

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**AUTOEFICÁCIA EM AMAMENTAÇÃO DE
PUÉRPERAS EM ALOJAMENTO CONJUNTO:
CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO DE
ENFERMAGEM**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Andressa Peripolli Rodrigues

**Santa Maria, RS, Brasil
2013**

AUTOEFICÁCIA EM AMAMENTAÇÃO DE PUÉRPERAS EM ALOJAMENTO CONJUNTO: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Andressa Peripolli Rodrigues

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde, Linha de Pesquisa: Cuidado e educação em enfermagem e saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Profa Dra Stela Maris de Mello Padoin
Coorientadora: Profa Dra Laura de Azevedo Guido

Santa Maria, RS, Brasil

2013

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Rodrigues, Andressa Peripolli
Autoeficácia em amamentação de puérperas em alojamento
conjunto: contribuições para o cuidado de enfermagem /
Andressa Peripolli Rodrigues.-2013.
95 p.; 30cm

Orientadora: Stela Maris de Mello Padoin
Coorientadora: Laura de Azevedo Guido
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, RS, 2013

1. Aleitamento Materno 2. Auto-Eficácia 3. Alojamento
Conjunto 4. Enfermagem 5. Saúde da Mulher I. Padoin,
Stela Maris de Mello II. Guido, Laura de Azevedo III.
Título.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

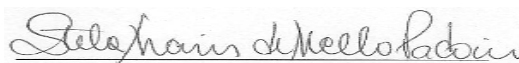
A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação de Mestrado

**AUTOEFICÁCIA EM AMAMENTAÇÃO DE PUÉRPERAS EM
ALOJAMENTO CONJUNTO: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO
DE ENFERMAGEM**

elaborada por
Andressa Peripolli Rodrigues

como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

Comissão Examinadora



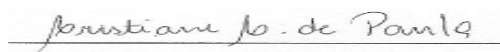
**Stela Maris de Mello Padoin, Dra.
(Presidente/Orientadora)**



**Laura de Azevedo Guido, Dra.
(Coorientadora)**



Ívis Emília de Oliveira Souza, Dra. (EEAN)



Cristiane Cardoso de Paula, Dra. (UFSM)



Lorena Barbosa Ximenes, Dra. (UFC/Suplente)

Santa Maria, 06 de fevereiro de 2013.

AGRADECIMENTOS

Ao concluir esta etapa, agradeço carinhosamente...

*Á **Deus**, por iluminar o meu caminho, me dar saúde e força nesta caminhada.*

*Á minha mãe **Ana**, meu pai **André** (in memorian) e minha avó **Jurema**, pelos ensinamentos transmitidos, compreensão, carinho e por acreditarem em mim. Vocês são a minha vida!*

*Ao meu amor **Pablo**, pelo companheirismo, amor, amizade e paciência ao compreender momentos de ausência. Obrigada por fazer parte da minha vida.*

*Á minha amiga e colega **Greice Machado Pieszak** pelas conversas, companheirismo e amizade sincera. Obrigada por se fazer sempre presente em minha vida.*

*Aos amigos **Tatiane Correa Trojahn**, **Elaine Lutz Martins**, **Crhis Netto de Brum**, **Samuel Spiegelberg Zuge** e **Naiana Oliveira dos Santos** pelos ensinamentos compartilhados e amizade.*

*Á minha orientadora **Stela Maris de Mello Padoin**, pela oportunidade de ser tua orientanda desde a graduação. Obrigada pelo convívio, orientação, compreensão e carinho. És um exemplo a ser seguido... Agradeço também a família **Padoin** por me acolher em seu lar.*

*À **Laura de Azevedo Guido**, minha coorientadora, por proporcionar momentos de aprendizado e carinho.*

*Ás professoras membros da banca **Cristiane Cardoso de Paula**, **Lorena Barbosa Ximenes** e **Ívis Emília de Oliveira Souza** pelo aceite ao convite e pelas valiosas contribuições.*

*Ao **Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Família e Sociedade** pela parceria, ensinamentos e convivência nesses anos de caminhada.*

*Aos **profissionais** da **Unidade Toco-Ginecológica** do Hospital Universitário de Santa Maria que possibilitaram a realização deste estudo.*

*Ás **puérperas**, sujeitos deste estudo, sem as quais não seria possível a conclusão desta dissertação.*

*Às acadêmicas **Bibiana Sales Antunes**, **Elaine Lutz Martins**, **Juliane Dias Aldrighi**, **Marília Alessandra Bick** e **Thamiza Laureany da Rosa dos Reis** e a Enfermeira **Tatiane Correa Trojahn** por auxiliarem na coleta de dados do estudo.*

*À **Universidade Federal de Santa Maria** pelos anos de qualificação profissional, que se fizeram desde a minha graduação. Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem** e **professores** que o compõe, pela contribuição na minha formação profissional.*

*À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, pela concessão da bolsa de mestrado que possibilitou a minha dedicação exclusiva.*

Agradeço a todos os que, embora não mencionados, contribuíram de alguma maneira para que este sonho pudesse ser realizado.

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

AUTOEFICÁCIA EM AMAMENTAÇÃO DE PUÉRPERAS EM ALOJAMENTO CONJUNTO: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

AUTORA: ANDRESSA PERIPOLLI RODRIGUES
ORIENTADORA: PROFA DRA STELA MARIS DE MELLO PADOIN
COORIENTADORA: PROFA DRA LAURA DE AZEVEDO GUIDO
Local e Data da defesa: Santa Maria, 06 de fevereiro de 2013

Objetivou-se avaliar a autoeficácia em amamentação de puérperas internadas em alojamento conjunto e verificar a associação dos fatores sociodemográficos e obstétricos com a autoeficácia. Caracteriza-se como um estudo transversal, de abordagem quantitativa, realizado com 322 puérperas de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. A coleta dos dados ocorreu de dezembro de 2011 a março de 2012, utilizando a Breastfeeding Self-Efficacy Scale–Short Form e um formulário para caracterização das puérperas. Os dados foram analisados estatisticamente no *software Statistical Package for Social Science* (SPSS, versão 17.0). A média de idade das puérperas foi de 26,4 anos, com estado civil solteira (66,15%), baixa escolaridade (35,71%), renda mensal em média de 1,9 salários mínimos e não trabalhavam (67,08%). Grande parte tinham vivência anterior de amamentação (91,59%) e 66,46% era múltipara. As puérperas também realizaram o pré-natal (95,96%), sendo que parte delas teve parto cesáreo (63,66%) e contato precocemente com o bebê após o parto (82,92%). De acordo com a autoeficácia, a maioria das puérperas (81,06%) apresentou autoeficácia alta na amamentação. Por meio da análise bivariada, foi possível identificar associação estatisticamente significativa da autoeficácia na amamentação com o fato da puérpera não usar drogas ($p=0,035$), ter amamentado anteriormente ($p=0,026$), amamentado exclusivamente ($p=0,012$), ter gostado de amamentar ($p<0,001$) e ter colocado o bebê para sugar após a primeira hora de pós-parto ($p=0,018$). Assim, ao avaliar a autoeficácia em amamentação, o profissional de enfermagem terá subsídios para apoiar a prática da amamentação, com vistas a proporcionar maior confiança e segurança para a mulher.

Palavras Chave: Aleitamento Materno. Alojamento Conjunto. Auto-Eficácia. Enfermagem. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Master's Thesis
Post-Graduate Program in Nursing
Universidade Federal de Santa Maria

SELF-EFFICIENCY IN BREASTFEEDING OF WOMEN IN PUERPERIUM IN JOINT ACCOMMODATION: CONTRIBUTIONS TO NURSING CARE

AUTHOR: ANDRESSA PERIPOLLI RODRIGUES
ADVISER: PROFA DRA STELA MARIS DE MELLO PADOIN
CO-ADVISER: PROFA DRA LAURA DE AZEVEDO GUIDO
DATE AND PLACE OF DEFENSE: SANTA MARIA, FEBRUARY 06th, 2013

It was aimed to evaluate self-efficiency in breastfeeding of women in puerperium admitted in joint accommodation and to verify socio-demographic and obstetric factors associated to self-efficiency. It is a cross-sectional study of quantitative approach, developed with 322 women in puerperium of a University Hospital in the South of Brazil. Data collection occurred from December 2011 to March 2012, using the Breastfeeding Self-Efficacy Scale–Short Form and characterization form to characterize the women. Data were analyzed statistically on then software Statistical Package for Social Science (SPSS, version 17.0). Age average of pregnant women was of 26,4 years old, single (66,15%), low schooling (35,71%), average monthly income 1,9 minimum wage and didn't work (67,08%). A great part had breastfeeding previous experience (91,59%) and 66,46% was multiparous. Women in puerperium also developed prenatal care (95,96%), being that part of them had cesarean section (63,66%) and early contact with the baby after delivery (82,92%). Accordingly to self-efficiency, most women in puerperium (81,06%) presented high self-efficiency on breastfeeding. Through bivariate analysis, it was possible to identify meaningful statistics association of self-efficiency on breastfeeding with the fact of the woman in puerperium not using drugs ($p=0,035$), having breastfed previously ($p=0,026$), exclusive breastfeeding ($p=0,012$), liking to breastfeed ($p<0,001$) and having put the baby to suck after the first hour of delivery ($p=0,018$). Thus, on evaluating self-efficiency on breastfeeding, nursing professionals will have subsidies to support breastfeeding practice, in order to promote greater confidence and security to the woman.

Keywords: Breastfeeding. Rooming. Self-Efficacy. Nursing. Women's Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

ARTIGO 1

Figura 1 - Corpus da revisão integrativa. LILACS, PUBMED. 2012.....	25
Figura 2 - Figura ilustrativa dos fatores que interferem na autoeficácia em amamentação. LILACS, PUBMED. 2012.....	27

LISTA DE TABELA

ARTIGO 2

Tabela 1 – Distribuição das puérperas segundo os dados sociodemográficos. Santa Maria, Rio Grande do Sul/Brasil, 2013. (N= 322).....	46
Tabela 2 – Distribuição das puérperas segundo os antecedentes obstétricos. Santa Maria, Rio Grande do Sul/Brasil, 2013. (N=322).....	47
Tabela 3 - Distribuição das puérperas segundo os dados obstétricos da gestação e puerpério atual. Santa Maria, Rio Grande do Sul/Brasil, 2013. (N=322).....	48

ARTIGO 3

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas e obstétricas segundo a autoeficácia média e alta para a amamentação. Santa Maria, Rio Grande do Sul/ Brasil, 2013.....	55
---	----

ARTIGO 4

Tabela 1 – Distribuição das variáveis obstétricas segundo a autoeficácia média e alta para a amamentação. Santa Maria, Rio Grande do Sul/ Brasil, 2013.....	69
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Leite Humano	LH
Recém-Nascido	RN
Aleitamento Materno Exclusivo	AME
Leite Materno	LM
Aleitamento Materno	AM
Iniciativa Hospital Amigo da Criança	IHAC
Ministério da Saúde	MS
Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação	IUBAAM
Unidade Básica de Saúde	UBS
Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável	ENPACS
Sistema Único de Saúde	SUS
Universidade Federal de Santa Maria	UFSM
Rio Grande do Sul	RS
Hospital Universitário de Santa Maria	HUSM
Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade	GPPEFAS
Alojamento Conjunto	AC
<i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale</i>	BSES
<i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form</i>	BSES-SF
Aleitamento Materno Misto	AMM
Organização Mundial de Saúde	OMS

LISTA DE ANEXOS

Anexo A - Escala de Autoeficácia na Amamentação: forma abreviada.....	86
Anexo B – Autorização para utilização da escala.....	87
Anexo C - Carta de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria.....	88
Anexo D - Instrumento de Coleta de Dados.....	89
Anexo E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	92
Anexo F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- Responsável Legal.....	93
Anexo G - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.....	94
Anexo H – Termo de Confidencialidade dos Dados.....	95

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
ARTIGO 1 - FATORES QUE INTERFEREM NA AUTOEFICÁCIA DE AMAMENTAÇÃO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	19
Resumo	19
Abstract	20
Resumen	20
Introdução	21
Objetivo	22
Método	22
Resultados	24
Discussão	28
Conclusão	31
Literatura citada – Referências	31
ARTIGO 2 - CARACTERIZAÇÃO DAS PUÉRPERAS INTERNADAS NO ALOJAMENTO CONJUNTO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL.....	37
Resumo	37
Resumen	37
Abstract	37
Introdução	39
Objetivo	39
Metodologia	39
Resultados	40
Discussão	41
Conclusão	44
Literatura citada – Referências	44
ARTIGO 3 - INFLUÊNCIA DOS FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E OBSTÉTRICOS NA AUTOEFICÁCIA DE AMAMENTAÇÃO PARA PUÉRPERAS NO ALOJAMENTO CONJUNTO.....	49
Resumo	49
Abstract	49
Resumen	50
Introdução	51
Métodos	52
Resultados	54
Discussão	55
Conclusão	58
Literatura citada – Referências	59

ARTIGO 4 - FATORES DO PRÉ-NATAL E DO PUERPÉRIO QUE INTERFEREM NA AUTOEFICÁCIA DE AMAMENTAÇÃO.....	62
Resumo	62
Abstract	63
Resumen	63
Introdução	65
Revisão de literatura- Autoeficácia na amamentação	66
Métodos	67
Resultados	69
Discussão	70
Conclusão	73
Literatura citada – Referências	73
DISCUSSÃO	75
CONCLUSÃO	78
REFERÊNCIAS	80
ANEXOS	85

INTRODUÇÃO

O leite humano (LH) apresenta uma composição nutricional balanceada, inclui os nutrientes essenciais que contribuem para o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido (RN). Sendo suficiente, quando em aleitamento materno exclusivo (AME), para suprir as necessidades nutricionais do bebê durante os primeiros seis meses de vida.

Além de ser considerado o melhor alimento para os bebês, o leite materno (LM) também proporciona melhor qualidade de vida para a mulher e oferece vantagens no fortalecimento do vínculo mãe-bebê (BECHE; HALPERN; STEIN, 2009).

A prática da amamentação, por proporcionar um alimento completo que protege a criança contra doenças infecciosas, representa um importante fator na redução da mortalidade infantil. Estimativas apontam que o aumento da prevalência de aleitamento materno (AM) possa salvar até 1,3 milhões de lactentes no mundo (TOMA; REA, 2008).

No Brasil, ações de promoção ao AM foram implantadas para que índices de prevalência aumentassem. Assim, em 1992 a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi incorporada pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da mobilização de profissionais de saúde e funcionários de hospitais e maternidades. Essa estratégia preconiza mudanças nas rotinas e condutas, com vistas a prevenir o desmame precoce (BRASIL, 2011).

Além da IHAC, outra estratégia criada especificamente para os RN internados em unidades hospitalares é o Método Canguru que se configura na atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Essa prevê o contato pele a pele e considera que por meio deste ocorre o estímulo a produção láctea, favorecendo o vínculo afetivo e a amamentação (SCOCHI *et al.*, 2008). No método, trabalha-se a participação dos pais nos cuidados do bebê, sendo um trabalho realizado por uma equipe multidisciplinar treinada (BRASIL, 2011a).

Em 1999, a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM) foi criada tendo em vista a identificação de estratégias e procedimentos, adequados para a rede básica, que tivessem efetividade na extensão da duração do AM. No Estado do Rio de Janeiro, foi lançada pela Secretaria de Saúde visando estimular e instrumentalizar a rede básica de saúde na implantação de um conjunto de procedimentos de promoção, proteção e apoio ao AM (OLIVEIRA; CAMACHO; SOUZA, 2005). Constitui-se como uma oportunidade para atuação dos serviços na promoção da saúde e na prevenção e solução de problemas que podem levar ao desmame precoce.

A Rede Amamenta Brasil, instituída em 2008, reforça o compromisso de aumentar os índices de AM no Brasil, com ações voltadas para as unidades básicas de saúde (UBS) do país, com proposta de revisão e supervisão do processo de trabalho interdisciplinar nas UBS. Está apoiada nos princípios da educação permanente em saúde que respeita a visão de mundo dos profissionais e considera as especificidades locais e regionais (BRASIL, 2008).

Diante das ações, um levantamento foi realizado pelo MS em todas as capitais do Brasil, no Distrito Federal e mais 239 municípios. Esse mostrou que o período médio de AM aumentou, passando de 296 dias, em 1999, para 342 dias, em 2008. Na região Sul do Brasil, no mesmo período de avaliação, os índices subiram de 225,2 dias para 302,08. O estudo também concluiu um aumento do índice de AME em crianças menores de quatro meses, que, em 1999, era de 35%, e em 2008 passou para 52%. (BRASIL, 2009).

Outro aspecto importante identificado foi quanto ao índice de AM em crianças que foram amamentadas na primeira hora de vida que chegou a 67,7% no Brasil, sendo que na região sul 71,8% das crianças mamam na primeira hora de vida (BRASIL, 2009).

Tendo em vista o fortalecimento do conjunto de esforços realizados em todo o país para articulação, interação e implantação de ações voltadas à saúde da mulher e da criança até os seis anos, em 2010 foi lançada a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis. Essa estratégia apresenta como um dos seus objetivos específicos impulsionar os índices de AME por seis meses, ampliando os dispositivos ofertados à mulher para favorecer sua opção em amamentar (BRASIL, 2010).

Em 2011 foi lançada a Rede Cegonha, que propõe uma rede de cuidados que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto, abortamento e puerpério; e às crianças o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Apresenta como princípios: a defesa dos direitos humanos; o respeito a diversidade cultural, étnica e racial e as diferenças regionais e equidade; enfoque de gênero; direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; e participação e mobilização social (BRASIL, 2012).

No ano de 2012 foi proposta a integração da Rede Amamenta Brasil com a Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) devido a complementaridade das estratégias. Assim, a Rede Amamenta e Alimenta Brasil, inserida na Rede Cegonha, reforça e incentiva a promoção da amamentação e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Com a integração, pretende-se que as UBS estejam mais preparadas para receber, orientar e apoiar as famílias na promoção do AM e da alimentação complementar (BRASIL, 2012a).

Em todas as ações recomenda-se a atuação de uma equipe que esteja preparada para apoiar o AM, nesse contexto inserem-se os profissionais de Enfermagem. Acredita-se que como uma das profissões atuantes junto às mulheres no período puerperal, pode auxiliar no processo de implementação e manutenção do AM, para que se obtenha um reflexo positivo desse ato durante o crescimento e desenvolvimento da criança e impacto na morbidade e mortalidade infantil. Além disso, a atuação desses profissionais está, cada vez mais, partindo do biológico em direção ao social, trazendo a mulher que amamenta como protagonista da ação e não apenas como cuidadora de criança (SYDRONIO; SOUZA; ALMEIDA, 2006).

Dessa forma, entende-se que é necessário que a mulher tenha elementos que possam influenciar positivamente na sua escolha de amamentar, dentre os quais se destaca a percepção que a mulher tem acerca da autoeficácia para amamentar. Essa pode ser representada pela confiança da mulher de que ela possui conhecimentos e habilidades suficientes para amamentar seu bebê com êxito (ORIÁ; XIMENES, 2010).

Denominada de autoeficácia, é a confiança da mulher de que ela é capaz de amamentar, sendo que deve ocorrer antes que a amamentação seja empreendida. Assim, as mulheres precisam acreditar que elas podem aderir a comportamentos saudáveis para que possam empreender os esforços necessários para alcançá-los (ORIÁ; XIMENES, 2010).

Pesquisa aponta que 27% das mulheres com baixos níveis de confiança na amamentação durante o período pré-natal interromperam o AM dentro da primeira semana pós-parto. Ainda, mulheres com baixo nível de confiança no AM tiveram 3,1 vezes mais risco de interromper a amamentação do que aquelas que tinham total confiança (ORIÁ; XIMENES, 2010).

A inquietação relacionada ao tema de amamentação foi suscitada, durante a realização do curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), no município de Santa Maria/Rio Grande do Sul (RS). Os encontros com as mulheres que amamentam ocorriam em atividades de aulas práticas e estágios na Atenção Básica do município e no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), sendo que no último também foi possível a participação no grupo de estudo de AM com profissionais que atuam diretamente no cuidado à mulher e à criança.

Na Atenção Básica se destaca a implantação da IUBAAM em uma UBS, em conjunto com a Secretaria de Município da Saúde. A vivência no âmbito da gestão e da implantação da IUBAAM na atenção básica revelou ser uma ferramenta transformadora de processos de trabalho, que pode trazer um impacto significativo na adoção e manutenção do AM até os dois anos ou mais de vida da criança (RODRIGUES; et al., 2012).

Além disso, a participação no Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GPPEFAS), na linha de pesquisa políticas e práticas de cuidado na saúde da mulher: vivências em aleitamento materno e violência; possibilitou a reflexão da necessidade da mãe se sentir confiante e segura ao amamentar seu filho, assim como o apoio dos profissionais da saúde e dos familiares durante esse ato.

Ao ingressar no Curso de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na UFSM, por meio do aprofundamento no tema, tem-se como **questão de pesquisa**: qual a autoeficácia em amamentação de puérperas internadas em alojamento conjunto (AC)?

Diante da avaliação das puérperas em relação à autoeficácia de amamentação, acredita-se na possibilidade de reflexão dos profissionais e na intervenção para minimizar e/ou reduzir os índices de desmame precoce. Construir evidências em relação às atitudes das mulheres frente à amamentação pode culminar com o desenvolvimento de estratégias para a promoção do AM.

Destaca-se, assim, como **objeto de estudo**: a autoeficácia em amamentação de mulheres no puerpério imediato. Têm-se como **objetivo** avaliar a autoeficácia em amamentação de puérperas internadas em alojamento conjunto e verificar a associação dos fatores sociodemográficos e obstétricos com a autoeficácia.

O conhecimento da autoeficácia poderá repercutir na prática da amamentação, no sentido de estimular o início e a manutenção do AM por um período maior e favorecer a mulher e seu filho. As repercussões desse estudo perpassam a saúde da mulher e da criança, por meio da redução da morbimortalidade materna e infantil e promoção adequada da nutrição do RN, que pode refletir no seu crescimento e desenvolvimento.

Nessa perspectiva, destaca-se que ainda são recentes as pesquisas que focalizam a autoeficácia em amamentação, principalmente no Brasil, sendo necessários novos estudos que aprofundem a temática e que contribuam para a mãe estar mais confiante ao amamentar seu filho.

Cabe ao enfermeiro, no exercício de suas atribuições no âmbito de orientar e apoiar a prática do aleitamento entre as mulheres, apontar o LM como a melhor opção para alimentar o bebê. O sucesso da amamentação perpassa o desejo da mãe em amamentar, a atuação dos serviços e dos profissionais de saúde em prol do aleitamento, sendo imprescindível que as pessoas próximas, como o pai e a família, apoiem e encorajem a mãe nesse processo.

Assim, é necessário o apoio dos profissionais de saúde, oferecendo ajuda prática e emocional, que auxilie a mãe a decidir o que é melhor para ela e seu filho, fazendo com que adquira confiança em sua capacidade de amamentar (BRAGA; MACHADO; BOSI, 2008).

Nesse sentido, o aconselhamento em amamentação faz-se necessário, uma vez que se configura na atuação do profissional com a mãe no qual ele a escuta, procura compreendê-la e com seus conhecimentos oferece ajuda para propiciar planejamento, tomada de decisões e fortalecimento para lidar com pressões, aumentando sua confiança e auto-estima (BRANDÃO; et al., 2012).

Para guiar o desenvolvimento deste estudo, foi utilizado como referencial teórico-metodológico a Teoria da Autoeficácia e a Escala de Autoeficácia na Amamentação. A autoeficácia é um conceito que remete a confiança na habilidade pessoal de desempenhar, com sucesso, determinadas atividades ou comportamentos que produza um resultado desejável (BANDURA, 1997). Também pode ser definida como a convicção pessoal de que se pode executar uma ação para produzir resultados desejáveis em uma determinada situação (VAN DER BIJL; SHORTRIDGE-BAGGETT, 2001).

Em seus estudos, Bandura percebeu que a autoeficácia interfere nos comportamentos de saúde, pois as pessoas precisam acreditar que elas podem aderir a comportamentos saudáveis para que possam empreender os esforços necessários para alcançá-los. Além disso, ele afirma que um dos processos que pode interferir no comportamento das pessoas é a sua motivação (BANDURA, 1977).

A motivação está relacionada com a atuação e a persistência do comportamento. Nesse sentido, a primeira fonte de motivação é a capacidade para representar futuros resultados de uma ação e a segunda é o tipo de objetivo que se deseja alcançar. A discrepância entre a primeira e segunda fonte pode motivar a mudança de comportamento para alcançar os resultados desejados ou motivar a fuga, pois algumas pessoas evitam se expor à situações que extrapolam a sua capacidade de lidar com elas (BANDURA, 1977). Dessa forma, a autoeficácia é um componente da motivação e que tem um papel importante na aquisição e mudança de comportamento.

Assim, a autoeficácia no AM vai se revelar na confiança ou na expectativa da mulher de que ela possui conhecimentos e habilidades suficientes para amamentar seu bebê com êxito (CHEZEM; FRIESEN; BOETTCHER, 2003). A autoeficácia da mulher em amamentação promoverá respostas individuais que incluem a escolha do comportamento, o esforço e a persistência, padrões de pensamento e reações emocionais. Com isso, estabelece-se um comportamento que será iniciado e mantido de acordo com a interpretação de cada indivíduo.

Embora pesquisas sejam realizadas com enfoque no AM, a enfermeira Cindy Lee Dennis (1999) afirma que nenhum estudo havia investigado a confiança materna em sua habilidade de amamentar. Deste modo, a canadense fundamentou-se na Teoria de

Autoeficácia para estudar a confiança da mulher no AM e desenvolveu, em conjunto com Faux, um instrumento, a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES), que avalia a confiança materna na amamentação (DENNIS; FAUX, 1999).

O estudo primário foi conduzido no Canadá com 130 mulheres e resultou na versão original da escala BSES com 33 itens. Apesar de ter sido criada no Canadá, a BSES já foi aplicada em outros países de língua inglesa (CREEDY; *et al*, 2003), hispânica (TORRES; *et al*, 2003), chinesa (DAI; DENNIS, 2003), na língua polonesa (WUTKE; DENNIS, 2006) e, recentemente, na língua portuguesa (SANTOS; BÁRCIA, 2009; ORIÁ; XIMENES, 2010).

No entanto, estatísticas de consistência interna da forma original da BSES sugeriu redundância em alguns itens. Assim, outro estudo metodológico foi desenvolvido e 18 itens foram excluídos, dando origem a forma abreviada da BSES, a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale–Short Form* (BSES-SF) com a composição da escala em 14 itens (DENNIS, 2003).

A BSES foi traduzida, validada e adaptada transculturalmente no Brasil pela Enfermeira Doutora Mônica Oliveira Batista Oriá (ORIÁ, 2008; ORIÁ; XIMENES, 2010), que a validou com gestantes. A BSES-SF (Anexo A) foi validada e aplicada com puérperas no Brasil, pela Enfermeira Doutora Regina Cláudia Melo Dodt (DODT, 2008) que autorizou o seu uso por meio de correspondência eletrônica (Anexo B).

A BSES-SF caracteriza-se como uma escala do tipo Likert em que a cada item de resposta é atribuído um valor que reflete a atitude do respondente em relação a cada assertiva. Sua principal característica é possibilitar aos seus respondentes não só que concordem ou discordem das assertivas, mas que indiquem seu grau de concordância/discordância. A pontuação total é dada pela somatória de cada assertiva (PASQUALI, 1999).

A BSES-SF ficou organizada de forma aleatória, em duas categorias de domínio: técnica (oito itens) e pensamentos intrapessoais (seis itens). Na primeira categoria, a escala focaliza os aspectos técnicos do AM como: posição correta do bebê e conforto durante o ato de amamentar, reconhecimento de sinais de uma boa lactação, sucção do mamilo areolar, término da mamada e a prática de aleitamento materno misto (AMM). Na segunda, é levado em consideração o desejo, a motivação interna, a satisfação com a experiência de amamentar e adequação do tempo e das necessidades da mãe e da criança (DODT, 2008).

O uso dessa escala permite ao profissional de saúde conhecer previamente a área em que a mulher tem menor autoeficácia (ao verificar a pontuação de cada assertiva), o que possibilita a implementação de estratégias de cuidado e de apoio ao AM, antes dela decidir por não amamentar ou desmamar. Tal fato pode levar, em médio e longo prazo, à redução das taxas de desmame precoce e à melhoria da qualidade de vida da mulher e de seu filho (ORIÁ,

2008).

Esta pesquisa seguiu a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2003), que rege pesquisas com seres humanos, obtendo aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFSM em novembro de 2011 sob nº CAAE: 0323.0.243.000-11 (Anexo C). O resultado e a análise dos dados serão apresentados em formato de artigos nos itens a seguir, nos quais foi respeitada a estrutura de formatação dos periódicos da submissão.

ARTIGO 1

Fatores que interferem na autoeficácia de amamentação: revisão integrativa da literatura¹

Factors that interfere on breastfeeding self-efficacy: integrative literature review

Factores que interfieren en la autoeficacia de amamantamiento: revisión integradora de la literatura

Resumo

Objetivo: avaliar as evidências disponíveis nos artigos científicos a respeito dos fatores que interferem na autoeficácia de amamentação. **Método:** revisão integrativa, com a questão de pesquisa: quais os fatores que interferem na autoeficácia de amamentação? Desenvolvida nas bases de dados LILACS e PUBMED, com os critérios de inclusão: artigos de pesquisas com nível de evidência de 1 a 4 na classificação em sete níveis, disponíveis online, na íntegra e gratuito; em inglês, português ou espanhol; e de exclusão: artigos sem resumo na base de dados ou incompletos. **Resultados:** a análise apontou para fatores que interferem positivamente ou negativamente na autoeficácia de amamentação. **Conclusões:** destaca-se a importância da rede de familiares, pois a mãe necessita de incentivo e suporte da sua família e comunidade. Ainda, os profissionais e as instituições devem traçar intervenções que visem mudanças no modelo da assistência, além de promover saúde por meio de uma assistência eficaz para cuidar do binômio mãe-filho. **Descritores:** aleitamento materno; auto-eficácia; enfermagem; saúde da

¹ Manuscrito submetido em novembro de 2012 à Revista de Enfermagem UFPE On Line (REUOL). Autoria: Andressa Peripolli Rodrigues, Stela Maris de Mello Padoin, Laura de Azevedo Guido e Cristiane Cardoso de Paula.

mulher; saúde da criança.

Abstract

Aims: evaluate available evidences on scientific articles about factors that interfere on breastfeeding self-efficacy. **Method:** integrative review, with the research question: what factors influence the self-efficacy of breastfeeding? Evaloped on LILACS and PUBMED database, with the inclusion criteria: research articles with evidence level 1-4 in the standings on seven levels, available online, in full and free, in English, Portuguese or Spanish, and exclusion: abstract no articles in the database or incomplete. **Results:** analysis points to factors that interfere positively or negatively on breastfeeding self-efficacy. **Findings:** it's highlighted the importance of family web, because the mothers needs encouragement and support from her family and community. Professionals and institutions should draw interventions that seek change on assistance model, as well as promote helth through effective assistance to care for the binomial mother-child. **Descriptors:** breast feeding; self efficacy; nursing; women's health; child health.

Resumen

Objetivo: evaluar las evidencias disponibles en los artículos científicos a respecto de los factores que interfieren en la auto eficacia de amamantamiento. **Método:** revisión integradora, con la pregunta de investigación: Qué factores influyen en la autoeficacia de la lactancia materna? Desarrollado en las bases de datos LILACS y PUBMED, con los criterios de inclusión: artículos de investigación con nivel de evidencia 1-4 en la clasificación con siete niveles, disponibles en línea, de forma total y libre, en Inglés, portugués o español, y la exclusión: resumen no hay artículos en la base de datos o incompleta. **Resultados:** análisis apuntó para

factores que interfieren positiva o negativamente en la auto eficacia de amamantamiento. **Conclusiones:** se destaca la importancia de la red de familiares, pues la madre necesita de incentivo y soporte de su familia y comunidad. Aún, los profesionales y las instituciones deben trazar intervenciones que visan mudanzas en el modelo de la asistencia, además de promover salud por medio de una asistencia eficaz para cuidar el binomio madre-hijo. **Descriptor:** amamantamiento materno; autoeficácia; enfermería; salud de la mujer; salud del niño.

Introdução

A prática da amamentação resulta em impacto positivo na saúde materna, além de proporcionar um alimento completo e de proteção para a criança. O aleitamento materno (AM) representa importante fator na redução da mortalidade infantil, pois estimativas apontam que o aumento da prevalência do AM até um ano de vida, em todos os países, possa salvar até 1,3 milhões de lactentes no mundo.¹

Além de ser considerado o melhor alimento para os bebês, o leite materno (LM) também é reconhecido por oferecer vantagens no fortalecimento do vínculo mãe-bebê.² A vinculação da mãe ao filho não é inata e a amamentação é uma oportunidade de se instalar esse vínculo ou de aprofundá-lo.

Dessa forma, é necessário que a mulher tenha elementos que possam influenciar positivamente na sua escolha de amamentar, dentre os quais a confiança no AM, que pode ser representada pela crença ou expectativa da mulher de que ela possui conhecimentos e habilidades para amamentar seu bebê com êxito. Logo, a crença da mulher de que ela é capaz de amamentar, ou seja, a autoeficácia deve ocorrer antes que a amamentação seja empreendida.³

Pesquisa aponta que 27% das mulheres com baixos níveis de confiança na

amamentação durante o período pré-natal interromperam o AM dentro da primeira semana pós-parto. Ainda, mulheres com baixo nível de confiança no AM tiveram 3,1 vezes mais risco de interromper a amamentação do que aquelas que tinham total confiança. Assim, as mulheres precisam acreditar que elas podem aderir a comportamentos saudáveis para que, assim, possam empreender os esforços necessários para alcançá-los.³

Acredita-se que avaliar a autoeficácia de amamentação possibilita a reflexão do profissional e o questionamento do que pode ser feito para minimizar e/ou reduzir os índices de desmame. Construir evidências em relação às atitudes das mulheres frente à amamentação pode culminar com o desenvolvimento de estratégias para a promoção, proteção e apoio do AM.

Objetivo

Avaliar as evidências disponíveis nos artigos científicos a respeito dos fatores que interferem na autoeficácia de amamentação.

Método

Estudo de revisão integrativa da literatura, com a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão de maneira sistemática e ordenada. Seguiu as etapas: identificação do tema, seleção da questão de pesquisa e definição dos objetivos, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, seleção dos estudos, estabelecimento das informações a serem extraídas dos artigos, avaliação das evidências e análise (categorização), discussão e apresentação da síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados.⁴

Para orientar este estudo, a questão de pesquisa formulada foi: Quais os fatores que interferem na autoeficácia de amamentação? A busca bibliográfica foi desenvolvida na base de dados eletrônica Public Medline (PubMed) utilizando os

MeSH Terms “breastfeeding” and “self-efficacy” e na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) utilizando os descritores “aleitamento materno” and “auto-eficácia”².

O levantamento dos estudos ocorreu em outubro de 2012. Para selecioná-los, os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisas com nível de evidência de 1 a 4 na classificação em sete níveis,⁵ disponíveis online, na íntegra e gratuito; em inglês, português ou espanhol. Os critérios de exclusão foram: artigos sem resumo na base de dados ou incompletos.

Foram inicialmente encontrados 106 estudos, dos quais 10 atendiam aos critérios de inclusão. Destaca-se que na base de dados LILACS não havia artigos na temática.

Após leitura exaustiva dos estudos selecionados, foi preenchido um instrumento contendo: referência, país onde o estudo foi realizado, subárea do conhecimento, objetivo e metodologia do estudo, nível de evidência e principais resultados do estudo.

Para minimizar possível viés de aferição dos estudos (erro de interpretação dos resultados e do delineamento), dois pesquisadores realizaram a leitura dos artigos e preenchimento do instrumento de forma independente, os quais posteriormente foram comparados. Não ocorreram divergências em relação à avaliação das publicações.

Os estudos foram classificados de acordo com os sete níveis de evidências descritos por Melnyk e Fineout-Overholt.⁵

² Auto-eficácia mudou para autoeficácia em 2009, quando a nova ortografia entrou em vigor, a partir do Decreto nº 6.583, de 29/09/2008, da Reforma Ortográfica. Os mecanismos de busca costumam considerar a grafia exata dos descritores colocados entre aspas, sendo que nesse caso o descritor exato ainda está na antiga ortografia.

Resultados

A maior parte dos estudos foi publicada nos anos de 2008 (30%) e 2006 (30%), seguido do ano de 2009 (20%). O Estados Unidos da América (30%) concentrou a maior parte das publicações, seguido do Canadá, da Holanda e da Austrália (20% cada). Quanto às subáreas de conhecimento, a maioria pertencia a Multiprofissional (40%) e Enfermagem (40%), seguida da Medicina (20%). Referente ao delineamento dos estudos, 4 (40%) eram ensaio clínico randomizado, 5 (50%) coorte e 1 (10%) caso controle. Segundo a classificação do nível de evidência⁵ constatou-se: quatro estudos com nível de evidência 2 e seis com nível 4.

O Quadro 1 apresenta os estudos analisados, classificados por autores, objetivo, delineamento e principais resultados (Figura 1).

Artigo	Objetivo	Delineamento	Principais Resultados
Influence of intention and self-efficacy levels on duration of breastfeeding for midwest rural mothers. ⁶	Explorar a relação de dois fatores modificáveis (intenção de amamentar por seis meses e a auto-eficácia na amamentação) com a duração de aleitamento materno em primíparas.	Estudo de caso controle, com 73 primíparas, que estavam amamentando .	As características das mães com maiores taxas de amamentação eram casadas, de classe média, com bom nível educacional, realização de pré-natal e parto vaginal. Os níveis de participantes com intenção de amamentar eram altos. Assistência e apoio da família sustentam a auto-eficácia na amamentação. Dificuldades no início da lactação podem afetar a auto-eficácia. Quando a oferta de leite não está estabelecida, as mães podem crer que seu leite é insuficiente, levando a diminuição da auto-eficácia. As mulheres desmamaram planejavam retornar ao trabalho em 6 seis semanas. A intenção de amamentar pode produzir sentimentos de culpa e ansiedade.
The relationship between vulnerability factors and breastfeeding outcome. ⁷	Determinar se os fatores de vulnerabilidade (confiança na amamentação, depressão pós-parto, suplementação e apoio) estão associados com a amamentação em seis semanas pós-parto.	Estudo de coorte com 599 mulheres que foram contatadas na 1º e 6º semana após o parto.	Metade das mulheres relatou que seus bebês receberam complemento com fórmula na internação. Persuasão verbal de outras pessoas (consultores de lactação, profissionais de saúde, conselheiros de pares, família ou amigos) pode ter impacto na confiança das mães com a amamentação. Associação entre amamentação materna e confiança foi encontrada entre as mulheres mais velhas. Mulheres que estavam deprimidas tinham maior probabilidade de desmame precoce.
The behavioral determinants of breast-feeding in The Netherlands: predictors for the initiation of breast-feeding. ⁸	Avaliar os determinantes do comportamento no início do aleitamento materno desde o nascimento.	Estudo de coorte prospectivo, com 373 mulheres grávidas.	A experiência anterior de amamentar e maior escolaridade estão associadas com uma maior taxa de aleitamento materno. 72% relatou intenção de amamentar. Mulheres mais velhas e com educação superior tinham mais intenção de amamentar. 73% das mães relataram que haviam iniciado a amamentação. Entre múltiparas com experiência anterior de amamentar, 88% iniciaram o aleitamento. A dificuldade de amamentar em público é uma desvantagem do aleitamento materno.
Factors associated with the initiation of breastfeeding in asthmatic families: the attitude-social influence-self-efficacy model. ⁹	Identificar determinantes psicossociais e comportamentais da duração prevista e o início da amamentação em famílias com predisposição para asma.	Estudo randomizado, com 89 mulheres.	O que pode ter contribuído com a auto-eficácia foi o nível relativamente alto de escolaridade das mães. A intenção de amamentar no início da gravidez foi preditiva para o início real da amamentação. Retornar ao trabalho parece ser uma barreira para iniciar e continuar a amamentar.
Breastfeeding self-efficacy in women of African descent. ¹⁰	Determinar se a auto-eficácia na amamentação prevê a duração e o padrão de aleitamento materno em uma amostra de mulheres negras de ascendência africana.	Estudo de coorte longitudinal, com mulheres de ascendência africana.	As mulheres que tiveram experiência anterior de amamentar tinham maior autoeficácia. Maior escore de autoeficácia foi encontrado em mulheres que estavam amamentando exclusivamente após-parto. Mais da metade da amostra planejou o aleitamento materno exclusivo. O motivo para o desmame foi leite insuficiente e mamilos doloridos. O tempo de retorno ao trabalho antes das 12 semanas pós-parto aumentou o risco de desmame. O fornecimento de informações ajuda na autoeficácia.

Artigo	Objetivo	Delineamento	Principais Resultados
Psychometric properties of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form in an ethnically diverse U.K. sample. ¹¹	Avaliar psicometricamente a amamentação com a Auto-Eficácia Form Scale-Short e examinar a relação entre a auto-eficácia na amamentação e variáveis demográficas.	Estudo de coorte, com 165 mulheres que estavam amamentando na maternidade.	Todas as mulheres declararam que pretendiam amamentar por mais de 4 semanas após o parto. As mulheres multíparas, com experiência anterior de amamentação relataram maior pontuação na BSES-SF, quando comparados com as primíparas. Mulheres com altos escores no hospital são mais propensas a continuar a amamentar exclusivamente em casa após a alta.
Breast feeding self-efficacy and other determinants of the duration of breast feeding in a cohort of first-time mothers in Adelaide, Australia. ¹²	Avaliar a capacidade de amamentação com a Escala de Auto-Eficácia para prever a duração do aleitamento materno em mães primíparas e desenvolver um conjunto de potenciais fatores de confusão.	Estudo de coorte, prospectivo, com 317 mulheres na maternidade de um hospital de ensino.	A experiência de aleitamento materno é um importante determinante da duração total da amamentação. Existe menor duração do aleitamento materno em mães mais jovens, pois as mulheres com idade entre 35-44 anos amamentam por mais tempo. As mulheres que não completaram o ensino médio desmamaram mais rápido. As mulheres em ofícios e postos de trabalho foram mais propensas a desmame precoce. Ocorre maior auto-eficácia quando existe a intenção do aleitamento materno.
Randomized controlled trial to determine effects of prenatal breastfeeding workshop on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding duration. ¹³	Determinar os efeitos de uma oficina de aleitamento materno no pré-natal sobre a auto-eficácia na amamentação e duração do aleitamento materno.	Ensaio clínico randomizado, com 110 mulheres primíparas.	87% das participantes tinham decidido amamentar. 78% tinham frequentado aulas de pré-natal, 59% declararam suas próprias mães amamentaram e 95% conheciam um amigo ou membro da família que haviam amamentado. 68% receberam fórmula como complemento. O motivo para o desmame em um terço das mulheres foi a falta de leite. Momento da primeira mamada e a quantidade de fórmula utilizada são inversamente proporcionais à duração do aleitamento materno.
The relationship between breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk among Japanese mothers. ¹⁴	Determinar se o peso do recém-nascido está associado com a auto-eficácia, com a intenção de manter o aleitamento e com os dias de amamentação.	Ensaio clínico randomizado, realizado com 73 mulheres primíparas.	A auto-eficácia foi significativamente associada com a intenção de amamentar por seis meses.
The impact of a self-efficacy intervention on short-term breast-feeding outcomes. ¹⁵	Aumentar a auto-eficácia de amamentação através de uma intervenção baseada na teoria de auto-eficácia Bandura.	Ensaio clínico randomizado com 90 mulheres grávidas.	Quando realizado pré-natal houve um aumento na auto-eficácia e no número de dias de amamentação.

Figura 1. Corpus da revisão integrativa. LILACS, PUBMED. 2012.

A análise dos estudos (n=10) possibilitou a identificação de fatores que interferem positivamente ou negativamente na autoeficácia em amamentação (Figura 2).



Figura 2. Figura ilustrativa dos fatores que interferem na autoeficácia em amamentação. LILACS, PUBMED. 2012.

Dentre os fatores que interferem positivamente na autoeficácia estacam-se: boas condições socioeconômicas e demográficas;⁶⁻⁹ experiências e/ou vivências positivas de AM;^{8,10-12} prática de AME após o parto;^{8,10-11,13} apoio da família;⁶⁻⁸ influência cultural positiva na amamentação;¹³ acesso às informações;¹⁰ decisão e intenção de amamentar;^{6,8-14} tipo de parto e sua vivência positiva, e a multiparidade;^{6,8,11-12} e realização de pré-natal.^{6,13,15}

Já dentre os fatores que interferem negativamente estão: preocupação materna quanto à qualidade e quantidade de leite;^{6,10,13} dificuldades no início do AM;⁶ estresse, ansiedade e depressão;⁶⁻⁷ mamilos doloridos durante o aleitamento;¹⁰ uso de fórmula láctea como complemento ou substituto do leite materno;^{7,13} e o retorno da mulher ao mercado de trabalho.^{6,9-10,12}

Discussão

As condições socioeconômicas e demográficas como a idade materna, escolaridade e renda apresentaram influência na autoeficácia de amamentação. A idade materna está relacionada à maior duração do AME. Quando comparadas às mulheres mais jovens, as mães com mais idade mantêm a prática por mais tempo.¹⁶⁻¹⁸

O grau de escolaridade é um aspecto que pode afetar a motivação materna para amamentar, pois mães com maior grau de escolaridade tendem a amamentar por mais tempo, talvez pela possibilidade de maior acesso às informações a respeito das vantagens do AM.¹⁶⁻¹⁷ Além disso, as mães com melhores condições econômicas amamentam seus filhos por mais tempo, e se sentem mais confiantes em amamentar, pois as mulheres de baixa renda procuram menos o serviço de pré-natal ou iniciam este acompanhamento tardiamente.¹⁶⁻¹⁷

As mães com experiências e/ou vivências positivas de amamentação apresentam maior autoeficácia e menos dificuldades, preocupações e dúvidas referentes ao AM, mesmo sendo cada vivência singular. Em contraponto, a inexperiência pode ser um fator contribuinte de maior atenção e cuidados com o filho, aparentando segurança nos cuidados necessários com ele.¹⁹

Amamentar exclusivamente o filho após o parto também influencia positivamente na confiança materna. Ao oferecer somente o LM, a mãe percebe que é suficiente para o crescimento e desenvolvimento da criança, e passa a desejar amamentar por seis meses ou mais.²⁰

O fato de a mãe receber apoio de membros familiares, em especial do marido ou companheiro e das avós, exerce uma influência positiva na autoeficácia de amamentação. Para que esse apoio se concretize, os familiares devem ser

envolvidos na promoção do AM ainda no ambiente hospitalar, para que possam apoiar a mãe e contribuir para que a mãe se sinta capaz de amamentar.²¹

Ainda, o acesso às informações, principalmente às orientações dos profissionais da saúde, demonstrou influência na confiança da mãe em amamentar. A equipe de saúde deve garantir aos pais e familiares orientações apropriadas quanto aos benefícios da amamentação para a mãe, para a criança, para a família e também para a sociedade.²¹ As informações devem buscar a solução de problemas, assim como prevenir e ajudar a mãe a superar as dificuldades que o processo de amamentação possa ocasionar,²¹ com vistas a deixar a mãe mais confiante.

O parto é encarado, na maioria das vezes, como um evento significativo e marcante na vida familiar, sendo que sua vivência positiva estabelece sentimentos de prazer e percepção de eficácia, indicando melhor capacidade de lidar e gerir as dificuldades com o AM.²² A realização de parto cesárea constituiu um dos principais fatores de risco para oferta de outros líquidos ao neonato, estando relacionado às dificuldades no início da amamentação.²³

Quanto à paridade, os estudos analisados evidenciam que as mulheres múltiparas mantêm o AME por maior período. Em concordância, alguns autores afirmam que as mães desmamam precocemente os primogênitos e mantêm o AM mais prolongado quanto maior o número de filhos.¹⁶

A realização de pré-natal também favorece a autoeficácia e a prática do AM, pois esse acompanhamento beneficia a preparação da mãe e familiares para a amamentação.²⁰ Dessa forma, o pré-natal contribui para o sucesso da amamentação, sendo que as mulheres devem ser informadas dos benefícios dessa prática, das desvantagens do uso de outros leites e técnicas da amamentação, com

vistas a aumentar a habilidade e confiança da mãe.²⁴

A preocupação materna quanto à quantidade e qualidade do leite pode ser um fator que interfere negativamente na autoeficácia de amamentação. A razão mais frequente que gera apreensão na mãe está relacionada com a baixa produção de leite ou com a crença de que seu leite é fraco, queixa relacionada com a insegurança ou pouco conhecimento da nutriz sobre o ato de amamentar.²⁵

As dificuldades com o início do AM podem produzir um efeito negativo nessa prática, e também nos cuidados do RN. Podem estar associadas à demora na primeira mamada, introdução de complementos lácteos e à utilização de mamadeiras para esta oferta, o que pode ocasionar, conseqüentemente, o desmame do filho.²⁶

O sofrimento psíquico pode abrir espaço para estados de estresse, ansiedade e depressão que podem acompanhar a mãe durante o puerpério e interferir na autoeficácia de amamentação. Esses fatores tendem a diminuir com o passar do tempo, porém é necessária a identificação destas características antes da alta do AC, com o intuito de evitar que esses estados se tornem crônicos e prejudiquem o AM.²⁷

A presença de dor ao amamentar pode interferir na confiança materna, e ser decorrente da pega e posição inadequadas. Assim, as orientações dos profissionais de saúde são necessárias, com vistas a diminuir o desconforto e manter a produção do leite.²⁸

Diante disso, as mães podem optar pela mudança na alimentação de seus filhos ao se sentirem menos confiantes de amamentar. A fórmula é utilizada como a segunda melhor escolha de alimentação e o método mais fácil, com ausência de dor ou desconforto para a mãe. Campanhas publicitárias maciças realizadas no

passado pela indústria de substitutos do leite materno ainda repercutem na percepção de inocuidade do uso de fórmulas, o que parece gerar permissividade e tolerância quanto a seu uso.²⁹

A preocupação materna em ter que retornar ao trabalho dificulta manter a amamentação e a autoeficácia materna em realizar essa prática. Destaca-se, assim, a importância do cumprimento das políticas de proteção da amamentação após o parto, com vistas a aumentar a prevalência do AM, mesmo após a mãe retornar ao trabalho.³⁰

Conclusões

Assim, a amamentação exclusiva depende do desejo da mãe de amamentar, da atuação dos profissionais da saúde e do apoio que a mulher recebe das pessoas próximas a ela. Retoma-se o compromisso de apoiar o aleitamento materno, com vistas a contribuir para o aumento da autoeficácia de amamentação das puérperas e levar, em médio e longo prazo, à redução das taxas de desmame precoce e ao prolongamento do período de AME.

Destaca-se a possibilidade das ações de educação em saúde desenvolvidas pela enfermagem durante as consultas de pré-natal, aliadas à promoção da amamentação na sala de parto ou na primeira hora de vida. Ainda, o apoio no puerpério imediato no alojamento conjunto e o acompanhamento da manutenção do aleitamento materno em consultas de puericultura.

Além disso, faz-se necessário investir em pesquisas com delineamentos que apresentem evidências fortes relativas ao tema investigado, especialmente na prática de saúde.

Referências

1 Toma TS, Rea MF. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da

criança: um ensaio sobre as evidências. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(2): 235-46.

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

3 Oriá MOB, Ximenes LB. Tradução e adaptação cultural da Breastfeeding Self-Efficacy Scale para o português. *Acta paul enferm*. 2010; 23(2): 230-8.

4 Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm*. 2008; 17(4): 758-64.

5 Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005. p.3-24.

6 Wilhelm SL, Rodehorst TK, Stepan MB, Hertzog M, Berens C. Influence of intention and self-efficacy levels on duration of breastfeeding for midwest rural mothers. *Appl Nurs Res*. 2008 [cited 2012 Out 05]; 21(3): 123-30. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189706001364>

7 Dunn S, Davies B, Mcclary L, Edwards N, Gaboury I. The relationship between vulnerability factors and breastfeeding outcome. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006 [cited 2012 Out 05]; 35(1): 87-97. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2006.00005.x/pdf>

8 Kools EJ, Thijs C, Vries H. The behavioral determinants of breast-feeding in The Netherlands: predictors for the initiation of breast-feeding. *Health Educ Behav*. 2005 [cited 2012 Out 05]; 32(6): 809-24. Available from: <http://heb.sagepub.com/content/32/6/809.long>

9 Gijssbers B, Mesters I, Knottnerus JA, Van Schayck CP. Factors associated with the

initiation of breastfeeding in asthmatic families: the attitude-social influence-self-efficacy model. *Breastfeed Med.* 2006 [cited 2012 Out 05]; 1(4): 236-46. Available from: <http://online.liebertpub.com/doi/pdfplus/10.1089/bfm.2006.1.236>

10 Mccarter-Spaulding DE, Gore R. Breastfeeding self-efficacy in women of African descent. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2009 [cited 2012 Out 05]; 38(2): 230-43. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2009.01011.x/pdf>

11 Gregory A, Penrose K, Morrison C, Dennis CL, Macarthur C. Psychometric properties of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form in an ethnically diverse U.K. sample. *Public Health Nurs.* 2008 [cited 2012 Out 05]; 25(3): 278-84. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1525-1446.2008.00705.x/pdf>

12 Baghurst P, Pincombe J, Peat B, Henderson A, Reddin E, Antoniou G. Breast feeding self-efficacy and other determinants of the duration of breast feeding in a cohort of first-time mothers in Adelaide, Australia. *Midwifery.* 2007 [cited 2012 Out 05]; 23(4): 382-91. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613806000593#>

13 Noel-Weiss J, Rupp A, Cragg B, Bassett V, Woodend AK. Randomized controlled trial to determine effects of prenatal breastfeeding workshop on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding duration. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2006 [cited 2012 Out 05]; 35(5): 616-24. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2006.00077.x/pdf>

14 Otsuka K, Dennis CL, Tatsuoka H, Jimba M. The relationship between breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk among Japanese mothers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2008 [cited 2012 Out 05]; 37(5): 546-55.

Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2008.00277.x/pdf>

15 Nichols J, Schutte NS, Brown RF, Dennis CL, Price I. The impact of a self-efficacy intervention on short-term breast-feeding outcomes. *Health Educ Behav*. 2009 [cited 2012 Oct 05]; 36(2): 250-8. Available from: <http://heb.sagepub.com/content/36/2/250.full.pdf>

16 Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev nutr*. 2006; 19(5): 623-30.

17 Henry BA, Nicolau AIO, Américo CF, Ximenes LB, Bernheim RG, Oriá MOB. Socio-Cultural factors influencing breastfeeding practices among low-income women in Fortaleza-Ceará-Brazil: a Leininger's Sunrise Model Perspective. *Revista Enfermería Global*. 2010; 19.

18 Uchoa JL, Oliveira EKF, Gomes ALA, Joventino ES, Javorski M, Ximenes LB. Influence on conditions of health of the newborn about the maternal self-efficacy in breastfeed. *Rev enferm UFPE on line*. 2012 aug [cited 2012 Oct 20]; 6(8): 1798-804. Available from: <http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/3024-27764-1-pb.pdf>

19 Silva MBO, Brito RCS. Percepções e comportamentos de cuidado neonatal de mulheres participantes de um programa Mãe-Canguru. *Interação psicol*. 2008; 12(2): 255-66.

20 Ciampo LAD, Ferraz IS, Daneluzzi JC, Ricco RG, Junior CEM. Aleitamento materno exclusivo: do discurso à prática. *Pediatria (São Paulo)*. 2008; 30(1): 22-26.

21 Bullon RB, Cardoso FA, Peixoto HM, Miranda LF de. A influência da família e o papel do enfermeiro na promoção do aleitamento materno. *Universitas: Ciências da Saúde*. 2009; 7(2): 49-70.

- 22 Conde A, Figueiredo B, Costa R, Pacheco A, Pais A. Percepção da experiência de parto: continuidade e mudança ao longo do pós-parto. *Psicol saúde doenças*. 2007; 8(1): 49-66.
- 23 Narchi NZ, Fernandes RAQ, Dias LA, Novais DH. Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(1): 87-94.
- 24 Demitto MO, Silva TC da, Páschoa ARZ, Mathias TAF, Bercini LO. Orientações sobre amamentação na assistência pré-natal: uma revisão integrativa. *Rev RENE*. 2010; 11(número especial): 223-9.
- 25 Simiquel FL, Marcello JF, Tauci RA, Cachaldora TN de. Aleitamento materno: principais dificuldades da lactante e do lactente e levantamento sobre o conhecimento dos seus benefícios em relação à fonoaudiologia. *Rev CES psicol*. 2006; 20(1): 221-36.
- 26 Braga DF, Machado MMT, Bosi MLM. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. *Rev nutr*. 2008 Maio/Jun; 21(3): 293-302.
- 27 Ramalho MAM, Kochla KRA, Nascimento MEB, Peterlini O. A mãe vivenciando o risco de vida do recém-nascido prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*. 2010; 10(1): 7-14.
- 28 Azevedo M, Mendes ENW. Manutenção da lactação: um desafio para mães de prematuros hospitalizados. *Rev gaúch enferm*. 2008; 29(1): 68-75.
- 29 Meirelles CAB, Oliveira MTC, Mello RR de, Varela MAB, Fonseca VM. Justificativas para uso de suplemento em recém-nascidos de baixo risco de um Hospital Amigo da Criança. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(9): 2001-12.

30 Vianna RPT, Rea MF, Venancio SI, Escuder MM. A prática de amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba, Brasil: um estudo transversal. Cad Saude Publica. 2007 Out; 23(10): 2403-9.

ARTIGO 2

Caracterização das puérperas internadas no alojamento conjunto de um Hospital Universitário do Sul do Brasil³

Resumo

Objetivo: caracterizar o perfil sociodemográfico e obstétrico das puérperas internadas no alojamento conjunto de um Hospital Universitário no Sul do Brasil. **Metodologia:** pesquisa quantitativa, descritiva e transversal, realizada com 322 puérperas, a partir de uma entrevista no alojamento conjunto, utilizando um formulário para caracterização. **Resultados:** a média de idade foi de 26,4 anos, a maioria era solteira (66,15%), possuía baixa escolaridade (35,71%) e renda mensal em média de 1,9 salários mínimos, e não trabalhava (67,08%). Grande parte tinha vivência anterior de amamentação (91,59%) e 66,46% era múltipara. As puérperas também realizaram o pré-natal (95,96%), sendo que parte delas teve parto cesáreo (63,66%) e contato precocemente com o bebê após o parto (82,92%). **Conclusões:** a caracterização das puérperas pode indicar possibilidades de atuação do enfermeiro, no sentido de potencializar ações de cuidado que considerem o contexto biopsicosociocultural, direcionando o cuidado e a assistência a estas mulheres.

Palavras chave: alojamento conjunto/ cuidados de enfermagem/ saúde da mulher/ enfermagem/ período de pós-parto

Caracterización de las mujeres internadas en un Hospital de la Universidad de alojamiento conjunto en el Sur de Brasil

Resumen

Objetivo: Caracterizar la atención obstétrica y perfil sociodemográfico de las mujeres internadas en un hospital de la Universidad de alojamiento conjunto en el sur de Brasil. **Metodología:** cuantitativa, descriptiva y transversal, realizado con 322 madres, de una entrevista en el alojamiento conjunto de una forma para la caracterización. **Resultados:** La edad media fue de 26,4 años, la mayoría eran solteros (66,15%), no había educación bajo (35,71%) y los ingresos (75,47%), trabajo (67,08%). Mucho tenían experiencia previa de lactancia materna (91,59%) y el 66,46% eran múltiparas. Las mujeres también se sometieron prenatal (95,96%), y parte de ellos tuvieron parto por cesárea (63,66%) y el contacto temprano con el bebé después del nacimiento (82,92%). **Conclusiones:** la caracterización de las mujeres podría indicar posibilidades de la enfermera con el fin de mejorar las acciones de atención que tengan en cuenta el contexto biopsicosociocultural, dirigiendo la atención y asistencia a estas mujeres.

Palabras clave: alojamiento conjunto/ cuidados de enfermería/ salud de la mujer/ enfermería/ eriodo de posparto

Characterization of women interned in a rooming University Hospital in southern Brazil

Abstract

Objective: To characterize the obstetric and sociodemographic profile of women interned in a rooming University Hospital in southern Brazil. **Methodology:** quantitative and descriptive and cross-sectional, conducted with 322 mothers, from an interview in rooming in a form for characterization. **Results:** The mean age was 26.4 years, the majority were single (66.15%), had low education (35.71%) and income (75.47%), not working (67.08%). Much had

³ Manuscrito que será submetido à Revista Index Enfermería. Autoria: Andressa Peripolli Rodrigues, Stela Maris de Mello Padoin, Juliane Dias Aldrighi, Cristiane Cardoso de Paula e Lorena Barbosa Ximenes.

previous experience of breastfeeding (91.59%) and 66.46% were multiparas. The women also underwent prenatal (95.96%), and part of them had cesarean delivery (63.66%) and early contact with the baby after birth (82.92%). Conclusions: the characterization of the women might indicate possibilities of the nurse in order to enhance care actions that consider the context biopsicosociocultural, directing the care and assistance to these women.

Key-Words: rooming-in care/ nursing care/ women's health/ nursing/ postpartum period

Introdução

O sistema de Alojamento Conjunto (AC) foi criado com o intuito de aproximar mãe e filho nas primeiras horas após o parto, proporcionando aos pais e familiares maior interação e participação nos cuidados do recém-nascido (RN).¹ O AC é um sistema hospitalar em que, logo após o nascimento, o RN sadio permanece com a mãe em um mesmo ambiente, até a alta hospitalar.²

Esse sistema possibilita que a equipe de saúde preste cuidados assistenciais necessários a mulher e seu filho. Ainda, o AC tende a promover o aleitamento materno (AM) em livre demanda e sua manutenção por tempo prolongado, fortalecer o vínculo entre mãe e filho, incentivar a presença do pai e de outros familiares durante a internação, além de possibilitar a orientação da puérpera quanto aos cuidados com o RN e com ela mesma.²

A internação em AC é um período de intenso aprendizado para a puérpera e sua família, principalmente para as primigestas, pois é uma oportunidade aumentar a sua confiança referente aos cuidados com o RN. Para isso, a puérpera e seu filho devem permanecer, pelo menos, 48 horas internados no AC, pois permite a detecção precoce de complicações pós-parto ou de afecções neonatais, além da troca de experiência entre profissionais da saúde e puérpera.²

Ainda, a internação no AC permite a promoção ao AM logo após o parto, favorecendo sua manutenção até o sexto mês de vida exclusivamente e após complementado. Em estudo a respeito da prevalência do AM, observou-se que em todas as regiões as probabilidades de as crianças estarem sendo amamentadas nos primeiros dias de vida superam 90%, com queda mais acentuada a partir do quarto mês.³

O comportamento nas regiões Norte e Centro-Oeste supera aquele identificado para o conjunto das capitais e Distrito Federal, e as regiões Sul e Sudeste se distanciam das demais, especialmente a partir do quinto mês. No final do primeiro ano de vida, a região Norte se destaca com pouco mais de 60% de probabilidade de AM, e o comportamento das regiões Sudeste e Sul são bastante semelhantes, com probabilidade em torno de 40%.³

Tendo em vista estes índices de AM e o planejamento da assistência às puérperas internadas em AC, é importante conhecer suas características e singularidades, pois possibilita a organização de uma atenção de qualidade e segura às puérperas e seus filhos.⁴ Destaca-se o profissional enfermeiro, pois é quem gerencia o cuidado em uma unidade de internação e, assim, pode planejar o cuidado de forma integral, atentando para as particularidades de cada mulher. Além disso, o enfermeiro tem autonomia para a realização do acompanhamento pré-natal considerado de baixo risco e desempenhar ações educativas que enfatizem hábitos saudáveis de vida, o preparo para o parto, os cuidados com o RN e a promoção do AM.⁵

Assim, torna-se necessário conhecer as características das puérperas internadas, seus contextos sociais e dificuldades relacionadas ao período gravídico-puerperal. Nesse sentido, este estudo servirá como subsídio para estratégias de trabalho que possibilitem aos enfermeiros e sua equipe desenvolverem uma atenção de qualidade voltada ao perfil das puérperas internadas em AC, atentando para as singularidades dessas mulheres.

Objetivo

Caracterizar o perfil sociodemográfico e obstétrico das puérperas internadas no alojamento conjunto.

Metodologia

Caracteriza-se como um estudo descritivo, com delineamento transversal, fundamentado na abordagem quantitativa. Teve como campo de estudo a Unidade Toco-Ginecológica (UTG) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), localizado na região centro-oeste do Estado do Rio Grande do Sul (RS), Brasil.

A população do estudo foi composta por mulheres no pós-parto imediato (1º ao 10º dia) atendidas no AC do HUSM. Foi utilizada uma amostra por conveniência de 322 puérperas, calculada a partir de uma fórmula estatística com uma precisão de 5% e com um intervalo de confiança de 95%.

Os critérios de inclusão foram: mulheres no período puerperal imediato e após o período de seis horas do parto; puérperas a partir dos 12 anos de idade; puérperas internadas no AC acompanhadas do RN com boa vitalidade, capacidade de sucção efetiva e controle térmico. Os critérios de exclusão foram: mulheres que apresentaram intercorrências clínicas no momento da coleta de dados; intercorrências obstétricas no período puerperal; puérperas com alguma dificuldade de compreensão e expressão verbal; condição materna infecciosa que impossibilitavam ou contraindicavam o AM; e puérperas internadas no AC com filhos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

A coleta de dados ocorreu de dezembro de 2011 a março de 2012. Para selecionar as participantes, segundo os critérios de inclusão, foi utilizado o prontuário da puérpera, de acordo com a demanda de internação na unidade.

A coleta foi realizada por fonte primária (diretamente com as puérperas), no próprio leito das puérperas ou em sala reservada, conforme preferência da mulher, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após, foi aplicado o instrumento de coleta de dados para caracterização das puérperas.

Os dados coletados foram processados e analisados de forma eletrônica, a partir da construção de um banco de dados com base no software Epi Info versão 3.5, com dupla digitação independente para garantir a exatidão dos dados. A análise descritiva das variáveis foi realizada no *software Statistical Package for Social Science* (SPSS, versão 17.0), por meio de frequências relativas e absolutas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em novembro de 2011 sob nº CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0323.0.243.000-11.

Resultados

Referente à procedência das puérperas que internaram no serviço, observou-se que 236 puérperas (73,29%) residiam em Santa Maria (RS), destacando que, além deste, 31 municípios foram referidos. As idades variaram de 13 a 46 anos com média de 26,4 anos ($DP = \pm 6,70$), e em relação à cor ou raça, parte (200; 62,11%) se classificou de cor branca, conforme mostra a Tabela 1.

No que se refere ao estado civil, elas se consideraram como solteiras (213; 66,15%) e com ensino fundamental incompleto (115; 35,71%). A respeito da renda mensal familiar, a média foi de 1,9 salários mínimos ($DP = \pm 0,49$), sendo que parte delas (243; 75,47%) possuía renda igual ou menor a três salários mínimos e viviam, além da mãe e do bebê, mais duas pessoas dependentes dessa renda (117; 36,34%) (Tabela 1).

Mais da metade das puérperas relatou não trabalhar (216; 67,08%), das que trabalhavam 20,49% (66) tinham a carteira assinada, e destas, 18,18% (12) trabalhavam como empregadas domésticas. Das puérperas que trabalhavam sem carteira 22,50% (9) eram autônomas (Tabela 1).

Referente à alguns hábitos, quase a metade das puérperas (162; 50,31%) afirmou não ser fumantes, sendo que 21,43% (69) eram fumantes passivas, ou seja, residiam ou trabalhavam no mesmo ambiente que outros fumantes. Outra prática não recomendada durante a gestação é a ingestão de bebidas alcoólicas, no entanto, um pequeno número de puérperas (65; 20,19%) admitiu tal consumo raramente durante a gestação e quase a totalidade das puérperas (320; 99,38%) não utilizava nenhum tipo de drogas (Tabela 1).

Quanto às gestações anteriores, 66,46% ($n=214$) possuía outros filhos, sendo que 47,66% tinham mais um filho nascido vivo (102), de acordo com a Tabela 2. As mulheres

foram questionadas também a respeito da ocorrência de problemas na(s) gestação(ões) anterior(es), e grande parte (163; 76,17%) afirmou não ter tido nenhum problema de saúde anterior. Das que apresentaram algum problema, o mais prevalente foi a pré-eclâmpsia (23; 10,75%) (Tabela 2).

Com relação à vivência de amamentar algum filho anterior a esse, quase a totalidade das mulheres (196; 91,59%) tiveram essa vivência e 69,39% (n=136) o fizeram exclusivamente. O período de aleitamento exclusivo mais prevalente foi de cinco a seis meses (n=90; 65,69%), tendo como média 4,5 meses (DP= $\pm 0,83$) (Tabela 2).

As mulheres que amamentaram foram questionadas a respeito dos principais motivos que as levaram a amamentarem seus filhos, a maioria delas (181; 92,30%) indicou a preocupação com a saúde do seu filho(a) e o desejo de amamentar (134; 68,40%), destacando-se que as mulheres poderiam indicar mais de um motivo. Além disso, as puérperas que amamentaram afirmaram ter gostado de amamentar o(s) outro(s) filho(s) (188; 95,92%). As mulheres que não amamentaram indicaram que o principal motivo para tal atitude foi a crença que seu leite era insuficiente ou que havia secado (10; 55,60%) (Tabela 2).

De acordo com a gravidez e o puerpério atual, identificou-se que a maioria das puérperas (309; 95,96%) havia realizado o pré-natal, sendo que 64,10% consultaram mais de seis vezes (198), conforme a Tabela 3. No que se refere às orientações a respeito do AM, pouco mais da metade das mulheres (164; 53,07%) informaram não ter recebido nenhuma orientação durante o pré-natal. Das puérperas que receberam orientações de AM, estas foram feitas pelo médico (83; 57,24%) (Tabela 3).

Quanto ao tipo de parto, predominou a realização de parto cesáreo (205; 63,66%), com idade gestacional ao nascimento de 37 a 41 semanas e seis dias (275; 85,40%), denotando que eram RNs a termo. A maioria das puérperas (267; 82,92%) referiu ter tido contato com o bebê após o parto na primeira hora, entretanto, as mulheres afirmaram que o bebê foi colocado para sugar o seio materno após a primeira hora de pós-parto (206; 63,98%) (Tabela 3).

Referente ao recebimento de orientações a respeito da amamentação após o nascimento do bebê, parte das puérperas (208; 64,60%) referiu ter recebido orientações, sendo que estas orientações foram realizadas pelo profissional enfermeiro (150; 72,18%) (Tabela 3).

Discussão

A partir dos dados, foi possível observar que a maioria das mulheres residia no município de Santa Maria (RS/Brasil). Esse fato pode ser justificado devido o HUSM ser um hospital de referência para 45 municípios da região centro-oeste do RS no atendimento às intercorrências ginecológicas e obstétricas, por isso a demanda de outras cidades.

Além da procedência das puéperas, foi possível identificar que as mulheres estavam em plena fase reprodutiva, pois a média de idade foi de 26,4 anos. O número de mulheres que têm o primeiro filho com idade mais avançada vem aumentando. Além disso, a inserção da mulher no mercado de trabalho, a melhoria nas técnicas de contracepção e sua distribuição gratuita, além da existência de programas voltados à educação sexual proporcionam às mulheres informações sobre saúde reprodutiva dentro dos diversos contextos sociais e emocionais, colaborando para gestações e partos programados.⁶

Em relação ao estado civil, o fato de a maioria das mulheres declararem-se solteiras é um fator convergente com o perfil sociodemográfico da mulher brasileira⁷, e reflete as questões sociais inerentes a infância e a vivências com mulheres que moram sozinhas e são responsáveis pelo domicílio. Ao considerar o puerpério imediato, tem-se que as mulheres encontram dificuldades em desempenhar o papel de mãe sozinhas, pois é quando ocorre adaptação e instrumentalização para o desenvolvimento da maternidade e dos cuidados com o

RN, como o banho, cuidado com o coto umbilical, identificação do choro e dificuldades com a amamentação.⁸

As púerperas casadas têm, possivelmente, maior estabilidade das relações conjugais, o que pode facilitar o apoio do marido/companheiro no compartilhar das responsabilidades e dificuldades cotidianas.^{9,10}

Ainda, outro fator que pode interferir no período puerperal se refere à escolaridade, em que grande parte das mulheres não havia completado o ensino médio. O grau de escolaridade pode influenciar no cuidado com o RN, além de interferir no sucesso do AM, auxiliando na decisão de continuar ou não a oferecer o peito, pois a baixa escolaridade das mães pode dificultar a eficácia das ações educativas de promoção do AM, além de ser influenciadas pelos familiares, por meio de práticas que possam prejudicar o processo de amamentação.^{11,12,13}

Além disso, o emprego eventual e a inserção informal pressupõem precariedade nas condições de trabalho, baixa remuneração e qualificação profissional, muitas vezes, pela falta de oportunidade que a baixa escolaridade oferece.¹⁴

Observa-se que o trabalho materno pode estar associado à diminuição da oferta do aleitamento materno exclusivo (AME) após os três meses de idade, pois, nesse período, algumas mulheres retornam da licença maternidade, o que as afasta de seus bebês por algumas horas diárias. Este fato demonstra não só a importância das ações de proteção ao AM, mas também da orientação para que as mães ordenhem seu leite, a fim de manterem seus bebês em aleitamento mesmo quando estiverem ausentes.¹¹

Também, é necessário que, no ambiente de trabalho, haja compreensão dos empregadores para que a mulher usufrua do seu direito de nutriz e possa da continuidade ao AM. A diminuição da jornada de trabalho, a tolerância de períodos de trabalho para amamentar o filho, ou, ainda, interromper a atividade para a ordenha do leite materno, são atitudes de proteção e apoio no âmbito laboral e que influenciam na manutenção da amamentação.¹⁵

O período gravídico-puerperal é marcado por uma série de emoções e alterações orgânicas na mulher, porém algumas mudanças do meio social podem trazer impactos negativos à saúde da mulher e da criança. Dessa forma, pode-se destacar o uso de drogas por mulheres em que as variáveis psicológicas, ambientais e emocionais podem ser precursoras de hábitos/vícios como abuso de álcool, tabaco e outras drogas.¹⁶

A exposição da gestante a substâncias psicoativas pode ser prejudicial ao desenvolvimento do feto e causar partos prematuros, descolamento prematuro de placenta e outras complicações durante ou após o parto, visto que esses tipos de drogas atravessam facilmente a barreira placentária.¹⁶

Quanto maior o número de filhos anteriores, maior a experiência materna e sua segurança para lidar com o RN, criando uma condição favorável à amamentação.^{12,17} O processo de amamentação apesar de ser aparentemente simples não se configura como um processo totalmente instintivo, ele está ligado a um comportamento aprendido por meio das gestações anteriores, informações de outras mulheres mais experientes, pela observação e deve ser incentivado pela família.¹⁸

A maioria das gestações anteriores transcorreu sem intercorrências, sendo este um período de hígidez da mãe e do bebê. Entretanto, algumas gestantes podem apresentar complicações como a Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG), que dentre suas formas clínicas está a pré-eclâmpsia.¹⁹ Os distúrbios hipertensivos são complicações comuns que podem ser diagnosticadas no pré-natal, por isso a importância do acompanhamento regular e da atenção dos profissionais da saúde para os sinais, a fim de identificar gestações potencialmente de risco e intervir corretamente.

A vivência em ter amamentado anteriormente pode indicar uma tendência para a continuidade da amamentação por seis meses ou mais.²⁰ Dentre os motivos que levaram as

puérperas a amamentarem seus filhos está a preocupação com a saúde do bebê, o que denota que elas têm conhecimento a respeito dos benefícios que o leite materno proporciona ao filho.

Preocupar-se com a saúde do filho associado ao desejo de amamentar contribuem para o processo decisório da mulher de iniciar e manter essa prática. Apoderar-se desses conhecimentos, seja por meio dos meios de comunicação ou da orientação do profissional de saúde, facilitam a conquista da autonomia para a manutenção do AM.²¹

Neste sentido, o fato da puérpera ter gostado de amamentar anteriormente é um fator de motivação para que ocorra novamente, justificando-se também como sendo benéfico para todos os filhos.

Além de conhecer o antecedente obstétrico das puérperas, ressalta-se a importância de um acompanhamento pré-natal de qualidade, pois alguns comportamentos de risco podem ser identificados durante as consultas. Reconhece-se que, muitas vezes, elas podem negar a utilização de algum tipo de substância, mas deve-se atentar às mudanças de comportamento das gestantes.

O pré-natal, além de ser uma oportunidade de detecção precoce de alterações na mãe e em seu bebê, também é o momento em que o profissional da saúde deve identificar o conhecimento, a experiência prática, as crenças e a vivência social e familiar da gestante. Assim, o profissional irá promover a educação em saúde para o AM, garantindo seu início e manutenção.²²

Quanto ao número de consultas de pré-natal, os dados do estudo estão em conformidade com o preconizado pelo MS como requisito mínimo de qualidade de uma consulta pré-natal a realização de pelo menos seis consultas durante todo o período gravídico.² Porém, os dados numéricos podem ser uma limitação para a avaliação da qualidade da assistência pré-natal devido ao quantitativo tornar-se unilateral.

Destaca-se que a maioria das mulheres não recebeu nenhuma orientação a respeito do AM durante o pré-natal. Esse é um resultado que remete a manutenção de um paradigma assistencial centrado na patologia e na queixa da usuária, em detrimento de um pré-natal com troca de informações entre o profissional de saúde e a usuária referente às questões que tangem a gravidez e ao puerpério, principalmente, relacionados aos cuidados com o bebê e a prática do AM.

Além disso, o índice de partos cesáreos no estudo foi superior à média nacional que é de 40%, e ainda mais elevado que os 15% preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS).²³ O parto cesáreo pode estar ocorrendo aleatoriamente devido ao advento da medicalização da assistência obstétrica, ao aprimoramento de tecnologias que possibilitam maior oferta de recursos e ao aumento da incidência de gestações em pacientes com cesariana prévia. Além destes, destaca-se os fatores socioculturais relacionados à praticidade do parto programado, tanto para a mulher quanto para o profissional, e também porque a dor do parto vaginal é muito temida pela maioria das mulheres.⁹

Em contrapartida, mesmo com as facilidades que a cesariana vem trazendo às mulheres, existe uma preocupação dos gestores da área quanto ao aumento dos custos, da morbimortalidade materna e neonatal e da ausência de benefícios fetais associados ao fenômeno.⁶

A análise estatística indicou que a grande maioria das mulheres (275; 85,40%) tinha de 37 a 41 semanas e seis dias de gestação quando seus bebês nasceram. Crianças que nascem no tempo ideal tendem a ter um desenvolvimento mais saudável do que as crianças prematuras. A prematuridade pode ser passível de prevenção se a causa for detectada precocemente durante o pré-natal, como: uso de drogas durante a gestação, diabetes, doença hipertensiva específica da gestação, infecções do trato urinário e outras doenças de base materna.⁶

Os profissionais da saúde também são necessários para a estimulação do vínculo entre mãe e filho, que se configura como um fator essencial para a manutenção do AM. Quanto

mais precoce for o contato da mãe com o bebê mais rapidamente serão estabelecidos seus laços afetivos¹⁵, sendo o AM um facilitador para a aproximação entre mãe e filho durante esse processo.

O contato precoce está relacionado a benefícios como o maior tempo de duração do AM, o menor risco de morte neonatal e a diminuição do choro do bebê que é amamentado precocemente. Assim, a amamentação na primeira hora de vida promove esse contato e está preconizada nos Dez Passos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, integrando uma política pública de promoção da amamentação e de redução da mortalidade infantil.¹⁷

Por isso, neste estudo a maioria das puérperas entrou em contato com o filho na primeira hora, contudo o bebê só foi colocado para sugar após este período. Esse fato indica a necessidade de reorganização do serviço de saúde para que a mulher tenha a oportunidade de iniciar o AM logo na primeira hora de vida do filho com vistas a efetivação desta prática.

Após o parto, a mulher permanece sob os cuidados da equipe de enfermagem, permitindo que o enfermeiro esteja mais próximo da puérpera e, assim, tenha uma abordagem assistencial baseada na educação e na orientação para o AM. Além disso, a equipe multiprofissional se mostrou atuante na realização de orientações ao AM, possibilitando o reforço das orientações e ampliando a troca de experiências entre profissional e usuário, o que qualifica o cuidado e prepara a mãe para a alta.²⁴

Conclusão

O estudo possibilitou o conhecimento do perfil sociodemográfico e obstétrico das puérperas, apontando possibilidades de intervenção pela enfermagem. Tais intervenções devem ser realizadas desde o pré-natal, parto e puerpério, e continuadas até a puericultura, para que a mulher e seu filho sejam assistidos desde o início do processo gravídico e acompanhados durante o desenvolvimento da criança.

Para tanto, a caracterização das puérperas pode indicar possibilidades de atuação do enfermeiro, no sentido de potencializar ações de cuidado que considerem o contexto biopsicosociocultural, direcionando o cuidado e a assistência a estas mulheres.

Como limitações do estudo, destacam-se as questões do uso de álcool e drogas que é visto como um comportamento prejudicial a saúde da mulher e do seu filho, além do viés de memória com relação ao período de AME dos filhos anteriores que pode estar subestimado.

Referências

1. Soares VAN, Silva IA. Representações de puérperas sobre o sistema alojamento conjunto: do abandono ao acolhimento. Rev Esc Enferm USP 2003; 37(2):72-80.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 4 v. 2011.
3. Brasil. Ministério da Saúde. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal [Internet]. Brasília; 2009 [citado 28 maio 2012]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pesquisa_pdf.pdf>
4. Dodt RCM, Oriá MOB, Pinheiro KB, Almeida PC, Ximenes LB. Perfil epidemiológico das puérperas assistidas em um alojamento conjunto. Revista de enfermagem UERJ 2010; 18(3):345-51.
5. Almeida MS, Silva IA. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. Rev Esc Enferm USP 2008; 42(2):347-54.
6. Gabani FL, Sant'Anna HFM, Andrade SM. Caracterização dos nascimentos vivos no município de Londrina (PR) a partir de dados do SINASC, 1994 a 2007. Ciência, Cuidado e Saúde 2010; 9(2):205-13.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores sociodemográficos e de

- saúde no Brasil. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf
7. Strapasson RM, Nedel NMB. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. *Rev Gaúcha Enferm* 2010; 31(3):521-8.
 8. Oliveira FJB, Quirino GS, Rodrigues DP. Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério. *Rev RENE* 2012; 13(1):74-84.
 9. Henry B, Nicolau AIO, Américo CF, Ximenes LB, Bernheim R, Oriá MOB. Socio-Cultural Factors Influencing Breastfeeding Practices among Low-Income Women in Fortaleza-Ceará-Brazil: a Leininger's Sunrise Model Perspective. *Enferm Global –Esp-* 2010; 19.
 10. Mascarenhas LMW, Albernaz EP, Silva MB, Silveira R. Prevalence of exclusive breastfeeding and its determiners in the first 3 months of life in the South of Brazil. *Jornal de Pediatria* 2006; 82(4):289-94.
 11. Silva MVM, Joventino ES, Arcanjo DS, Veras JEGFL, Dodt RCM, Oriá MOB, Ximenes LB. Conhecimento de puérperas acerca da amamentação: estudo descritivo. *OBJN* 2009; 8(3).
 12. Quirino LS, Oliveira JD, Figueiredo MFER, Quirino GS. Significado da experiência de não amamentar relacionado às intercorrências mamárias. *Cogitare Enferm* 2011; 16(4):628-33.
 13. Godoy MB, Gomes FA, Stefanello J, Monteiro JCS, Nakano AMS. Situação trabalhista da mulher no ciclo grávido-puerperal. *Invest Educ Enferm* 2011; 29(1):47-53.
 14. Carmo TMD, Silva MM, Bueno TR, Souza NR, Nascimento E, Goulart MJP. Aleitamento materno na sala de parto: a perspectiva da mulher. *Ciência et Praxis* 2010; 3(6):57-62.
 15. Lopes TD, Arruda PP. As repercussões do uso abusivo de drogas no período gravídico/puerperal. *Revista Saúde e Pesquisa* 2010; 3(1):79-83.
 16. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Leal MC, Carvalho MS. Fatores que interferem no tempo entre o nascimento e a primeira mamada. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(11):2681-94.
 17. Castro KF, Souto CMRM, Rigão TVC, Garcia TR, Bustorff LACV, Braga VAB. Intercorrências mamárias relacionadas à lactação: estudo envolvendo puérperas de uma maternidade pública de João Pessoa, PB. *O mundo da Saúde* 2009; 33(4):433-39.
 18. Moura ERF, Oliveira CGS, Damasceno AKC, Pereira MMQ. Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia. *Cogitare Enferm* 2010; 15(2):250-5.
 19. Wilhelm S, Rodehorst-Weber TK, Stepans MBF, Hertzog M. The relationship between breastfeeding test weights and postpartum breastfeeding rates. *J Hum Lact* 2010; 26(2):168-174.
 20. Shimoda GT, Silva IA. Necessidades de saúde de mulheres em processo de amamentação. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(1):58-65.
 21. Carvalho JKM, Carvalho CG, Magalhães SR. A importância da assistência de enfermagem no aleitamento materno. *e-Scientia* 2011; 4(2):11-20.
 22. Haddad SMT, Cecatti JG. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2011; 33(5):252-62.
 23. Tebecherane Haddad, S Maeraw; Cecatti, J Guilherme. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2011; 33(5):252-62.
 24. Pasqual KK, Braccialli LAD, Volponi M. Alojamento conjunto: espaço concreto de possibilidades e o papel da equipe multiprofissional. *Cogitare Enferm* 2010; 15(2):334-9.

Tabela 1 – Distribuição das puérperas segundo os dados sociodemográficos. Santa Maria, Rio Grande do Sul/Brasil, 2013. (N= 322)

Questão/Variável	N	%	Média (Desvio Padrão)
Município			
Santa Maria	236	73,29	
Outros	86	26,71	
Faixa etária			
13 a 18 anos	33	10,25	26,4 ($\pm$ 6,70)
19 a 39 anos	281	87,27	
40 a 46 anos	8	2,48	
Cor ou raça			
Preta/negra	49	15,22	
Parda	64	19,88	
Branca	200	62,11	
Amarela	4	1,24	
Indígena	5	1,55	
Estado Civil			
Solteira	213	66,15	
Casada/União Estável	103	31,99	
Divorciada	6	1,86	
Escolaridade			
Ens. Fundamental Incompleto	115	35,71	
Ens. Fundamental Completo	37	11,49	
Ens. Médio Incompleto	72	22,36	
Ens. Médio Completo	79	24,73	
Ens. Superior Incompleto	8	2,48	
Ens. Superior Completo	4	1,24	
Ens. Profissionalizante	5	1,55	
Pós-graduação	2	0,62	
Renda Familiar			
< 1 salário mínimo	52	16,15	1,9 ($\pm$ 0,49)
1 a 3 salários mínimos	243	75,47	
> 3 salários mínimos	27	8,39	
Pessoas que vivem com essa renda			
2 pessoas	1	0,31	3,2 ($\pm$ 1,06)
3 pessoas	92	28,57	
4 pessoas	117	36,34	
5 pessoas	56	17,39	
6 ou mas pessoas	56	17,39	
Trabalho			
Nenhum	216	67,08	
Sem carteira de trabalho assinada	40	12,42	
Com carteira de trabalho assinada	66	20,50	
Tabagismo			
Não	162	50,31	
Fumante Passiva	69	21,43	
Ex-fumante	26	8,07	
Deixei de fumar por causa da gravidez	28	8,70	
Sim	37	11,49	

Questão/Variável	N	%	Média (Desvio Padrão)
Ingere bebida alcoólica			
Não	202	62,73	
Deixou de beber por causa da gravidez	29	9,01	
Sim, raramente	65	20,19	
Sim, só nos finais de semana	26	8,07	
Usa algum tipo de droga			
Não	320	99,38	
Deixou de usar por causa da gravidez	2	0,62	

Tabela 2 - Distribuição das puérperas segundo os antecedentes obstétricos. Santa Maria, Rio Grande do Sul/Brasil, 2013. (N=322)

Questão/Variável	N	%	Média (Desvio Padrão)
Tem outros filhos			
Sim	214	66,46	
Não	108	33,54	
Quantos filhos vivos antes desse (N=214)			
Um	102	47,66	1,9 ($\pm$ 1,19)
Dois	56	26,17	
Três	32	14,95	
Quatro	10	4,67	
Mais de quatro	14	6,54	
Teve algum problema de saúde durante a(s) gestação(ões) anterior(es) (N=214)			
Nenhum	163	76,17	
Pré-eclâmpsia	23	10,75	
Diabetes Gestacional	2	0,93	
Ameaça de Aborto	3	1,40	
Descolamento Prematuro de Placenta	3	1,40	
Pré-eclâmpsia e Diabetes Gestacional	1	0,47	
Pré-eclâmpsia e Infecção do Trato Urinário	1	0,47	
Diabetes Gestacional, Infecção do Trato Urinário e Anemia	1	0,47	
Teve vivência de amamentar algum filho anterior (N=214)			
Sim	196	91,59	
Não	18	8,41	
Amamentou algum dos filhos exclusivamente (N=196)			
Sim	136	69,39	
Não	60	30,61	
Quanto tempo amamentou exclusivamente (N=136)			
1 mês	7	5,11	4,5 ($\pm$ 0,83)
Entre 1 e 2 meses	9	6,57	
Entre 3 e 4 meses	30	21,90	
Entre 5 e 6 meses	90	65,69	
Gostou de amamentar			
Sim	188	95,92	
Não	8	4,08	

Tabela 3 – Distribuição das puérperas segundo os dados obstétricos da gestação e puerpério atual. Santa Maria, Rio Grande do Sul/Brasil, 2013. (N=322)

Questão/Variável	N	%
Realizou pré-natal		
Sim	309	95,96
Não	13	4,04
Consultas pré-natal (N= 309)		
1 a 6 consultas	111	35,90
Mais de 6 consultas	198	64,10
Orientação sobre AM no pré-natal (N= 309)		
Sim	145	46,93
Não	164	53,07
Qual profissional orientou		
Enfermeiro	36	24,82
Equipe multiprofissional	12	8,27
Médico	83	57,24
Grupo de gestantes	4	2,75
Não lembra	4	2,75
Tipo de parto		
Vaginal	117	36,34
Cesáreo	205	63,66
Idade gestacional		
Pré-termo	41	12,73
A termo	275	85,40
Pós-termo	6	1,86
Entrou em contato com o bebê após o parto		
Na primeira hora	267	82,92
Após a primeira hora	55	17,08
Bebê foi colocado no seio materno após o parto		
Na primeira hora	116	36,02
Após a primeira hora	206	63,98
Orientações sobre AM após o parto		
Sim	208	64,60
Não	114	35,40
Qual profissional orientou		
Enfermeiro	151	46,89
Equipe Multiprofissional	3	0,93
Médico	22	6,83
Técnico de Enfermagem	5	1,55
Não lembra	25	7,76

ARTIGO 3

Influência dos Fatores Sociodemográficos e Obstétricos na Autoeficácia de Amamentação para Puérperas no Alojamento Conjunto⁴

Resumo

Objetivo: Verificar a associação entre os fatores sociodemográficos e obstétricos e a autoeficácia de amamentação de puérperas internadas em alojamento conjunto. Métodos: Pesquisa quantitativa, transversal, realizada com 322 puérperas em Hospital Universitário no Sul do Brasil. A coleta dos dados ocorreu de dezembro de 2011 a março de 2012, utilizando-se a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale–Short Form* e um formulário para caracterização das puérperas. A análise bivariada foi efetuada no *software* Statistical Package for Social Science (SPSS, versão 17.0). Resultados: a maioria apresentou autoeficácia alta na amamentação. Houve associação estatisticamente significativa da autoeficácia com o fato de não usar drogas ($p=0,035$), ter amamentado anteriormente ($p=0,026$), amamentado exclusivamente ($p=0,012$) e ter gostado de amamentar ($p<0,001$). Conclusões: Ao identificar a autoeficácia de amamentação, o enfermeiro poderá intervir por meio de um cuidado individualizado às puérperas, favorecendo o início e a manutenção da amamentação.

Descritores: Auto-eficácia; Aleitamento materno; Alojamento conjunto; Período pós-parto

Influence of Socio-Demographic and Obstetric Factors in Breastfeeding for mothers who self-efficacy in Rooming

Abstract

Objective: Identify what the sociodemographic and obstetric interfere with the perception of self-efficacy for breastfeeding postpartum women hospitalized in rooming. Methods:

⁴ Manuscrito que será submetido à Revista Latino Americana de Enfermagem. Autoria: Andressa Peripolli Rodrigues, Stela Maris de Mello Padoin, Laura de Azevedo Guido, Lorena Barbosa Ximenes, Cristiane Cardoso de Paula e Ívis Emília de Oliveira Souza.

Quantitative research, cross, made with 322 mothers in University Hospital in southern Brazil. Data collection took place from December 2011 to March 2012, with an instrument made by the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form and a form for characterization of the women. A bivariate analysis was performed in Statistical Package for Social Science (SPSS, version 17.0). Results: showed that the majority had high self-efficacy in breastfeeding. There was a statistically significant association of self-efficacy with the fact of not using drugs ($p = 0.035$), having previously breastfed ($p = 0.026$), exclusively breastfed ($p = 0.012$) and have enjoyed breastfeeding ($p = <0.001$). Conclusions: By identifying the self-efficacy of breastfeeding, the nurse can intervene through individualized care to mothers, favoring the initiation and maintenance of breastfeeding.

Descriptors: Self-efficacy; Breastfeeding; Rooming; Postpartum Period

Influencia de los factores socio-demográficos y obstétricos de la lactancia materna para las madres que se auto-eficacia en alojamiento conjunto

Resumen

Objetivo: Identificar qué variables sociodemográficas y obstétricas interferir con la percepción de autoeficacia para mujeres lactantes hospitalizados después del parto en el alojamiento conjunto. Métodos: La investigación cuantitativa, transversal, realizado con 322 madres en el Hospital Universitario del sur de Brasil. La recolección de datos se llevó a cabo desde diciembre 2011 hasta marzo 2012, con un instrumento hecho por la lactancia materna Escala de Autoeficacia-Short Form y un formulario para la caracterización de las mujeres. El análisis bivariado se realizó en el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS, versión 17.0). Resultados: Se demostró que la mayoría tenía una alta autoeficacia en la lactancia materna. Se observó una asociación estadísticamente significativa de autoeficacia con el hecho de no consumir drogas ($p = 0,035$), después de haber amamantado previamente ($p =$

0,026), exclusivamente con leche materna ($p = 0,012$) y han disfrutado de la lactancia materna ($p = <0,001$). Conclusiones: Mediante la identificación de la auto-eficacia de la lactancia materna, la enfermera puede intervenir a través de la atención individualizada a las madres, lo que favorece el inicio y mantenimiento de la lactancia materna.

Descriptor: Auto-eficacia; Lactancia Materna; Alojamiento Conjunto; Período Posparto

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) proporciona melhor qualidade de vida e proteção à saúde da mãe e da criança, criando laços mais fortes entre ambos ⁽¹⁾. Acredita-se que para a mulher ser influenciada positivamente na sua escolha de amamentar é necessário que ela apresente autoeficácia na amamentação. A autoeficácia na amamentação indica a confiança da mulher de que ela possui conhecimentos e habilidades suficientes para amamentar seu bebê com êxito ⁽²⁻³⁾.

O conceito de autoeficácia remete a habilidade pessoal de desempenhar, com sucesso, determinadas atividades ou comportamentos que produza um resultado desejável ⁽⁴⁾. De acordo com a Teoria Social Cognitiva ou Teoria da Autoeficácia, a autoeficácia se constrói a partir de quatro fontes de informação que fundamentam a expectativa de autoeficácia, a saber: experiência pessoal (experiências positivas anteriores), experiência vicária (observação de outras mães amamentarem, assistir a vídeos com orientações relacionadas à amamentação), persuasão verbal (apoio e encorajamento de pessoas próximas e respeitadas pela mulher) e respostas emocionais (reações físicas e psicológicas diante do ato de amamentar) ⁽⁴⁾.

Estudo revela que durante o período pré-natal, 27% das mulheres com baixos níveis de confiança na amamentação interromperam o AM na primeira semana após o parto. Ainda, mulheres com baixo nível de confiança no AM tiveram 3,1 vezes mais risco de interromper a amamentação do que aquelas que tinham total confiança ⁽²⁾.

Diante da percepção das puérperas em relação à autoeficácia na amamentação, busca-se construir evidências em relação às atitudes das mulheres frente à amamentação, que culmine com o desenvolvimento de estratégias para a promoção do AM. Para tanto, o conhecimento da autoeficácia poderá repercutir na prática da amamentação e fundamentar intervenções inovadoras que possam estimular o início e a manutenção do AM por um período maior e favorecer a mulher e seu filho.

Assim, tem-se como objetivo identificar quais os fatores sociodemográficos e obstétricos que interferem na percepção de autoeficácia de amamentação para as puérperas internadas em alojamento conjunto.

MÉTODOS

Pesquisa de abordagem quantitativa e com delineamento transversal, desenvolvida na Unidade Toco-Ginecológica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), localizado na região centro-oeste do Estado do Rio Grande do Sul (RS), Brasil. A amostra por conveniência de 322 puérperas foi calculada por meio de uma fórmula estatística com uma precisão de 5% e com um intervalo de confiança de 95%, sendo selecionadas a partir do prontuário, de acordo com a demanda de internação na Unidade.

Os critérios de inclusão no estudo foram mulheres no período puerperal imediato e após o período de seis horas do parto, com 12 anos ou mais de idade ⁽⁵⁾ em regime de internação no AC acompanhadas do recém-nascido (RN) com boa vitalidade, capacidade de sucção efetiva e controle térmico. Os de exclusão foram mulheres que apresentaram intercorrências clínicas no momento da coleta de dados; intercorrências obstétricas no período puerperal; puérperas com alguma limitação cognitiva e mental; condição materna infecciosa que impossibilitou ou contraindicou o AM; e puérperas internadas no AC com filhos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

A coleta dos dados ocorreu de dezembro de 2011 a março de 2012. Para tal, foi utilizado um instrumento de coleta de dados composto pela *Breastfeeding Self-Efficacy Scale–Short Form* (BSES-SF), que contém 14 itens. A eficácia, identificada por meio da escala, foi distribuída de acordo com as pontuações obtidas a partir do somatório de cada item: eficácia baixa (14 a 32 pontos); eficácia média (33 a 51 pontos) e eficácia alta (52 a 70 pontos)⁽⁶⁾.

Além da escala, o instrumento de coleta de dados foi composto por um formulário para caracterizar o perfil sociodemográfico da amostra e os fatores obstétricos.

Realizou-se um levantamento nos prontuários das mulheres internadas para verificar se atendiam aos critérios de inclusão. Os dados foram coletados por fonte primária (diretamente com as puérperas), no próprio leito ou em sala reservada, conforme preferência da mulher.

Para compor o banco de dados foi realizada a dupla digitação independente, a fim de garantir a exatidão dos dados, no *software* Epi Info versão 3.5. A análise bivariada das variáveis foi efetuada no *software* Statistical Package for Social Science (SPSS, versão 17.0), por meio de frequências absolutas, relativas e testes de significância estatística ($p < 0,05$), em questão os testes Qui-quadrado e Exato de Fischer. Destaca-se que algumas variáveis sociodemográficas, por exemplo, idade e escolaridade, e variáveis obstétricas como o período de ter amamentado exclusivamente não permitiram associação com a autoeficácia.

Além disso, a consistência interna da BSES-SF foi avaliada com recurso do coeficiente de consistência interna *Alfa de Cronbach*, com valor obtido de 0,89, o que confirma a adequação do instrumento à população escolhida e que pode ser comparável à versão original de 0,94⁽³⁾. Além disso, foi superior aos valores obtidos no estudo da Turquia (0,87)⁽⁷⁾ e em estudo realizado na região nordeste do Brasil (0,74)⁽⁸⁾. Valor igual foi obtido no estudo polonês (0,89)⁽⁹⁾ e inferior com relação ao estudo realizado na China (0,93)⁽¹⁰⁾ e

nos Estados Unidos (0,94) ⁽¹¹⁾.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CAAE: 0323.0.243.000-11). Garantiram-se as questões éticas por meio das normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, utilizando-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, no caso das puérperas serem adolescentes, do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A média de idade das puérperas foi de 26,4 anos e parte delas era solteira (66,15%). Quanto à escolaridade, 35,71% possuía baixa escolaridade e média de renda mensal de 1,9 salários mínimos. Além disso, 67,08% não trabalhavam, 66,46% era multipara e a maioria (91,59%) tinha vivência anterior de amamentação.

Com relação a autoeficácia em amamentação, as puérperas indicaram concordância com as afirmativas da BSES. Esse fato indica que 261 puérperas (81,1%) tinham autoeficácia alta, enquanto que 61 (18,9%) apresentaram média autoeficácia.

A partir da Tabela 1 pode-se observar a relação entre a autoeficácia na amamentação com as variáveis sociodemográficas. Foi constatado que houve associação estatisticamente significativa entre o uso de drogas e a autoeficácia em amamentar ($p=0,035$), havendo uma relação diretamente proporcional entre o fato da puérpera não usar drogas com o aumento da autoeficácia.

Com relação aos fatores obstétricos das puérperas, houve associação estatisticamente significativa entre ter amamentado anteriormente ($p=0,026$), amamentado exclusivamente ($p=0,012$) e ter gostado de amamentar ($p<0,001$) com a autoeficácia na amamentação (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas e obstétricas segundo a autoeficácia média e alta para a amamentação. Santa Maria, Rio Grande do Sul/ Brasil, 2013.

VARIÁVEIS	MÉDIA		AUTOEFICÁCIA				P
	N=61	%	N=261	ALTA %	TOTAL N=322	%	
Renda familiar*							0,533
< 1 salário mínimo**	7	2,2	45	14,0	52	16,1	
1 a 3 salários mínimos	49	15,2	194	60,2	243	75,5	
> 3 salários mínimos	5	1,6	22	6,8	27	8,4	
Trabalho*							0,944
Nenhum	42	13,0	174	54,0	216	67,1	
Sem carteira de trabalho assinada	7	2,2	33	10,2	40	12,4	
Com carteira de trabalho assinada	12	3,7	54	16,8	66	20,5	
Uso de drogas							0,035
Não	59	13,3	261	99,4	320	99,4	
Deixou de usar por causa da gravidez	2	0,6	0	0,0	2	0,6	
Possui outros filhos							0,654
Sim	39	12,1	175	54,3	214	66,5	
Não	22	6,8	86	26,7	108	33,5	
Amamentou outro filho							0,026
Sim	32	15,0	164	76,6	196	91,6	
Não	7	3,3	11	5,1	18	8,4	
Amamentação exclusiva (N=196)							0,012
Sim	16	8,2	120	61,2	136	69,4	
Não	16	8,2	44	22,4	60	30,6	
Gostou de amamentar							<0,001
Sim	26	13,3	162	82,7	188	95,9	
Não	6	3,1	2	1,0	8	4,1	

* Qui-quadrado

** O salário mínimo durante o estudo era de R\$ 545,00.

DISCUSSÃO

Verificou-se que as puérperas apresentaram alta e média autoeficácia na amamentação. As mulheres com elevada autoeficácia na amamentação tendem a estar mais propensas a amamentar por pelo menos 6 meses ⁽¹²⁾, influenciando positivamente a manutenção do AM.

Além disso, as mulheres, na alta hospitalar, com pontuações elevadas de autoeficácia podem continuar a amamentar exclusivamente seu filho no domicílio. Assim, a BSES-SF é

um instrumento que pode ser usado clinicamente para identificar mulheres com risco de interrupção da amamentação prematuramente e que necessitam de intervenção ⁽¹³⁾.

No presente estudo evidenciou-se que não houve associação significativa entre a renda familiar e a autoeficácia na amamentação, igualmente ao estudo na Inglaterra que não encontrou diferença significativa na autoeficácia relacionada com a renda ⁽¹⁴⁾. Porém, estudo realizado na Turquia identificou diferença estatisticamente significante entre a renda familiar e autoeficácia na amamentação ($p=0,001$), e sugere que mães de baixa renda são particularmente vulneráveis a resultados insatisfatórios na amamentação ⁽⁷⁾.

Estudo realizado no Brasil também não identificou diferenças em relação ao nível socioeconômico e autoeficácia ⁽¹⁶⁾. Além disso, no mesmo país, mas na região nordeste não ocorreu associações significativas da autoeficácia com a variável renda familiar ⁽⁸⁾.

Porém, estudo aponta que quanto maior for a renda familiar das puérperas, melhor o nível de autoeficácia na amamentação. Esse achado pode indicar que quanto menor a renda familiar, mais precoce pode ser a interrupção do aleitamento materno exclusivo (AME) ⁽⁶⁾.

Em discordância, pesquisa aponta que mães com rendas familiares menores possuíam menor risco para o desmame precoce, devido às dificuldades encontradas pelas mesmas para adquirir alimentos comercializados, passando a oferecer o aleitamento natural por um período mais longo ⁽¹⁶⁾.

Além da renda, não houve associação estatisticamente significativa entre trabalho das puérperas com a autoeficácia na amamentação, corroborando com outro estudo realizado no Brasil, em que não se identificou tal associação ⁽⁶⁾. Estudo realizado na Inglaterra indicou que o momento de retorno ao trabalho pode estar relacionado com a duração da amamentação, uma vez que este fato ao ocorrer em seis meses após o parto aumentou o risco de desmame em comparação com aquelas que continuaram em casa ⁽¹⁴⁾. No entanto, outro estudo indica que o fato da mulher exercer ou não um trabalho profissional não se associa ao risco de

desmame precoce⁽¹⁷⁾.

Referente ao uso de drogas ilícitas foi identificado que o fato das puérperas não fazerem uso deste tipo de substância interfere positivamente na autoeficácia de amamentação. Destaca-se que determinadas substâncias como, por exemplo, a heroína, pode ser encontrada no leite materno em quantidade suficiente para causar dependência e uma alta toxicidade neonatal, por este motivo a amamentação está contra indicada nestes casos⁽¹⁸⁾.

O fato das puérperas terem ou não outros filhos não indicou associações com a autoeficácia. Não sendo encontrada nenhuma diferença significativa na autoeficácia da amamentação entre as primíparas e as múltiparas ($p=0,999$)⁽¹⁵⁾.

Porém, estudos realizados na Espanha e no Reino Unido encontraram correlação positiva entre o número de filhos e a pontuação na BSES-SF, pois mulheres que possuíam mais filhos tiveram escores mais elevados na escala do que as primíparas^(13,19). A paridade pode ter influência na amamentação dos filhos subsequentes, principalmente, quando a experiência anterior de AM for positiva⁽⁸⁾. Esse fato converge com o resultado encontrado no presente estudo em que a experiência anterior de ter amamentado o filho e tê-lo feito exclusivamente demonstrou associação estatística significativa com a autoeficácia ($p=0,026$ e $p=0,012$, respectivamente). Resultados semelhantes foram encontrados em estudos na Turquia e na Inglaterra, ambos utilizaram a BSES-SF^(7,14).

Concordando com estes estudos, na Espanha e em Portugal a pontuação da BSES-SF para mulheres com experiência anterior foi significativamente maior do que para mulheres que não apresentavam tal experiência⁽¹⁹⁻²⁰⁾. A experiência com a amamentação demonstrou uma tendência para o fortalecimento da intenção de continuar a amamentação por seis meses ou mais⁽¹²⁾. Em contraponto, investigação desenvolvida no Canadá não indica que houve associação entre a experiência anterior na amamentação com a pontuação na BSES-SF no período de pós-parto imediato⁽²¹⁾.

De acordo com a Teoria da Autoeficácia, a experiência pessoal, caracterizada por experiências positivas anteriores, fundamenta a expectativa de autoeficácia. Assim, é considerada a mais poderosa e imediata, pois uma experiência positiva aumenta a autoeficácia, enquanto que uma experiência negativa a diminui, especialmente quando isso acontece no início do processo de aprendizagem ⁽⁴⁾.

Neste sentido, o fato da puérpera ter gostado de amamentar anteriormente é um fator de motivação para que ocorra novamente, justificando-se também como sendo benéfico para todos os filhos. Na prática assistencial com puérperas, observa-se que a maior parte das mulheres que já amamentou e obteve sucesso, terá maior facilidade de amamentar novamente e também terá menor tendência ao desmame precoce.

CONCLUSÕES

O estudo evidenciou a relação significativa entre o fato de não usar drogas, ter amamentado anteriormente e exclusivamente e ter gostado de amamentar com a autoeficácia. Assim, identificar se a puérpera amamentou ou não anteriormente e, especialmente, se ela gostou de realizar esta prática pode ser um indicativo de que a mulher terá maior autoeficácia na amamentação e, com isso, seu início e manutenção podem ser facilitados, uma vez que o aumento da autoeficácia gera maior satisfação na amamentação. Todavia, por mais que a totalidade das puérperas apresente média e autoeficácia alta na amamentação não significa que elas não terão dificuldades na realização desta prática, sendo necessário que os profissionais de saúde acompanhem a mulher e seu filho durante todo o período de AM.

Com a utilização da escala, os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, poderão intervir por meio de um cuidado individualizado às puérperas, favorecendo o início e a manutenção da amamentação. Com o seu uso, pode-se identificar qual a área em que a mulher tem baixa autoeficácia e, portanto, proporcionar maior efetividade a esse atendimento.

Nesse sentido, mesmo que a renda não tenha apresentado significância estatística, é necessário que os profissionais estejam atentos a essa informação, para que possam promover estratégias educativas com vistas ao AME e redução do desmame precoce e morbimortalidade infantil.

Destaca-se como limitação do estudo a variável uso de drogas, que é um importante fator no aumento da autoeficácia, uma vez que sua ausência de uso está associada diretamente a autoeficácia. Além disso, a comparação dessa variável com outros estudos apresenta-se limitada devido a maior parte deles não abordarem a relação desta com a autoeficácia em amamentação.

REFERÊNCIAS

- 1 Toma TS, Rea MF. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(2): 235-46.
- 2 Oriá MOB, Ximenes LB. Tradução e adaptação cultural da Breastfeeding Self-Efficacy Scale para o português. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(2):230-8.
- 3 Dennis CL. The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric Assessment of the Short Form. *JOGNN*. 2003; 32(6):734-744.
- 4 Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977; 84(2):191-215.
- 5 Ministério da Saúde (BR). Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. 2. ed. atualiz. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- 6 Tavares MC, Aires JS, Dodt RCM, Joventino ES, Oriá MOB, Ximenes LB. Application of Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form to post-partum women in rooming-in care: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2010; 9(1).
- 7 Tokat MA, Okumuş H, Dennis CL. Translation and psychometric assessment of the

Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form among pregnant and postpartum women in Turkey. *Midwifery*. 2010; 26: 101-108.

8 Dodt RCM, Ximenes LB, Almeida PC, Oriá MOB, Dennis CL. Psychometric and maternal sociodemographic assessment of the breastfeeding self-efficacy scale - short form in a brazilian sample. *Journal of Nursing Education and Practice* 2012 Aug; 2(3):66-73.

9 Wutke K, Dennis CL. The reliability and validity of the Polish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: translation and psychometric assessment. *Int J Nurs Stud*. 2007; 44:1439-1446. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.08.001>

10 Dai X, Dennis CL. Translation and validation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale into Chinese. *J Midwifery Women's Health*. 2003 Sep-Oct; 48(5):350-6. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S1526-9523\(03\)00283-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1526-9523(03)00283-6)

11 McCarter-Spaulding DE, Dennis CL. Psychometric testing of the Breastfeeding Self Efficacy Scale-Short Form in a sample of black women in the United States. *Res Nurs Health*, 2010; 33:111-119.

12 Wilhelm S, Rodehorst-Weber TK, Stepan MBF, Hertzog M. The relationship between breastfeeding test weights and postpartum breastfeeding rates. *J Hum Lact* 2010; 26(2):168-174.

13 Gregory A, Penrose K, Morrison C, Dennis CL, MacArthur C. Psychometric Properties of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form in an Ethnically Diverse U.K. Sample. *Public Health Nursing* 2008 may/jun; 25(3):278-284.

14 McCarter-Spaulding D, Gore R. Breastfeeding Self-Efficacy in Women of African Descent. *JOGNN* 2009; 38(2):230-243.

15 Zubaran C, Foresti K, Schumacher M, Thorell MR, Amoretti A, Müller L, et al. The Portuguese Version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale–Short Form. *J Hum Lact* 2010; 26(3):297-303.

- 16 Mascarenhas MLW, Albernaz EP, Silva MB, Silveira RB. Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil. *J Pediatr* (Rio J.). 2006; 82(4):289-294. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572006000500011&lng=en
- 17 Dodt RCM, Oriá MOB, Pinheiro AKB, Almeida PC, Ximenes LB. Perfil epidemiológico das puérperas assistidas em um alojamento conjunto. *Rev. Enferm. UERJ*, 2010; 18(3):345-51.
- 18 Silva TP, Tocci HA. Efeitos obstétricos, fetais e neonatais relacionados ao uso de drogas, álcool e tabaco durante a gestação. *Rev Enferm UNISA* 2002; 3: 50-6.
- 19 Coudray MLR, Osuna CL, Rayo MD, Martínez MR, Roig AO. Fiabilidad y validez de la versión española de una escala de autoeficacia en la lactancia materna. *Matronas Prof* 2011; 12(1):3-8.
- 20 Santos V, Bárcia S. Contributo para a adaptação transcultural e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form – versão portuguesa. *Rev Port Clin Geral* 2009; 25:363-9.
- 21 Kingston D, Dennis CL, Sword W. Exploring breast-feeding self-efficacy. *J Perinat Neonat Nurs* 2007 jul/sep; 21(3):207–215.

ARTIGO 4

FATORES DO PRÉ-NATAL E DO PUERPÉRIO QUE INTERFEREM NA AUTOEFICÁCIA DE AMAMENTAÇÃO⁵

FACTORS OF PRENATAL AND THAT INTERFERE IN PUERPERIUM SELF-EFFICACY BREASTFEEDING

FACTORES DE PRENATAL Y QUE INTERFIEREN EN EL PUERPERIO AUTOEFICACIA LACTANCIA MATERNA

RESUMO

Objetivo: Analisar quais os fatores relacionados ao pré-natal e ao puerpério que interferem na autoeficácia de amamentação para as puérperas internadas em alojamento conjunto. Métodos: Pesquisa quantitativa, transversal, realizada com 322 puérperas, no período de dezembro de 2011 a março de 2012, com um instrumento composto pela Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form e um formulário para caracterização das puérperas. A análise bivariada foi efetuada no software Statistical Package for Social Science (SPSS, versão 17.0). Resultados: A maioria das puérperas apresentou alta autoeficácia na amamentação. Ocorreu associação estatisticamente significativa da autoeficácia na amamentação com o fato do bebê ter sido colocado para sugar após a primeira (p=0,018). Conclusões: A promoção da autoeficácia materna em amamentar deve ter início no pré-natal, ser estimulado precocemente na maternidade e acompanhado durante o puerpério e puericultura.

⁵ Manuscrito que será submetido à Revista Escola de Enfermagem Anna Nery. Autoria: Andressa Peripolli Rodrigues, Stela Maris de Mello Padoin, Laura de Azevedo Guido e Luís Felipe Dias Lopes.

Palavras-Chave: Auto-eficácia; Aleitamento materno; Alojamento conjunto; Período pós-parto; Gravidez

ABSTRACT

Objective: To identify the factors related to prenatal and postpartum that influence the perception of self-efficacy for breastfeeding postpartum women hospitalized in rooming. **Methods:** Quantitative research, cross, made with 322 mothers in the period December 2011 to March 2012, with an instrument made by the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form and a form for characterization of the women. A bivariate analysis was performed in Statistical Package for Social Science (SPSS, version 17.0). **Results:** Most of the women had high self-efficacy in breastfeeding. There was a statistically significant association of self-efficacy on breastfeeding with the number of prenatal visits ($p = 0.046$) and with the fact that the baby was put to suck after the first ($p = 0.018$). **Conclusions:** The promotion of self-efficacy in breastfeeding mothers should begin during prenatal care, be encouraged and accompanied early maternity and childcare during the puerperium.

Keywords: Self-efficacy; Breastfeeding; Rooming; Postpartum period; Pregnancy

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores relacionados con prenatal y posparto que influyen en la percepción de autoeficacia para mujeres lactantes hospitalizados después del parto en el alojamiento conjunto. **Métodos:** investigación cuantitativa, transversal, realizado con 322 madres en el período diciembre 2011 a marzo 2012, con un instrumento hecho por la lactancia materna Escala de Autoeficacia-Short Form y un formulario para la

caracterización de las mujeres. El análisis bivariado se realizó en el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS, versión 17.0). Resultados: La mayoría de las mujeres tenían una alta autoeficacia en la lactancia materna. Se observó una asociación estadísticamente significativa de autoeficacia sobre la lactancia materna con el número de visitas prenatales ($p = 0,046$) y con el hecho de que el bebé se puso a chupar después de la primera ($p = 0,018$). Conclusiones: La promoción de la autoeficacia en las madres que amamantan deben comenzar durante la atención prenatal, se animó y acompañó a la maternidad temprana y cuidado de los niños durante el puerperio.

Palabras Clave: Auto-eficacia; Lactancia materna; Alojamiento conjunto; Puerperio; Embarazo

Introdução

O aleitamento materno (AM) é a melhor forma de nutrir um bebê, pois proporciona qualidade de vida e proteção a saúde da criança e da mãe, além de criar laços mais fortes entre ambos. Porém, a amamentação não é um ato biológico natural e espontâneo, demanda aprendizado contínuo e compreensão da família e da equipe de saúde que cuida dessa mulher¹.

Dessa forma, é necessário garantir uma adequada assistência pré-natal, no sentido de prevenir, diagnosticar e tratar os eventos indesejáveis na gestação, visando ao bem-estar da gestante e de seu conceito, além de orientar quanto ao parto e puerpério. No período puerperal a equipe de enfermagem tem importante papel educativo, com vistas aos cuidados que a puérpera deve ter com ela mesma e com o bebê².

Devido ao curto período em que a puérpera permanece internada no alojamento conjunto (AC), o cuidado pós-parto passa a ser construído essencialmente no espaço da família, que pode transmitir crenças, tabus, hábitos, atitudes e condutas². Além disso, existem outros fatores envolvidos na dificuldade em amamentar ou na interrupção precoce da amamentação, entre eles o desconhecimento das mães a respeito do AM, além dos aspectos sociais, políticos e culturais que condicionam a amamentação³.

Nesse sentido, um dos aspectos que pode influenciar positivamente a escolha materna de amamentar é a autoeficácia em amamentação, que se caracteriza pela confiança ou expectativa da mulher com relação aos seus conhecimentos e habilidades para amamentar seu bebê com êxito⁴. Assim, quanto mais elevada a autoeficácia maior pode ser o período de AM.

Assim, o objetivo deste estudo é analisar estatisticamente quais os fatores relacionados ao pré-natal e ao puerpério que interferem na autoeficácia de amamentação

para as puérperas internadas em alojamento conjunto.

Revisão de literatura – Autoeficácia na amamentação

A autoeficácia é um conceito que remete a crença na habilidade pessoal de desempenhar, com sucesso, determinadas atividades ou comportamentos que produza um resultado desejável⁵. Também pode ser definida como a convicção pessoal de que se pode executar uma ação para produzir resultados desejáveis em uma determinada situação⁶.

A autoeficácia interfere nos comportamentos de saúde, pois as pessoas precisam acreditar que elas podem aderir a comportamentos saudáveis para que, assim, possam empreender os esforços necessários para alcançá-los. Além disso, ele afirma que um dos processos que pode interferir no comportamento das pessoas é a sua motivação⁵.

Assim, a expectativa de autoeficácia (julgar-se capaz de realizar algo) é baseada em quatro fontes de informação⁵ que fundamentam a expectativa de autoeficácia e que podem ser encontradas no cotidiano do AC, a saber: experiências pessoais, caso a mulher já tenha amamentado anteriormente e foi bem sucedida, ela estará mais segura quanto ao seu desempenho e, ao contrário, se a vivência foi negativa, essa pode deixá-la insegura, temerosa e, conseqüentemente, menos confiante na sua capacidade de amamentar seu filho; observação de experiências ou experiência vicária, pois no AC as mulheres podem trocar experiências, observar o desempenho uma das outras, conversar, tirar dúvidas, e encorajar-se mutuamente, tornando-as mais confiantes e seguras; persuasão verbal que ocorre por intermédio de pessoas experientes, profissionais e consultores que podem convencer a pessoa de seu potencial e habilidade para assumir um comportamento; e respostas emocionais, pois essas respostas com repercussões físicas como ansiedade, medo, fadiga e dor, influenciam negativamente na percepção de

autoeficácia⁷.

Esses elementos podem influenciar na escolha, na realização e na manutenção da amamentação, sendo que a autoeficácia no AM vai se revelar na crença ou na expectativa da mulher de que ela possui conhecimentos e habilidades suficientes para amamentar seu bebê com êxito⁸. Com isso, estabelece-se um comportamento que será iniciado e mantido de acordo com a interpretação de cada indivíduo.

Método

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa e com delineamento transversal, desenvolvida na Unidade Toco-Ginecológica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), localizado na região centro-oeste do Estado do Rio Grande do Sul (RS), Brasil. A amostra por conveniência de 322 puérperas foi calculada a partir de uma fórmula estatística e foram selecionadas a partir do prontuário, de acordo com a demanda de internação na unidade.

Os critérios de inclusão no estudo foram mulheres no período puerperal imediato e após o período de seis horas do parto; puérperas a partir dos 12 anos de idade⁹; puérperas internadas no AC acompanhadas do recém-nascido (RN) com boa vitalidade, capacidade de sucção efetiva e controle térmico.

Os critérios de exclusão foram mulheres que apresentaram intercorrências clínicas no momento da coleta de dados; intercorrências obstétricas no período puerperal; puérperas com alguma limitação cognitiva e mental; condição materna infecciosa que impossibilitou ou contraindicou o AM; e puérperas internadas no AC com filhos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

A coleta dos dados teve início em dezembro de 2011 e foi finalizada em março

de 2012. Para sua realização, foi utilizado um formulário para caracterizar os fatores obstétricos referentes a gestação e puerpério atual, além da Breastfeeding Self-Efficacy Scale–Short Form (BSES-SF), que é composta de 14 itens. Para identificar a autoeficácia foi utilizado o somatório da pontuação obtida em cada item da escala: eficácia baixa (14 a 32 pontos); eficácia média (33 a 51 pontos) e eficácia alta (52 a 70 pontos)¹⁰.

Realizou-se um levantamento nos prontuários das mulheres internadas para verificar se atendiam aos critérios de inclusão. Os dados foram coletados diretamente com as puérperas, no próprio leito ou em sala reservada, conforme preferência.

Para composição do banco de dados, foi realizada dupla digitação independente, com vistas a garantir a exatidão dos dados, no software Epi Info versão 3.5. A análise das variáveis foi efetuada no software Statistical Package for Social Science (SPSS, versão 17.0), por meio de frequências absolutas, relativas e teste de significância estatística ($p < 0,05$), no caso o Exato de Fischer. Determinadas variáveis obstétricas não permitiram a realização de associação com a autoeficácia, por exemplo, idade gestacional no nascimento do filho.

Além disso, a consistência interna da BSES-SF foi avaliada com recurso do coeficiente de consistência interna *Alfa de Cronbach*, com valor obtido de 0,89, o que confirma a adequação do instrumento à população escolhida e que pode ser comparável à versão original de 0,94¹¹. Além disso, foi superior aos valores obtidos no estudo da Turquia (0,87)¹² e em estudo realizado na região nordeste do Brasil (0,74)¹³.

As questões éticas foram garantidas por meio das normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, utilizando-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, no caso das puérperas serem adolescentes, do

Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CAAE: 0323.0.243.000-11).

Resultados

Com relação a idade das puérperas, a média foi de 26,4 anos, sendo que 35,71% possuía ensino fundamental incompleto e média de renda mensal de 1,9 salários mínimos. Grande parte era solteira (66,15%) e 67,08% não trabalhavam.

Verificou-se um predomínio de concordância das puérperas com relação as afirmativas da BSES-SF. Assim, das 322 puérperas, 261 (81,1%) tinham autoeficácia alta, enquanto que 61 (18,9%) apresentaram média autoeficácia.

De acordo com os dados apresentados na Tabela 1, observa-se a relação entre a autoeficácia na amamentação com as variáveis da gestação atual. Foi constatado que houve associação estatisticamente significativa entre colocar o bebê para sugar após a primeira hora do parto ($p=0,018$) com a autoeficácia na amamentação (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das variáveis obstétricas segundo a autoeficácia média e alta para a amamentação. Santa Maria, Rio Grande do Sul/ Brasil, 2013.

VARIÁVEIS	AUTOEFICÁCIA						P
	MÉDIA		ALTA		TOTAL		
	N=61	%	N=261	%	N=322	%	
Pré-natal							1,000
Sim	59	18,3	250	77,6	309	96,0	
Não	2	0,6	11	3,4	13	4,0	
Número de consultas (N=309)							0,175
1 a 6 consultas	26	8,4	85	27,5	111	35,9	
Mais de 6 consultas	33	10,7	165	53,4	198	64,1	
Recebeu orientação de AM no pré-natal (N=309)							0,312
Sim	24	7,8	121	39,2	145	46,9	
Não	35	11,3	129	41,7	164	53,1	

VARIÁVEIS	AUTOEFICÁCIA						P
	MÉDIA		ALTA		TOTAL		
	N=61	%	N=261	%	N=322	%	
Tipo de parto							0,378
Vaginal	19	5,9	98	30,4	117	36,3	
Cesárea	42	13,0	163	50,6	205	63,7	
Contato com o bebê após o parto							0,346
Na primeira hora	48	14,9	219	68,0	267	82,9	
Após a primeira hora	13	4,0	42	13,1	55	17,1	
Colocado para sugar após o parto							0,018
Na primeira hora	14	4,3	102	31,7	116	36,0	
Após a primeira hora	47	14,6	159	49,4	206	64,0	
Recebeu orientação de AM após o parto							0,552
Sim	37	11,5	171	53,1	208	64,6	
Não	24	7,5	90	28,0	114	35,4	

Discussão

As puérperas do estudo apresentaram alta e média autoeficácia na amamentação, o que pode indicar que pontuações elevadas de autoeficácia na alta hospitalar refletem na amamentação exclusiva do filho. Assim, a BSES-SF poderá ser um instrumento para identificar a necessidade de intervenção¹⁴.

Contatou-se nesse estudo que o número de consultas pré-natal não influenciou de forma significativa a autoeficácia de amamentação. Tal fato pode ser considerado com outro estudo, realizado junto à uma maternidade no nordeste do Brasil, que apesar de não ter encontrado associação, mostram que mulheres que realizam menos de cinco consultas de pré-natal amamentam por menos tempo do que as que fazem entre cinco e nove consultas¹⁰.

A mulher preparada durante o pré-natal, por meio de informações e orientações pertinentes à gestação, parto e puerpério, enfrentará estes períodos com maior segurança, harmonia e prazer, pois a falta de informação pode gerar preocupações

desnecessárias e expectativas frustradas. Considera-se que o pré-natal é um momento propício para que o casal receba as orientações necessárias, uma vez que nesse período encontra-se motivado e receptivo a tais informações, por isso esse momento deve ser aproveitado pelos profissionais de saúde².

Em contraponto não foi encontrada associação estatística significativa entre a autoeficácia na amamentação e o recebimento de orientações de AM no pré-natal. Em estudo realizado no Rio de Janeiro identificou que mais da metade das mulheres não foram orientadas ou sentiram falta da orientação prestada por algum profissional¹⁵.

Neste estudo, o tipo de parto ao ser relacionado com a autoeficácia na amamentação não apresentou associação estatisticamente significativa. Esta variável também não influenciou significativamente a autoeficácia em estudo realizado em Portugal, porém os autores afirmam que o tipo de parto se constitui como um bom indicador de influência na amamentação¹⁶.

Também não foi encontrada diferença significativa na pontuação da BSES-SF entre as mães que deram à luz por via vaginal em comparação com aquelas que realizaram cesariana, no Reino Unido¹⁴. Em contrapartida, nos estudos realizados no Canadá e na Turquia, foram encontradas diferenças significativas na pontuação da BSES-SF entre as mães que realizaram parto vaginal e aquelas que fizeram cesariana^{11,12}, indicando um aumento na autoeficácia de amamentação.

A relação estatisticamente significativa entre colocar o bebê para sugar após a primeira hora de pós-parto com a autoeficácia na amamentação vai de encontro a outro estudo em foi identificado que as mulheres que amamentaram logo após o parto teriam valores significativamente superiores na escala de autoeficácia de amamentação em comparação às mulheres que não o fizeram¹⁶.

A amamentação na primeira hora de vida é recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e promovida por meio do quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que indica o contato dos RNs com suas mães nos primeiros minutos de vida. Esse contato é importante para o estabelecimento do vínculo mãe-bebê, além de aumentar a duração do AM, a prevalência de AM nos hospitais e reduzir a mortalidade neonatal¹⁷.

Além disso, a falta de contato da mãe com o RN logo após o parto pode reduzir a prevalência de AM na primeira hora. Esse contato, muitas vezes, é adiado ou minimizado em favor das diversas rotinas, cuidados e práticas determinadas pela equipe de saúde e pelas instituições. Assim, mesmo com a valorização do contato inicial com o RN, a sua não ocorrência pode gerar sentimentos de medo e de preocupação nas puérperas pelo fato de serem separadas de seus filhos¹⁷.

Apesar das puérperas do estudo terem recebido orientações de AM após o parto, não foi apresentada associação estatisticamente com a autoeficácia na amamentação. Sabe-se que no período puerperal devem ser esclarecidas as dúvidas a respeito da amamentação como, por exemplo, cuidados com a mama ingurgitada, como ocorre a produção do leite, até que idade o bebê deve ser amamentado, entre outras¹⁵.

A abordagem às mulheres para promoção do AM deve ter início no pré-natal, com o estímulo à prática, deve ser iniciada precocemente na maternidade e promovida durante o acompanhamento mãe-bebê. Destaca-se o enfermeiro que, pela sua estreita relação com as mães, tem a oportunidade de abordar temas indispensáveis para a eficácia do AM, desde o pré-natal, no acompanhamento puerperal e nos atendimentos de puericultura.

Conclusões

Evidenciou-se a associação significativa entre colocar o bebê para sugar após a primeira hora de pós-parto com a autoeficácia. Mesmo que esta associação tenha sido significativa, é necessário que essa prática siga as recomendações de estímulo ao AM na primeira hora após o nascimento. Para tal, é necessário que os profissionais desenvolvam competências e habilidades em AM para realizar intervenções adequadas e superar as possíveis barreiras, principalmente, na sala de parto.

Destaca-se a importância da realização do pré-natal, principalmente no que se refere ao número de consultas, além da necessidade do oferecimento de orientações nesse período. Nesse contexto, inserem-se as políticas públicas de promoção do AM, importante para que as mulheres sejam informadas dos benefícios do leite materno e que tenham o estímulo e a segurança necessários para que a amamentação seja praticada com sucesso.

A quantidade e a qualidade das informações, aliadas a um adequado suporte psicoemocional da família e da equipe multidisciplinar, são fundamentais para minimizar a ansiedade da mulher. Deve-se proporcionar a criação de vínculos, diálogo e a participação ativa das mulheres no pré-natal, no parto e no puerpério.

Como limitação indica-se o viés de memória com relação ao período de contato com o bebê e de colocá-lo para sugar após o parto.

Referências

- 1 Catafesta F, Zagonel IPS, Martins M, Venturini KK. A amamentação na transição puerperal: o desvelamento pelo método de pesquisa-cuidado. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2009 jul-set; 13 (3): 609-16.
- 2 Francisquini AR, Higarashi IH, Serafim D, Bercini LO. Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto por um grupo de puérperas. *Cienc Cuid Saude* 2010 Out/Dez; 9(4):743-751.
- 3 Demitto MO, Silva TC, Páschoa ARZ, Mathias TAF, Bercini LO. Orientações sobre amamentação na assistência pré-natal: uma revisão integrativa. *Rev. Rene* 2010; 11(Num Esp):223-229.

- 4 Oriá MOB, Ximenes LB. Tradução e adaptação cultural da Breastfeeding Self-Efficacy Scale para o português. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(2):230-8.
- 5 Bandura A. Self-Efficacy: the exercise of control. New York: WH Freeman and Company, 1997.
- 6 Van Der Bijl JJ, Shortridge-Baggett LM. The theory and measurement of the self-efficacy construct. *Sch. Inq. Nurs. Pract* 2001; 15(3):189-207.
- 7 Salvetti MG, Pimenta CAM. Dor crônica e a crença de auto-eficácia. *Rev Esc Enferm USP, São Paulo*, v.41, n.1, p.135-40. 2007.
- 8 Chezem J, Friesen C, Boettcher J. Breastfeeding knowledge, breastfeeding confidence, and infant feeding plans: effects on actual feeding practices. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs* 2003; 32(1):40-47.
- 9 Ministério da Saúde (BR). Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. 2. ed. atualiz. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- 10 Tavares MC, Aires JS, Dodt RCM, Joventino ES, Oriá MOB, Ximenes LB. Application of Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form to post-partum women in rooming-in care: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing.* 2010; 9(1).
- 11 Dennis CL. The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric Assessment of the Short Form. *JOGNN* 2003; 32:734-744.
- 12 Tokat MA, Okumuş H, Dennis CL. Translation and psychometric assessment of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form among pregnant and postpartum women in Turkey. *Midwifery.* 2010; 26: 101-108.
- 13 Dodt RCM, Ximenes LB, Almeida PC, Oriá MOB, Dennis CL. Psychometric and maternal sociodemographic assessment of the breastfeeding self-efficacy scale - short form in a brazilian sample. *Journal of Nursing Education and Practice* 2012 Aug; 2(3):66-73.
- 14 Gregory A, Penrose K, Morrison C, Dennis CL, MacArthur C. Psychometric Properties of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form in an Ethnically Diverse U.K. Sample. *Public Health Nursing* 2008 may/jun; 25(3):278-284.
- 15 Barreto CA, Silva LR, Christoffel MM. Aleitamento materno: a visão das puérperas. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2009; 11(3):605-11. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a18.htm>.
- 16 Santos V, Bárcia S. Contributo para a adaptação transcultural e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form – versão portuguesa. *Rev Port Clin Geral* 2009; 25:363-9.
- 17 Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Vasconcellos AGG. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Rev. Saúde Pública* 2011 fev; 45(1).

DISCUSSÃO

De acordo com a caracterização das puérperas, foi possível identificar que a média de idade das mulheres foi de 26,4 anos, sendo que a maioria era solteira, possuía baixa escolaridade e renda, e não trabalhava.

O número de mulheres que têm o primeiro filho com idade mais avançada vem aumentando, sendo este fato explicado pela inserção da mulher no mercado de trabalho, melhoria nas técnicas de contracepção e sua distribuição gratuita, além da existência de programas voltados à educação sexual que proporcionam às mulheres informações a respeito da saúde reprodutiva, colaborando para gestações e partos programados (GABANI; SANT'ANNA; ANDRADE, 2010).

Em relação ao estado civil, o fato de a maioria das mulheres declararem-se solteiras é um fator preocupante, pois a chegada de uma criança requer o apoio da família e do companheiro. As puérperas casadas têm, possivelmente, maior estabilidade nas relações conjugais, o que pode facilitar o apoio do marido/companheiro no compartilhar das responsabilidades e dificuldades cotidianas (OLIVEIRA; QUIRINO; RODRIGUES, 2012; HENRY; *et al.*, 2010). Além disso, tem-se o fato de que as mulheres solteiras também são as responsáveis pelo domicílio o que repercute na infância das crianças e em situações sociais de vulnerabilidade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009). Nessa esteira, está atrelada às questões sociodemográficas o grau de escolaridade e o acesso as informações e insumos de saúde.

O grau de escolaridade também pode influenciar no sucesso do AM, auxiliando na decisão de continuar ou não a amamentação. A baixa escolaridade das mães pode dificultar a eficácia das ações educativas de promoção do AM, além da possibilidade de serem influenciadas pelos familiares, por meio de práticas que possam prejudicar o processo de amamentação (MASCARENHAS; *et al.*, 2006; SILVA; *et al.*, 2009; QUIRINO; *et al.*, 2011).

No presente estudo, a maioria das puérperas era multípara e com vivência anterior de amamentação. Também elas haviam realizado o pré-natal, sendo que a maioria delas teve parto cesáreo e contato precoce com o bebê após o parto.

Em convergência com os resultados tem-se que quanto maior o número de filhos, maior a experiência materna e sua segurança para lidar com o RN, criando uma condição favorável à amamentação (SILVA; *et al.*, 2009; BOCCOLINI; *et al.*, 2008). O processo de

amamentação apesar de ser aparentemente simples não se configura como um processo totalmente instintivo, pois está ligado a um comportamento aprendido por meio das gestações anteriores e informações de outras mulheres mais experientes (CASTRO; *et al.*, 2009).

Ressalta-se a importância de um acompanhamento pré-natal de qualidade, pois a identificação de alguns comportamentos de risco, como o uso de drogas, podem sofrer intervenção e serem minimizados seus impactos ainda durante as consultas no pré-natal. Além de ser uma oportunidade de detecção precoce de alterações na mãe e em seu bebê, o pré-natal também é o momento em que o profissional da saúde deve identificar o conhecimento, a experiência prática, as crenças e a vivência social e familiar da gestante (CARVALHO; CARVALHO; MAGALHÃES, 2011).

O índice de partos cesáreos no estudo foi superior à média nacional que é de 40%, e ainda mais elevado que os 15% preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (HADDAD; CECATTI, 2011). O parto cesáreo pode estar ocorrendo devido os fatores socioculturais relacionados à praticidade do parto programado, tanto para a mulher quanto para o profissional, e também porque a dor do parto vaginal é muito temida pela maioria das mulheres (OLIVEIRA; QUIRINO; RODRIGUES, 2012).

Destaca-se também que quanto mais precoce for o contato da mãe com o bebê após o parto mais rapidamente serão estabelecidos seus laços afetivos (CARMO; *et al.*, 2010), sendo o AM um facilitador para a aproximação entre mãe e filho durante esse processo. Assim, a amamentação na primeira hora de vida promove esse contato e está assegurada nos Dez Passos da IHAC, integrando uma política pública de promoção da amamentação e de redução da mortalidade infantil (BOCCOLINI; *et al.*, 2008).

No estudo, também foi identificado que as puérperas apresentaram alta e média autoeficácia na amamentação, o que indica que estão mais propensas a amamentar por mais tempo (WILHELM; *et al.*, 2010). Nesse sentido, a BSES-SF pode ser utilizada como um instrumento para identificar as mulheres que necessitam de intervenção (GREGORY; *et al.*, 2008).

De acordo com as associações estatisticamente significantes, evidenciou-se que o fato das puérperas não fazerem uso de drogas ilícitas interfere positivamente na autoeficácia de amamentação. Destaca-se que determinadas substâncias pode ser encontrada no leite materno em quantidade suficiente para causar dependência e alta toxicidade neonatal (SILVA; TOCCI, 2002).

A experiência anterior de ter amamentado o filho e tê-lo feito exclusivamente também demonstrou associação estatística significativa com a autoeficácia. Este fato corrobora com

outros estudos que, da mesma forma, encontraram associação significativa entre a autoeficácia e a experiência anterior de amamentação (DODT; *et al.*, 2012; TOKAT; OKUMUS; DENNIS, 2010; SPAULDING; GORE, 2009; COUDRAY; *et al.*, 2011; SANTOS; BÁRCIA, 2009). Ainda, a experiência com a amamentação pode demonstrar uma tendência para o fortalecimento da intenção de continuar a amamentação por seis meses ou mais (WILHELM; *et al.*, 2010).

A relação estatisticamente significativa entre colocar o bebê para sugar após a primeira hora de pós-parto com a autoeficácia na amamentação diverge de outro estudo em foi identificado que as mulheres que amamentaram logo após o parto obtêm valores significativamente superiores na escala de autoeficácia de amamentação (SANTOS; BÁRCIA, 2009). Além disso, esse contato é importante para o estabelecimento do vínculo mãe-bebê, além de aumentar a duração do AM, a prevalência de AM nos hospitais e reduzir a mortalidade neonatal (BOCCOLINI; *et al.*, 2011).

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou o conhecimento do perfil sociodemográfico e obstétrico das puérperas, destacando que a totalidade delas apresentou autoeficácia em amamentação média e alta, o que remete à boa expectativa delas com relação ao AM do filho. No entanto, altos índices de autoeficácia não indicam a ausência de dificuldades, sendo necessário que a mulher e seu filho sejam acompanhados durante todo o período de amamentação.

Além disso, evidenciou-se no estudo a associação estatisticamente significativa entre o fato de não usar drogas, ter amamentado anteriormente e exclusivamente e ter gostado de amamentar com a autoeficácia de amamentação. Também demonstrou a associação com o fato de colocar o bebê para sugar após a primeira hora de pós-parto.

Essa última pode estar relacionada às normas e rotinas do hospital em estudo, e também com o tipo de parto que, no caso, grande parte das puérperas realizou cesariana, o que pode ter dificultado a colocação do RN para sugar logo após o parto. Além disso, o hospital não é Amigo da Criança, o que poderia promover um contato precoce entre mãe e filho e consequente estímulo ao AM após o parto.

Este estudo confirma os preceitos teóricos da autoeficácia de amamentação, em que as experiências pessoais interferem na autoeficácia e facilitam ou não a prática do AM, dependendo se esta tiver sido positiva ou negativa. Nesse sentido, indica-se a utilização da BSES-SF tanto em pesquisas como na assistência, pois permite identificar os fatores relacionados à amamentação que requerem uma atenção direcionada e efetiva por parte dos profissionais que atuam nesse processo.

Ainda na assistência, é necessário que a promoção e o apoio ao AM sejam estabelecidos de maneira multiprofissional, em que haja uma política institucional de educação permanente, com vistas a proporcionar maior confiança e segurança para a mulher que decide amamentar o seu filho. Propõe-se a ação educativa individual ou em grupo de gestantes e também de puérperas e suas famílias, com vistas ao desenvolvimento da ajuda e do apoio ao AM, mediado por esclarecimentos e pelo diálogo.

Para o ensino, torna-se necessário a realização de discussões e reflexões na formação dos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros, a respeito da importância da sua atuação no início e na manutenção da amamentação. Na extensão, sugere-se a criação e ampliação de projetos de extensão que envolva as mulheres, principalmente, as que estão

internadas no AC e em prática de amamentação, bem como os profissionais que atuam nesse local, proporcionando conhecimento a respeito de seus direitos, apoiando-as para o AM e possibilitando o compartilhamento de vivências e experiências que possam contribuir com a autoeficácia de amamentação.

Sugere-se que os dados apresentados no estudo indiquem a realização de outras investigações dessa natureza, colaborando para o sucesso da amamentação, consequente, diminuição do desmame precoce. Além disso, indica-se a realização de estudos longitudinais que possam evidenciar a manutenção da amamentação e a influência da autoeficácia neste processo. Assim, ao ampliar e aprofundar estudos nesta temática poderá minimizar as lacunas na construção do conhecimento.

Como limitações do estudo, destacam-se questões como o uso de álcool e drogas, que é um importante fator no aumento da autoeficácia, uma vez que sua ausência de uso está associada com a alta autoeficácia da mulher. Ainda, outro fator limitante se relaciona ao viés de memória relacionado ao período de AME dos filhos anteriores e do período de contato e de colocação do bebê para sugar após o parto.

REFERÊNCIAS

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

BANDURA, A. **Self-Efficacy: the exercise of control**. New York: WH Freeman and Company, 1997.

BECHE, N.; HALPERN, R.; STEIN, A.T. Prevalência do aleitamento materno exclusivo em um município serrano do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.53, n.4, p.345-353, out./dez. 2009.

BOCCOLINI, C.S. et al. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. **Rev. Saúde Pública** v.45, n.1. 2011.

BRAGA, D.F.; MACHADO, M.M.T.; BOSI, M.L.M. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. **Rev. Nutr**, Campinas, v.21, n.3, p. 293-302, mai./jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Normas para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. (Res. CNS nº 96/196 e outras). 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2008.

_____. **II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde. **O futuro hoje: estratégia brasileiras e brasileiros saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, 128 p.

_____. 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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 50 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Rede Cegonha**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082>. Acesso em: 10 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Alimentação adequada pode reduzir mortes de crianças**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/mobile/visualizarNoticia.cfm?cod=4910&tipo=noticia>>. Acesso em: 10 jul. 2012a.

BRANDÃO, E.C.; et al. Caracterização da comunicação no aconselhamento em amamentação. *Rev. Eletr. Enf.* v.14, n.2, p.355-65, abr./jun. 2012.

CARMO, T.M.D. *et al.* Aleitamento materno na sala de parto: a perspectiva da mulher. **Ciência et Praxis**. v.3, n.6, p.57-62. 2010.

CARVALHO, J.K.M.; CARVALHO, C.G.; MAGALHÃES, S.R. A importância da assistência de enfermagem no aleitamento materno. **E-Scientia**. v.4, n.2, p.11-20. 2011.

CASTRO, K.F. *et al.* Intercorrências mamárias relacionadas à lactação: estudo envolvendo puérperas de uma maternidade pública de João Pessoa, PB. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.33, n.4, p.433-439. 2009.

CHEZEM, J.; FRIESEN, C.; BOETTCHER, J. Breastfeeding knowledge, breastfeeding confidence, and infant feeding plans: effects on actual feeding practices. **J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.** v.32, n.1, p.40-47. 2003.

COUDRAY, M.L.R. *et al.* 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.

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

DAI, X.; DENNIS, C.L. Translation and validation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale into Chinese. **J Midwifery Women's Health**. v.48, n.5, p.350-6. 2003. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S1526-9523\(03\)00283-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1526-9523(03)00283-6)

DENNIS, C.L. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. **J. Hum. Lact.** v. 15, n.3, p.195-201. 1999.

DENNIS, C.L. The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric Assessment of the Short Form. **JOGNN**. v.32, n.6, p.734-744. 2003.

DENNIS, C.L.; FAUX, S. Development and psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale. **Rev. Nurs. Health.** v. 22, n.5, p.399-409. 1999.

DODT, R.C.M. **Aplicação e Validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF)**. 2008. 102f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

DODT, R.C.M. *et al.* Psychometric and maternal sociodemographic assessment of the breastfeeding self-efficacy scale - short form in a brazilian sample. **Journal of Nursing Education and Practice**. v.2, n.3, p.66-73. 2012.

GABANI, F.L.; SANT'ANNA, H.F.M.; ANDRADE, S.M. Caracterização dos nascimentos vivos no município de Londrina (PR) a partir de dados do SINASC, 1994 a 2007. **Ciência, Cuidado & Saúde**. v.9, n.2, p.205-13. 2010.

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.

HADDAD, S.M.T.; CECATTI, J.G. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v.33, n.5, p.252-62. 2011.

HENRY, B.A. *et al.* Socio-Cultural factors influencing breastfeeding practices among low-income women in Fortaleza-Ceará-Brazil: a Leininger's Sunrise Model Perspective. **Rev. Enfermería Global**. [online] v.19, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2012.

MC CARTER-SPAULDING, D.; GORE, R. Breastfeeding Self-Efficacy in Women of African Descent. **JOGNN**, v.38, n.2, p.230-243. 2009.

MASCARENHAS, M.L.W. *et al.* Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil. **J Pediatr (Rio J.)**. v.82, n.4, p.289-294. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572006000500011&lng=en

OLIVEIRA, F.J.B.; QUIRINO, G.S.; RODRIGUES, D.P. Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério. **Rev RENE**. v.13, n.1, p.74-84. 2012.

OLIVEIRA, M.I.C.; CAMACHO, L.A.B.; SOUZA, I.E.O. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.1901-1910, nov./dez. 2005.

ORIÁ, M.O.B. **Tradução, adaptação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale: aplicação em gestantes**. 2008. 188f. 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**, São Paulo, v.23, n.2, p.230-8. 2010.

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília: LabPAM/IBAPP, 1999.

QUIRINO, L.S. *et al.* Significado da experiência de não amamentar relacionado às intercorrências mamárias. **Cogitare Enferm**. v.16, n.4, p.628-33. 2011.

RODRIGUES, A.P. *et al.* Implantação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação: Relato de Experiência. **Enfermería Comunitaria**. v.8, n.1. 2012.

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

SCOCHI, C.G.S. *et al.* Alimentação láctea e prevalência do aleitamento materno em prematuros durante internação em um hospital amigo da criança de Ribeirão Preto-SP, Brasil. **Ciência, Cuidado e Saúde**, São Paulo, v. 7, n.2, p.145-154, abr./jun. 2008.

SYDRONIO, K.; SOUZA, I.E.O.; ALMEIDA, J.A.G. Amamentação e enfermagem: análise descritiva e relevância da produção de pós-graduação. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.14,

n.1, p.107-12, jan./mar. 2006.

SILVA, M.V.M. *et al.* Conhecimento de puérperas acerca da amamentação: estudo descritivo. **OBJN**. v.8, n.3. 2009.

SILVA, T.P.; TOCCI, H.A. Efeitos obstétricos, fetais e neonatais relacionados ao uso de drogas, álcool e tabaco durante a gestação. **Rev Enferm UNISA** v.3, p.50-6. 2002.

TOKAT, M.A.; OKUMUŞ, H.; DENNIS, C.L. Translation and psychometric assessment of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form among pregnant and postpartum women in Turkey. **Midwifery**. v.26, p.101-108. 2010.

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**, Rio de Janeiro, v.24, n.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.

WILHELM, S.; *et al.* The relationship between breastfeeding test weights and postpartum breastfeeding rates. **J Hum Lact** v.26, n.2, p.168-174. 2010.

WUTKE, K.; DENNIS, C.L. The reliability and validity of the Polish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: translation and psychometric assessment. **Int J Nurs Stud**. v.44, p.1439-1446. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.08.001>

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

ANEXOS

Anexo A - Escala de Autoeficácia na Amamentação: Forma Abreviada

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PESQUISA: AUTOEFICÁCIA DE AMAMENTAÇÃO DE PUÉRPERAS EM ALOJAMENTO CONJUNTO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Pesquisador responsável: Enfª Profª Drª Stela Maris de Mello Padoin

Mestranda: Enfª Andressa Peripolli Rodrigues

Escala de Autoeficácia na Amamentação: Forma Abreviada

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

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

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

Fonte: DODT, R.C.M. Aplicação e Validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF). 2008. 102f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

Anexo B – Autorização

Termo de Autorização de Autores



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Rua Alexandre Baraúna, 1115 - Rodolfo Teófilo - Fortaleza – CE / CEP: 60430-160

Fortaleza, 20 de julho de 2011.

Eu, Regina Cláudia Melo Dodt, Enfermeira – Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFC autoriza a utilização da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form* (BSES-SF), traduzida e validada, presente no anexo de minha dissertação intitulada: “Aplicação e Validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES – SF) em Puérperas”.

Msc. Regina Cláudia Melo Dodt

Anexo C - Carta de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria

 MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243 
---	--

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Autoeficácia de Amamentação de Puérperas em Alojamento Conjunto de um Hospital Universitário

Número do processo: 23081.015122/2011-12

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0323.0.243.000-11

Pesquisador Responsável: Stela Maris de Mello Padoin

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Janeiro/ 2013 - Relatório final

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 08/11/2011

Santa Maria, 10 de Novembro de 2011



Félix A. Antunes Soares
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa-UFSM
Registro CONEP N. 243.

Anexo D - Instrumento de Coleta de Dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

GRUPO DE PESQUISA: CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS FAMILIAS E SOCIEDADE

PESQUISA: AUTOEFICÁCIA DE AMAMENTAÇÃO DE PUÉRPERAS EM ALOJAMENTO CONJUNTO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.

Pesquisador responsável: Enfª Profª Drª Stela Maris de Mello Padoin; Mestranda: Enfª Andressa Peripolli Rodrigues

Data da coleta: ____/____/____	Coletador: _____ CPF: _____	Nº do instrumento: _____
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------

PARTE I- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, DEMOGRÁFICOS, ECONÔMICOS E SOCIAIS

SAME: _____		
Eu vou iniciar esta conversa fazendo algumas perguntas a respeito dos seus dados pessoais.		
Data de Nascimento?	1	____/____/____
Como você se classifica a respeito de sua cor ou raça?	2	1 () Preta/negra 2 () Parda 3 () Branca 4 () Amarela 5 () Indígena
Em que município você reside [mora]?	3	1 () Santa Maria/RS 2 () Outro: _____
Qual o seu estado civil?	4	1 () Solteira 2 () Casada/União Estável 3 () Divorciada 4 () Viúva
Qual a sua escolaridade?	5	1 () Analfabeto funcional (sabe ler e escrever, mas não frequentou a escola ou não sabe ler, nem escrever e não frequentou a escola, porém sabe identificar letras, números, etc.) 2 () EF incompleto 3 () EF completo 4 () EM incompleto 5 () EM completo 6 () ES incompleto 7 () ES completo 8 () Ensino profissionalizante 9 () Pós-graduação
Qual a sua renda familiar?	6	1 () < que 1 SM (< R\$ 545,00) 2 () 1 a 3 SM (R\$ 545,00 e R\$ 1.635,00) 3 () > que 3 SM (> que R\$ 1.635,00)
Quantas pessoas vivem com essa renda [incluindo você e seu filho (a)]?	7	1 () 2 pessoas 2 () 3 pessoas 3 () 4 pessoas 4 () 5 pessoas 5 () 6 ou mais pessoas
Qual o seu trabalho?	8	1 () Nenhum 2 () Sem carteira de trabalho assinada. Qual? _____ 3 () Com carteira de trabalho assinada. Qual? _____
Você é/foi fumante?	9	1 () Não 2 () Fumante Passiva[reside ou trabalha no mesmo ambiente que outros fumantes] 3 () Ex-fumante 4 () Deixei de fumar por causa da gravidez 5 () Sim
Você ingere bebida alcoólica?	10	1 () Não 2 () Deixei de beber por causa da gravidez 3 () Sim, raramente 4 () Sim, só nos fins de semana 5 () Sim, frequentemente
Você usa algum tipo de drogas?	11	1 () Não 2 () Deixei de usar por causa da gravidez 3 () Sim, raramente 4 () Sim, só nos fins de semana 5 () Sim, frequentemente. Qual? _____

PARTE II – ESCALA DE AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO: FORMA ABREVIADA

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

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

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

PARTE III – GRAVIDEZ E PUERPÉRIO ATUAL

As perguntas que farei a partir de agora estão relacionadas a sua gravidez e pós-parto atual.			
Você tinha quantas semanas de gestação quando esse bebê nasceu?	12	1 () Pré-termo (< ou = que 36 semanas e 6 dias) 2 () A termo (37 a 41 semanas e 6 dias) 3 () Pós-termo (> ou = que 42 semanas)	
Você realizou pré-natal?	13	1 () Sim 2 () Não (passe para a questão 14)	
Você realizou quantas consultas [de pré-natal]?	13a	1 () 1 a 3 consultas 2 () De 4 a 6 consultas 3 () Mais que 6 consultas	
Você recebeu orientação sobre aleitamento materno durante esse pré-natal?	13b	1 () Sim. Por quem? _____ 2 () Não	
Esse bebê nasceu de parto vaginal ou cesárea?	14	1 () Vaginal 2 () Cesárea	
Quanto tempo [em horas] após o parto você teve contato com o bebê?	15	1 () Na primeira hora 2 () Após a primeira hora	
Quanto tempo [em horas] após o parto o bebê foi colocado para sugar o seu peito?	16	1 () Na primeira hora 2 () Após a primeira hora	
Você recebeu orientações sobre amamentação após o nascimento desse bebê?	17	1 () Sim. Por quem? _____ 2 () Não	

PARTE IV - ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Vamos continuar a conversa conforme a pergunta a seguir.		
Você tem outros filhos antes desse?	18	1 () Sim 2 () Não
Se a resposta foi NÃO , agradecer a participação e colaboração da puérpera.		
Se a resposta foi SIM [ou seja, ela possui outros filhos], continuar a conversa. Vamos lembrar agora das gestações anteriores a essa.		
Quantos filhos você tem antes desse [que nasceram vivos]?	18a	1 () Um 2 () Dois 3 () Três 4 () Quatro 5 () Mais de quatro
Você teve algum problema de saúde durante a(s) gestação(ões) anterior(es)?	18b	1 () Nenhum 2 () Pré-eclâmpsia 3 () Diabetes Gestacional 4 () Placenta Prévia 5 () Ameaça de Aborto 6 () Polidrâmnio 7 () Descolamento Prematuro de Placenta 8 () Outros: _____
Você teve <u>vivência de amamentar</u> algum filho anterior a esse?	18c	1 () Sim 2 () Não (passe para questão 18h)
Amamentou algum dos filho(s) <u>exclusivamente</u> [só com o leite do peito, sem oferecer água, chás ou complementos] ?	18d	1 () Sim 2 () Não (pule para questão 18f)
Quanto <u>tempo</u> amamentou exclusivamente?	18e	1 () Menos de 1 mês 2 () 1 mês 3 () Entre 1 e 2 meses 4 () Entre 2 e 4 meses 5 () Entre 5 e 6 meses
Quando você amamentou [de modo exclusivo ou não] quais foram os principais motivos para amamentar seus filhos?	18f	1() Desejo de amamentar 2() Apoio do companheiro, mãe e outros familiares 3() Apoio dos profissionais de saúde 4() Influência cultural 5() Experiência ou vivência positiva anterior de AM 6() Preocupação com sua saúde 7() Preocupação com a saúde do seu filho(a) 8() Outros: _____
Gostou de amamentar?	18g	1() Sim. Por quê? _____ _____ _____ 2() Não. Por quê? _____ _____ _____
Quais foram os principais motivos que levaram você a <u>NÃO</u> amamentar seus filhos?	18h	1() Não desejava amamentar 2() Falta de apoio do companheiro, mãe e outros familiares 3() Falta de apoio dos profissionais de saúde 4() Influência cultural 5() Não tinha experiência ou vivências anteriores 6() Relacionados ao trabalho 7() Desconforto ou dor 8() Ingurgitamento, fissura ou mastite 9() Estética 10() Outros: _____

Para finalizar, agradecer a participação e colaboração da puérpera!

Anexo E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PESQUISA: AUTOEFICÁCIA DE AMAMENTAÇÃO DE PUÉRPERAS EM ALOJAMENTO CONJUNTO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Pesquisador responsável: Enf^a Prof^a Dr^a Stela Maris de Mello Padoin (55)99713143

Mestranda: Enf^a Andressa Peripolli Rodrigues (55)99350450; laboratório de pesquisa GP-PEFAS/UFSM (55)3220-8938

Local da coleta de dados: Unidade Toco-ginecológica do Hospital Universitário de Santa Maria

Prezada Senhora:

Você está sendo convidada a participar desse estudo de forma voluntária. Antes de concordar em participar e responder as questões, é importante que você compreenda as informações contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes de você decidir participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito no atendimento hospitalar.

Objetivos do estudo: Identificar a percepção de autoeficácia de amamentação das puérperas internadas em Alojamento Conjunto no Hospital Universitário de Santa Maria e relacionar a percepção de autoeficácia de amamentação das puérperas internadas em Alojamento Conjunto com as variáveis socioeconômicas, demográficas e obstétricas; analisar as dificuldades das puérperas na prática do AM; e propor estratégias para a promoção e manutenção do AM para além do puerpério.

Procedimentos. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as questões de uma escala e um formulário.

Benefícios. Os benefícios da pesquisa para você serão indiretos, pois permitirá que, ao identificar a autoeficácia de amamentação, desencadeie reflexões dos profissionais de saúde para promoção do AM, prevenção do desmame e apoio às mães para amamentarem seus filhos. Ainda, você se beneficiará diretamente pela oportunidade de também refletir a respeito das suas vivências/experiências e decisões, que pode ser objeto de demandas e de diálogo no processo assistencial. As dúvidas serão esclarecidas pela pesquisadora ou pelos profissionais do serviço.

Riscos. Responder a escala e o formulário poderá expor você a riscos como cansaço e desconforto por estar no puerpério imediato e por relembrar situações de amamentação que podem mobilizar seus sentimentos. Caso aconteça um profissional do HUSM irá conversar com você, conforme já acordado.

Sigilo. As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis e sua identidade ficará protegida.

Acesso a informações: em caso de dúvidas a respeito do estudo, poderá telefonar a cobrar para a mestranda Andressa Peripolli Rodrigues (55-9935-0450), para a pesquisadora responsável Prof^a Dr^a Stela Maris de Mello Padoin (55-9971-3143) ou para o laboratório de pesquisa GP-PEFAS/UFSM/RS/BR (55)3220-8938

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, concordo em participar desta pesquisa.
Santa Maria ____, de _____ de 2012.

Assinatura da puérpera

Stela Maris de Mello Padoin
Pesquisador responsável- orientadora

Andressa Peripolli Rodrigues
Mestranda

Anexo F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Responsável Legal pela Adolescente

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PESQUISA: AUTOEFICÁCIA DE AMAMENTAÇÃO DE PUÉRPERAS EM ALOJAMENTO CONJUNTO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Pesquisador responsável: Enf^a Prof^a Dr^a Stela Maris de Mello Padoin (55)99713143

Mestranda: Enf^a Andressa Peripolli Rodrigues (55)99350450; laboratório de pesquisa GP-PEFAS/UFSM (55)3220-8938

Local da coleta de dados: Unidade Toco-ginecológica do Hospital Universitário de Santa Maria

Prezado (a) Senhor (a):

Você não é obrigado a autorizar a participação da adolescente na pesquisa. Depois da sua autorização, a adolescente será consultada se quer participar do estudo. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes de você decidir participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios os quais sua filha tenha direito no atendimento hospitalar.

Objetivos do estudo: Identificar a percepção de autoeficácia de amamentação das puérperas internadas em Alojamento Conjunto no Hospital Universitário de Santa Maria e relacionar a percepção de autoeficácia de amamentação das puérperas internadas em Alojamento Conjunto com as variáveis socioeconômicas, demográficas e obstétricas; analisar as dificuldades das puérperas na prática do AM; e propor estratégias para a promoção e manutenção do AM para além do puerpério.

Procedimentos. A participação da sua filha nesta pesquisa consistirá em responder as questões de uma escala e um formulário.

Benefícios. Os benefícios da pesquisa para ela serão indiretos, pois permitirá que, ao identificar a autoeficácia de amamentação, desencadeie reflexões dos profissionais de saúde para promoção do AM, prevenção do desmame e apoio às mães para amamentarem seus filhos. Ainda, ela se beneficiará diretamente pela oportunidade de também refletir a respeito das suas vivências/experiências e decisões, que pode ser objeto de demandas e de diálogo no processo assistencial. As dúvidas serão esclarecidas pela pesquisadora ou pelos profissionais do serviço.

Riscos. Responder a escala e o formulário poderá expor a adolescente a riscos como cansaço e desconforto por estar no puerpério imediato e por relembrar situações de amamentação que podem mobilizar seus sentimentos. Caso aconteça um profissional do HUSM irá conversar com ela, conforme já acordado.

Sigilo. As informações fornecidas por ela terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis e sua identidade ficará protegida.

Acesso a informações: em caso de dúvidas a respeito do estudo, poderá telefonar a cobrar para a mestranda Andressa Peripolli Rodrigues (55-9935-0450), para a pesquisadora responsável Prof^a Dr^a Stela Maris de Mello Padoin (55-9971-3143) ou para o laboratório de pesquisa GP-PEFAS/UFSM/RS/BR (55)3220-8938

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, autorizo a participação de _____ nesta pesquisa.

Santa Maria ____, de _____ de 2012.

Assinatura do responsável legal pela adolescente

Stela Maris de Mello Padoin
Pesquisador responsável- orientadora

Andressa Peripolli Rodrigues
Mestranda

**Anexo G - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE)
Adolescente a qual o Responsável Legal Consentiu**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
**PESQUISA: AUTOEFICÁCIA DE AMAMENTAÇÃO DE PUÉRPERAS EM ALOJAMENTO
CONJUNTO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Pesquisador responsável: Enf^a Prof^a Dr^a Stela Maris de Mello Padoin (55)99713143

Mestranda: Enf^a Andressa Peripolli Rodrigues (55)99350450; laboratório de pesquisa GP-PEFAS/UFSM (55)3220-8938

Local da coleta de dados: Unidade Toco-ginecológica do Hospital Universitário de Santa Maria

Prezada Senhora:

Você está sendo convidada a participar desse estudo de forma voluntária. Antes de concordar em participar e responder as questões, é importante que você compreenda as informações contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes de você decidir participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito no atendimento hospitalar.

Objetivos do estudo: Identificar a percepção de autoeficácia de amamentação das puérperas internadas em Alojamento Conjunto no Hospital Universitário de Santa Maria e relacionar a percepção de autoeficácia de amamentação das puérperas internadas em Alojamento Conjunto com as variáveis socioeconômicas, demográficas e obstétricas; analisar as dificuldades das puérperas na prática do AM; e propor estratégias para a promoção e manutenção do AM para além do puerpério.

Procedimentos. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as questões de uma escala e um formulário.

Benefícios. Os benefícios da pesquisa para você serão indiretos, pois permitirá que, ao identificar a autoeficácia de amamentação, desencadeie reflexões dos profissionais de saúde para promoção do AM, prevenção do desmame e apoio às mães para amamentarem seus filhos. Ainda, você se beneficiará diretamente pela oportunidade de também refletir a respeito das suas vivências/experiências e decisões, que pode ser objeto de demandas e de diálogo no processo assistencial. As dúvidas serão esclarecidas pela pesquisadora ou pelos profissionais do serviço.

Riscos. Responder a escala e o formulário poderá expor você a riscos como cansaço e desconforto por estar no puerpério imediato e por relembrar situações de amamentação que podem mobilizar seus sentimentos. Caso aconteça um profissional do HUSM irá conversar com você, conforme já acordado.

Sigilo. As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis e sua identidade ficará protegida.

Acesso a informações: em caso de dúvidas a respeito do estudo, poderá telefonar a cobrar para a mestranda Andressa Peripolli Rodrigues (55-9935-0450), para a pesquisadora responsável Prof^a Dr^a Stela Maris de Mello Padoin (55-9971-3143) ou para o laboratório de pesquisa GP-PEFAS/UFSM/RS/BR (55)3220-8938

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, concordo em participar desta pesquisa.
Santa Maria _____, de _____ de 2012.

Assinatura da adolescente

Stela Maris de Mello Padoin
Pesquisador responsável- orientadora

Andressa Peripolli Rodrigues
Mestranda

Anexo H - Termo de Confidencialidade dos Dados (TCD)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PESQUISA: AUTOEFICÁCIA DE AMAMENTAÇÃO DE PUÉRPERAS EM ALOJAMENTO CONJUNTO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Pesquisador responsável: Enf^a Prof^a Dr^a Stela Maris de Mello Padoin (55)99713143

Mestranda: Enf^a Andressa Peripolli Rodrigues (55)99350450; laboratório de pesquisa GP-PEFAS/UFSM (55)3220-8938

Local da coleta de dados: Unidade Toco-ginecológica (2^a andar) do Hospital Universitário de Santa Maria

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados diretamente com as puérperas internadas por meio de um formulário que visa identificar a percepção de autoeficácia de amamentação e de um formulário para caracterizar socioeconômica, demográfica e clínica. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas para execução desse projeto e composição de banco de dados. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na sala 1336, no Departamento de Enfermagem, prédio 26 do Centro de Ciências da Saúde, no período de cinco anos, sob a responsabilidade da Pesquisadora responsável Enf^a Prof^a Dr^a Stela Maris de Mello Padoin. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em 08/11/2011, com o número do CAAE 0323.0.243.000-11.

Santa Maria, 14 de outubro de 2011

Stela Maris de Mello Padoin

RG: 1004015853