practices and breast feeding duration in a cohort of first-time mothers in Adelaide, Australia. **Midwifery**, v. 24, p.55–61, 2008.

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

POLLARD D.L. Impact of a Feeding Log on Breastfeeding Duration and Exclusivity. **Maternal and child health journal**, v. 15, n.3, p.395-400, DOI: 10.1007/s10995-010-0583-x

POLLARD,D; GUILL, M.The Relationship between Baseline Self-Efficacy and Breastfeeding Duration. **Southern online journal of nursing research**, v. 9, n. 4, 2009.

PORTAL BRASIL. Brasil sem Miséria atenderá 16,2 milhões. **Blog do Planalto**, 03 maio 2011, 12:45. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2011/05/03/brasil-sem-miseria-atendera-16-2-milhoes>. Acesso em: 03 out. 2011.

PRASOPKITTIKUN, T; TILOKSKULCHAI, F. Self-efficacy in Infant Care Scale: Revision and further psychometric testing. **Nursing and Health Sciences**, v.12, p.450–455, 2010. doi: 10.1111/j.1442-2018.2010.00558.x

RAHMAN, M. et al. Noninstitutional Births and Newborn Care Practices Among Adolescent Mothers in Bangladesh. **JOGNN**, v, 40, p. 262-273; 2011. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2011.01240.x

REBERTE, Luciana Magnoni; HOGA, Luiza Akiko Komura. O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal. **Texto Contexto Enfermagem**, v.14, n.2, p.186-92, 2005.

REGO, R.M.V. et al. Apoio e estímulo do pai na amamentação: estudo bibliográfico. **Online Brazilian journal of nursing**, v.8.n.1, 2009.

RIBEIRO EM. As várias abordagens da família no cenário do Programa/Estratégia de Saúde da Família (PSF). **Rev. Latino Americana Enfermagem**, v.12, n.4, p. 658-664, 2004.

RODRIGUES, RM. **Pesquisa acadêmica: como facilitar o processo de preparação de suas etapas**. São Paulo: Editora Atlas, 2007. 177 p.

ROJJANASRIRAT, W; SOUSA, V.D. Perceptions of breastfeeding and planned return to work or school among low-income pregnant women in the USA. **Journal of Clinical Nursing**, v.19, p.2014–2022, 2010. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03152.x

SALES, C.M.; SEIXAS, S.M. Causas de desmame precoce Brasil. **Cogitare Enfermagem**. v.13.n.3.p.443-7. Jul./Set, 2008.

SALOMON, M. Nacional. Beneficiário do Bolsa Família fica pouco no emprego e demora a achar nova vaga. **O estado de s. Paulo**. Brasília, 15 janeiro 2011. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/nacional,beneficiario-do-bolsa-familia-fica-pouco-no-emprego-e-demora-a-achar-nova-vaga,666687,0.htm>>. Acesso em: 20 maio 2012.

SALVE, J.M.; SILVA, I.A. Representações sociais de mães sobre a introdução de alimentos complementares para lactentes. **Acta Paul Enfermagem**. v.22.n.1.p.43-8, 2009.

SANTOS, V.C.G.C. **Adaptação transcultural e validação da “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form”**. 2008. 118 f. Monografia (Licenciatura em Fisioterapia). Universidade Atlântica, Barcarena, 2008.

SANTOS, V; BÁRCIA, S. Contributo para a adaptação transcultural e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form – versão portuguesa. **Rev Port Clin Gera**, v.25, p. 363-9, 2009.

SAVAGE CL, ANTHONY J, LEE R, et al.: The culture of pregnancy and infant care in African-American women: an ethnographic study. **J Transcult Nurs**, v.18, p.215–223, 2007

SCHMIED, V et al. Women’s Perceptions and Experiences of Breastfeeding Support: A Metasynthesis. **Birth**. v.38, n. 1, p.49–60, mar., 2011. doi: 10.1111/j.1523-536X.2010.00446.x

SCHWARTZ, K., D'ARCY, H., GILLESPIE, B., BOBO, J., LONGEWAY, M; FOXMAN, B. (2002). Factors associated with weaning in the first 3 months postpartum. **Journal of Family Medicine**, v.51; n.5, p.439-444.

SCOTT, J.A; BINNS, C.W. Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature. **Breastfeeding Review**. v. 7, n.1, p. 5-16, mar., 1999.

SEMENIC, S., LOISELLE, C.; GOTTLIEB, L. (2008). Predictors of the duration of exclusive breastfeeding among first-time mothers. **Research in Nursing & Health**, v.31, p.428-441.

SENA M.C.F.; SILVA, E.F.; PEREIRA, M.G. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras. **Rev. Assoc. Med. Bras.**; v.53.n.6.p.520 – 524, 2007.

SILVA, R.M.R.; MARCOLINO, C. A vivência do processo de amamentação e desmame precoce por mulheres-mãe orientadas para o aleitamento materno: estudo qualitativo. **Online Brazilian journal of nursing**. v.8.n.1,2009.

SILVEIRA, F.J.F.; LAMOUNIER, J.A. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios da região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.22.n.1.p.69-77, 2006.

SOUZA, I.; SOUZA, M.A. VALIDAÇÃO DA ESCALA DE AUTO-EFICÁCIA GERAL PERCEBIDA. **Rev. Univ. Rural**, Sér. Ciências Humanas. Seropédica, RJ, EDUR, v. 26, n. 1-2, jan/dez., 2004. p. 12-17.

STRASSBURGER, S. Z. et al. Erro alimentar nos primeiros meses de vida e sua associação com asma e atopia em pré-escolares. **J. Pediatría**. (Rio J.) v.86, n.5, p. 391-399, 2010. ISSN 0021-7557. doi: 10.1590/S0021-75572010000500007.

STUEBE, A. M. et al. Duration of Lactation and Incidence of Type 2 Diabetes, **JAMA – Journal American Medical Association**, v.294, n.20, p.2601-2610, 2005. doi:10.1001/jama.294.20.2601.

TAN; K.L. Factors associated with exclusive breastfeeding among infants under six months of age in peninsular Malaysia. **International Breastfeeding Journal**, v.6, n.2, 2011.

TARRANT et al. Breastfeeding and weaning practices among Hong Kong mothers: a prospective study. **Pregnancy and Childbirth**, v.10, n.27, 2010.

TAVARES et al. Application of Breastfeeding Self-Efficacy Scale to post-partum women in rooming-in care: a descriptive study. **Online Braz. j. nurs.**, v.9, n.1, abr., 2010.

THOMSON et al. Waiting to Be Weighed: A Pilot Study of the Effect of Delayed newborn Weighing on Breastfeeding Outcomes. **Can Nurse**, v.105, n.6, p.24-8, jun.2009.

THULIER, D.; MERCER, J. Variables associated with breastfeeding duration. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing (JOGNN)**, v. 38, n.3, p. 259-268, 2009.

TOMA T.S.; REA M.F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Cad. Saúde Pública**. v.24, n.Supl. 2.p.235-46, 2008.

TORRES, M. M. et al. Translation and validation of the breastfeeding self-efficacy scale into Spanish: data from a Puerto Rican population. **Journal of Human Lactation**. v.19, p.35-42, 2003.

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança : revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado** : módulo 1 : histórico e implementação / Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 78 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

UNICEF. **Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê** /UNICEF - Fundo das Nações Unidas para Infância ; [ilustrações de Zivaldo]. São Paulo: Globo, 2011a. ISBN 978-85-2504-939-1

UNICEF. Informação por país. 2011b. Disponível em:

<<http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/index.html>>. Acesso: 27 dez. 2011.

VALENTIM, I. V. L.; KRUEL, A. J.A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.12.n.3.p.777-788, 2007.

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

VANNUCHI, M.T.O. et al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. **Revista saúde pública**, v.38.n.3.p.422-8, 2004.

VASCONCELOS, M. G. L.; LIRA, P. I. C.; LIMA, M. C. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 6, n. 1, p. 99-105, jan./mar. 2006.

VESEL et al. Use of new World Health Organization child growth standards to assess how infant malnutrition relates to breastfeeding and mortality. **Bull World Health Organ**, v.88, p.39–48, 2010. doi:10.2471/BLT.08.057901

WANG, X., WANG, Y. E KANG, C. (2005), Feeding practices in 105 counties of rural China. **Child: Care, Health & Development**, n.31, p. 417-423. doi: 10.1111/j.1365-2214.2005.00523.x

WELLS, K.J.; THOMPSON, N.J; KLOEBLEN-TARVER, A.S. Development and psychometric testing of the prenatal breast-feeding self-efficacy scale. **AmJ Health Behav**.v.30.p.177-187, 2006.

WHO - World Health Organization. HORTA, B. L. et al. **Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analysis**. Geneva: World Health Organization, 2007. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230_eng.pdf>. Acesso: 27 abr. 2012

WHO -World Health Organization. **Health and the Millennium Development Goals**. Geneva: World Health Organization, 2005.

WHO/UNICEF **Global Strategy for Infant and Young Child Feeding**, WHO, Geneva, Switzerland, 2003. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/gf_infant_feeding_text_eng.pdf. Acesso: 03 abril 2012.

WIJNDAELE K, LAKSHMAN R, LANDSBAUGH JR, ONG KK, OGILVIE D: Determinants of early weaning and use of unmodified cow's milk in infants: a systematic review. **J Am Diet Assoc**, v. 109, n.12, p.2017-2028, 2009.

WILHELM, S., RODEHORST, T., STEPANS, M., HERTZOG, M., & BERENS, C. (2008). Influence of intention and self-efficacy levels of duration of breastfeeding for Midwest rural mothers. **Applied Nursing Research**, v.21, n.3, p. 123-130.

WILHELM, S; RODEHORST-WEBER, T.K; STEPANS, M.B.F; HERTZOG, M. The Relationship Between Breastfeeding Test Weights and Postpartum Breastfeeding Rates, n.26, v.168 **J Hum Lact**, 2010. DOI: 10.1177/0890334409352904

WOJCICKI, J.M et al. Early Exclusive Breastfeeding and Maternal Attitudes Towards Infant Feeding in a Population of New Mothers in San Francisco, California. **Breastfeeding Medicine**, v. 5, n. 1, 2010. DOI: 10.1089/bfm.2009.0003

WUTKE, K.; DENNIS, C. L. The reliability and validity of the Polish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: **International Journal of Nursing Studies**, p. 1-8, 2007.

ZUBARAN, C. et al. The Portuguese version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short-Form. **Journal of Human Lactation**, v. 26, n.3, p. 297-303, 2010.

ZUBARAN, C; FORESTI, K. The Correlation Between Breastfeeding and Maternal Quality of Life in Southern Brazil. **Breastfeeding Medicine**, v.6, n. 1, 2011. DOI: 10.1089/bfm.2010.0017

APÊNDICE A – FORMULÁRIO I

PARTE I - IDENTIFICAÇÃO E DADOS SOCIOECONÔMICOS		
Código da paciente: _____	Data da coleta: ___/___/___	Telefones: _____
Nome: _____	Data da última menstruação: ___/___/___	
UBF: _____	Data provável do parto: ___/___/___	
Endereço atual: (rua, nº, Bairro, ponto de referência) _____		
*Obs: Onde não se aplica, colocar 0(zero)		
1 ACS: 1. sim, nome _____ 2. não		1
2 Você mora próximo a UBS? 1. sim 2. não		2
3 Tem bolsa família? 1. sim 2. não		3
4 Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____		4
5 Raça: 1. branca 2. parda 3. negra 4. índia 5. amarela/asiática		5
6 Procedência: 1. FPacatuba 2. Outro, especificar _____		6
7 Há quanto tempo mora em Pacatuba? _____ anos		7
8 Estado civil: 1. casada 2. união consensual 3. solteira 4. divorciada 5. viúva		8
9 Ocupação: 1. Estudante 2. Dono de casa 3. Desempregado 4. Func. Público 5. carteira assinada 6. aposentada 7. outra, especificar: _____		9
10 Horas que passa fora do lar? _____		10
11 Escolaridade: série completa _____ 1. sei ler (considerar 8ª série ou fundamental completo com 9º ano)		11
12 Escolaridade do pai da criança: série completa _____ 1. sei ler (considerar 8ª série ou fundamental completo com 9º ano)		12
* a escolaridade será convertida para anos de estudo no momento da análise		
13 Quantas pessoas moram na casa? _____		13
14 Quem mora com você: 1. marido 2. filho(s) 3. mãe 4. sogra 5. outros: _____		14
15 Das pessoas que moram na casa, quantas ajudam no sustento da família? _____		15
16 Qual a renda aproximada da família? R\$ _____		16
17 Fuma(ou)? 1. sim 2. não 3. ex-fumante 4. fumante passiva(convive com outros fumantes no lar e no trabalho)		17
18 Nº de cigarros por dia: _____		18
*Nas Perguntas abaixo, responda: 1. não 2. deixei devido a gravidez 3. frequentemente 4. só nos fins de semana 5. raramente		
19 Bebida alcoólica: _____		19
20 Medicação controlada: _____		20
21 Drogas ilícitas: _____		21
22 Tipo de droga ilícita: _____		22
Página 1		
PARTE II - ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS		
23 G: _____		23
24 P: _____		24
25 A: _____ (≤22sq ou <500q) Natimorto: 1. sim 2. não		25
26 Gêmeos: 1. sim 2. não		26
27 Número de filhos vivos: _____		27
28 Idade da 1ª gestação? _____		28
29 Tipo de parto(s) anterior(es)? 1. vaginal 2. cesárea 3. fórceps 4. aborto		29
G1: _____ G2: _____ G3: _____ G4: _____ G5: _____		
30 Intervalo entre a gravidez anterior e atual? Colocar data do último parto/aborto) ___/___/___		30
31 Alguém que você conhece já deu de mamar? 1. sim 2. não		31
32 Você mamou quando criança? 1. sim 2. não		32
*Se primípara ir a para parte III		
33 Seus filhos amamentaram exclusivamente? 1. sim 2. não (ir a para questão 39)		33
34 Quanto tempo amamentou exclusivamente? (maior tempo) _____ ano(s) _____ mês(es) _____ dia(s)		34
35 Seus filhos amamentaram(misto)? 1. sim 2. não (ir a para questão 39)		35
36 Quanto tempo amamentou misto? (maior tempo) _____ ano(s) _____ mês(es) _____ dia(s)		36
37 Qual foi o seu principal motivo para amamentar? (marcar apenas 1)		37
1. prático/fácil 2. sem despesa 3. acredito/satisfeito(a) com a amamentação 4. profissionais me convenceram 5. convecida por familiares 6. protege de doenças 7. obrigação materna 8. ficar perto do filho 9. outro, _____		
38 Qual a principal facilidade que surgiu durante a amamentação? (Responda conforme a questão anterior)		38
39 Qual foi o seu principal motivo para NÃO amamentar? (marcar apenas 1)		39
1. pouco leite 2. baixo peso do RN 3. cansaço/fadiga/stress/sono da mãe 4. doença do RN 5. doença materna 6. choro do RN 7. vergonha de amamentar em público 8. marido prefere dar mingau 9. engasgo durante amamentação 10. consome muito tempo da mãe 11. RN não ganha peso 12. depressão 13. mamadeira mais nutritiva 14. medo/ansiedade 15. não pega seio 16. falta de apoio 17. estética das mamas 18. atrapalha relação sexual 19. RN sempre com fome 20. dor/trauma/fissura nos seios 21. retorno ao trabalho 22. amamentar me prende em casa 23. outro: _____		
40 Qual a principal dificuldade que surgiu durante a amamentação? (Responda conforme a questão anterior)		40
41 Gostou da experiência de amamentar? 1. sim 2. não		41

PARTE III - DADOS DA GRAVIDEZ ATUAL								
42	Data e semana gestacional da 1ª US: ___/___/___; ___ s ___ d gest 0. não realizou US	42						
43	Está realizando pré-natal? 1. sim, público 2. sim, privado 3. público e privado 4. não	43						
44	Nº de consultas já realizadas (no dia da entrevista) _____	44						
45	Qual seu peso atual? _____ *Será calculado IMC	45						
46	Qual sua altura? _____	46						
47	Início do pré-natal: data da consulta: ___/___/___ (___ s ___ d gestacionais)	47						
48	Semana gestacional de hoje? ___ s ___ d gestacionais	48						
49	Gravidez desejada? 1. sim 2. não Motivo: _____	49						
50	Nº de doses Anti-tetânica da gravidez atual? ___ 1.imune 2.nenhuma última dose ___/___/___	50						
51	Tomou H1N1 na gravidez atual? 1.sim 2.não	51						
Exames realizados (preencher números, B-bacteriúria, R-reagente/positivo, NR-não reagente 0 não realizou)								
52	1º trimestre: ABO _____	52						
53	1º trimestre: RH _____	53						
54	1º trimestre:Hb _____	54						
55	1º trimestre: Ht _____	55						
56	1º trimestre: glicose ___ mg/dl	56						
57	1º trimestre: VDRL _____	57						
58	1º trimestre:SU _____	58						
59	1º trimestre:HIV _____	59						
60	1º trimestre: HBsAg _____	60						
61	1º trimestre: Toxoplasmose IgM _____	61						
62	1º trimestre: Citomegalovírus IgM _____	62						
63	1º trimestre: combs indireto _____	63						
64	3º trimestre: glicose ___ mg/dl	64						
65	3º trimestre: VDRL _____	65						
66	3º trimestre:SU _____ Outro: _____	66						
67	Gravidez de risco? 1. sim 2. não Motivo: _____	67						
68	Interação na Gravidez atual? 1 sim 2 não Motivo: _____	68						
69	Realizou prevenção ginecológica na gravidez atual?1. sim 2. não. Por quê? _____	69						
70	Realizou o exame clínico das mamas na gravidez atual?1. sim 2. não	70						
71	Recebeu informações sobre amamentação no pré-natal atual? 1.sim 2. não(ir a para questão 73)	71						
72	Quem lhe deu informações sobre amamentação? 1. enfermeiro 2. médico 3.ACS 4. ambos 5. outro _____	72						
73	Você tem conhecimento sobre amamentação? 1. sim 2. pouco 3. não	73						
74	Onde adquiriu esse conhecimento? 1.posto 2.televisão 3.internet 4. acs 5.familiares 6.amiga 7.outro: _____	74						
75	Você prepara as mamas para amamentar? 1.sim 2.não	75						
76	Você terá apoio de alguém para amamentar? 1. sim 2. não (Ir a para questão 78)	76						
77	Quem lhe dará esse apoio para amamentar? _____	77						
78	Quando o bebê nascer você pretende amamentá-lo? 1. sim 2. não(Ir a para questão 81)	78						
79	Quanto a tempo você pretende amamentá-lo exclusivamente? ___ ano(s) ___ mês(es) ___ dia(s)	79						
80	Quanto a tempo você pretende amamentá-lo(misto)? ___ ano(s) ___ mês(es) ___ dia(s)	80						
81	Se você não pretende amamentar, que tipo de alimentação você pretende dar ao seu filho no primeiro mês	81						
1.peito 2.leite artificial 3.leite de lata 4. suco 5. chá 6. papinha/mingau 7.água 8.não sei ainda 9. outros: _____								
82	Se você não pretende amamentar, que tipo de alimentação você pretende dar ao seu filho no segundo mês	82						
1.peito 2.leite artificial 3.leite de lata 4. suco 5. chá 6. papinha/mingau 7.água 8.não sei ainda 9. outros: _____								
83	Participa de grupo de gestante? 1.sim 2.não	83						
84	Tem abastecimento de água encanada?1.sim 2.não	84						
85	Tem esgoto?1.sim 2.não	85						
86	Tem coleta de lixo?1.sim 2.não	86						
87	Quando o bebê nascer onde você pretnde ficar? 1. em casa d 2. sogra 3. mãe 4.outro: _____	87						
Anotar endereço e telefone para contato após nascimento do bebê: _____								
SCORES DA BSES-SF								
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
10.	11.	12.	13.	14.				

APÊNDICE B – FORMULÁRIO II

PARTE I - DADOS DO PARTO/ PÓS-PARTO/ SAÚDE DA CRIANÇA																	
Código da entrevistada: _____																	
88	Tipo de parto: 1. parto normal 2. cesárea 3. fórceps	88															
89	Onde foi o parto? 1.casa 2. hospital público: 3.hospital particular 4.outro: _____	89															
90	Nome do hospital do parto: _____	90															
91	Você planejou amamentar na sala de parto? 1.sim 2. não	91															
92	A criança mamou na 1ª hora de vida? 1. sim 2. não	92															
93	Onde o RN amamentou a primeira vez? 1. Sala de parto 2. alojamento conjunto 3. não amamentou	93															
94	O RN precisou ficar na incubadora ou UTI? 1. sim 2. não (ir a para pergunta 98)	94															
95	Quanto a tempo o bebê ficou na incubadora/UTI? _____	95															
96	Enquanto a o RN estava na incubadora/UTI você ordenhou seu leite para dar ao RN? 1. sim 2. não	96															
97	Quando o RN teve alta da incubadora/UTI, ainda no hospital, como foi à pega do RN? 1.ótima, pegou logo o peito 2.estrANHou um pouco, mas pegou 3. ficou muito irritado e deram logo leite artificial 4. outro, _____	97															
98	Ao nascer o RN foi à para o alojamento conjunto? 1. sim 2. não. Por quê? _____	98															
99	Usou chupeta na maternidade? 1.sim 2.não	99															
100	Usou mamadeira na maternidade? 1.sim 2.não	100															
101	Usou leite artificial na maternidade? 1.sim 2.não	101															
102	Você ficou satisfeita com seu parto? 1.sim 2.não	102															
103	Recebeu orientação sobre amamentação na maternidade? 1.sim 2.não	103															
104	Quem a orientou na maternidade? 1. enfermeiro 2. médico 3.estudante 4. ambos 5. outro: _____	104															
105	Intercorrência clínica no pós-parto? 1.não 2.sim. Qual? 1.hemorragia puerperal 2.Outros, especificar _____	105															
106	Qual sua situação porfissional hoje? 1.trabalhando 2. lic Maternidade 3. desempregada 4. dona de casa 5.estudante	106															
107	Teve dificuldade de amamentar na maternidade? 1. sim 2. não	107															
108	Qual foi à dificuldade em amamentar na maternidade? _____	108															
109	Alguém a ajudou? 1. sim. 2. não.	109															
110	Quem ajudou? _____	110															
111	Superou a dificuldade antes da alta? _____	111															
112	A criança teve alta hospitalar se alimentando de quê? 1. aleitamento exclusivo 2. misto 3.leite artificial	112															
113	Você amamentou ou tentou amamentar seu bebê durante a primira semana de vida? 1. sim 2. não	113															
114	Você teve dificuldade de amamentar seu bebê durante a primira semana de vida? 1. sim 2. não	114															
115	Qual foi à dificuldade em amamentar na prmeira semana de vida? _____	115															
DADOS DO BEBÊ AO NASCIMENTO																	
Data do nascimento do bebê: ____ / ____ / ____																	
116	Peso: _____ gramas	116															
117	Perímetro Torácico: _____ cm	117															
118	Perímetro Cefálico: _____ cm	118															
119	Estatura: _____ cm	119															
120	Apgar 1º minuto: _____	120															
121	Apgar 5º minuto: _____	121															
122	Sexo do RN? 1.masculino 2.feminino	122															
123	RN: 1. a termo 2. pré-termo 3. pós-termo	123															
ESCORES DA BSES-SF																	
1.	_____	2.	_____	3.	_____	4.	_____	5.	_____	6.	_____	7.	_____	8.	_____	9.	_____
10.	_____	11.	_____	12.	_____	13.	_____	14.	_____								

APÊNDICE C – FORMULÁRIO III

PARTE I - SAÚDE DA CRIANÇA/DIETA INFANTIL

Código da entrevistada: _____			
Nome da criança: _____			
Data da coleta: ____/____/____			
ALIMENTAÇÃO	15º Dia	1º Mês	2º Mês
Aleitamento materno:	124 _____	148 _____	172 _____
1. Aleitamento materno exclusivo 2. Aleitamento misto 2. Aleitamento artificial			
Nº DE MAMADAS/DIA?	125 _____	149 _____	173 _____
Você está satisfeita com amamentação? 1. sim 2. não 0. Não se aplica	126 _____	150 _____	174 _____
Qual outro alimento/líquido a criança ingere? (pode marcar mais de um)	127 _____	151 _____	175 _____
1. água 2. chá 3. fórmula infantil 4. leite de vaca 5. mingau 6. fruta 7. suco 8. comida de panela 9. açúcar 10. danone 11. refrigerante 13. xilito/pipoca 14. legumes/verduras 15. feijão 16. tubérculos 17. café 18. bolacha 19. carne/peixe/ovo 20. outros: _____			
O bebê usa chupeta? 1. sim 2. não	128 _____	152 _____	176 _____
Quando o bebê começou a usar chupeta deixou de mamar? 1. sim 2. não	129 _____	153 _____	177 _____
O bebê usa mamadeira? 1. sim 2. não	130 _____	154 _____	178 _____
Quando o bebê começou a usar mamadeira deixou de mamar? 1. sim 2. não	131 _____	155 _____	179 _____
A criança tem cartão de vacina? 1. sim 2. não	132 _____	156 _____	180 _____
As vacinas estão em dia? 1. sim 2. não	133 _____	157 _____	181 _____
A mãe leu as orientações do cartão de vacina? 1. sim 2. não	134 _____	158 _____	182 _____
A mãe faz puericultura? 1. sim 2. não	135 _____	159 _____	183 _____
Qual foi o seu principal motivo para amamentar? (marcar apenas 1)	136 _____	160 _____	184 _____
1. prático/fácil 2. sem despesa 3. acredito/satisfeita/ amamentação 4. profissionais me convenceram 5. convicida por familiares 6. protege de doenças 7. obrigação materna 8. ficar perto do filho 9. outro: _____			
Como o bebê se comporta na hora de alimentar?	137 _____	161 _____	185 _____
1. aceita bem a mama 2. se irrita um pouco na hora de mamar 3. outro: _____			
Quantas horas fica em casa? _____ horas	138 _____	162 _____	186 _____
O RN é prioridade no momento? 1. sim 2. não. Por quê? _____	139 _____	163 _____	187 _____
DADOS ANTROPOMÉTRICOS	15º Dia	1º Mês	2º Mês
Peso: (gramas)	140 _____	164 _____	188 _____
Estatura: (cm)	141 _____	165 _____	189 _____
PC: (cm)	142 _____	166 _____	190 _____
PT: (cm)	143 _____	167 _____	191 _____
A criança adoeceu? 1. sim 2. não	144 _____	168 _____	192 _____
De que adoeceu? 1. diarreia 2. desnutrição 3. problemas respiratórios 4. dermatológicos 5. outros: _____	145 _____	169 _____	193 _____
Qual foi seu principal motivo para o desmame? (marcar apenas 1)	146 _____	170 _____	194 _____
1. pouco leite 2. baixo peso do RN 3. cansaço/fadiga/stress/sono da mãe 4. doença do RN 5. doença materna 6. choro do RN 7. vergonha de amamentar em público 8. prefere dar mingau 9. engasgo durante amamentação 10. consome muito tempo da mãe 11. RN não ganha peso 12. depressão 13. mamadeira mais nutritiva 14. medo/ansiedade 15. não pega seio 16. falta de apoio 17. estética das mamas 18. atrapalha relação sexual 19. RN sempre com fome 20. dor/trauma/fissura nos seios 21. retorno ao trabalho 22. amamentar me prende em casa 23. outro: _____			
A ideia de dar leite artificial/leite de vaca/mingau a criança foi do.... (marcar só 1)	147 _____	171 _____	195 _____
1. marido 2. mãe 3. sogra 4. amigas 5. médico 6. enfermeira 7. outro: _____			
Quantos dias o bebê amamentou exclusivamente? _____			196 _____
Há quantos dias o bebê amamenta misto? _____			197 _____
Desde que dia o bebê amamenta misto? ____/____/____			198 _____
Desde que dia o bebê só toma leite artificial? ____/____/____			199 _____
Voltei a trabalhar no dia: ____/____/____			200 _____
Observações			

APÊNDICE D - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
Rua Alexandre Baraúna, 1115 - Rodolfo Teófilo - Fortaleza - CE / CEP: 60430-160

Sr. Secretário de Saúde de Pacatuba,

Eu, **Janaiana Lemos Uchoa** (RG.3385195-99; CPF. 923.081.553-53), mestranda em Enfermagem na Promoção da Saúde pela Universidade Federal do Ceará - UFC, orientada pela Prof.ª Dr.ª Lorena Barbosa Ximenes (R.G. nº: 20071548925, C.P.F. nº: 462.335.043-68), venho requerer autorização de Vossa Senhoria para realização da pesquisa intitulada: "AMAMENTAÇÃO NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL: A AUTOEFICÁCIA DAS MULHERES", que deverá ser efetuada com gestantes e puérperas.

O estudo tem como objetivo: Analisar a autoeficácia das mulheres no ciclo gravídico puerperal quanto ao seu potencial em amamentar; Identificar e comparar os escores da Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Versão Brasileira (BSES-VB) das mulheres obtidos no pré-natal e no puerpério; Verificar associação entre os escores da BSES-VB e as variáveis sociais, demográficas, obstétricas no pré-natal e parto e comparar os escores da BSES-VB obtidas no pré-natal com o tipo de aleitamento materno no puerpério;

Salientamos que será garantido o sigilo das identidades das mães e de seus filhos, que a pesquisa somente prosseguirá com os que aceitarem participar do estudo. Finalmente, será repassada, à Instituição, uma cópia do relatório final como forma de contribuição para o aperfeiçoamento do trabalho que vem sendo realizado.

Nestes termos, peço deferimento.

CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO:

Eu, Rodrigo de Oliveira Teófilo, autorizo a realização da pesquisa no Programa de Saúde da Família do Município de Pacatuba - Ceará.

Prefeitura Municipal de Pacatuba

Rodrigo de Oliveira Teófilo
Secretário de Saúde de Pacatuba

Atenciosamente,

Fortaleza, ____ de ____ de 2011.

Lorena Barbosa Ximenes
Prof. Dr.ª Lorena Barbosa Ximenes

Prof. Adjunto IV do Departamento
de Enfermagem da UFC

Prof.ª Dra. Ana Karina Buzana Pinheiro
Vice-Coordenadora
do Curso de Enfermagem/UFC

Janaiana Lemos Uchoa
Janaiana Lemos Uchoa
Enfermeira do PSF de Pacatuba
Mestranda em Enfermagem/UFC

APÊNDICE E - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE AUTORES



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
Rua Alexandre Bezerra, 1115 - Rodolfo Teófilo - Fortaleza – CE / CEP: 60430-160

Profas Mônica Oriá e Regina Dodt,

Eu, **Janaína Lenos Uchoa** (RG.3385195-99; CPF. 923.081.553-53), mestrande em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC, orientada pela Prof.^a Dr.^a Lorena Barbosa Ximenes (R.G. nº: 20071548925, C.P.F. nº: 462.335.043-68), venho requerer autorização de Vossas Senhorias para utilização das escalas validadas em suas tese e dissertação, *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES) e *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form* (BSES-SF), respectivamente para realização da minha pesquisa, intitulada: "AMAMENTAÇÃO NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL: A AUTOEFICÁCIA DAS MULHERES", que deverá ser efetuada com gestantes e puérperas.

O estudo tem como objetivo: Analisar a autoeficácia das mulheres no ciclo gravídico puerperal quanto ao seu potencial em amamentar; Identificar e comparar os escores da BSES-VF das mulheres obtidos no pré-natal e no puerpério; Verificar associação entre os escores da BSES-VF e as variáveis sociais, demográficas, obstétricas no pré-natal e parto e comparar os escores da BSES-VF obtidas no pré-natal com o tipo de aleitamento materno no puerpério;

Atenciosamente,

Fortaleza, 20 de maio de 2011.

Janaína Lenos Uchoa
Enfermeira do PSI de Pacotuba
Mestrande em Enfermagem UFC

CONSENTIMENTO:

Eu, Mônica Oliveira Batista Oriá, autorizo a utilização da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* presente no apêndice de minha tese intitulada: "Tradução, Adaptação e Validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Aplicação em Gestantes".

Mônica Oliveira Batista Oriá

Eu, Regina Cláudia Melo Dodt, autorizo a utilização *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form* (BSES-SF) presente no apêndice de minha dissertação intitulada: "Aplicação e Validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form (BSES - SF) em Puérperas".

Regina Cláudia Melo Dodt
Ms. Regina Cláudia Melo Dodt
Enfermeira Obstétrica
COREN-57523

ANEXO A – ESCALA DE AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO – FORMA ABREVIADA (BSES- SF)

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

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

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

ANEXO B – PROTOCOLO DO COMEPE

Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N° 142/11

Fortaleza, 29 de Junho de 2011

Protocolo COMEPE n° 124/11

Pesquisador responsável: Janaiana Lemos Uchoa.

Título do Projeto: "Autoeficácia das mulheres no ciclo gravídico-puerperal em amamentar seu filho."

Levamos ao conhecimento de V.S^a, que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução n° 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o protocolo e o TCLE do projeto supracitado na reunião do dia 16 de junho de 2011.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to be the name of the official responsible for the document.