

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOCÊNCIAS E SAÚDE - MESTRADO

GÉCICA GRACIELI WUST DE MORAES

**AMAMENTAÇÃO NA PERCEPÇÃO DAS MÃES NOS PRIMEIROS SEIS MESES
DE VIDA**

CASCAVEL-PR

Março/2019

GÉCICA GRACIELI WUST DE MORAES

**AMAMENTAÇÃO NA PERCEPÇÃO DAS MÃES NOS PRIMEIROS SEIS MESES
DE VIDA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Biociências e Saúde-Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial da obtenção do título de mestre em Biociências e Saúde.

Área de concentração: Práticas e Políticas de Saúde

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a Claudia Silveira Viera

CASCADEL-PR

Março/2019

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

De Moraes, Gécica Gracieli Wust
Amamentação na percepção da mães nos primeiros seis meses de vida / Gécica Gracieli Wust De Moraes; orientador(a), Claudia Silveira Vieira, 2019.
135 f.

Dissertação (mestrado), Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Cascavel, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, 2019.

1. Aleitamento Materno. 2. Autoeficácia. 3. Comportamento Materno. 4. Enfermagem Materno- Infantil. I. Vieira, Claudia Silveira. II. Título.



Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Campus de Cascavel CNPJ 78880337/0002-65
Rua Universitária, 2069 - Jardim Universitário - Cx. P. 000711 - CEP 85819-110
Fone:(45) 3220-3000 - Fax:(45) 3324-4566 - Cascavel - Paraná



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO

GÉCICA GRACIELI WUST DE MORAES

Amamentação na percepção das mães nos primeiros seis meses de vida.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde em cumprimento parcial aos requisitos para obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde, área de concentração Biologia, Processo Saúde-doença e Políticas de Saúde, linha de pesquisa Práticas e Políticas de Saúde, APROVADO(A) pela seguinte banca examinadora:

Orientador(a) - Claudia Silveira Viera

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Cascavel (UNIOESTE)

Gicelle Galvan Machineski

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Cascavel (UNIOESTE)

Marialda Moreira Christoffel

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Cascavel, 1 de março de 2019

Dedico esse estudo a minha família; aos meus pais, que não tiveram oportunidade de estudo e que dedicaram suas vidas para que seus filhos tivessem; aos meus irmãos, que vibram a cada conquista minha; ao meu esposo, que esteve ao meu lado em toda essa trajetória.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por conceder-me sabedoria nas escolhas dos melhores caminhos, coragem para acreditar, força para não desistir e proteção para me amparar.

À Prof.^a Dr.^a Claudia, orientadora desta pesquisa, a quem tenho profundo respeito e admiração desde minha graduação, não só pelo seu exemplo de profissional, mas pelo amor com o qual se dedica a tudo o que faz. Obrigada pela sua paciência, por compartilhar seu conhecimento, pela sua disponibilidade e por acreditar em meu potencial.

Ao André, meu esposo, pelo amor e carinho, pela paciência para entender minhas ausências e pela força com a qual me impulsionou na direção deste sonho.

A minha família pelo apoio, confiança e motivação incondicional.

Às professoras Gicelle e Marialda que, que fizeram parte da minha banca de qualificação e defesa, pelas contribuições.

A Daiane, minha amiga e companheira dessa trajetória de estudos, pelo incentivo e pela parceria.

À equipe de pesquisa, pelo auxílio durante a coleta de dados.

A todo o corpo docente do Mestrado em Biociências e Saúde, que contribuiu para minha formação.

Às nutrízes e a seus pequenos, que aceitaram fazer parte deste estudo, pois sem eles não seria possível ter o desfecho encontrado.

RESUMO

No Brasil, a prevalência da amamentação exclusiva é menor que 50%, sendo necessário estimular as mães para aumentar a duração dessa prática. Portanto, devem-se desvelar as facetas que podem interferir na promoção do Aleitamento Materno Exclusivo (AME), como na autoconfiança para o Aleitamento Materno (AM). Para tanto, o profissional de saúde deve conhecer como a puérpera se sente para o manejo do AM. Objetivou-se, então, identificar a percepção materna relacionada à confiança em amamentar nos primeiros seis meses após o parto. Estudo quali e quantitativo, de coorte prospectivo, desenvolvido junto a puérperas que tiveram seus filhos a termo, no período de julho a outubro de 2017, em hospital público do Oeste do Paraná, acompanhadas até o sexto mês após a alta da maternidade. A coleta de dados ocorreu em duas fases: na primeira, a *etapa quantitativa*, aconteceu logo após o nascimento do bebê, no puerpério mediato, entre 24 e 48 horas após o parto, sendo aplicado formulário de dados sociodemográficos e a escala de autoeficácia para o AM a 158 puérperas; no seguimento, até seis meses após o parto, foi realizado o acompanhamento por meio de contato telefônico, com o objetivo de se manter vínculo com a participante, no primeiro e terceiro mês pós parto e por uma visita domiciliar no sexto mês, quando novamente foi aplicada a escala de autoeficácia a 128 participantes. Na segunda fase, na etapa qualitativa, foram sorteadas 22 puérperas para participarem de entrevista em profundidade. Dados quantitativos foram analisados por tratamento estatístico e os qualitativos mediante análise de conteúdo do tipo temática. A maioria das puérperas atendia as seguintes características: era casada/união estável (89,24%), de raça branca (82,9%), com idade entre 18 e 25 anos (46,20%) e renda familiar de um a dois salários mínimos (36,07%), tinha ensino médio completo (38,6%), teve partos normais (51,2%), amamentara anteriormente (60%) e mantinha AME no sexto mês (45,3%). A escala de autoeficácia para o AM mostrou consistência interna elevada ($\alpha = 0,9481$), sendo que as puérperas, em sua maioria, apresentaram alta eficácia para o AM desde o nascimento de seus bebês. Evidenciou-se associação estatisticamente significativa pela regressão logística entre AME e alto escore nas questões da escala de autoeficácia relativas ao uso de fórmula láctea como suplemento e da troca de peito na mesma mamada ($X^2=1,374$). O AME até o sexto mês foi associado significativamente com a presença de companheiro ($p=0,043$), por não trabalhar fora de casa ($p=0,020$), e com renda familiar de até um salário mínimo ($p=0,044$). As categorias temáticas referem-se à percepção materna sobre o ato de amamentar, à confiança em amamentar e às vivências com o aleitamento da alta até o sexto mês. A escala de autoeficácia para o AM mostrou-se medida válida e confiável da confiança materna para a amamentação, que pode contribuir para que profissionais da saúde diagnostiquem precocemente as puérperas com risco para desmame precoce. Assim, podem auxiliá-las para melhorarem sua autoeficácia e, conseqüentemente, contribuir para melhorar a prevalência de AME. Contudo, quando se deu voz às nutrizes, observou-se que a associação entre dados quali e quantitativos, possibilitou identificar aspectos que a escala não dimensiona, entendendo que somente avaliar os escores relativos à confiança materna para amamentar o filho não são suficientes para promover o AME. Portanto, a associação da referida escala ao cuidado integral e individualizado à puérpera possibilitará abordagem ampliada para o manejo do AM pelos profissionais de saúde.

Palavras-chaves: Enfermagem Materno-Infantil. Comportamento materno. Aleitamento materno. Autoeficácia.

ABSTRACT

In Brazil, the predominance of exclusive breastfeeding (BF) is less than 50%, thus being necessary to encourage mothers to increase the duration of this practice. Therefore, it is essential to reveal the facets that can interfere in the promotion of exclusive BF, as in the self-confidence for breastfeeding (BF). For this purpose, the health professional must know how the woman feels about the breastfeeding management. Accordingly, the objective was to identify the maternal perception related to their confidence in breastfeeding. Qualitative and quantitative study of a prospective cohort developed with women who had their children in the period from July to October of 2017, in a university hospital in the West of Paraná State. These women were followed up until the sixth month after the maternity discharge. The data collection happened in two stages: in the first, the quantitative stage, which happened right after the baby's birth, between 24 and 48 hours after the delivery, a sociodemographic data form and the self-efficacy scale for BF were applied to 158 women; in the following, up to six months after the delivery, the follow-up was done by telephone contact, in order to maintain ties with the participant, in the first and third month, and by a home visit in the sixth month, when the self-efficacy scale was reapplied to 128 participants. In the second stage, in the qualitative stage, 22 women were selected by lot to participate in the in-depth interview. Quantitative data were analyzed by statistical treatment and the qualitative data were analyzed using thematic content analysis. Most of the puerperal women met the following characteristics: were married/stable union (89.24%), white people (82.9%), aged between 18 and 25 years old (46.20%) and family income of one to two minimum wages (36.07%), had finished high school (38.6%), had vaginal delivery (51.2%), had breastfed previously (60%) and kept the exclusive BF in the sixth month (45.3%). The self-efficacy scale for BF showed high internal consistency ($\alpha = 0.9481$), providing that the majority women presented high efficacy for BF since their babies' birth. A statistically significant association was evidenced by the logistic regression between exclusive BF and high score in the self-efficacy scale questions regarding the use of infant formula as a supplement and breast exchange in the same feeding ($X^2 = 1.374$). Exclusive BF was significantly associated with the presence of a partner up to the sixth month ($p = 0.043$), considering that the partner does not work out ($p = 0.020$), and with a family income of up to a minimum wage ($p = 0.044$). The thematic categories refer to the material perception about the act of breastfeeding, breastfeeding confidence and to the experiences with breastfeeding up to the sixth month. The self-efficacy scale for breastfeeding has proven to be a valid and reliable measure of maternal confidence in breastfeeding, which may help health professionals precociously diagnose preterm puerperal women at risk of early weaning. Thus, they can help them improve their self-efficacy and, consequently, contribute to improving the prevalence of exclusive BF. However, when the nursing mothers were given voice, it was observed that the association between qualitative and quantitative data allowed aspects that the scale does not size to be identified, comprehending that only the scores related to maternal confidence to breastfeed the child are not sufficient to promote the exclusive BF. Therefore, the association of the referred scale to the full-time and individual care of these puerperal women will allow a broad breastfeeding approach management by the health professionals.

Keywords: Maternal and Child Nursing. Maternal behavior. Breastfeeding. Self-efficacy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Representação da relação condicional entre expectativas de eficácia e expectativas de resultados.....	26
Figura 2 - Teoria da Aprendizagem Social	28
Figura 3 - Mapa das Regiões de Cascavel-PR.....	31
Figura 4 - Fluxograma de amostra do estudo.....	34
Quadro 1 - Aspectos avaliados na BSES-SF conforme as categorias	36
Figura 5 - Análise de Correlação entre o somatório das respostas dos questionários aplicados ao nascimento e aos seis meses. Cascavel, PR-Brasil, 2018	99
Figura 6 - Curva ROC para o modelo de regressão logística binária com fatores preditivos a associação da amamentação exclusiva. Cascavel, PR-Brasil, 2018	102

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos dados sociodemográficos de acordo com a Região das puérperas no pós-parto mediato. (n=158). Cascavel-PR, Brasil, 2018	88
Tabela 2 - Medianas e intervalor interquartílicos das variáveis quantitativas por região coletada. (n=158). Cascavel-PR, Brasil, 2018.....	92
Tabela 3 - Correlação entre os escores obtidos na escala BSES ao nascimento (n=158) e aos seis meses (n=128). Cascavel-PR, Brasil, 2018	94
Tabela 4 - Variáveis sociodemográficas em relação à amamentação exclusiva ao sexto mês. Cascavel-PR, Brasil, 2018	96
Tabela 5 - Variáveis quantitativas acerca da gestação e parto em relação à amamentação exclusiva ao sexto mês. Cascavel, PR-Brasil, 2018.....	98
Tabela 6 - Mediana dos escores finais da BSES-SF aplicado no momento do nascimento e aos 6 meses. Intervalo interquartílico (1° e 3° Quartis), P-valor do Teste de Mann-Whitney-U. Cascavel, PR-Brasil, 2018	98
Tabela 7 - Frequência das classificações do instrumento de avaliação de auto eficácia nos dois momentos de aplicação do questionário. Cascavel, PR-Brasil, 2018	99
Tabela 8 - Consistência interna da escala BSES-Short Form. Cascavel, PR-Brasil, 2018	100
Tabela 9 - Parâmetros obtidos para o modelo criado por meio da aplicação de regressão logística com o intuito de encontrar os fatores associados entre as questões e a duração da amamentação. Cascavel, PR-Brasil, 2018	101

LISTA DE ABREVIATURAS

AM	-	Aleitamento Materno
AME	-	Aleitamento Materno Exclusivo
APS	-	Atenção Primária a Saúde
BSES-SF	-	<i>Breastfeeding Self-EfficacyScale-ShortForm</i> / Escala de Autoeficácia para o Aleitamento Materno – forma abreviada
Dr. ^a	-	Doutora
HIV	-	<i>HumanImmunodeficiencyvirus</i> / Vírus da Imunodeficiência Humana
HTLV-I	-	<i>Human T-cellLymphotropicVirus</i> type I / Vírus linfotrópico de células T humanos tipo I
HTLV-II	-	<i>Human T-cellLymphotropicVirus</i> type II / Vírus linfotrópico de células T humanos tipo II
HUOP	-	Hospital Universitário do Oeste do Paraná
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	-	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
RAS	-	Redes de Atenção à Saúde
ROC	-	<i>ReceiverOperatingCharacteristic</i>
Scielo	-	<i>ScientificElectronic Library Online</i>
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UEL	-	Universidade de Londrina
UFRJ	-	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNIOESTE	-	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
USF	-	Unidade de Saúde da Família
UTI	-	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	-	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VD	-	Visita domiciliar
WHO/OMS	-	<i>World Health Organization</i> / Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	18
2.1	Objetivo Geral.....	18
2.2	Objetivos Específicos.....	18
3	REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1	Aleitamento Materno.....	19
3.2	Autoeficácia materna para o Aleitamento	25
4	METODOLOGIA	30
4.1	Tipo de estudo	30
4.2	Local do estudo.....	31
4.3	População e amostra do estudo	32
4.4	Técnicas de coleta de dados	35
4.5	Análise dos dados.....	37
4.6	Aspectos Éticos	40
5	RESULTADOS	41
5.1	Artigo 1: Autoeficácia para o aleitamento materno exclusivo, a ser enviado ao Jornal de Pediatria.	41
5.1	Artigo 2: A confiança da nutriz para o aleitamento materno no sexto mês de vida da criança, a ser enviado a Revista Colombiana de Psicologia.....	57
6	CONCLUSÃO GERAL	74
	REFERÊNCIAS	76
	APÊNDICE A –INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	84
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	86
	APÊNDICE C – RESULTADOS DA ETAPA QUALI E QUANTITATIVA DESCRITIVO	87
	ANEXO A – ESCALA DE AUTO EFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO	117
	ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DA AUTORA PARA USO DA BSES-SF	118
	ANEXO C –PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	119
	ANEXO D – NORMAS DO JORNAL DE PEDIATRIA – INSTRUÇÕES AOS AUTORES	120

ANEXO E – NORMAS DA REVISTA COLOMBIANA DE PSICOLOGIA	130
---	------------

1 INTRODUÇÃO

O Aleitamento materno (AM) é estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança, com repercussões em sua habilidade de se defender de infecções, no seu estado nutricional, em sua fisiologia e no seu estado cognitivo e emocional, além de representar desdobramentos positivos nas condições físicas e psíquicas para quem amamenta (BRASIL, 2009a).

Apesar do conhecimento desses benefícios, a taxa de Aleitamento Materno Exclusivo (AME), de acordo com a II pesquisa de prevalência de aleitamento materno no Brasil, realizada de 1999 a 2008, é de apenas 41%. Salienta-se que, na região sul, esse dado ficou em 43,9% e, especificamente em Curitiba, 46,1% das crianças estavam em AME até os seis meses de vida (BRASIL, 2009). Um estudo recente de Boccoliniet (2017) mostrou as tendências de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas e apontou ascendência até 2006, com estabilização dos indicadores a partir dessa data, considerando um sinal de alerta que sucinta a avaliação e revisão das políticas de programas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

Para promover o AM, o Brasil implantou políticas voltadas a sua promoção, a exemplo da Política Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, que está organizada de acordo com as seguintes estratégias: o incentivo ao aleitamento materno na Atenção Primária a Saúde (APS) por meio da Rede Amamenta e Alimenta Brasil e Rede Cegonha; a atenção hospitalar com a Rede Iniciativa hospital amigo da criança e o Método Canguru; as estratégias de política governamental de proteção ao AM, por meio da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano; o Código Internacional de Substitutos do Leite Materno na sua totalidade; a Norma Brasileira de Comercialização de Alimento a Lactentes; as ações de mobilização, como a Semana Mundial de Amamentação e as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (ARAÚJO et al., 2014; BRASIL, 2017).

No estado do Paraná, a política pública que tem como um de seus objetivos o incentivo ao AM é o Programa Rede Mãe-Paranaense, que teve sua implantação em 2012 e tem como objetivo garantir assistência no pré-natal com qualidade a todas as gestantes paranaenses, estratificando o risco e garantindo acompanhamento,

inclusive das crianças de risco, até o primeiro ano de vida, privilegiando também, em suas estratégias, o incentivo ao AM (PARANÁ, 2014).

Desse modo, o preparo para o aleitamento precisa acontecer durante o atendimento pré-natal, quando se faz necessário conversar sobre as vantagens da amamentação para a mulher, para a criança e para a família, além de orientar o manejo desse processo. Para organizar o atendimento à gestante no pré-natal, torna-se importante identificar o conhecimento, as crenças e as atitudes que a gestante tem em relação ao ato de amamentar, além de, caso tenha, suas experiências anteriores (BRASIL, 2012).

Essas ações de incentivo ao AM, que acontecem durante o pré-natal, devem ser continuadas após o parto. A Rede Mãe Paranaense orienta visita domiciliar à puérpera até o quinto dia após o parto. Porém, esse acompanhamento deve continuar com as consultas de rotina, e a equipe de saúde precisa estar preparada para reconhecer as dificuldades das mulheres e orientá-las de acordo com cada realidade, influenciando positivamente o processo e melhorando os indicadores de saúde relacionados à saúde da criança (BRASIL, 2016).

Logo após o trabalho de parto, ainda durante a hospitalização, as unidades integrantes da rede mãe-paranaense devem apoiar o aleitamento por meio de orientações e início da amamentação na primeira hora de vida da criança.

Embora com políticas de saúde que apoiem o AM, como o caso da Rede no estado do Paraná, as mães ainda referem dificuldades com o AM, o que acaba levando-as ao desmame precoce. As principais dificuldades reportadas são: o lugar onde elas vivem; as condições de saúde e as dificuldades referentes ao acesso ao sistema de saúde; a falta de informação; o excesso de trabalho doméstico; a volta ao trabalho fora da residência; dificuldades com a pega; o fato de ser uma prática intensa e provocar um cansaço físico; o fato de ter outros filhos para cuidar; e principalmente, as práticas populares e as crenças das nutrizes a julgamentos de seus familiares (“leite ser fraco, pouco e não sustentar”, “o bebê não quis pegar o peito”, “o leite materno não mata a sede do bebê”), os quais geram a falsa ideia da necessidade de oferecer outros alimentos, água e chás para o recém-nascido (BRANDÃO et al., 2016; LIMA; SOUZA, 2013; QUEIROS et al, 2009, grifo nosso).

Dessa forma, abordar o AM abrange complexas dimensões, que envolvem desde o contexto individual da mulher, até o meio social em que está inserida. Assim,

a presente abordagem deve transcender o aspecto biológico e técnico dado na maioria das vezes, pelos profissionais da saúde e envolver as demais dimensões por meio de políticas de trabalho que favoreçam a mulher nutriz a prolongar a duração do aleitamento materno, bem como de políticas econômicas que promovam incentivos ao AM em detrimento de fórmulas infantis e ainda do apoio da mídia, com marketings que visem a estimular essa prática.

Diante dessa complexidade, torna-se importante desenvolver estudos que explorem as percepções de nutrizas na vivência do AM nos seis primeiros meses de vida do filho, com destaque para o necessário papel interdisciplinar para o cuidado integral da mãe e do seu filho nesta fase de suas vidas.

É preciso, então, compreender, segundo a percepção materna, como elas se sentem em relação à amamentação e se estão preparadas para amamentar. Assim, o profissional de saúde pode, nas consultas de pré-natal, avaliar a autoeficácia materna para seu empoderamento no processo de amamentação. No entanto, essa avaliação deve ser norteada por critérios reconhecidos e validados para tal fim.

Dennis, enfermeira canadense, no ano de 1999, fundamentou-se na teoria da autoeficácia de Bandura (1977), a fim de estudar a confiança da nutriz no aleitamento materno, e desenvolveu a escala de autoeficácia *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form* (BSES-SF), que foi validada no Brasil por Dodt (2008). Tal escala é considerada um instrumento que se destina a avaliar as expectativas pessoais da mulher que amamenta. Oriá (2008) define a escala como um instrumento confiável, válido e capaz de avaliar a percepção materna em relação a sua autoeficácia para a prática do aleitamento materno. Ainda relata que a utilização desta escala possui importantes implicações para os profissionais que atuam na assistência perinatal, pois lhes possibilita identificar fatores inerentes à amamentação, favorecendo ações de promoção à saúde materna e infantil.

Souza e Fernandes (2014), em seu estudo, apontou que o uso de uma escala de avaliação de autoeficácia na amamentação contribuiu para identificar as mães com maior fragilidade à não manutenção do AME. Com esse instrumento, o profissional de saúde, em especial o enfermeiro, pode promover intervenções direcionadas para as fragilidades apontadas pelas mães na referida escala. Sartorio et al. (2017) diz que é importante detectar e utilizar instrumentos para avaliação do aleitamento materno, pois estes qualificam as ações assistências.

Contudo, apesar da BSES-SF ter sido validada há quase dez anos no Brasil, sua utilização é restrita, não sendo amplamente divulgada e aplicada nos serviços de saúde durante as avaliações da gestante e/ou puérpera. Nesse contexto, por meio da aplicação da escala no município de Cascavel, no Paraná, buscar-se-á identificar junto às mães como estas percebem sua confiança para promover o aleitamento materno exclusivo ao filho.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar e analisar a percepção materna relacionada à confiança em amamentar nos primeiros seis meses após o parto.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar as nutrizes quanto aos determinantes sociodemográficos, reprodutivos e escores de autoeficácia.

Correlacionar os escores da BSES-SF com os dados sociodemográficos maternos.

Compreender a nutrizes das puérperas para o aleitamento materno no sexto mês de vida da criança.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Para embasamento desta pesquisa, realizou-se revisão narrativa da literatura acerca da temática em estudo. Utilizou-se, como fonte, as bases de dados eletrônicas *Scientific Electronic Library Online (Scielo)* e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (*LILACS*). Os descritores utilizados para a busca do material foram: aleitamento materno, percepção, pré-natal, pós-parto, *Breastfeeding Self-Efficacy*. Para a seleção dos artigos, considerou-se a sua disponibilidade de acesso na íntegra e os idiomas inglês, espanhol e português.

Os artigos analisados sintetizam informações correlacionadas aos objetivos propostos por este estudo e apoiam a construção do conhecimento para a compreensão do fenômeno estudado. Assim, os assuntos foram agrupados nos seguintes aspectos: aleitamento materno e autoeficácia materna para o aleitamento.

3.1 ALEITAMENTO MATERNO

O Aleitamento é mais do que um processo fisiológico, uma vez que se torna um momento de interação entre mãe e filho, repercutindo em benefícios para ambos. Sendo assim, a mãe deve sentir-se preparada e confiante para tal ato.

O leite materno é o alimento natural para os bebês, que fornece toda a energia e os nutrientes de que o recém-nascido precisa nos primeiros meses de vida e até um terço da energia necessária durante o segundo ano de vida. O leite materno contém linfócitos e imunoglobulinas que ajudam no sistema imune da criança, ao combater infecções, protegendo-a contra doenças crônicas infecciosas, e ainda promovendo o seu desenvolvimento sensor e cognitivo (SOUZA, 2010).

De acordo com o tipo, o aleitamento recebe uma denominação e definição específica: AME - quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos; aleitamento materno predominante - quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água

adocicada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais; aleitamento materno - quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos; aleitamento materno complementado - quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo (Nessa categoria, a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar); aleitamento materno misto ou parcial - quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2007).

O Ministério da Saúde, em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS) orienta o AM por dois ou mais anos, sendo que este deve ser exclusivo nos seis primeiros meses. Ressalta-se que a introdução de alimentos antes dos seis meses pode trazer prejuízos para saúde da criança (BRASIL, 2015).

Durante os seis primeiros meses, o AME garante todos os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento infantil, e seus benefícios são muitos para a mãe, para o bebê, e para a sociedade. Para a mulher, o aleitamento garante, à mulher, menor sangramento após o parto, o que reduz os índices de anemia, torna-se um efeito contraceptivo, favorece a recuperação mais rápida do peso, diminui a prevalência de câncer de ovário, endometriose e mama, melhora a homeostase da glicose, trazendo à mulher, dessa forma, proteção contra diabetes e menos fraturas por osteoporose (PARANÁ, 2016). Para o bebê, o aleitamento está relacionado aos índices de redução da mortalidade infantil; à proteção contra diarreia, infecções respiratórias, alergia, hipertensão, hipercolesterolemia e diabetes; à diminuição da obesidade; à promoção do crescimento e do desenvolvimento cognitivo e do desenvolvimento da cavidade bucal. Para a família, a instituição e a sociedade proporcionam economia com a alimentação do recém-nascido, pois possibilita a economia em consultas médicas, medicamentos, exames laboratoriais e hospitalizações; a redução de poluição ambiental e a melhoria da qualidade de vida das famílias, uma vez que as crianças amamentadas adoecem menos (PARANÁ, 2016).

Recomenda-se que a criança seja amamentada sem restrições de horários e de duração das mamadas, significando livre demanda. O tempo necessário para cada mamada varia de acordo com a interação da díade, a fome da criança e o tempo da

última mamada. Existem algumas situações especiais que impedem o aleitamento materno, sendo elas: mães infectadas com HIV; mães infectadas pelo *Human T-cell Lymphotropic Virustype I* (HTLV I) e *Human T-cell Lymphotropic Virustype II* (HTLV II); uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação; crianças portadoras de galactosemia, doença rara em que ela não pode ingerir leite humano. Além disso, o aleitamento pode ser interrompido provisoriamente em casos de: infecção herpética de mama, caso em que a amamentação deve ser mantida na mama sadia; varicela; doença de chagas - na fase aguda da doença ou até quando houver sangramento mamilar-; em caso de abscesso mamário - até que o abscesso tenha sido drenado e a antibioticoterapia, iniciada, sendo que a amamentação deve ser mantida na mama sadia. Em todos os casos, os profissionais devem estar preparados para amparar e orientar a nutriz (PARANÁ, 2016).

Wenzel e Souza (2011) determinaram a prevalência do AM nas macrorregiões brasileiras e ressaltaram que, independente da região, o número de mulheres que amamentam seus filhos até o 180º dia de vida é maior do que aquelas que continuam amamentando até um ano de vida. Porém, ao longo dos anos, a amamentação foi sofrendo várias intervenções com a valorização dos leites industrializados. Portanto, para que a prática do aleitamento materno tenha sucesso, é indispensável o apoio dos profissionais de saúde, auxiliando e cuidando das mães e crianças em processo de aleitamento (BUENO, 2013).

Também sobre essa temática, Galán et al. (2017) defendem que a educação materna sobre a amamentação durante o pré-natal é um fator essencial para a tomada de decisão da mãe em amamentar, bem como em manter a amamentação.

Broilo et al.(2013), em entrevista com mães sobre a percepção e as atitudes maternas, em relação às orientações dos profissionais de saúde, constataram que 50% das entrevistadas não seguiam as orientações dos profissionais da Atenção Primária a Saúde (APS) e, ainda, perceberam o grande percentual de mães que não relacionavam as práticas alimentares no primeiro ano de vida com desfechos em saúde para a criança.

Outro estudo aponta que, apesar de a maioria das nutrizes apresentarem conhecimento satisfatório sobre aleitamento materno, esse não é aplicado na prática da amamentação, pois algumas tiveram acesso ao conhecimento, mas não amamentaram, e outras amamentaram, porém não seguiram o preconizado pelo

Ministério da Saúde. Portanto, percebe-se a necessidade de revisão das ações de saúde, que não podem ser focadas apenas na transmissão de informações sobre o aleitamento, mas também no suporte e apoio para a prática da amamentação, desde o pré-natal até a fase de introdução de novos alimentos (SANTANA; BRITO; SANTOS, 2013).

Existem evidências de que as mães sentem necessidade de serem apoiadas desde o pré-natal até o puerpério, tanto pela família como pelos profissionais nos serviços de saúde, tendo como foco as dificuldades vivenciadas no decorrer do processo de amamentação. São apontados pelas mães os seus próprios sentimentos com relação ao aleitamento; a influência dos familiares no processo de aleitamento materno exclusivo; as dificuldades na amamentação; as informações recebidas nos diferentes setores de saúde e o apoio recebido dos profissionais de saúde. Emerge a importância de avaliar a qualidade da comunicação dos profissionais com as pacientes, pois evidenciou-se a dificuldade de compreensão, com relação ao AME e ao aleitamento materno (LIMA; SOUZA, 2013).

Almeida e Tanaka (2009), em estudo sobre as perspectivas das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, identificaram que, quando uma equipe de saúde não está sensibilizada para a importância da criação de vínculo com a gestante, aumenta-se o risco de desistência ou de menor frequência no acompanhamento. Assim, deve-se considerar esta usuária como um sujeito integral em suas necessidades, desejos e interesses, e não apenas em sua satisfação/insatisfação com relação ao atendimento recebido.

Azeredo et al.(2008) identificaram descontinuidade no aleitamento materno após os seis meses de idade. Diante disso, os autores ressaltaram que as ações relacionadas à promoção do aleitamento materno devem não somente ser incentivadas, mas pensadas enquanto estratégias que reconheçam o sentido da amamentação para as mulheres e reconsiderem a ordem de importância das causas do desmame precoce. Também foi enfatizada a necessidade de incentivo nas ações de promoção, com destaque para a conscientização integral à nutriz.

Sobre essa temática, Aparecida et al.(2014), avaliaram mães submetidas à consulta puerperal, para identificar a percepção delas sobre o aleitamento materno no período pós-parto, e concluíram que as orientações e o acompanhamento realizados

durante a gestação, o puerpério e no domicílio são de suma importância e, aos poucos, produzem resultados positivos.

Além da necessidade de se desempenhar ações que promovam a prática do AME, Brandão et al.(2016) relataram a importância de as mulheres perceberem que estão sendo bem assistidas, para que se sintam confiantes na hora de cumprir o papel de mãe e de amamentar os seus filhos.

Nessa conjuntura, Carrascoza et al.(2011), destacaram a necessidade de os profissionais de saúde investigarem as expectativas das mães em relação à amamentação e a sua percepção, como mulheres. Cumpre oferecer não somente o apoio instrumental para a manutenção do aleitamento, mas, também, investigar a percepção das mães em relação a essa prática, disponibilizando apoio emocional individualizado. Os autores salientaram também o cuidado para não transformar o incentivo à amamentação em algo mecânico, ao observar puramente os aspectos biológicos do aleitamento.

Quando se associa as orientações ofertadas no pré-natal acerca do aleitamento materno à satisfação materna como apoio para amamentar, evidencia-se que tais informações estão diretamente associadas à satisfação das nutrizes em amamentar, o que comprova a importância de uma atenção de qualidade no período pré-parto. É destacada também a importância de que novos estudos relacionados à satisfação da gestante com o apoio recebido para amamentar sejam empreendidos, proporcionando um maior conhecimento sobre a eficácia desse indicador e sobre a qualidade da assistência pré-natal em aleitamento materno (NASCIMENTO et al., 2013).

Segundo Raimundiet al. (2015), mesmo as mães recebendo orientações sobre o aleitamento materno, muitas vezes, ao retornarem para casa, tornam-se suscetíveis ao desmame precoce, por inexperiência ou por impaciência. Nesse caso, ressaltaram-se a importância de que essas atividades fossem realizadas juntamente ao parceiro da gestante, ou a alguém com maior proximidade a ela, para que essa pessoa pudesse auxiliá-la em casa. Sugeriu-se, ainda, que o acompanhamento sobre o aleitamento materno fosse realizado também no pós-parto, pois este é considerado o momento em que as mulheres estão expostas às dificuldades desse processo.

O puerpério é um momento de fragilidade, no qual aparecem as principais intercorrências, sendo um período em que a nutriz se depara com as dificuldades em

amamentar. Para tanto, mãe e bebê devem ser avaliados na perspectiva do cuidado integral, envolvendo também a família, o que pode beneficiar as crianças com um contexto saudável de vida familiar (ANDRADE et al., 2015).

Em relação à importância de envolver a família no cuidado à gestante, Guimarães et al.(2017), em um estudo com gestantes adolescentes, relataram que o apoio do familiar, seja mãe ou sogra, na primeira hora de vida e de prática da amamentação, influencia os níveis de autoeficácia no aleitamento materno exclusivo.

Observa-se que, apesar das mães conhecerem a importância do aleitamento materno e de muitas terem experiência anterior com esse processo, na prática, evidencia-se a dificuldade em seguir as orientações corretas para manter o AME, pois muitas delas persistem em oferecer outros líquidos aos seus filhos, nos primeiros meses de vida (NOGUEIRA, 2009).

O desmame precoce ocorre em decorrência dos fatores culturais, sociais e individuais de cada puérpera, além da influência da falta de informações que convençam as mães a respeito dos benefícios e da efetividade do leite materno. Essas informações devem ser ofertadas pelos profissionais de saúde em todo o ciclo gravídico puerperal. Por isso a importância da educação em saúde como uma das ferramentas para compartilhar essas informações e auxiliar no empoderamento materno para o processo de aleitamento (ALGARVES; JILIÃO; COSTA, 2015).

Neste contexto, Costa (2012) relata que o curto período de permanência da nutriz na maternidade após o parto e o não acompanhamento a ela durante o pré-natal e o pós-parto são fatores que contribuem para que as práticas educativas em prol da amamentação não repercutam positivamente na decisão materna em amamentar. Isso revela que há fragmentação na assistência às gestantes, demonstrando que, além das falhas apontadas no acompanhamento do processo da amamentação no seguimento de atenção à mulher, as falas das mães e das profissionais avaliadas revelaram ações educativas de amamentação pautadas em uma pedagogia de transmissão ineficaz, uma vez que não se consideram os saberes maternos e seus contextos familiares. Esse tipo de ação educativa não promove de forma plena a transformação do indivíduo com vistas à sua autonomia.

3.2 AUTOEFICÁCIA MATERNA PARA O ALEITAMENTO

Em estudos sobre o comportamento humano, emerge-se o tema relativo à autoeficácia, o qual foi criado e definido por Albert Bandura, psicólogo canadense, no ano de 1977, e vem sendo amplamente entendido como a percepção do indivíduo a respeito de suas capacidades no exercício de determinada atividade (BANDURA, 1994).

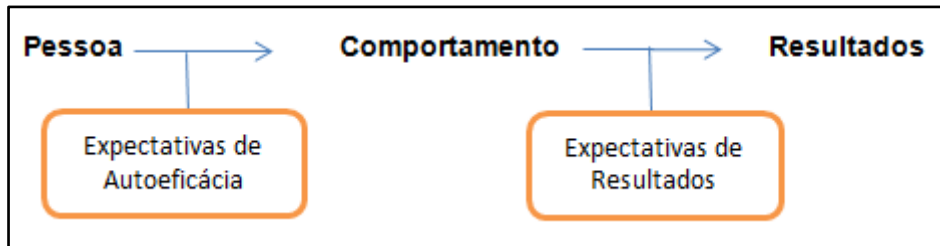
Dessa forma, compreende-se que a crença individual pode afetar as escolhas e o desempenho do indivíduo, tanto no campo pessoal como no profissional. Internacionalmente, são encontradas inúmeras pesquisas que tratam do tema, sendo que no Brasil, no entanto, essa temática ainda é pouco estudada (BARROS; SANTOS, 2010).

Para Bandura (1994), as pessoas consideram suas reações de estresse e tensão como sinais de vulnerabilidade ao mau desempenho. Segundo ele as crenças de autoeficácia ajudam a determinar quanto esforço as pessoas vão dedicar a uma atividade, quanto tempo elas perseverarão ao se defrontarem com obstáculos e o quanto serão resilientes frente a situações adversas.

O autor contribui para o entendimento de que os processos cognitivos intermedeiam a relação entre comportamento e consequência, e, portanto, são importantes para a adoção e manutenção de um dado comportamento. Defende que um dos processos que pode interferir no comportamento é a motivação, a qual está relacionada com a atuação e a persistência do comportamento, além de estar parcialmente enraizada em atividades cognitivas (BANDURA, 1977). De acordo com Bandura (1977, p.193), “a expectativa de autoeficácia é a convicção de alguém de que é capaz de executar com sucesso um comportamento necessário para produzir um dado resultado”.

Frente a isso, a Figura 1 abaixo evidencia que uma pessoa pode crer que um comportamento produz certos resultados e acreditar que é capaz de realizá-los. Da mesma forma, ela pode crer que um comportamento produz certo resultado, mas não pode realizá-lo.

Figura 1 - Representação da relação condicional entre expectativas de eficácia e expectativas de resultados



FONTE: Adaptado de BANDURA (1997).

A autoeficácia medeia os comportamentos de saúde, porque as pessoas precisam acreditar que podem aderir a comportamentos saudáveis para, então, despende os esforços necessários para alcançá-los (BANDURA, 1977).

Sendo assim, o AME vai depender do desejo da mãe em amamentar, bem como do apoio que essa mãe receberá dos profissionais de saúde e de pessoas próximas. Apoiar este momento é contribuir para o aumento da autoeficácia de amamentação das puérperas e levar à redução as taxas de desmame precoce (RODRIGUES et. al., 2013).

Fundamentadas na Teoria de Bandura e percebendo que nenhum estudo havia investigado o desenvolvimento da confiança materna em sua habilidade de amamentar, Dennis e Faux (1999) criaram a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES). A escala tem duas versões para aplicação, uma completa, com 33 itens, e outra abreviada, composta de 14 itens-*Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form* (BSES-SF), no Brasil a BSES-SF foi validada por Dodt (2008).

De acordo com Dennis (1999), a autoeficácia da amamentação refere-se à confiança de uma mãe em sua capacidade de amamentar o bebê e prevê se a mãe escolhe amamentar ou não, quanto esforço vai gastar nesse processo, se terá padrões de pensamento autoaprimoráveis ou autodestrutivos frente ao AM e como responderá emocionalmente às dificuldades de amamentação.

As crenças de eficácia podem ser desenvolvidas a partir de quatro principais fontes de informação: experiência direta, experiência vicária, persuasão social, e estado físico e emocional (BANDURA, 1994).

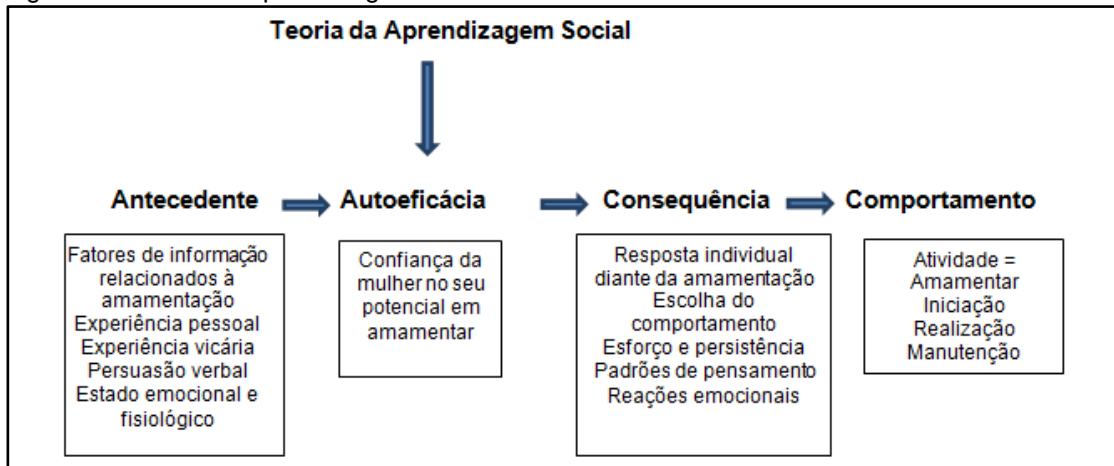
Segundo Dennis (1999), os profissionais de saúde podem aumentar a confiança da mãe para a amamentação se alterarem as fontes de informação de autoeficácia que influenciam a amamentação, sendo elas: o desempenho materno,

como em experiências passadas com o aleitamento; as experiências vicárias, que são as adquiridas por meio de observação de outras mulheres amamentando; o encorajamento de outras pessoas, sejam amigos, familiares ou profissionais; e as respostas fisiológicas.

Para Dodt (2008, grifo nosso), essas fontes de informações estão presentes no cotidiano do alojamento conjunto. Nesse sentido, as realizações pessoais são as fontes mais importantes para a eficácia, uma vez que são baseadas nas próprias experiências, pois, se a mulher já amamentou anteriormente e foi bem sucedida, ela estará segura, mas se, por outro lado, não teve uma experiência exitosa, estará menos confiante em sua capacidade de amamentar. Ademais, são importantes as seguintes ações: observação de experiências nas enfermarias dos alojamentos conjuntos, nos quais as mulheres podem trocar experiências e observar o desempenho umas com as outras; a persuasão verbal, como a realizada em uma instituição com o título de “hospital amigo da criança”, na qual toda a equipe está preparada para sensibilizar e encorajar o aleitamento materno e, as respostas emocionais em que situações estressantes podem produzir repercussões que venham a interferir na percepção de competência pessoal.

Conforme a Figura 2 a seguir, a autoeficácia da mulher no aleitamento materno, construída a partir das fontes de informação (antecedentes), promoverá respostas individuais (consequências) que incluem a escolha do comportamento, o esforço, a persistência, os padrões de pensamento e as reações emocionais. Por fim, estabelece-se um comportamento que será iniciado, realizado e mantido de acordo com a interpretação do indivíduo em relação a todas as fases anteriores (DENNIS, 1999).

Figura 2 - Teoria da Aprendizagem Social



FONTE: Adaptado de DENNIS (1999, tradução nossa).

Dennis (2003) considera o uso da BSES-SF como importante medida para: identificar as mães com alto risco na amamentação; avaliar comportamentos e cognições de amamentação para individualizar estratégias de fortalecimento da confiança e avaliar a eficácia de várias intervenções, para orientar o desenvolvimento de programas assistenciais.

Estudos posteriores ao de Dennis, com a aplicação de sua escala, reforçaram que a BSES-SF é um instrumento eficaz para avaliar a percepção das puérperas em sua autoeficácia para o aleitamento materno, avaliar comportamentos inerentes à amamentação, avaliar a eficácia das intervenções ou ajudar na construção de programas direcionados à díade mãe-bebê. Ademais, tornou-se um instrumento confiável e uma preciosa ferramenta à disposição dos profissionais de saúde no sentido de identificar mães em risco de abandonarem precocemente a amamentação. Por fim, motiva-se, assim, a aplicação desta escala na prática assistencial como ferramenta para planejar o cuidado a nutriz e estimular a manutenção do AM, bem como sua aplicação em pesquisas para promoção de novos conhecimentos (DODT, 2008; ORIÁ, 2009; SANTOS; BARCA, 2009; SOUZA; FERNANDES, 2014; VICENT, 2015; MARIANO et al. 2016).

Vicent (2015) relata, em seu estudo, a importância que os enfermeiros utilizem ferramentas para aumentar a eficácia materna para o aleitamento e recomenda incorporar a BSES-SF no planejamento da alta para cada mãe no pós-parto, para fornecer uma avaliação imediata da autoeficácia da amamentação e uma oportunidade para intervenção em tempo real. Identifica-se, assim, a autoeficácia

materna para o AM ainda na hospitalização, além do risco para o desmame, para o qual se pode intervir precocemente. Além disso, por meio da contrareferência para a APS, a enfermeira do alojamento conjunto obstétrico pode alertar a equipe de saúde da unidade de saúde em que a puérpera está adscrita para esse risco e possibilitar que a equipe promova o apoio e empoderamento da puérpera para o AM após a alta hospitalar.

A escala de autoeficácia para o aleitamento materno pode também ser aplicada à puérpera durante as consultas ao recém-nascido na unidade de saúde, para que se avalie sua autoeficácia e se identifique sua confiança para continuar com o AME (RODRIGUES et. al., 2013; SOARES et al., 2014; LOPES et al., 2017).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo é integrante do projeto internacional multicêntrico de Lactância Materna, coordenado pela professora Dr.^aAna Maria Linhares, da Universidade de Kentucky, no qual também se estudam os fatores que influenciam o Aleitamento Materno Exclusivo na América Latina. No Brasil, o subprojeto recebeu o nome de “Aleitamento materno exclusivo: determinantes socioculturais no Brasil”, coordenado pela prof. Dr.^a Marialda Moreira Christoffel, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e do qual a Unioeste é um dos Centros de pesquisa no Paraná, juntamente à Universidade Estadual de Londrina (UEL).

O estudo caracteriza-se como longitudinal do tipo coorte prospectivo, pois tratou de um grupo de pessoas com alguma característica em comum, constituindo uma amostra que foi acompanhada, analisada e avaliada, por um período de tempo definido (GIL, 2007; HULLEY et al., 2015).

Estudos de coorte são aqueles em que um grupo é reunido no início do estudo e acompanhado longitudinalmente. No estudo de coorte prospectivo, seleciona-se uma amostra de sujeitos e medem-se características de cada um, que possam trazer desfechos subsequentes. Os participantes podem ser seguidos ao longo do tempo por medições periódicas dos desfechos de interesse. A abordagem prospectiva permite ao investigador medir variáveis importantes de forma mais completa e acurada, impedindo que a aferição da variável preditora seja influenciada pelo desfecho ou pelo seu conhecimento (HULLEY et al, 2015).

Ainda se trata de estudo descritivo, pois buscou descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade, envolvendo técnicas padronizadas de coleta de dados, como questionários e observação sistemática, considerado o primeiro passo para qualquer investigação (DIAS; MOLINA; MOLINE, 2003; GIL, 2007).

No desenvolvimento do estudo, foram usadas as abordagens quantitativas e qualitativas, as quais complementaram o resultado esperado.

A abordagem quantitativa possibilitou quantificar os fatos, dados ou opiniões,

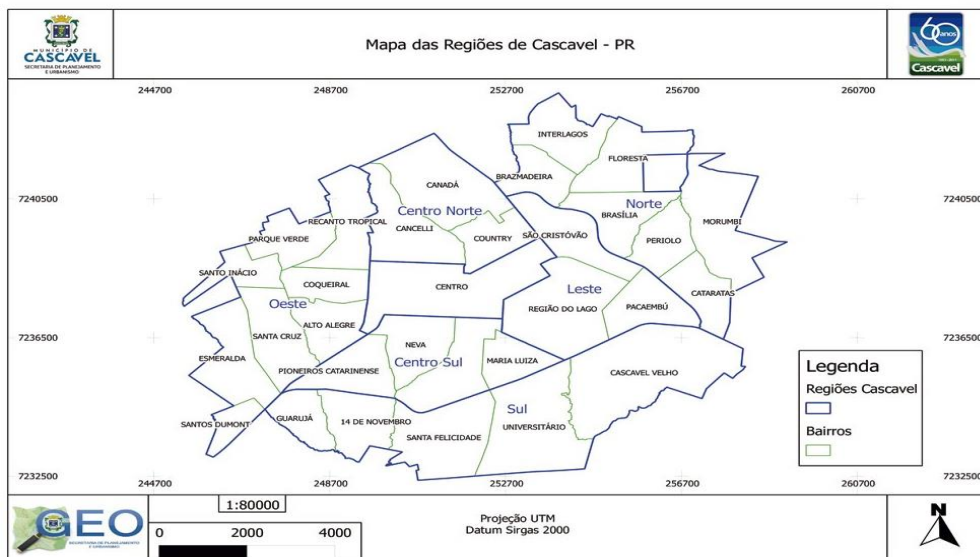
nas formas de coleta de informações, como também com o emprego da escala BSES-SF.

A abordagem qualitativa, a qual se caracteriza pelo enfoque interpretativo e tem como objetivo o conhecimento mais aprofundado dos aspectos estudados, possibilitou a obtenção de dados descritivos mediante contato direto do pesquisador com a situação objeto de estudo (DIAS; MOLINA; MOLINE, 2003).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo, em um primeiro momento, foi realizado no município de Cascavel-Pr, em um hospital escola e, na sequência, foi realizado por meio de contato telefônico e no domicílio das nutrizes e de seus filhos. Assim, tem-se como cenários da pesquisa o Alojamento Conjunto Obstétrico (Maternidade) do referido hospital e as residências das nutrizes que foram alocadas no estudo.

Figura 3 - Mapa das Regiões de Cascavel-PR



FONTE: CASCVEL (2019, não p.)

A cidade de Cascavel localiza-se na região Oeste do estado do Paraná; distante 491 km da capital, apresenta uma área de 2.100 Km², com população estimada de 312.778 habitantes (BRASIL, 2017).

O Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP) possui uma estrutura de 195 leitos que englobam ambulatórios de especialidades, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto, UTI Pediátrica, UTI Neonatal, Unidade de Cuidados Intensivos, Pronto Socorro, Diagnóstico por imagem, Serviço de radiologia e Banco de Leite Humano, que são distribuídos em VI unidades. Trata-se de um hospital com 100% de seus leitos destinados a pacientes do SUS (UNIOESTE, 2017).

No ano de 2016, foi realizado um total de 6.731 partos na cidade de Cascavel, sendo que o HUOP foi responsável por 3.338 destes partos. Do total de parturientes atendidas no referido hospital, 2.228 eram residentes no município de Cascavel (CASCAVEL, 2017).

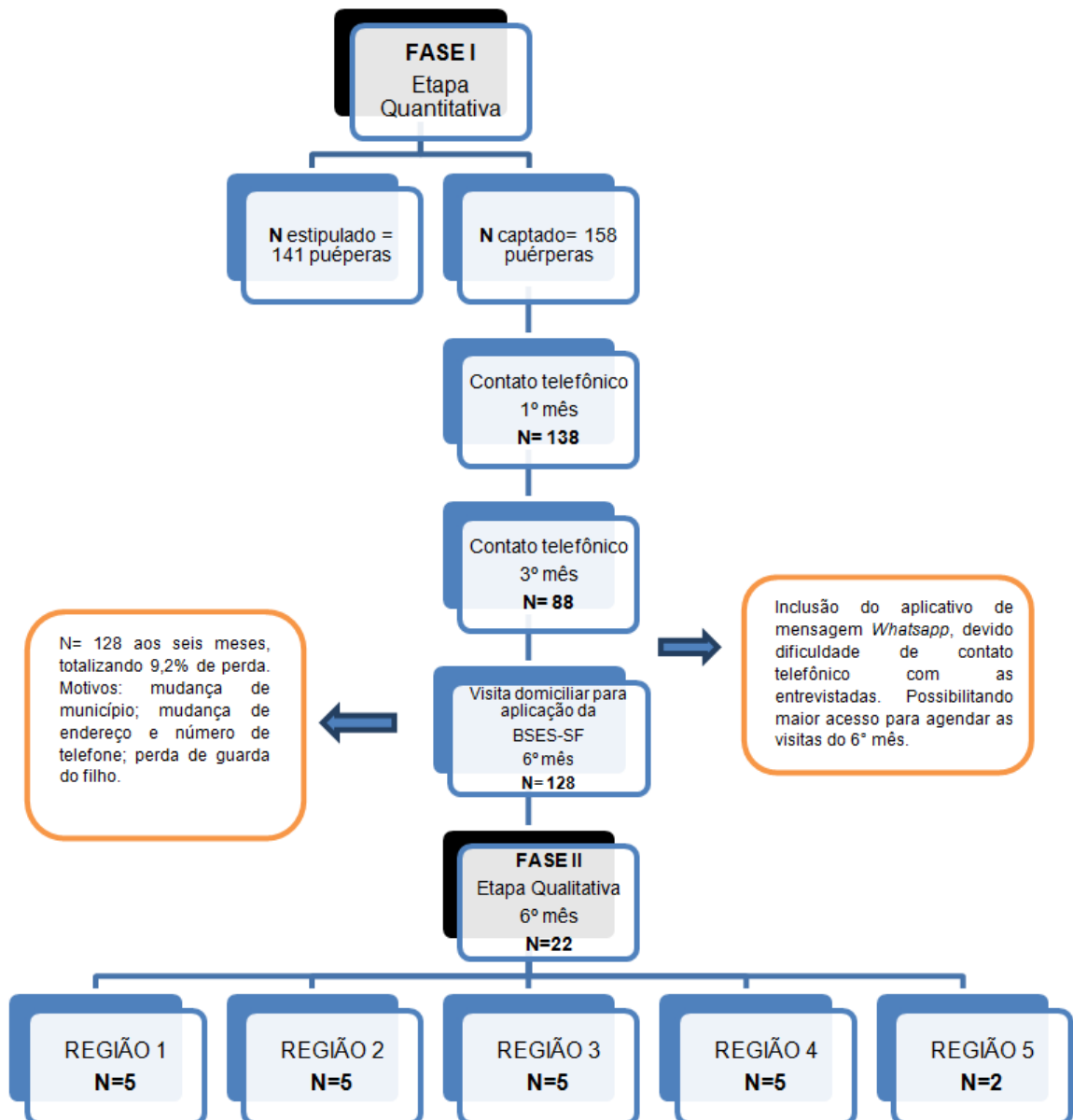
As gestantes residentes no município de Cascavel utilizam como serviços de saúde aqueles prestados pela APS, bem como pela Atenção Complementar, a qual disponibiliza atendimentos privados e por convênios. As gestantes deste estudo foram atendidas pelo Sistema Único de Saúde, as quais foram cadastradas no Sistema de Pré-Natal da APS. Esta, no município de Cascavel, é dividida em três distritos os quais possuem, ao todo, 36 unidades de saúde, das quais 19 são Unidades de Saúde da Família (USF) e 17, Unidades Básicas de Saúde (UBS) (CASCAVEL, 2017).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população deste estudo foi composta por de nutrizes que tiveram seus filhos no hospital escola no ano de 2017. A amostra foi composta por aquelas que tiveram partos no período de julho a outubro do referido ano e contemplaram os seguintes critérios de inclusão: partos com idade gestacional igual ou maior a 37 semanas; residentes em Cascavel e alfabetizadas. Foram excluídas do estudo: mães adolescentes; mães de recém-nascidos prematuros; recém-nascidos com má formação; recém-nascidos com complicações que necessitassem de hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); mães com complicações que as impediram de responder ao questionário e mães com complicações que as impediram de amamentar.

O número de participantes estipulados pelo projeto Internacional de Lactância Materna foi de 100 puérperas por centro de pesquisa. Contudo, fez-se o cálculo amostral pela calculadora disponível online, no endereço <http://www.trujillo.com.br/calculadora.htm>, a partir do total de nascimentos de 2016, que foi 2.228 em Cascavel, respeitando o nível de significância de 5%, tendo, portanto, um intervalo de confiança de 95%, e margem de erro amostral de 0,8. A amostra resultante estipulada para a primeira fase da pesquisa (fase I) foi de 141 nutrizes. No entanto, com a possibilidade de perda no seguimento, acresceu-se a esse cálculo a margem de 12% (17 puérperas), totalizando a inclusão de 158 puérperas na fase inicial do estudo. Na etapa seguinte (fase II), a amostra constituiu-se de todas as nutrizes que foram encontradas nas visitas domiciliares, totalizando 128, o que representou uma perda no seguimento de 9,2%. A captação da amostra pode ser observada no fluxograma a seguir (Figura 4).

Figura 4 - Fluxograma de amostra do estudo



FONTE: A autora (2018)

Da amostra captada para a fase I, de 158 nutrizes, foram contatadas 138, via telefone, no primeiro mês após alta da maternidade. Um novo telefonema foi realizado após três meses para todas as 138. Contudo, obteve-se contato efetivo com a puérpera em 88 do total de ligações. Em vista da dificuldade de acesso às puérperas pelo contato telefônico, houve a necessidade de incluir o uso da rede social pelo aplicativo multiplataforma de mensagens e chamadas de voz *WhatsApp*®. Assim, conseguiu-se acesso a 128 nutrizes para agendar as Visitas Domiciliares (VD) do sexto mês, sendo a amostra acima a final da fase II do estudo.

Do total das 128 participantes que compuseram a fase II, foram sorteadas as puérperas para participarem da etapa qualitativa do estudo.

Assim, para se efetuar o sorteio para a inclusão na etapa qualitativa, as puérperas foram distribuídas nas regiões geográficas do município de Cascavel, classificadas da seguinte forma: interior (Região 1); leste e centro-leste (Região 2); sul e centro-sul (Região 3); oeste e centro-oeste (Região 4); e norte e centro-norte (Região 5). O sorteio ocorreu da seguinte forma, sorteava-se uma participante por região e realizava-se a VD para entrevista em profundidade, assim, o sorteio foi realizado até que os dados fossem repetitivos e demonstrassem constructo teórico que possibilitasse o alcance dos objetivos do estudo e respondesse ao questionamento de pesquisa. Como, na região rural, tivemos apenas duas participantes ao sexto mês, as duas foram incluídas, o que totalizou 22 puérperas participantes da etapa qualitativa.

4.4 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

A coleta contemplou dados quantitativos e qualitativos, utilizando-se técnicas específicas de cada abordagem para a obtenção dos dados. Para tanto, na etapa quantitativa, o estudo utilizou, como instrumentos de coleta de dados quantitativos, um formulário específico com variáveis sócio-demográficas (APÊNDICE A) e a escala de autoeficácia para o aleitamento materno (BSES-SF) (ANEXO A). Esses instrumentos foram aplicados às puérperas por coletadores treinados pelo pesquisador, o que contemplou os critérios de inclusão do estudo.

Desse modo, a captação das nutrizes para a fase I (etapa quantitativa), ocorreu na maternidade do HUOP, entre 24 a 48 horas após o parto, durante o período pós-parto mediato, após averiguação do interesse da puérpera em participar do estudo, a partir da explicação dos objetivos e da metodologia da pesquisa, ressaltando a relevância do projeto. Na sequência, foi combinado acerca do seguimento da puérpera após o parto via contato telefônico e VD no sexto mês.

As variáveis sociodemográficas analisadas foram idade materna, escolaridade, ocupação, renda familiar, estado civil, dados obstétricos anteriores e dados obstétricos atuais.

Na fase II (etapa qualitativa), as nutrizes sorteadas também foram acompanhadas por contato telefônico, no primeiro e no terceiro mês, com o intuito de manter o vínculo e verificar se estavam em aleitamento materno exclusivo, assim como de agendar as visitas domiciliares. Nessa etapa, durante a VD, as puérperas, além de participarem das entrevistas em profundidade, também responderam à escala BSES-SF. A entrevista foi gravada em áudio e conduzida por meio da questão norteadora: “Conte como foi sua experiência com o aleitamento materno até o momento”, aprofundada por meio de roteiro previamente elaborado (APÊNDICE A).

Para avaliar a autoeficácia, foi aplicado a BSES-SF (DODT, 2008) após a autorização para a aplicação dada pela autora que a validou no Brasil, concedida por meio eletrônico (ANEXO B).

A BSES-SF possui 14 itens divididos em duas categorias de domínios: *técnica de amamentação* e *pensamentos intrapessoais*, como observado no Quadro 1.

Quadro 1 - Aspectos avaliados na BSES-SF conforme as categorias

PENSAMENTO INTRAPESSOAL
Q1. Eu sempre sinto quando meu bebê está mamando o suficiente.
Q2. Eu sempre lido com a amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios (Supera com sucesso a amamentação e as demais situações da vida).
Q3. Eu sempre alimento meu bebê sem usar leite em pó como suplemento.
Q4. Eu sempre percebo se meu bebê está pegando o peito direitinho durante a mamada
Q9. Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar.
Q14. Eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada.
TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO
Q5. Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer.
Q6. Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando.
Q7. Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando.
Q8. Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família.
Q10. Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo. (Mesmo consumindo o meu tempo, eu quero amamentar).
Q11. Eu sempre amamento o meu bebê em um peito e depois mudo para o outro.
Q12. Eu sempre continuo amamentando o meu bebê a cada alimentação dele.(A cada mamada).
Q13. Eu sempre consigo adequar as minhas necessidades às do bebê. (Organizo as minhas necessidades de banho, sono, alimentação com a amamentação do bebê).

FONTE: Adaptado de DODT (2008).

Trata-se de uma escala tipo *Likert*, em que para as categorias de domínio da escala são atribuídos escores de um (discordo totalmente) a cinco (concordo totalmente).

Podendo ser aplicável ou autopreenchida, caso a mulher tenha domínio para ler e escrever (DODT, 2008; ORIÁ, 2009). Nesta fase, optou-se pela aplicação da escala para facilitar as respostas, devido ao momento em que era aplicada, bem como para estabelecer vínculo com a puérpera para a VD do sexto mês.

A obtenção dos escores de autoeficácia para o AM pela BSES-SF acontece pelo somatório de todas as questões pontuadas pela mulher, que pode alcançar um valor mínimo de 14 e máximo de 70 pontos. Assim, a classificação da autoeficácia materna pode ser: Eficácia Baixa: de 14 a 32 pontos, Eficácia Média: de 33 a 51 pontos, Eficácia Alta: de 52 a 70 pontos (DODT, 2008).

Neste estudo, optou-se pela forma abreviada da escala, por se tratar de entrevista no Alojamento Conjunto, onde a mulher se encontra em um período crítico do pós-parto, em que está se restabelecendo do processo de parturição, adaptando-se ao bebê. Portanto, um instrumento mais moroso, além de cansá-las poderia induzi-las à negação de participação.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta dos dados, eles foram analisados de acordo com os pressupostos de cada abordagem, como se descreve a seguir:

Na etapa quantitativa, os dados foram tabulados no *Excel* - Microsoft for Windows 2010 e submetidos a tratamento estatístico. A análise estatística realizada referiu-se aos dados obtidos mediante a aplicação da escala BSES-SF (na maternidade e, aos seis meses, após a alta hospitalar) e ao formulário de questões sóciodemográficas aplicado na maternidade. Para análise das variáveis quantitativas, foram avaliados os pressupostos de normalidade (teste de Shapiro-Wilk) e de homocedasticidade (teste F). Como as variáveis não se encontravam em acordo com estes pressupostos, para a primeira análise estatística, que buscava a igualdade e/ou diferença entre as taxas de amamentação nos diferentes tempos de aplicação do questionário, os dados foram comparados por meio do teste não paramétrico, para amostras pareadas de Wilcoxon.

Para a seguinte caracterização, os dados foram divididos em duas categorias: variáveis qualitativas, sendo que para esta foi montada uma tabela e apresentadas as

frequências absolutas e relativas por região para cada variável; e uma segunda categoria e tabela, com as variáveis quantitativas, apresentando-se também as medianas e os intervalos interquartílicos delas por região.

Para verificar a associação entre a duração da amamentação com os escores obtidos na escala de autoeficácia basais e as variáveis quantitativas de dados sociodemográficos, foi aplicado o teste não-paramétrico para amostras independentes de Mann-Whitney-U, devido aos pressupostos de normalidade e homocedasticidade também não terem sido atendidos.

Na avaliação da associação entre as variáveis sócio-demográficas qualitativas e a duração da amamentação, foi aplicado o Teste de Qui-quadrado de Independência, juntamente ao Teste de Resíduos ajustados, cujo objetivo é comparar a associação de frequências entre os diferentes grupos.

Para analisar a associação entre os escores de autoeficácia pela escala BSES-SF, ao nascimento e aos seis meses, foram realizadas análises de correlação de Pearson, cujo objetivo é verificar o grau de dependência entre as variáveis. Podendo apresentar um coeficiente de correlação de -1 a 1, sendo que: 0,00 a 0,19 representa uma correlação muito fraca; 0,20 a 0,39 correlação fraca; 0,40 a 0,69 correlação moderada; 0,70 a 0,89 correlação forte; e 0,90 a 1,00 correlação muito forte. Em seguida, com o intuito de observar se as proporções pareadas das escalas de autoeficácia, ao nascimento e aos seis meses, eram estatisticamente diferentes, foi aplicado o Teste de McNemar.

Para a associação entre as questões da BSES-SF e a duração da amamentação, foi ajustado um modelo matemático pelo método de regressão logística binária. Para a realização da regressão logística binária, algumas etapas foram cumpridas:

- 1) Seleção das variáveis preditoras do modelo, usando o critério de $P < 0,20$ da razão de chance (*oddsratio*) ser estatisticamente equivalente a 1.
- 2) Obtenção de um modelo com número reduzido de variáveis, selecionadas a partir da aplicação do critério de $P < 0,10$ da razão de chance ajustada ser estatisticamente equivalente a 1.
- 3) Obtenção de um modelo final após teste para todas as interações múltiplas possíveis, usando a maximização da função de Wald.

4) Para verificar o ajuste dos modelos, foi utilizada a estatística de *Hosmer & Lemeshow*. Uma vez decidido o modelo final de regressão logística, para cada um dos objetivos citados, as probabilidades foram calculadas a partir da fórmula

$$Pr=1/[1+ e^{-(\alpha + \sum (\beta_i x_i))}]$$

onde:

α = constante do modelo

Foi realizada a construção de uma curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*) para o modelo, com a finalidade de avaliar a habilidade do modelo criado em representar a realidade. Nesta curva foram representados os valores de sensibilidade e especificidade do modelo ajustado.

Por fim, para avaliação da consistência interna da escala BSES-SF, foi aplicado o Coeficiente Alfa de Cronbach, sendo considerada elevada consistência quando os níveis de alfa variaram entre 0,70 e 0,95. Todas as análises estatísticas foram realizadas no programa XLStat (2010), assumindo um nível de significância de 5%.

A análise dos dados da etapa qualitativa foi realizada pela análise de conteúdo do tipo temática, de acordo com os seguintes passos (STREUBERT; CARPENTER, 2010):

1. Organização dos dados: transcrição do áudio;
2. Pré-análise: leitura do material empírico, buscando mapear os significados atribuídos pelos participantes nas entrevistas; codificação dos dados;
3. Análise dos significados expressos e latentes (identificação das unidades de significado);
4. Elaboração dos temas (síntese dos dados empíricos);
5. Análise final (discussão dos temas).

A análise de conteúdo diz respeito a técnicas de leitura das falas e depoimentos que já foram transcritas, para atingir um nível mais profundo de sentidos, levando a relacioná-las em estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) e articular a superfície dos enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características, como: variáveis psicossociais, contexto

cultural e processo de produção de mensagem (MINAYO, 2010). A análise deve ser clara para que qualquer investigador possa aplicar os procedimentos e obter os mesmos resultados; deve também ser sistemática, de tal forma que o conteúdo seja ordenado em categorias que devem ser escolhidas em função dos objetivos do estudo, que foram pré-estabelecidos.

A integração e a interpretação dos dados qualitativos e quantitativos foram permeadas pela discussão conjunta de ambos os dados, em que se relacionaram os dados obtidos nas entrevistas em profundidade com os escores obtidos na BSES-SF, Gerando, ao término, um novo conjunto de dados que possibilitou a complementaridade de ambas as abordagens de pesquisa.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi realizado respeitando-se os preceitos Éticos da Pesquisa com Seres Humanos, sendo que o projeto foi encaminhado ao comitê de ética e pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná e aprovado pelo parecer número 2.195.270 (ANEXO C). Cada participante, após receber informações sobre a pesquisa, recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), para a assinatura, ficando uma via com o pesquisador e outra com o sujeito do estudo.

Para permitir o sigilo das participantes, na apresentação e análise dos dados qualitativos, as puérperas foram identificadas por meio da letra E, indicando entrevistada e do número arábico sequencial à ocorrência da entrevista, como se vê nos exemplos: E1; E2; E3.

5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados na forma de dois artigos científicos a serem enviados a periódicos da área, como segue:

5.1 Artigo 1: Associação da duração do aleitamento materno exclusivo com a autoeficácia de nutrizes para amamentar, a ser enviado ao Jornal de Pediatria.

Resumo

Objetivo: Associar a duração do aleitamento materno exclusivo com autoeficácia de nutrizes do nascimento ao sexto mês após o parto.

Métodos: Pesquisa quantitativa, do tipo longitudinal, de coorte, realizada com uma amostra de 158 nutrizes, de um município localizado na região sul do Brasil, acompanhadas desde o nascimento até o sexto mês de vida do lactente. Para a coleta de dados, utilizou-se formulário com as variáveis sociodemográficas e com a escala de autoeficácia para o aleitamento materno - *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF)*, esta aplicada no nascimento e no sexto mês após o parto [A BSES-SF composta por 14 questões, em que os escores são obtidos pelo somatório de todas as questões pontuadas pela mulher, classificando a autoeficácia materna como Eficácia Baixa (14-32 pontos), Média (33-51 pontos) e Alta (52-70 pontos). A análise estatística foi realizada mediante Teste de Qui Quadrado e Mann-Whitney-U.

Resultados: As nutrizes participantes tinham alta eficácia para o aleitamento materno, tanto no nascimento (Md=59) como no sexto mês após o parto (Md=63). Nutrizes em aleitamento materno exclusivo no sexto mês apresentaram mediana mais elevada de escore final (Md=66). Houve associação estatisticamente significativa entre amamentação exclusiva até o sexto mês e a presença de companheiro ($p=0,043$), além do fato de não trabalhar fora de casa ($p=0,020$) e da renda familiar de até um salário mínimo ($p=0,044$).

Conclusões: A autoeficácia materna identificada pelos escores mais elevados na BSES promove o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, e os fatores que

influenciam na manutenção do aleitamento materno foram renda familiar acima de um salário mínimo, mãe solteira e que trabalha fora do lar.

Palavras-chave: Aleitamento materno; Autoeficácia; Mãe; Continuidade da assistência ao paciente

Abstract

Objective: To associate the duration of exclusive breastfeeding with the self-efficacy of mothers from birth to the sixth month postpartum.

Methods: Quantitative and longitudinal research of cohort study of nursing mothers of a municipality located in the southern region of Brazil. Sample of 158 nursing mothers followed from the birth of the baby until the sixth month of the infant life (N= 128). The data collection was performed by using the sociodemographic variables and the self-efficacy scale for breastfeeding - Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF); it was applied to the nursing mothers at birth and in the sixth month after the delivery. BSES-SF consists of 14 questions in which the scores are obtained by the sum of all questions scored by the woman, classifying maternal self-efficacy as Low Efficacy (14-32 points), Average (33-51 points) and High (52 - 70 points). The statistical analysis used the Chi-square and Mann-Whitney-U.

Results: The nursing mothers participants had high efficacy for breastfeeding both at birth (Md=59) and in the sixth month after the delivery (Md=63). Exclusive nursing mothers in breastfeeding had a higher average score (Md=66) in the sixth month. There was a statistically significant association between exclusive breastfeeding up to the sixth month and the presence of a partner ($p=0.043$), not working out ($p=0,020$) and family income up to a minimum wage ($p=0.044$).

Conclusions: The maternal self-efficacy promotes exclusive breastfeeding up to the sixth month, identified by the highest scores in BSES. As factors that influence the maintenance of breastfeeding were family income above a minimum wage, single mother and working out.

Keywords: Breastfeeding; Self-efficacy; Mother; Continuity of patient care.

Introdução

Pesquisa de âmbito nacional no Brasil evidenciou que a prevalência de Aleitamento Materno Exclusivo (AME) é de 41% com variação entre as regiões do país, sendo que na região Sul esse dado ficou em 43,9%¹. Portanto, percebe-se a necessidade de estimular o AME o mais cedo possível para melhorar esse indicador.

No Brasil, a promoção do AME é permeada por políticas públicas para seu incentivo^{2,3,4}, contudo, para além das políticas, faz-se necessário considerar outros aspectos que envolvem a mulher, no processo gestatório, desde o pré-natal até o pós-parto.

Condições de saúde e dificuldades com acesso ao sistema de saúde; a falta de informação; o excesso de trabalho doméstico em sua residência; a volta ao trabalho fora da residência; as dificuldades com a pega, entre outros aspectos^{5,6}, acabam por contribuir para o desmame precoce. Da mesma forma, a baixa escolaridade, a renda familiar durante o AME^{7,8}, os aspectos pessoais, como a baixa autoconfiança, a angústia e o estresse materno, contribuem para o sucesso ou não do AME⁹.

Nesse sentido, é premente avaliar esses aspectos tanto no pré-natal como no puerpério, sendo um deles a autoconfiança materna para o AME, que exigem avaliação sistemática e padronizada, guiada por instrumento desenvolvido para tal fim.

Identificando-se que o contexto em que a nutriz está inserida, associado a seus aspectos emocionais, pode influenciar na duração do aleitamento materno, é importante identificar se os aspectos sociodemográficos influenciam a autoeficácia para o aleitamento. Para tanto, tem-se como objetivo deste estudo investigar a associação da duração do AME com a autoeficácia de nutrizes, do nascimento ao sexto após o parto.

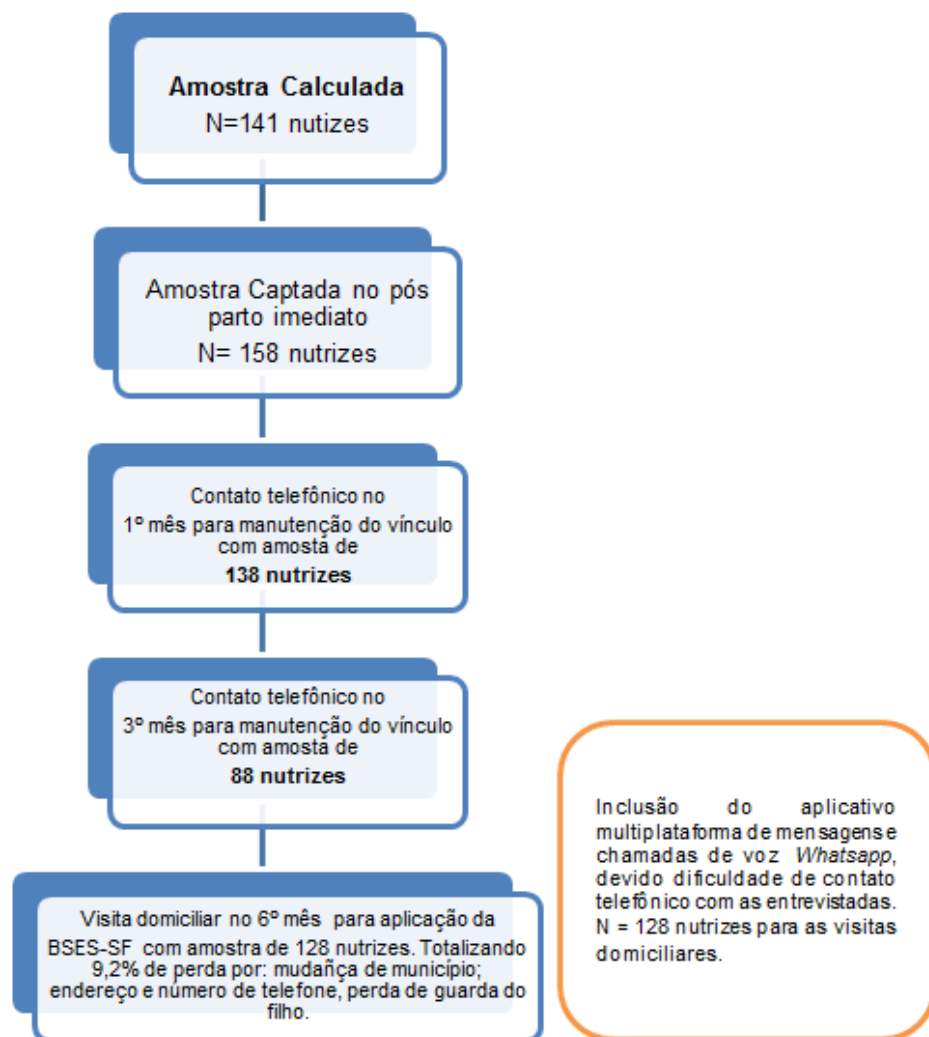
Métodos

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, do tipo longitudinal, de coorte de nutrizes. O estudo foi realizado em município localizado na região sul do Brasil, as participantes foram acompanhadas desde o nascimento do bebê até o sexto mês de vida do lactente.

No município de estudo, no ano de 2016, foram realizados 6.731 partos, sendo que, no hospital campo de pesquisa, ocorreram 3.338 partos, dos quais 2.228 eram

de nutrizes residentes no município. Assim, o cálculo amostral foi feito a partir do total de nascimentos, com nível de significância de 5%, intervalo de confiança de 95% e margem de erro amostral de 0,8. De tal modo, a amostra estipulada foi de 141 nutrizes, contudo, frente ao risco de perda no seguimento, estipulou-se 12% a mais na amostra, sendo captadas na maternidade 158 puérperas. Na etapa de seguimento, a amostra constituiu-se de todas as nutrizes que foram encontradas nas visitas domiciliares, totalizando 128 nutrizes, conforme demonstrado pelo fluxograma da Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma de amostra do estudo. Cascavel-PR, 2019



Para a coleta de dados, foi utilizado formulário com as variáveis sociodemográficas idade materna, escolaridade, ocupação, renda familiar, estado civil, dados obstétricos anteriores, dados obstétricos atuais e a escala de autoeficácia para o aleitamento materno - *Breastfeeding Self-EfficacyScale- short Form* (BSES-

SF). Esta escala foi desenvolvida por Dennis,¹⁰ em 1999, a fim de estudar a confiança da nutriz no aleitamento materno e foi validada no Brasil por Dodt¹¹, em 2008. A autorização para o uso da BSES-SF foi concedida pela autora, que a validou no Brasil.

Tal escala é considerada instrumento confiável, válido e capaz de avaliar a percepção materna em relação a sua autoeficácia para a prática do aleitamento materno. Ademais, constitui-se de importante ferramenta para o cotidiano da assistência perinatal, pois possibilita identificar fatores inerentes à amamentação, favorecendo ações de promoção à saúde materna e infantil¹².

O respectivo instrumento possui 14 itens divididos em duas categorias - técnica de amamentação e pensamentos intrapessoais, como observado no Quadro 1.

Quadro1 - Aspectos avaliados na BSES-SF, conforme as categorias. Cascavel-PR, 2019

PENSAMENTO INTRAPESSOAL
Q1. Eu sempre sinto quando meu bebê está mamando o suficiente.
Q2. Eu sempre lido com a amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios (Supera com sucesso a amamentação e as demais situações da vida).
Q3. Eu sempre alimento meu bebê sem usar leite em pó como suplemento.
Q4. Eu sempre percebo se meu bebê está pegando o peito direitinho durante a mamada
Q9. Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar.
Q14. Eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada.
TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO
Q5. Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer.
Q6. Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando.
Q7. Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando.
Q8. Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família.
Q10. Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo. (Mesmo consumindo o meu tempo, eu quero amamentar).
Q11. Eu sempre amamento o meu bebê em um peito e depois mudo para o outro.
Q12. Eu sempre continuo amamentando o meu bebê a cada alimentação dele. (a cada mamada).
Q13. Eu sempre consigo adequar as minhas necessidades às necessidades do bebê. (Organizo as minhas necessidades de banho, sono, alimentação com a amamentação do bebê).

Fonte: Dodt (2008).

Trata-se de uma escala tipo *Likert*, em que, para as categorias de domínio, são atribuídos escores de um (discordo totalmente) a cinco (concordo totalmente). Pode

ser aplicável ou auto preenchida, caso a mulher tenha domínio para ler e escrever^{11,12}. Neste estudo, optou-se pela aplicação da escala devido à abordagem da puérpera ter sido realizada entre 24 e 48 horas após o parto, bem como para estabelecer vínculo para, possivelmente, ser realizada a visita domiciliária do sexto mês.

A obtenção dos escores de autoeficácia para o AM pela BSES-SF acontece pelo somatório de todas as questões pontuadas pela mulher, que pode alcançar valor mínimo de 14 e máximo de 70 pontos. A classificação da autoeficácia materna é dada como Eficácia Baixa, quando a pontuação for de 14 a 32 pontos; Eficácia Média, de 33 a 51 pontos e Eficácia Alta, de 52 a 70 pontos¹¹.

Os dados foram tabulados no *Excel* - Microsoft for *Windows* 2010, com conferência dupla e submetidos a tratamento estatístico. Nesta fase, a análise estatística realizada referiu-se aos dados obtidos mediante a aplicação da escala BSES-SF (maternidade e aos seis meses após a alta hospitalar) e ao formulário de questões sócio-demográficas. Para análise das variáveis quantitativas, foram avaliados os pressupostos de normalidade (teste de Shapiro-Wilk) e de homocedasticidade (teste F). Como as variáveis não se encontravam em acordo com estes pressupostos, para primeira análise estatística que buscava a igualdade e/ou diferença entre as taxas de amamentação nos diferentes tempos de aplicação do questionário, os dados foram comparados por meio do teste não paramétrico, para amostras pareadas de Wilcoxon.

Para verificar a associação entre a duração da amamentação com os escores obtidos na escala de autoeficácia basais e as variáveis quantitativas de dados sociodemográficos, foi aplicado o teste não paramétrico para amostras independentes de Mann-Whitney-U, devido aos pressupostos de normalidade e homocedasticidade também não terem sido atendidos.

Na avaliação da associação entre as variáveis sociodemográficas qualitativas e a duração da amamentação, foi aplicado o Teste de Qui Quadrado de Independência, juntamente ao Teste de Resíduos ajustados, cujo objetivo é comparar a associação de frequências entre os diferentes grupos.

Para a associação entre as questões da BSES-SF e a duração da amamentação, foi ajustado um modelo matemático pelo método de regressão

logística binária. Para a realização da regressão logística binária, algumas etapas foram cumpridas:

- 1) Seleção das variáveis preditoras do modelo, usando o critério de $P < 0,20$ da razão de chance (*odds ratio*) ser estatisticamente equivalente a 1.
- 2) Obtenção de modelo com número reduzido de variáveis, selecionadas a partir da aplicação do critério de $p < 0,10$ da razão de chance ajustada ser estatisticamente equivalente a 1.
- 3) Obtenção de um modelo final após teste para todas as iterações múltiplas possíveis, usando a maximização da função de Wald.
- 4) Para verificar o ajuste dos modelos, foi utilizada a estatística de *Hosmer & Lemeshow*.

Uma vez decidido o modelo final de regressão logística, para cada um dos objetivos citados, as probabilidades foram calculadas a partir da fórmula:

$$Pr = 1 / [1 + e^{-(\alpha + \sum (\beta_i x_i))}], \text{ sendo } \alpha \text{ a constante do modelo.}$$

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob parecer 2.195.270, de 01 de agosto de 2017, em atendimento às prerrogativas da Resolução nº 466/2012 e da 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

As nutrizes apresentaram alto escore de eficácia para o aleitamento materno, tanto ao nascimento como aos seis meses. A prevalência de AME até o sexto mês encontrada foi 45,3%. O AME foi influenciado pelos fatores sociodemográficos renda familiar, estado civil e condição de trabalho.

Na tabela 1, observa-se relação dos escores finais da BSES no sexto mês após o parto, entre as nutrizes que mantinham AME e aquelas que não mantinham.

Tabela 1 - Escores finais da BSES aplicada no momento do nascimento e aos 6 meses e a manutenção do aleitamento materno. Cascavel, PR - Brasil, 2019

		Escore 6 Meses			
		Mediana	1° Quartil	3° Quartil	p-valor
AME	SIM	66,00	64,00	70,00	< 0,0001
	NÃO	55,00	37,00	63,75	

Nota: AME - Amamentação Exclusiva; p-valor do Teste de Mann-Whitney-U.

Ao comparar o escore final da BSES, aos seis meses, entre as nutrizes que amamentavam exclusivamente e as que não amamentavam, evidencia-se que os resultados foram estatisticamente significantes ($p < 0,05$). Aquelas que amamentavam exclusivamente até o sexto mês possuíam mediana mais alta no escore final (Md= 66,00). Já as mulheres que não amamentavam exclusivamente até o sexto mês obtiveram um escore final (Md= 55,00) significativamente mais baixo em suas respostas (Tabela 1).

Os escores finais da BSES-SF, ao nascimento, evidenciaram que as nutrizes tinham alta eficácia para o AM (Md=59), que se manteve ao sexto mês (Md=63). Ainda, na comparação entre as respostas das questões obtidas na aplicação da BSES-SF, ao nascimento e aos seis meses, pode-se observar que as questões relativas ao domínio intrapessoal (Q1, Q3, Q14) e as de técnica de amamentação Q8, Q12 foram estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre os períodos avaliados (Tabela 2).

Tabela 2 - Correlação entre os escores obtidos na escala BSES ao nascimento (n=158) e aos seis meses (n=128). Cascavel, PR - Brasil, 2019

	Momento do Nascimento			6 Meses			p-valor
	Mediana	1° Quartil	3° Quartil	Mediana	1° Quartil	3° Quartil	
Q1	4,0	3,0	4,0	5,0	3,8	5,0	0,003
Q2	4,0	3,0	5,0	5,0	3,0	5,0	0,523
Q3	5,0	4,0	5,0	3,0	1,0	5,0	< 0,0001
Q4	5,0	4,0	5,0	5,0	5,0	5,0	0,590
Q5	4,0	4,0	5,0	5,0	4,0	5,0	0,235
Q6	4,0	4,0	5,0	5,0	3,5	5,0	0,513
Q7	5,0	4,0	5,0	5,0	4,0	5,0	0,104
Q8	5,0	4,0	5,0	5,0	4,0	5,0	0,019
Q9	5,0	4,0	5,0	5,0	4,0	5,0	0,581
Q10	5,0	4,0	5,0	5,0	4,0	5,0	0,235
Q11	5,0	4,0	5,0	5,0	3,0	5,0	0,144
Q12	5,0	4,0	5,0	5,0	2,0	5,0	< 0,0001
Q13	4,0	4,0	5,0	5,0	3,0	5,0	0,538
Q14	4,0	3,0	5,0	5,0	4,0	5,0	0,006
Escore Final	59,0	54,0	64,0	63,0	52,8	68,0	0,739

Nota: p-valor do Teste de Wilcoxon.

Observa-se que, ao nascimento, a amamentação ainda não era rotina para as puérperas e elas imaginavam que saberiam identificar se o bebê havia mamado o suficiente como aponta a Q1. No entanto, aos seis meses, verificou-se que as puérperas conseguiam realmente identificar a saciedade do bebê após a mamada ($p=0,003$). Em relação ao uso do leite em pó como suplemento (Q3), logo após o parto, as puérperas intencionavam não o usar, enquanto que, no sexto mês, houve maior introdução desse suplemento na amamentação ($p=< 0,0001$). A questão 14 (Q14), que questionava se a mãe sabia identificar quando o filho estava saciado, evidenciou

que, ao nascimento, elas tinham dificuldades em reconhecer a saciedade do filho, enquanto que no sexto mês conseguiam fazer essa identificação ($p=0,006$).

Ademais, na Q8, relacionada ao conforto em amamentar frente a outras pessoas, houve uma grande variedade nas respostas, o que gerou distribuição dos dados estatisticamente significativos ($p=0,0019$). A Q12, relacionada à livre demanda na amamentação, mostrou-se estatisticamente significativa entre o nascimento e o sexto mês, sendo que neste período houve redução do AME devido à introdução do leite de fórmula ($p=0,0001$).

Outro aspecto importante para a manutenção do AME se refere às condições sociodemográficas das nutrizes. Na Tabela 3, evidencia-se a associação entre essas variáveis e a duração da amamentação.

Tabela 3 - Variáveis sócio demográficas em relação à amamentação exclusiva ao sexto mês. Cascavel-PR, Brasil, 2019

(continua)

		Amamentação Exclusiva				p-valor
		NÃO		SIM		
		FA	FR (%)	FA	FR (%)	
Raça	Branca	61	88,41	44	81,48	0,241
	Negra	1	1,45	4	7,41	
	Parda	7	10,14	6	11,11	
Estado Civil	Casada	38	55,88	31	53,45	0,043
	Divorciada	1	1,47	0	0,00	
	Solteira	9	13,24	1	1,72	
Trabalhando	União Estável	20	29,41	26	44,83	0,020
	Não	25	36,23	33	56,90	
Escolaridade	Sim	44	63,77	25	43,10	0,727
	Fundamental Incompleto	7	10,29	5	8,62	
	Fundamental Completo	10	14,71	9	15,52	
	Médio Completo	42	61,77	39	67,24	
	Superior Completo	7	10,29	5	8,62	
	Técnico	2	2,94	0	0,00	

Tabela 3 - Variáveis sócio demográficas em relação à amamentação exclusiva ao sexto mês. Cascavel-PR, Brasil, 2019

(conclusão)

		Amamentação Exclusiva				p-valor
		NÃO		SIM		
		FA	FR (%)	FA	FR (%)	
Renda Familiar	Sem Renda	4	6,67	1	2,27	
	Até 1 Salário Mínimo	5	8,33	12	27,27	
	1 a 2 Salários Mínimos	26	43,33	21	47,73	
	2 a 3 Salários Mínimos	18	30,00	6	13,64	
	Mais 3 Salários Mínimos	7	11,67	4	9,09	0,044
Tipo de Parto	Cesária	28	43,75	27	46,55	
	Parto Normal	36	56,25	31	53,45	0,756
Sexo do Bebê	Feminino	32	46,38	29	50,00	
	Masculino	37	53,62	29	50,00	0,684
Amamentou anteriormente	Não	30	43,48	20	34,48	
	Sim	39	56,52	38	65,52	0,301
Orientação sobre aleitamento	Não	42	60,87	40	70,18	
	Sim	27	39,13	17	29,82	0,275

Nota: Teste de Qui Quadrado de Independência

Destaca-se que as variáveis que apresentaram associação com a AME foram estado civil, trabalho e renda familiar. Pode se observar, de acordo com o Teste de Resíduos Ajustados, que a maior frequência de mães que não amamentaram exclusivamente até o sexto mês está entre as solteiras. Enquanto que as em amamentação exclusiva até o sexto mês eram mais frequentes entre aquelas que possuíam um companheiro ($p=0,043$).

Em relação à variável “trabalho”, a maior frequência de amamentação exclusiva ao sexto mês foi observada entre as mães que não trabalhavam fora de casa ($p=0,020$). Para a renda familiar ($p=0,044$), a maior frequência de amamentação exclusiva ao sexto mês foi entre as mulheres que afirmaram possuir renda de até um salário mínimo. Já a maior frequência de mulheres que não amamentaram exclusivamente até o sexto mês foram as que possuíam renda de dois a três salários mínimos (Tabela 3).

Na Tabela 4, descrevem-se as características da gestação, do parto e de sua relação com a duração do AME no sexto mês.

Tabela 4 - Variáveis quantitativas acerca da gestação e do parto em relação à amamentação exclusiva ao sexto mês. Cascavel, PR-Brasil, 2019

	Amamentação exclusiva						p-valor
	NÃO			SIM			
	Md	1°Q	3°Q	Md	1°Q	3°Q	
Idade	27,50	22,00	36,75	25,00	21,00	32,75	0,347
Idade Gestacional	39,00	37,00	39,00	39,00	38,00	40,00	0,066
Número de Gestações	2,00	1,25	3,00	2,00	1,25	3,00	0,625
Número de Consultas Pré-Natal	10,00	7,00	11,00	10,00	8,00	11,00	0,584
Número de Abortos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,738
Número de Cesárias	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,375
Número de Partos Normais	1,00	0,00	2,00	1,00	0,00	2,00	0,971
Peso da Criança ao Nascer	3205	2996	3698	3385	3081	3632	0,537
Número de pessoas que moram na casa	4,00	3,00	5,00	4,00	4,00	5,00	0,272

Nota: p-valor do Teste de Mann-Whitney-U.

Nenhuma das variáveis foi estatisticamente significativa ($p > 0,05$), demonstrando a não associação das características da gestação e do parto com a duração da amamentação.

Discussão

As nutrizes entrevistadas eram, em sua maioria, casadas ou em união estável, tinham vínculo remunerado, com nível médio de escolaridade e renda familiar de um a dois salários, tiveram parto normal, filho do sexo masculino e experiência anterior com AME.

Evidenciou-se que o estado civil, o trabalho e a renda familiar se caracterizam como fatores associados ao desmame precoce, principalmente entre as mães solteiras, as quais tinham menor renda e precisavam retornar ao trabalho precocemente, dados estes que vão ao encontro de outros estudos^{13,14}. Essa realidade também foi identificada entre mães chinesas, para as quais a volta ao trabalho foi o indicador responsável de 47,6% do abandono precocemente do AM.

Portanto, pensar estratégias que ajudem as mães que trabalham a continuar a amamentar deve ser conduta presente nos serviços de saúde¹⁴.

Em estudo sobre fatores associados ao AME, nos seis primeiros meses, encontrou-se uma associação estatisticamente significativa entre o trabalho e o AME, sendo que a ausência de trabalho materno também se demonstrou fator associado (BONCOLLI, 2015).

No contexto avaliado, o fator protetor para a manutenção do AME foi o suporte familiar ofertado especificamente pelo companheiro. A presença do companheiro neste estudo demonstrou apoio às nutrizes, pois a maior frequência de mães que não amamentaram até o sexto mês se deu entre as sem companheiros. Portanto, as intervenções da promoção do AME devem se concentrar em redes de apoio social que incluam o pai e outros membros da família^{15,16,17}.

Ademais, o profissional de saúde deve estar atento para reconhecer precocemente as dificuldades com AME entre mães solteiras, assim, o uso da BSES-SF se mostra como uma ferramenta eficaz na identificação de comportamentos maternos na amamentação, os quais possam interferir no processo desta e na sua eficácia, além de possibilitar intervenções para a garantia de sucesso¹⁰.

As questões da BSES-SF que apresentaram respostas estatisticamente significativas prevalentes são as que se caracterizam como de domínio intrapessoal sobrepostas às referentes à técnica de aleitamento propriamente dita. Algumas mães possuem maior autoeficácia nesses itens de domínios intrapessoais, especificamente, na percepção da correta pega durante a mamada, fato relevante para o trabalho dos profissionais de saúde nas consultas de pré-natal, puericultura, puerperal, e nas visitas domiciliares¹⁸.

A aplicação da BSES-SF identificou que as mães em estudo tinham alta eficácia para o AM desde o nascimento, ou seja, confiavam em sua habilidade para iniciar o aleitamento materno¹⁰. Apresentavam expectativas e crenças positivas em sua capacidade para executar o AM¹¹. Portanto, a aplicabilidade clínica da referida escala é confiável para avaliar a percepção das puérperas em sua autoeficácia na amamentação. Isso demonstra a possibilidade de sua utilização como ferramenta para os profissionais identificarem as mães suscetíveis a terem sucesso na amamentação, bem como aquelas que podem apresentar necessidades de intervenções antes da alta hospitalar, visando à promoção da AME até o sexto mês^{18,19}.

Salienta-se que, mais do que promover o incentivo à autoeficácia para o aleitamento materno entre as mulheres, é fundamental que a equipe de saúde considere as relações familiares, pois esta é grande influenciadora no processo de amamentação. Assim, pode-se realizar intervenções que propiciam a saúde e o bem-estar, pois, com a inserção da família neste cenário, a amamentação torna-se perdurável.

Destaca-se como relevância deste estudo sua contribuição para as áreas acadêmica, profissional e social, pois a escala apresentada pode ser utilizada para conduzir o manejo do AM desde a hospitalização até as unidades de saúde da atenção primária. Ademais, torna-se possível avaliar as intervenções educativas implementadas sobre amamentação durante a gravidez e fornecer subsídios para a construção de estratégias nos grupos de mães com um nível mais baixo de autoeficácia no período pós-parto, o que pode possibilitar a superação das dificuldades e facilitar a continuidade da AME.

Como a BSES-SF auxilia na identificação das mães com maior risco para o desmame precoce, ou seja, aquelas com menor autoeficácia, o profissional de saúde pode avaliar e programar a promoção ao AME com essas nutrizes, com vistas a fortalecer o vínculo mãe/filho e intervir em situações que levariam ao desmame precoce. Tal ferramenta é um facilitador para o processo de trabalho cotidiano dos profissionais que prestam cuidado a famílias, na identificação precoce destes elementos fragilizadores, pois pode permitir a elaboração de estratégias, a fim de compensar lacunas e permitir a aproximação da família com referências e suportes para amamentação.

Entretanto, o estudo limita-se a uma perspectiva de um fenômeno específico, de uma determinada população em um único serviço, devendo-se considerar a limitação espacial e temporal. Assim, sugerem-se pesquisas que incluam a utilização dos instrumentos, bem como a inserção familiar neste contexto, estratégias de preparo para os profissionais, para assim, evitar que o cuidado profissional desenvolvido se limite a uma transposição simplista de uma assistência intervencionista.

Conclusões

O instrumento BSES-SF demonstrou alta eficácia para o aleitamento materno entre as nutrizes em estudo, evidenciando-se associação entre escores mais elevados e a maior duração do AME.

Identificou-se os seguintes elementos fragilizadores do AME: mulheres sem companheiros, retorno ao trabalho e renda familiar de dois a três salários mínimos. Assim, é necessário que a nutriz receba, além do apoio familiar, o apoio de profissionais e de serviços de saúde com políticas institucionais efetivas fortalecedoras da amamentação.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília-DF.: Editora do Ministério da Saúde. [Internet]. 2009. [cited 2017 Mai 28]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf>.
2. Araujo LEAST. Influências sociais no processo do aleitar: percepções das mães. *Rev. Espaço Saúde*. Londrina-PR. [Internet]. 2014. [cited 2017 Abr 11]. v.15, n.1, p. 25-36. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/viewFile/17381/pdf_15>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: Materiais Informativos. Brasília-DF.: Editora do Ministério da Saúde. [Internet]. 2009. [cited 2017 Mai 28]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_materiais_infomativos.pdf>.
4. Paraná. Governo do Estado. Secretaria da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde. Linha Guia mãe paranaense. Curitiba-PR. [Internet]. 2014. [cited 2017 Mai 28]. 55p. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense_final_2017.pdf.
5. Brandão APM, Almeida APR, Silva LCB, Verde RMV. Aleitamento materno: fatores que influenciam o desmame precoce. *Rev. Cient. FacMais*. [Internet]. 2016. [cited 2017 Abr 11]. v.5, n.1, p.1-24, mai. Disponível em: <<http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2016/06/1%20Aleitamento%20Materno%20%20fatores%20que%20influenciam%20o%20desmame%20precoce.pdf>>.
6. Lima LS, Souza SNDH. Percepção materna sobre o apoio recebido para a amamentação: o olhar na perspectiva da vulnerabilidade programática. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*. Londrina. [Internet]. 2013. [cited 2017 Mai 17]. v. 34, n. 1, p. 73-90, jan./jul. Disponível: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/12595>>.
7. Uema RTB, Souza SNDH; Mello DF; Capellini VK. Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno no Brasil entre os anos 1998 e 2013: revisão sistemática. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. Recife. [Internet]. V. 17, N.1. : 69-78 jan. mar., 2017. [cited 2018 Out 28]. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>>.
8. Santos MP, Santana MS, Oliveira DS, Filho RAN, Lisboa CS, Almeida LMR, et al. Prevalência e fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: metanálise de estudos epidemiológicos brasileiros. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. [online]. [Internet]. 2017. [cited 2018 Out 28]. vol.17, n.1, pp.59-67. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292017000100059&script=sci_abstract&tlng=pt>.
9. Zubaran C, Foresti K. The correlation between breastfeeding self-efficacy and maternal postpartum depression in southern Brazil. *Sexual & Reproductive Healthcare* 4. [Internet]. 2013. 9–15. [cited 2019 Jan 22]. Disponível em: <<https://www.journals.elsevier.com/sexual-and-reproductive-healthcare>>.

10. Dennis CL. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *J Hum. Lact.*[Internet].15, 195-201. 2003.[cited 2017 Mai 29].Disponível em: <<http://www.cindyleedennis.ca/research/1-breastfeeding/breastfeeding-self-efficacy/>>>.
11. Dotz RCM. Aplicação e Validação da Breastfeeding Self-EfficacyScale – Short Form (BSES-SF) em Puérperas. [Dissertação]. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.[cited 2017 Mai 02]. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/2018/1/2008_dis_rcmdotz.pdf>.
12. Oria MOB. Tradução, adaptação e validação da Breastfeeding Self-EfficacyScale: aplicação em gestantes. [Dissertação]. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza –Ce, 2008. [cited 2017 Mai 02].Disponível em:<<http://pct.capes.gov.br/teses/2008/22001018021P0/TES.pdf>>.
13. Rozga MR, Kerver JM, Olson BH. Self-Reported Reasons for Breastfeeding Cessation among Low-Income Women Enrolled in a Peer Counseling Breastfeeding Support Program. *Journal of Human Lactation.*[Internet]. 2015.[cited 2019 Jan 03]. Vol. 31(1) 129–137. DOI: [10.1177/0890334414548070](https://doi.org/10.1177/0890334414548070).
14. Sun K, Chen M, Yin y, Wu L, Gao L. Why Chinese mothers stop breastfeeding: Mothers' self-reported reasons for stopping during the first six months. *Journal of Child Health Care.* [Internet]. 2017. [cited 2019 Jan 03]. Vol. 21(3) 353–363. DOI: [10.1177/1367493517719160](https://doi.org/10.1177/1367493517719160).
15. TomiazziTA, Machineski, GG. Motivos relacionados à continuidade do aleitamento materno: uma revisão de literatura.*Revista Varia Scientia – Ciências da Saúde.* [Internet]. 2016.[cited 2019 Fev13]. Vol. 2 (2). Disponível em: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/15215>.
16. Mirghafourvand M, Malakouti J, Charandabi SMA. Relationship between social support and breastfeeding self-efficacy among women in Tabriz, Iran. *British Journal of Midwifery.* [Internet]. February 2017. [cited 2019 Jan 12].Vol 25, No 2. Disponível em: <<https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjom.2017.25.2.103>>.
17. Prates LA, Schmalfuss JM, Lipinski JM. Rede de apoio social de puérperas na prática da amamentação. *Esc Anna Nery.* [Internet]. 2015.[cited 2019 Jan 22].19(2):310-315. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0310.pdf>
18. Gerçek E, Karabudak SS, Çelik NA, Saruhan A. The relationship between breastfeeding self-efficacy and LATCH scores and affecting factors. *Journal of Clinical Nursing.*.[Internet]. 2017.[cited 2019 Jan 22].V. 26, Issue 7-8. <https://doi-org.ez89.periodicos.capes.gov.br/10.1111/jocn.13423>.
19. Soares LS, Silva GRF, Gouveia MTO, Brandão EC, Oriá MOB. Aplicação da escala reduzida de autoeficácia em amamentação no contexto da Estratégia Saúde da Família. *Enferm. Foco.*[Internet].2014.[cited 2019 Jan 20]. 5(3/4): 49-52. Disponível <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/537>.
20. Aydin A, Pasinlioglu T. Reliability and Validity of a Turkish version of the Prenatal Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Midwifery.* [Internet]. 2018. [cited 2019 Jan 02]. 64. 11–16. Disponível em: <[https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(18\)30149-9/pdf](https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(18)30149-9/pdf)>.

5.2 Artigo 2: Confiança da nutriz para o aleitamento materno exclusivo no sexto mês de vida da criança, a ser enviado à Revista Colombiana de Psicologia

Confiança da nutriz para o aleitamento materno exclusivo no sexto mês de vida da criança

Breastfeeding mother's self-confidence in the sixth month of the child's life

Resumo

O presente estudo objetivou identificar a autoeficácia para o aleitamento materno e a percepção das puérperas quanto a sua intenção e confiança para esse processo. Estudo quali-quantitativo, longitudinal do tipo coorte prospectivo, com abordagem de métodos mistos, realizado em duas fases. Na fase I – no nascimento –, etapa quantitativa, a amostra foi constituída por 158 nutrizas que estavam no período pós-parto, para as quais se aplicou a *Breastfeeding Self Efficacy Scale-Short Form* (BSES-SF). A fase II – seguimento até seis meses após parto –, etapa quali-quantitativa, realizou-se por meio de visitas domiciliares no sexto mês de vida da criança, para a qual se aplicou novamente a BSES-SF, envolvendo 128 nutrizas, das quais 22 participaram da entrevista em profundidade, gravada - análise estatística inferencial para os dados quantitativos e análise de conteúdo do tipo temática para os dados qualitativos. Majoritariamente, as participantes eram multíparas, apresentaram respostas positivas para a autoeficácia, indicando escore de alta eficácia para o Aleitamento Materno Exclusivo em ambas as fases da investigação. Obtiveram-se as seguintes categorias temáticas: Percepção materna sobre o ato de amamentar; percepção materna relacionada à confiança em amamentar e as vivências com aleitamento da alta hospitalar até o sexto mês de vida da criança. A percepção materna sobre o ato de amamentar envolve distintos experienciados ao longo dos seis meses, assim como se relaciona à confiança na capacidade de amamentar. Esta sofre influências dos acontecimentos do cotidiano da vida da nutriz, os quais podem contribuir para o manejo da amamentação. A associação entre dados quali e quantitativos possibilitou identificar aspectos que a escala isoladamente não dimensiona.

Palavras-chaves: aleitamento materno, autoeficácia, lactente, mães, confiança.

Abstract

The present study aimed to identify the breastfeeding self-efficacy and the perception of the puerperae women concerning their intention and confidence in this process. A qualitative, quantitative, longitudinal of prospective cohort study, with mixed methods approach and was carried out in two stages. In the phase I - at birth, quantitative stage, a sample composed of 158 nursing mothers who were in the postpartum period and, for whom the Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form (BSES-SF) was applied. The phase II - follow-up up to six months after the delivery, qualitative-quantitative stage through home visits in the sixth month of the child's life, BSES-SF was reapplied to 128 nursing mothers, 22 of them participated in the

recorded in-depth interview. Inferential statistical analysis for quantitative data and thematic content analysis for qualitative data. Mostly, the participants were multiparous, they presented positive responses to self-efficacy, indicating high efficacy for Exclusive Breastfeeding in both phases of the investigation. The maternal perception about the act of breastfeeding involves different experienced during the six months, as well as the reliance on the ability to breastfeed. It is influenced by the events of the nursing mother's daily life which contribute to the management of breastfeeding. The association between qualitative and quantitative data allowed identifying aspects that scale separately does not size.

Keywords: Breastfeeding; Self-efficacy; Infant; Mothers; Confidence.

Introdução

O aleitamento materno é indicado por dois ou mais anos, sendo que deve ser exclusivo nos seis primeiros meses, visto que a introdução de alimentos antes desse período pode trazer prejuízos para a saúde da criança (Brasil, 2015). No entanto, apesar dessa indicação e do reconhecimento dos benefícios, tanto para a mãe como para a criança, a prevalência de Aleitamento Materno Exclusivo (AME) no Brasil ainda é inferior a 50% (Brasil, 2009).

Isso pode ser consequência dos muitos aspectos que influenciam durante o AME, como a confiança na amamentação no período pós-parto (Maranhão, Gomes, Nunes, & Moura, 2015). A percepção materna quanto à autoconfiança para o processo de aleitamento é um marcador importante que deve ser investigado em todo o processo gravídico puerperal.

Para promover o desenvolvimento conceitual da confiança materna para a amamentação, Dennis, enfermeira canadense [1999], incorporou a teoria da autoeficácia de Bandura (1994) e desenvolveu o conceito de autoeficácia na amamentação. A partir dessa teoria, criou a escala de autoeficácia *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES), a qual foi validada no Brasil por Dodt (2008).

De acordo Dennis (1999), a autoeficácia na amamentação refere-se à confiança da nutriz em sua capacidade de amamentar e prevê se a mãe escolhe amamentar ou não; quanto esforço vai gastar nesse processo; se terá padrões de pensamento auto aprimoráveis ou autodestrutivos frente ao aleitamento materno e como responderá emocionalmente às dificuldades da amamentação.

A autoeficácia é influenciada por quatro principais fontes de informação: a percepção sobre o desempenho, a exemplo das vivências prévias com amamentação; as experiências vicárias, observando outras mulheres amamentando; a persuasão verbal, isto é, o encorajamento de pessoas influentes, como amigos, familiares, profissionais de saúde; e as respostas fisiológicas - fadiga, estresse, ansiedade e dor (Dennis, 1999).

Dessa forma, intervenções para aumentar a autoeficácia se conformam em abordagem eficaz para a manutenção da exclusividade e para a duração da amamentação para mães primíparas. Assim, o apoio efetivo ao aleitamento materno e a educação em saúde ofertada possibilitaram melhores resultados na promoção do AME, indicando que a autoeficácia da amamentação é modificável (Wu et al., 2014). Na prática cotidiana do cuidar de nutrizes, os enfermeiros podem se utilizar de ferramentas que contribuem para o aumento da autoeficácia materna no pós-parto e, com isso, elevar a prevalência do AME.

Porém, apesar da BSES-SF ser eficiente na avaliação da autoeficácia materna para o aleitamento, ela trata de itens específicos que quantificam a confiança materna. Nesse sentido, acredita-se que, além da identificação da autoeficácia pela escala, é necessário apreender a percepção das nutrizes, sobre esse processo. Isso acontece porque elementos específicos do contexto individual, social e familiar podem influenciar na garantia do AME até o sexto mês de vida da criança.

Assim, o profissional de saúde pode contribuir para melhorar a confiança na amamentação; disponibilizar fontes de informação para gerar autoconfiança nas oportunidades de contato com a mulher, em seu processo gravídico puerperal; avaliar suas dificuldades e identificar o grau de autoeficácia materna para estimular seu empoderamento para esse processo.

Acredita-se que as nutrizes com pontuação mais elevada na BSES-SF, que caracteriza alta eficácia para o aleitamento materno, são aquelas que também têm uma percepção positiva quanto à confiança para o processo de amamentação. A partir do exposto, este estudo tem como objetivo identificar a autoeficácia para o aleitamento materno e a percepção das puérperas quanto à intenção e confiança para com esse processo.

Método

Para responder ao objetivo deste estudo, optou-se pela abordagem de métodos mistos para confrontar a racionalidade da escala BSES-SF com a percepção da nutriz. Trata-se de estudo quali-quantitativo, longitudinal do tipo coorte prospectivo, uma vez que um grupo de nutrizes foi acompanhada desde o pós-parto mediato, o qual compreende o período entre 24 a 48 horas após o nascimento do bebê até o seu sexto mês.

A abordagem de métodos mistos é definida por Creswell (2013) como estudo que utiliza técnica de coleta, análise e associação da pesquisa quantitativa e qualitativa em uma mesma

investigação. A utilização dessa abordagem fornece melhores possibilidades analíticas e proporciona melhores evidências para a pesquisa.

Assim, este estudo ocorreu em duas fases, a primeira quantitativa e a segunda, quali-quantitativa. Posteriormente, realizou-se o cruzamento dos dados de ambas as abordagens.

O local do estudo foi um hospital escola do Paraná e os domicílios das nutrizes investigadas. A composição da amostra seguiu os preceitos indicados para cada tipo de abordagem. Na fase I, a amostra foi do tipo não probabilística, constituída de 158 nutrizes, as quais estavam no pós-parto imediato, entre junho a outubro de 2017, para as quais se aplicou a BSES-SF. Estas foram acompanhadas no puerpério da seguinte forma: por contato telefônico no primeiro mês; no terceiro mês, para manter o vínculo, e, no sexto mês, para agendar nova entrevista.

A fase II – quali-quantitativa ocorreu por meio das visitas domiciliares, sendo que foi possível contato efetivo com 128 nutrizes. A BSES foi aplicada novamente e, deste total de participantes no seguimento, foi selecionada a amostra para desenvolver a etapa qualitativa. As 128 participantes foram distribuídas nas cinco regiões geográficas do município em estudo. Na sequência, fez-se sorteio de uma nutriz por região para participarem da entrevista em profundidade, gravada em áudio e guiada pela seguinte questão: “Conte-me como foi sua experiência com o aleitamento materno até o momento.” O sorteio foi realizado até que os dados começaram a se repetir e possibilitaram um constructo teórico para se responder aos objetivos propostos. Participaram da etapa qualitativa 22 nutrizes.

A BSES-SF é composta por 14 itens divididos em dois domínios: técnica de amamentação e pensamentos interpessoais. O domínio técnico de amamentação contempla questões sobre posição correta do bebê durante a amamentação; conforto no ato de amamentar; reconhecimento de sinais de uma boa lactação; sucção do mamilo areolar. Nos pensamentos intrapessoais, os questionamentos referem-se ao desejo de amamentar; na motivação interna para a amamentação; na satisfação com a experiência *de amamentar*; no reconhecimento dos sinais de que o filho está saciado (Dodt, 2008; Oriá, 2008). Trata-se de uma escala tipo *Likert*, em que para são atribuídos escores de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente), perfazendo um total de 14 a 70 pontos, caracterizando-se como baixa eficácia quando o escore variar de 14 a 32 pontos, média eficácia de 33 a 51 pontos e alta eficácia de 52 a 70 pontos (Dodt, 2008).

O conjunto dos dados para análise, portanto, originou-se da aplicação da BSES-SF, no pós parto mediato e no sexto mês do puerpério, e das entrevistas em profundidade. Os dados

quantitativos foram analisados estatisticamente pelo programa XLStat (2010). Os dados qualitativos foram submetidos à análise de conteúdo do tipo temática (Streubert& Carpenter, 2010).

Na análise quantitativa, realizou-se, primeiramente, a avaliação da consistência interna da escala BSES mediante o Coeficiente Alfa de Cronbach, que foi considerada elevada consistência quando os níveis de alfa variaram entre 0,70 e 0,95, assumindo-se nível de significância de 5%. Da mesma forma, identificaram-se as questões da escala que tinham associação com a duração do AME pela regressão logística, mediante o modelo de Hosmer e Lemeshow. Por meio do Teste de Mann-Whitney-U, analisou-se se havia diferença entre os escores da BSES-SF, no pós-parto mediato e no sexto mês do puerpério.

Para a apresentação dos dados quali-quantitativos, elaborou-se um quadro com as categorias temáticas, de acordo com o escore obtido na BSES-SF das 22 participantes da etapa qualitativa. A análise temática possibilitou identificar aspectos que expressaram os sentimentos maternos de autoconfiança com seus bebês, em casa, no manejo do aleitamento materno.

A integração e a interpretação dos dados qualitativos e quantitativos foram permeadas pela discussão, gerando um novo conjunto de dados que possibilitou a complementaridade de das abordagens de pesquisa.

O estudo é integrante de projeto internacional multicêntrico de Lactância Materna. No Brasil, o subprojeto recebeu o nome de “Aleitamento materno exclusivo: determinantes socioculturais no Brasil”. O desenvolvimento da investigação respeitou todos os preceitos Éticos da Pesquisa com Seres Humanos, sendo que o projeto foi encaminhado ao comitê de ética e pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná e aprovado pelo Parecer número 2.195.270, em 01 de agosto de 2017.

Resultados

Caracterizou-se a amostra em estudo quanto à idade materna, à escolaridade, ao tipo de parto e à duração do AME, como pode ser observado na tabela 1.

Tabela 1. Características da amostra quanto à duração do AME, tipo de parto, idade e escolaridade materna ao nascimento e seis meses após o parto, de acordo com o N amostral. Cascavel - PR, Brasil, 2019

Amostra	Nascimento (N=158)	Seguimento sexto mês (N=128)	Seguimento sexto mês (N=22)
Idade			
18-24	70 (44,30)	51 (39,84)	12 (54,54)
25-31	53 (33,54)	47 (36,71)	6 (27,27)
32-38	28 (17,72)	23 (17,96)	2 (9,09)
+39	7 (4,43)	7 (5,46)	2 (9,09)
Escolaridade			
Fundamental Incompleto	16 (10,12)	12 (9,37)	1 (4,54)
Fundamental completo	29 (18,35)	19 (14,84)	5 (22,72)
Médio Incompleto	28 (17,72)	25 (14,84)	0
Médio Completo	62 (39,24)	54 (42,18)	12 (54,54)
Técnico	2 (1,26)	2 (1,56)	0
Ensino superior	21 (13,19)	16 (57,14)	0
Tipo de parto			
	N(%)	N(%)	N(%)
Cesariana	73 (63,29)	61 (47,65)	8 (36,36)
Normal	85 (53,79)	67 (52,34)	14 (63,63)
AME 6 MÊS			
Sim	Dado não informado	58 (36,70)	11 (50,00)
Não		70 (54,68)	11 (50,00)
ESCORES BSES-SF			
Baixa auto eficácia (14 a 32 pontos)	1 (0,63)	14 (10,93)	19 (86,36)
Média auto eficácia (33 a 51 pontos)	21 (13,29)	15 (11,71)	2 (9,09)
Alta auto eficácia (50 a 70 pontos)	138 (87,34)	99 (77,34)	1 (4,54)

Fonte: Banco de dados dos autores, 2019.

Observa-se que as nutrizes arroladas no estudo têm características semelhantes quanto à idade, que prevaleceu entre 18 e 24 anos; quanto à formação, elas haviam cursado o ensino médio completo; e quanto ao tipo de parto, tiveram parto normal. A maioria das nutrizes, desde o nascimento do bebê, foi classificada como tendo alta eficácia para o aleitamento materno na BSES-SF. No entanto, a prevalência do AME foi diferente entre a amostra, já que, das 128

nutrizes, apenas 36,70% estavam em AME, enquanto que, no grupo que participou das entrevistas em profundidade, 50% mantinham o AME no sexto mês.

Para que a BSES-SF possa ser amplamente utilizada na prática clínica, faz-se necessário identificar seu grau de confiabilidade, o qual é obtido pela consistência interna da escala, assim, observa-se, na tabela 2, essa avaliação.

Tabela 2. Consistência interna da escala BSES-SF. Cascavel-PR, Brasil, 2019

Questões da BSES-SF	Alfa	Mudança
Q1	0,943	-0,005
Q2	0,943	-0,005
Q3	0,951	0,003
Q4	0,942	-0,006
Q5	0,945	-0,003
Q6	0,946	-0,002
Q7	0,944	-0,004
Q8	0,945	-0,003
Q9	0,942	-0,007
Q10	0,943	-0,005
Q11	0,946	-0,003
Q12	0,946	-0,002
Q13	0,943	-0,005
Q14	0,943	-0,004

Fonte: As autoras, 2019

Nota: Valor de Alfa de Cronbach para cada questão.

Por meio do cálculo do Alfa de Cronbach, pode-se comprovar a consistência interna elevada desta escala ($\alpha = 0,9481$), valores próximos ao encontrado por Dodt (2008) durante a validação da BSES-SF no Brasil, em que encontrou coeficientes entre 0,835 a 0,903. Portanto, evidencia-se a correlação entre as respostas da escala e as respostas dadas pelas nutrizes, expressando o grau de confiabilidade das respostas obtidas, o que indica a coerência entre os itens do questionário (Hora, Monteiro, & Arica, 2010).

Ao se verificar a confiabilidade da BSES-SF, foi avaliado se as questões da escala tinham associação com a duração do AME (Tabela 3).

Tabela 3. Fatores associados entre as questões e a duração da amamentação no sexto mês após o parto, obtidos mediante regressão logística. Cascavel-PR, Brasil, 2019. N=128.

	Fonte	Valor	p-valor	OR [IC95%]
Q3	Intercepto	-4,823	0,006	
	1	0,000		
	2	-0,755	0,641	0,470 [0,020 - 11,180]
	3	1,216	0,121	3,372 [0,727 - 15,648]
	4	2,573	0,038	13,110 [1,156 - 148,728]
	5	3,618	< 0,0001	37,250 [9,678 - 143,387]
Q11	1	0,000		
	2	0,114	0,969	1,120 [0,004 - 324,360]
	3	2,188	0,245	8,920 [0,222 - 358,215]
	4	2,969	0,139	19,481 [0,382 - 994,249]
	5	3,100	0,077	22,195 [0,714 - 689,995]

Fonte: As autoras, 2019

Nota: Modelo de *Hosmer&Lemeshow* (Qui-quadrado= 1,374; GL=5; p= 0,927).

As variáveis consideradas como estatisticamente significativas pelo modelo de regressão logística em relação à amamentação exclusiva ao sexto mês foram às questões Q3 e Q11. Sendo estas as mais prováveis ao evidenciar se a nutriz irá manter o AME ou não (Qui-quadrado= 1,374; GL=5; p= 0,927).

Segundo o modelo gerado na regressão logística, pode-se observar que, para Q3, que se refere à percepção das nutrizes quanto ao uso do leite em pó como suplemento, as respostas da BSES-SF - que foram estatisticamente significativas ($p < 0,05$) -, em relação à duração da amamentação, referem-se a 4 (concordo) e 5 (concordo totalmente) na escala de *Likert*. Constatou-se que a probabilidade da amamentação exclusiva até o sexto mês para as nutrizes que responderam ‘Concordo’, para Q3, é 13,11 vezes maior do que aquelas que responderam ‘Discordo totalmente’. Para aquelas que responderam ‘Concordo totalmente’, a probabilidade de manutenção do AME foi 37,25 vezes maior (Tabela 3).

Para a Q11, que corresponde ao domínio técnica de amamentação e refere-se à amamentação em ambos os seios na mesma mamada, nenhuma das respostas foi estatisticamente significativa ($p > 0,05$). Porém, para a resposta ‘Concordo Totalmente’ (Likert 5), apesar de não ser estatisticamente significativo ($p = 0,077$), indicou-se que nutrizes tendem a exercerem 22,195 vezes mais a amamentação exclusiva até o sexto mês do que as mulheres

que responderam ‘Discordo totalmente’ (Tabela 3). Tal fator pode ser explicado pela redução da lactação quando há a amamentação em apenas um seio a cada mamada.

Ao comparar o escore final da BSES-SF aos seis meses, entre as mulheres que amamentaram exclusivamente e aquelas que não amamentavam, pode-se dizer que houve diferença estatística significativa entre o escore final para as nutrizes avaliadas ($p < 0,05$). As que amamentaram exclusivamente até o sexto mês tiveram mediana mais alta no escore final (Md=66,00) e, portanto, maior confiança para a manutenção do AM. Já as que não amamentaram exclusivamente até o sexto mês obtiveram escore final (Md=55,00).

A partir da quantificação pela BSES-SF, quanto à autoeficácia materna, entendeu-se a importância de dar voz às nutrizes por meio do acompanhamento e da escuta qualificada para que possam expressar sua experiência com o AM nesse período. Dessa forma, após a ordenação e codificação dos dados qualitativos, obtiveram-se as seguintes categorias temáticas: percepção materna sobre o ato de amamentar; confiança em amamentar; vivências com aleitamento materno da alta hospitalar até o sexto mês de vida da criança, como pode ser observada no Quadro 1.

Quadro 1. Percepção materna referente à amamentação. Cascavel-PR, Brasil, 2019

CATEGORIAS TEMÁTICAS	SUBCATEGORIAS	TRECHOS DE ENTREVISTAS
<p>A percepção materna sobre o ato de amamentar</p>	<p>Sentimentos frente ao Aleitamento materno</p>	<p><i>Sempre quis amamentar no peito, sempre, e sinto que, quando o nenê mama no peito, eu sinto ele mais próximo, mais meu (E4);</i></p> <p><i>Amamentar é bom, é uma experiência assim realmente maravilhosa (E22);</i></p> <p><i>É um prazer você dar o alimento pro filho né, porque, sei lá, é uma coisa assim que é de você, você está tratando dele é uma coisa muito especial e um orgulho pra gente, por mim eu continuaria amamentando (E85);</i></p>

CATEGORIAS TEMÁTICAS	SUBCATEGORIAS	TRECHOS DE ENTREVISTAS
<p>A percepção materna relacionada à sua confiança em amamentar</p>	<p>Dificuldades com o aleitamento</p>	<p><i>Sofrido mesmo foi os primeiros dias, mas porque a gente não sabia dar de mamar, porque ,mesmo com o seio machucado, eu amamentei bem, para ver como a pega é importante. (E30);</i></p> <p><i>... foi bem difícil no começo, dói muito, faz feridinha (E19);</i></p> <p><i>Então, a amamentação não foi aquela coisa muito fácil não. Eu tive mastite e deu sangramento nos dois peitos, mas eu agüentei. E depois do primeiro mês, se tornou algo adaptável e mais fácil, mas eu já pensei até em desistir da amamentação, mas persisti até agora (E109);</i></p> <p><i>Tive apoio, da sogra, cunhadas, do marido. (E10)</i></p> <p><i>E meu marido se mostrou um companheiro. No começo, quando eu sentava pra amamentar, eu sentia muita sede, aí era eu sentar pra amamentar, ele já vinha com a garrafa de água pra me dar, ele me ajudava em tudo.</i></p>
	<p>Apoio a mulher no momento da amamentação</p>	<p><i>Quando ia tomar banho, ele cuidava da nenê, e cortava os legumes para fazer minhas sopas. (E8);</i></p> <p><i>Então, quando eu sai do hospital, eles me deram orientação de cuidar do umbiguinho, na hora do banho secar bem sequinho, secar pra não dar alergia, secar o umbiguinho e secar com álcool, deixar livre, não deixar abafado. Na parte do aleitamento eles me deram a orientação do bebe pegar bem a parte marronzinha do seio, colocar bem certinho na boca do bebê, pra facilitar a amamentação no neném. E pra mim foi bem fácil seguir as orientações deles (E122);</i></p>

CATEGORIAS TEMÁTICAS	SUBCATEGORIAS	TRECHOS DE ENTREVISTAS
vivências com aleitamento da alta até o sexto mês	A volta ao trabalho	<i>A amamentação, nesse período, foi bem complicadinha, porque eu dava de manhã, aí eu vinha de meio dia pra casa e, à tarde, depois das seis horas. Ah...a primeira semana foi muito dolorida, foi bem...ah o coração apertou (E4); depois dos quatro meses que acabou a minha licença e tive que voltar a trabalhar, ele começou com NAN ou E98);</i>
	Motivos que levaram a introdução de fórmula	<i>Com cinco meses, eu comecei a dar leite em pó pra ela, porque ela mamava e não enchia fácil, e ela ainda reclamava, agora com seis meses já vou dar bolacha amassada com leite (E95); Ele mamava, não dava nem cinco ou dez minutos ele começava a chorar, eu dava de novo, aí toda hora mamando, aí minha mãe falou que eu estava com pouco leite né, daí eu comecei a dar em pó, e ele não chorava mais, ganhou bastante peso (E11).</i>

Fonte:As autoras, 2019.

Pode-se identificar que a percepção da nutriz sobre o ato de amamentar envolve os sentimentos diversos experienciados no ato de amamentar, assim como se relaciona a confiança, a qual sofre influências dos acontecimentos do cotidiano da vida da nutriz, o que contribui para o manejo da amamentação. Após alta da maternidade, a vivência materna desse processo demonstra que a volta ao trabalho, a crença de que o leite materno não é suficiente, associadas à cultura familiar, interferem na amamentação exclusiva e induzem a introdução de fórmula.

Assim, o aleitamento materno vai muito além do ato de alimentar o bebê, envolve o vínculo mãe-filho. Por esse motivo, o olhar para as questões que cercam o aleitamento deve ultrapassar as dimensões biológicas e técnicas. Ademais, o significado afetivo da amamentação, presente nas falas, deixa transparecer que as nutrizes se sentem importantes nesse processo, pois conseguem cuidar do filho e lhes dar algo mais de si, o seu próprio leite, o que gera sentimentos de compensação, bem-estar em amamentar, descobertas e o momento único entre a díade.

Em relação à confiança em amamentar, emergem as dificuldades vivenciadas com o aleitamento e o apoio que a nutriz recebe no momento da amamentação. Nas falas aparecem a

descoberta do ato de amamentar e os impasses desse processo, referido como a falta de conhecimento e o manejo para realizar a pega adequada, o que gerou alterações tissulares e, como consequência, as lesões e as somatizações das dificuldades.

Observa-se que, mesmo com as dificuldades relatadas, o que predomina nas nutrizes é o desejo de continuar amamentando. Para tanto, a nutriz precisa receber informações e acompanhamento da equipe de saúde desde o pré-natal até o seguimento na Atenção Primária.

Esse acompanhamento pode ocorrer pela visita domiciliar e ter continuidade pelo menos até o sexto mês, para que o suporte e apoio necessários contribuam para auxiliar nas dúvidas maternas sobre o AM e minimizar as dificuldades que possam advir desse processo. Torna-se importante, então, promover esse apoio para que a nutriz persista na amamentação, tendo em vista que o início desse processo é considerado pelas mães como exaustivo e de insistência, até que a díade possa se adaptar.

Ressalta-se que esse apoio, no momento da amamentação, envolve os profissionais de saúde e todos aqueles que fazem parte do contexto de vida da nutriz, ou seja, companheiro, avós, irmãs entre outros familiares. Portanto, eles devem ser ouvidos e orientados conforme as dificuldades encontradas ou manifestadas pela nutriz, a fim de promover o suporte adequado para o AME até o sexto mês de vida da criança.

As vivências com aleitamento após a alta da maternidade até o sexto mês envolvem também questões que interferem na duração do AME. Assim, o olhar do profissional de saúde para a nutriz deve compreender as múltiplas facetas dessa mulher, ou seja, mãe, esposa, profissional e parte integrante de uma família e sociedade, na qual exerce papel fundamental no mercado de trabalho. Nas falas das entrevistadas, emergem as dificuldades enfrentadas com o retorno ao mercado de trabalho antes do sexto mês de vida dos filhos, caracterizando esse período como doloroso, o qual, conseqüentemente, leva-as à não manutenção do AME.

Percebe-se o retorno ao trabalho como fator impeditivo para a manutenção do AME, pois, a nutriz desconhece a possibilidade de retornar ao trabalho e manter a amamentação, pois não teve, ao longo do período gravídico-puerperal, orientação e preparo para tanto. Assim, sentem-se fragilizadas quando encontram as primeiras dificuldades, podendo ceder à introdução da mamadeira, ou à alimentação sólida precoce, decisões tomadas sob influências de outras pessoas e por achar que o seu próprio leite não seja suficiente para o ganho de peso do infante.

Discussão

As nutrizes entrevistadas, em sua maioria multíparas, apresentaram eficácia alta para o AM desde o pós-parto mediato até os seis meses do puerpério, mantendo AME, o que demonstra maior confiança no processo. De acordo com outros estudos, o escore elevado obtido na BSES-SF é um fator de proteção ao AME (Margotti & Epifanio, 2014; Uchôa et al., 2014). Em nossa pesquisa, as mães que desenvolveram maior confiança para o AM, ou seja, tiveram maior pontuação na BSES-SF, mantinham, aos seis meses, o AME. Esse fato foi observado em outros estudos, nos quais as nutrizes que apresentaram maior confiança e autoeficácia amamentaram exclusivamente por mais tempo (Conde, 2017; Pakseresht, 2017).

No entanto, apesar desses escores de autoeficácia, a prevalência do AME ainda é baixa, evidenciando que o manejo do AM em casa apresenta dificuldades que levam ao desmame precoce. Portanto, ter confiança para prover a amamentação não significa que manterão o AME. Fatores extrínsecos corroboram para o desmame precoce, como a primiparidade, a falta de apoio familiar, o parto cesária, as dificuldades com a amamentação e o trabalho fora de casa (Salustiano et al., 2012; Rozga, 2015; Sun, 2017), além de sinais de depressão e de estresse materno (Margotti & Mattiello, 2016). Em nosso estudo, esses fatores também foram identificados, exceto os aspectos de depressão, prematuridade e estresse que não foram avaliados.

Com a consistência interna elevada evidenciada na aplicação da BSES-SF em nosso estudo, apreende-se que há boa aplicabilidade clínica para analisar a percepção das nutrizes em relação à amamentação. Além disso, permite-se aos profissionais de saúde que identifiquem as mães com dificuldades para amamentar e, assim, realizem intervenções estratégicas individuais de cuidado e promoção do AM antes e após a alta hospitalar (Souza, 2014; Margotti, 2017).

Ademais, pela análise das questões Q3 e Q11 da escala, foi possível reconhecer as nutrizes de maior risco para o desmame precoce ainda na maternidade. Com a possibilidade desse diagnóstico precoce, o enfermeiro pode iniciar de imediato o preparo para evitar as dificuldades com técnica de amamentação. Ademais, na alta da maternidade, deve fazer a contra referência para atenção primária com o diagnóstico de risco para desmame precoce, além de planejar o cuidado direcionado a esse risco.

A introdução do leite de fórmula foi um aspecto que convergiu entre a questão três (Q3) da BSES-SF e as falas das nutrizes nas entrevistas em profundidade. Nessa questão, foi possível identificar as mães que estão em risco de introduzir precocemente fórmulas lácteas e ficaram evidentes os motivos para esse comportamento, dentre os quais estão as dificuldades no manejo

do AM, as crenças maternas, a cultura familiar e a falta de apoio do companheiro e família, os quais também foram percebidos por Siqueira, Carvalho e Barbosa (2017).

Associado então aos aspectos evidenciados na BSES-SF, o conhecimento da percepção das nutrizes sobre o ato de amamentar poderá ajudar o profissional de saúde no planejamento de ações para a nutriz e seu filho. Neste estudo, assim como em outras evidências da literatura (Amando, 2016; Mesquita, 2016), as nutrizes expressaram sentimentos de felicidade, satisfação, compensação e reconheceram os benefícios da amamentação para o filho e para elas também, bem como permite o maior vínculo afetivo entre eles.

As dificuldades na amamentação associam-se à descoberta do ato de amamentar, à falta de conhecimento, à insegurança, à pega inadequada a qual ocasiona alterações tissulares (Margotti & Epifanio, 2014). Essas ocorrências representam fator de risco para a autoeficácia, o que demonstra a importância da atuação dos profissionais de saúde, prestando apoio às mães e estimulando-as a prosseguirem no processo de amamentação (Uchôa, 2014). Dessa maneira, o apoio oferecido às mães no processo de amamentação, seja pelo companheiro, por familiares ou por profissionais de saúde, mostra ser essencial para que a mãe possa se sentir confortável no AME até o sexto mês e sanar as dificuldades, caso apareçam (Meedya, 2015).

Ao se analisar os dados da BSES-SF e compará-los com os obtidos quando se deu voz às nutrizes, observou-se que a associação das informações possibilitou identificar aspectos que a escala não dimensiona, como os sentimentos que as nutrizes relatam frente ao ato de amamentar, bem como as dificuldades no manejo do aleitamento materno. Assim, é importante considerar tanto a BSES-SF quanto os aspectos sociais, familiares, culturais e econômicos da nutriz e de seu filho, a fim de promover o AME.

Conclusões

O presente estudo demonstrou que o instrumento BSES-SF é um facilitador na identificação da autoconfiança das nutrizes no aleitamento materno e, quando associado ao cuidado integral e individualizado da nutriz, possibilitará uma abordagem ampliada para o manejo do AM pelos profissionais de saúde, permitindo o estímulo da autoeficácia materna e seu empoderamento para desenvolver a confiança em sua habilidade de amamentar. Desse modo, provendo suporte adequado para que os demais fatores externos, como o retorno ao trabalho, as crenças maternas e a cultura familiar, não exerçam influência negativa no processo de amamentação, levando ao desmame precoce, contribuindo, desse modo, para a continuidade do AM e melhorias na prevalência do AME até o sexto mês de vida do lactente.

O estudo tem como limitações a complexidade da metodologia de estudos de métodos mistos, pois a inexperiência do pesquisador com a metodologia pode ter fragilizado a análise de integração dos dados. Assim, sugerem-se novas pesquisas nesse contexto e com essa metodologia.

Referências

Amando, A. R., Tavares, A. K., Oliveira, A. K.P., Fernandes, F. E. C. V., Sena, C. R. S., & Mel, R. A. (2016). Percepção de mães sobre o processo de amamentação de recém-nascidos prematuros na unidade neonatal. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, 30 (4), 1-11. Recuperado em 02 de fevereiro, 2019, de DOI: [10.18471/rbe.v30i4.17134](https://doi.org/10.18471/rbe.v30i4.17134).

Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New Jersey: Prentice Hall.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. (2009). II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Recuperado em 02 de fevereiro, 2019, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf

Conde, R. G., Guimarães, C. M. S., Sponholz, F. A. G., Oriá, M. O. B., & Monteiro, J. C. S. (2017). Autoeficácia na amamentação e duração do aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. *Acta Paulista Enfermagem*, 30(4), 383-389. Recuperado em 02 de fevereiro, 2019, de DOI: [10.1590/1982-0194201700057](https://doi.org/10.1590/1982-0194201700057).

Creswell, J. W., & Clark, V.L.P. (2013). *Pesquisa de métodos mistos*. Trad. Magda França Lopes; Rev. Téc. Dirceu da Silva. (2 ed). Porto Alegre: Penso.

Dennis, C. L. (1999). Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *J Hum. Lact*, 15, 195-201. Recuperado em 02 de fevereiro, 2019, de <http://www.cindyleedennis.ca/research/1-breastfeeding/breastfeeding-self-efficacy/>>>.

Dotz, R. C. M. (2008). *Aplicação e Validação da Breastfeeding Self-EfficacyScale – Short Form (BSES-SF) em Puérperas*. Dissertação. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil. Recuperado em 02 de fevereiro, 2018, de http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/2018/1/2008_dis_rcmdotz.pdf>.

Hora, H. R.M., Monteiro, G. T.R., & Arica, J. (2010). Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um Estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. *Produto & Produção*, 11(2), p. 85 – 103. Recuperado em 01 de fevereiro, 2019, de <http://seer.ufrgs.br/ProdutoProducao/article/view/9321/8252>>.

Margotti, E., & Epifanio, M. (2014). Aleitamento materno exclusivo e a escala de autoeficácia na amamentação. *Revista Rede de Enfermagem do Nordeste*, 15 (5), 771-779. Recuperado em 01 de fevereiro, 2019, de https://www.researchgate.net/publication/286852452_Exclusive_maternal_breastfeeding_and_the_Breastfeeding_Self-efficacy_Scale.

Margotti, E., & Margotti, W. (2017). Fatores relacionados ao Aleitamento Materno Exclusivo em bebês nascidos em hospital amigo da criança em uma capital do Norte brasileiro. *Saúde Debate*, 41 (114), 860-871. Recuperado em 01 de fevereiro, 2019, de DOI: [10.1590/0103-1104201711415](https://doi.org/10.1590/0103-1104201711415).

Margotti, E., & Mattiello, R. (2016). Fatores de risco para o desmame precoce. *Rev Rene*, 17 (4), 537-544. Recuperado em 12 de fevereiro, 2019, de: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/4952/3653>.

Meedya, S., Fahy, K., Parratt, J., & Yoxall, J. (2015). Supporting women to achieve breastfeeding to six months postpartum – The theoretical foundations of a successful program. *Women and Birth*, 28, 265–271. Recuperado em 01 de fevereiro, 2019, de DOI: [10.1016/j.wombi.2015.06.006](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.06.006).

Maranhão, T. A., Gomes, K. R. O., Nunes, L. B., & Moura, L.N.B. (2015). Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. *Caderno de Saúde Coletiva*, 23 (2), 132-139. Recuperado em 25 janeiro, 2019, de DOI: [10.1590/1414-462X201500020072](https://doi.org/10.1590/1414-462X201500020072).

Oriá, M. O. B. (2008). Tradução, adaptação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale: aplicação em gestantes. Dissertação. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. Recuperado em 02 de fevereiro, 2019, de <http://pct.capes.gov.br/teses/2008/22001018021P0/TES.pdf>.

Pakseresht, S., Pourshaban, F., & Khalesi, Z.B. (2017). Comparing maternal breastfeeding self-efficacy during first week and sixth week postpartum. *Electronic Physician*, 9 (2), 3751-3755. Recuperado em 02 de fevereiro, 2019, de DOI: <http://dx.doi.org/10.19082/3751>.

Rozga, M. R., Kerver, J. M., & Olson, B. H. (2015). Self-Reported Reasons for Breastfeeding Cessation among Low-Income Women Enrolled in a Peer Counseling Breastfeeding Support Program. *Journal of Human Lactation*, 31(1), 129–137. Recuperado em 05 de fevereiro, 2019, de DOI: [10.1177/0890334414548070](https://doi.org/10.1177/0890334414548070).

Salustiano, L.P.Q., Diniz, A.D.L., Abdallah, V.O.S., & Pinto, R.M.C. (2012). Fatores associados com a duração do aleitamento materno em crianças até seis meses. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, 34(1), 28-33. Recuperado em 05 de fevereiro, 2019, de DOI: [10.1590/S0100-72032012000100006](https://doi.org/10.1590/S0100-72032012000100006).

Siqueira, F.P.C., Carvalho, N.O., & Barbosa, V.B.A. (2017). Compreendendo a decisão materna na introdução precoce da alimentação complementar. *REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 9 (3), 1146-1152. Recuperado em 13 de fevereiro, 2019, de https://www.acervosaude.com.br/doc/18_2017.pdf.

Souza, E. F. C., & Fernandes, R. A. Q. (2014). Autoeficácia na amamentação: um estudo de coorte. *Acta Paul Enferm*, 27 (5), 465-70. Recuperado em 01 de fevereiro, 2019, de DOI: [10.1590/1982-0194201400076](https://doi.org/10.1590/1982-0194201400076).

Streubert, H.J., & Carpenter, D.R. (2010). Phenomenology as method. In: Streubert, H.J., & Carpenter, D.R. (Eds.). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. 5ªed. Lippincott Williams & Wilkins.

Sun, K., Chen, M., Yin, Y., Wu, L., & Gao, L. (2017). Why Chinese mothers stop breastfeeding: Mothers' self-reported reasons for stopping during the first six months. *Journal of Child Health Care*, 21(3), 353-363. Recuperado em 05 de fevereiro, 2019, de DOI: [10.1177/1367493517719160](https://doi.org/10.1177/1367493517719160).

Uchoa, J. L., Gomes, A. L. A., Joventino, E. S., Oriá, M. O. B., Ximenes, L. B., & Almeida, P. C. (2014). Sociodemographic and obstetric history in maternal self-efficacy in nursing: a study in panel. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 13 (4), 645-655. Recuperado em 01 de fevereiro, 2019, de [https://www.researchgate.net/publication/272412669 Sociodemographic and obstetric history in maternal selfefficacy in nursing A study in panel](https://www.researchgate.net/publication/272412669_Sociodemographic_and_obstetric_history_in_maternal_selfefficacy_in_nursing_A_study_in_panel).

Wu, D. S., McCoy, T.P., & Efid, J.T. (2014). The effects of a breastfeeding self-efficacy intervention on short-term breastfeeding outcomes among primiparous mothers in Wuhan, China. *Journal of Advanced Nursing*, 70(8), 1867-1879. Recuperado em 20 janeiro, 2019, de DOI: [10.1111/jan.12349](https://doi.org/10.1111/jan.12349).

6 CONCLUSÃO GERAL

O intuito deste estudo foi avaliar a autoeficácia para o aleitamento materno de nutrizes no município de Cascavel-PR e identificar como estas percebem sua confiança para promover o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses após o parto. Para tanto, fez-se necessária uma metodologia de pesquisa que possibilitasse o acompanhamento da nutriz e de seu filho, desde o nascimento até os seis meses de vida da criança. Assim, elegeram-se o estudo de abordagem quali e quantitativa, visto que o emprego de apenas uma das abordagens limitaria o olhar para o fenômeno em estudo.

Destaca-se que os objetivos propostos foram alcançados na medida em que o desfecho da investigação possibilitou conhecer o perfil sociodemográfico das nutrizes e, ainda, correlacionar esse perfil com a manutenção do AME até o sexto mês de vida da criança. Para tanto, as mulheres sem companheiros, bem como aquelas que precisavam retornar ao trabalho e as que tinham renda familiar de dois a três salários mínimos, encontravam-se em maior vulnerabilidade para o desmame precoce. Somados a esses fatores de risco, tem-se que aquelas nutrizes que, em respostas a BSES-SF, introduziram o leite de fórmula e/ou amamentaram em apenas um seio, apresentaram maiores chances de desmame no sexto mês.

A alta eficácia identificada pelos escores mais elevados na BSES foi predominante entre as nutrizes desde o nascimento do filho, evidenciando-se associação entre escores mais elevados e a maior duração do AME. Portanto, a alta eficácia para o aleitamento materno pode ser considerada um fator protetor para o AME. O instrumento BSES-SF apresentou confiabilidade para ser empregado como ferramenta auxiliar no diagnóstico de riscos para o desmame precoce, tanto no hospital como na atenção primária. Desse modo, pode-se permitir a elaboração de estratégias e ações precoces para empoderar a nutriz e promover a participação da família nesse processo, a fim de permitir a aproximação dessa família com o tema da amamentação provendo subsídios para que deem o suporte adequado à nutriz.

Observa-se que a percepção materna relacionada à confiança em amamentar, expressada nas falas das nutrizes que participaram da etapa qualitativa da pesquisa, evidenciou aspectos que convergiam com a escala BSES-SF e, ainda, ampliaram a compreensão do fenômeno aleitamento materno para um olhar integral para a nutriz.

Assim, foi possível entender suas escolhas em desmamar o filho ou mesmo seus medos e dificuldades específicas, além dos fatores que as empoderavam, como a presença do companheiro e o apoio da família.

É necessário, então, que a nutriz receba, além do apoio familiar, o apoio de profissionais e de serviços de saúde, com políticas institucionais efetivas, fortalecedoras da amamentação, a fim de obter sucesso. Uma vez percebido que o AME é um fenômeno familiar e social, portanto, é relevante que exista o fortalecimento de práticas promotoras que permitam a efetivação e manutenção da amamentação. Assim, um passo importante nas ações de prevenção é a divulgação, aos profissionais e à população geral, de informações como a deste estudo.

Portanto, indica-se a utilização da BSES-SF, tanto em pesquisas como na assistência, pois permite que os profissionais de saúde compreendam melhor o comportamento das mães durante a amamentação e a percepção delas sobre autoconfiança para o AM, assim como para a duração da amamentação. Proporciona-se, assim, subsídios para se programarem estratégias, como a educação permanente para promover a amamentação segura, e se possibilitar a redução das taxas de desmame precoce.

Entretanto, pode-se considerar como limitação do estudo a especificidade espacial, temporal e a metodologia mista utilizada, uma vez que houve a abordagem de determinada população e em um único serviço. Desse modo, outros estudos nessa temática devem ser desenvolvidos para minimizar as lacunas na construção do conhecimento, as quais, por ora, podem ter sido sanadas. Sugere-se também o uso da escala BSES-SF durante as consultas de pré-natal, pois, a partir da identificação das nutrizes com maior probabilidade de desmame precoce, é possível iniciar estratégias de educação em saúde voltadas à manutenção do AME.

REFERÊNCIAS

ADDINSOFT. **XLStat**, versão 10. Paris, France: 2010.

ALGARVES, T.R.; JILIÃO, A. M.S.; COSTA, H.M. Aleitamento materno: influência de mitos e crenças no desmame precoce. **Rev. Saúde em foco**, Teresina, v. 2, n. 1, p. 151-167, jan/jul. 2015. Disponível em: <<http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/912/851>>. Acesso em: 15 maio 2017.

ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O.Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 98-104. jul. 2009. Disponível em:<<https://pdfs.semanticscholar.org/0226/403cfa06bdb6ff632fd4e0fe08ca1c8add9d.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

ANDRADE, R. D.et.al. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 181-186.2015. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0181.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

APARECIDA, K. L. M. et al. Percepção das mães em relação ao aleitamento materno no período do pós-parto. **ABCS Health Sci**, Santo André, v. 39, n. 3, p. 146-152, jul. 2014. Disponível em:<<https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/648>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

ARAÚJO, L. E.A. S. T. Influências sociais no processo do aleitar: percepções das mães. **Rev. Espaço Saúde**, Londrina, v.15, n.1, p. 25-36, abr. 2014. Disponível em:<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/viewFile/17381/pdf_15>. Acesso em: 11 abr.2017.

AZEREDO, C. M. et al. Percepção de mães e profissionais de saúde sobre o aleitamento materno: encontros e desencontros. **Rev. Paul Pediatría**, São Paulo, v. 26, n.4, p. 336-344, jul. 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822008000400005>. Acesso em: 11 abr. 2017.

BANDURA, A. **Social Learning Theory**. New Jersey: Prentice Hall, 1977.

BANDURA, A. Self-Efficacy. In: RAMACHAUDRAN, V.S. **Encyclopedia of human behavior**. New York: Academic Press, 1994. v. 4, p. 71-81.

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

BARROS, M.; SANTOS, A.C.B. Por dentro da autoeficácia: um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos. **Rev. Espaço Acadêmico**. Maringá-Pr, n. 112, set. 2010. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/10818>>. Acesso em: 09 abr.2017.

BONCCOLINI, C.S. et al. Tendência de Indicadores do Aleitamento Materno no Brasil em três décadas. V. 51,1-9, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000029.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2019.

BRANDÃO, A. P. M. et al. Aleitamento materno: fatores que influenciam o desmame precoce. **Rev. Cient. Fac Mais**, Inhumas, v.5, n.1, p.1-24, mai. 2016. Disponível em: <<http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2016/06/1-%20Aleitamento%20Materno%20-%20fatores%20que%20influenciam%20o%20desmame%20precoce.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Criança: Materiais Informativos**. Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em:<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_materiais_informativos.pdf>. Acesso em: 28 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Cadernos de Atenção Básica, n. 23). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf>. Acesso em: 28 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_ca_b23.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2017.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. [Site]. 2017. Disponível em:
<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=410480>>. Acesso em: 20 de abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde/Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016.

BROILO, M.C. et al. Maternal perception and attitudes regarding healthcare professionals' guidelines on feeding practices in the child's first year of life. **J. Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 89, n.5, p. 495-491, set/out. 2013. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/jped/v89n5/v89n5a11.pdf>> Acesso em: 11 abr. 2017.

BUENO, K. C. V. N. **A importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade para a promoção de saúde da mãe e do bebê**. 28f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica à Saúde) - Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2013. Disponível em:<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4276.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

CASCAVEL. **Manual de Normas e Rotinas do Centro Obstétrico 25 de novembro de 2008**. Serviço de Enfermagem do Hospital Universitário do Oeste do Paraná, 2010.

CASCAVEL. Prefeitura Municipal. **Mapas**. [Site]. 2019. Disponível em:
<<https://cascavel.atende.net/#!/tipo/pagina/valor/9>>. Acesso em: 16 abr. 2019.

CARRASCOZA, K. C. Aleitamento materno em crianças até os seis meses de vida: percepção das mães. **Rev. Physide Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p.1045-1058, mai. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000300015>. Acesso em: 15 abr. 2017.

COSTA, V. C. C. Práticas Educativas pró-amamentação em uma Maternidade credenciada pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança. 231f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012. Disponível em: <<http://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/13414>> Acesso em: 16 abr.2017.

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

<<http://www.cindyleedennis.ca/research/1-breastfeeding/breastfeeding-self-efficacy/>>>. Acesso em: 29 maio. 2017.

_____. The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric Assessment of the Short Form. **J ObstetGynecol Neonatal Nurs**, Philadelphia, v.32, n.6, p.734-744, 2003. Disponível em: <[http://www.jognn.org/article/S0884-2175\(15\)34130-7/pdf](http://www.jognn.org/article/S0884-2175(15)34130-7/pdf)>. Acesso em: 08 ago. 2017.

DIAS, E.; MOLINA, A.; MOLINE, A. E. A. L. **Iniciação em pesquisa científica: manual para professores e estudantes das áreas de saúde e ciências biológicas.** Pernambuco: EDUP, 2003.

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

<http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/2018/1/2008_dis_rcmdodt.pdf>. Acesso em: 02 maio 2017.

GALÁN, P.M. et al. Educación prenatal e inicio de lactancia materna: Revisión de la literatura. **Rev. Enfermería Universitaria** [en línea], v. 14, n.1, p.54-66, jan, 2017. Disponível em: <<http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/58410>>. Acesso em: 14 maio 2017.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projeto de Pesquisa.** 4.ed. São Paulo: Ed. Atlas, 2007.

GUIMARÃES, C. M.S. et. al. Fatores relacionados à aut eficácia na amamentação no pós-parto imediato entre puérperas adolescentes. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v.30, n.1, p.109-115, mar. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n1/1982-0194-ape-30-01-0109.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

HORA, H. R.M. MONTEIRO, G. T.R. ARICA, J. Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um Estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. **Produto & Produção**, Porto Alegre, vol. 11, n. 2, p. 85 - 103, jun. 2010 . Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/ProdutoProducao/article/view/9321/8252>> Acesso em: 16 ago. 2018.

HULLEY; S. B. et al. **Delineando a Pesquisa Clínica**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

LIMA, L.S.; SOUZA, S.N.D.H. Percepção materna sobre o apoio recebido para a amamentação: o olhar na perspectiva da vulnerabilidade programática. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 34, n. 1, p. 73-90, jan./jul. 2013. Disponível: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/12595>>. Acesso em: 14 maio. 2017.

MARIANO, L.M.B. et al. **aleitamento materno exclusivo e autoeficácia materna entre mulheres em situação de violência por parceiro íntimo**. Texto Contexto enferm, Florianópolis, v.25, n.(4), p.e2910015, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/pt_0104-0707-tce-25-04-2910015.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2017.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento**-Pesquisa Qualitativa em Saúde. 14.ed. São Paulo:Hucitec, 2010.

NASCIMENTO, V. C. et. al. Associação entre as orientações pré-natais em aleitamento materno e a satisfação como apoio para amamentar. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.13, n. 2,p.147-159, abr/jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151938292013000200008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 25 abr. 2017.

NOGUEIRA, C. M. R. **Conhecimento sobre aleitamento materno de parturientes e prática de aleitamento cruzado na Unidade Hospitalar e Maternidade Venâncio Raimundo de Souza - Horizonte – Ceará.** 59f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25623.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2017.

ORIÁ, M. O. B. **Tradução, adaptação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale:** aplicação em gestantes. 189f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, CE, 2008. Disponível em: <<http://pct.capes.gov.br/teses/2008/22001018021P0/TES.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2017.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Caderno de Atenção à Saúde da Criança: Aleitamento Materno.** Curitiba: SESA, 2016.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Linha Guia Mãe Paranaense.** Curitiba: SESA, 2014.

QUEIRÓS, P.S.; OLIVEIRA, L.R.B.; MARTINS, C.A. Elementos que interferem na amamentação exclusiva: percepções de nutrizes. **Rev de Salud Publica**, Medellín, v 13, n. 2, p.6-14, out. 2009. Disponível em: <http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP09_2_04_art1_6-14.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2017.

RAIMUNDI, D. M. et. al. Conhecimento de gestantes sobre aleitamento materno durante acompanhamento pré-natal em serviços de saúde em Cuiabá. **Rev. Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 41, n. 2, p. 225-232, jul/dez. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/18030>>. Acesso em: 02 maio 2017.

RODRIGUES, A. P. et. al. Fatores que interferem na autoeficácia na amamentação: uma revisão integrativa. **Rev. enfermUFPE**, Recife, v.7, p 4144-52, maio. 2013. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/login/signIn>> Acesso em: 07ago, 2017.

SANTANA, J. M.; BRITO, S.M.; SANTOS, D.B. Amamentação: conhecimento e prática de gestantes. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, n.37, v. 3, p. 259-267, jul. 2013. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/amamentacao_conhecimento_praticas_gestantes.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2017.

SANTOS, V.; BARÇA, S. Contributo para a adaptação transcultural e validação da *Breastfeeding Self-EfficacyScale – Short Form* – versão Portuguesa. **RevPortClin Geral.**, Algarve, v.25, p. 363-9, 2009. Disponível em: <<http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/download/10633/10369>>. Acesso em: 08 de ago, 2017.

SARTORIO, B. T. Instrumentos de avaliação do aleitamentomaterno e seu uso na prática clínica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.38, n.1,p.e64675, 2017. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198314472017000100502&script=sci_abstract&lng=es>. Acesso em: 03 maio2017.

SILVEIRA. V.G. Percepção da mãe sobre aleitamento materno na puericultura. **Cienc. Cuid. Saude.**,Maringá, v.7, n.4, p.523-529, 2008. Disponível em:<<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/6662/3919>> Acesso em: 10 ago.2018.

SIQUEIRA, F.P.C.; CASTILHO, A.R.; KUABARA,C.T.M.Percepção da mulher quanto à influência das avós no processo de amamentação. **Rev. Enferm UFPR Online**, v.6, n.11, p.2565-2575, 2017.Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23425/19110>> Acesso em: 10 ago.2018

SOARES, L.S. et al. Aplicação da escala reduzida de autoeficácia em amamentação no contexto da Estratégia Saúde da Família. **Enferm. Foco[Internet]**, v.5, n.3/4, p.49-52, 2014. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/537>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

SOUZA, E. F. C. FERNANDES, R. A. Q. Autoeficácia na Amamentação: um estudo de coorte. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v. 27, n.5, p. 465-70, jul. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n5/pt_1982-0194-ape-027-005-0465.pdf> Acesso em: 04 maio 2017.

SOUZA, E. A. C. S. **Reflexões acerca da amamentação**: uma revisão bibliográfica. 26p. Monografia(Especialização em Saúde da Família)- Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Belo Horizonte, 2010 Disponível

em:<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Reflexoes_acerca_da_amamentacao__uma_revisao_bibliografica_1/458> Acesso em: 02 maio 2017.

STREUBERT, H.J.; CARPENTER, D.R. Phenomenology as method. In: STREUBERT, H.J.; CARPENTER, D.R. (Eds.). **Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative**. 5.ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins, 2010. p. 72-95.

TRUJILLO, V. **Calculadora de tamanho de amostra e margem de erro**. [Online]. 2017. Disponível em :<http://www.trujillo.com.br/calculadora.htm>. Acesso em: 01 dez. 2017.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ(UNIOESTE). **Hospital Regional do Oeste do Paraná (HUOP)**. [Site]. 2017. Disponível em: <<http://www5.unioeste.br/portal/huop/inicio>>. Acesso em: 20 maio. 2017.

VICENT, A. **The Effect of Breastfeeding Self-Efficacy on Breastfeeding Initiation, Exclusivity, and Duration**. 66p. Thesis (Doctor of Nursing Practice) - Walden University, College of Health Sciences, Minneapolis, USA, 2015. Disponível em:<<http://scholarworks.waldenu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2863&context=dissertations>>. Acesso em: 08 ago. 2017.

WENZEL, D.; SOUZA, S. B. Prevalência do aleitamento materno no Brasil segundo condições socioeconômicas. **Rev. Bras. de Crescimento e Des. Humano**, São Paulo, v. 21, n. 2, p.251-258, maio 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412822011000200008> Acesso em: 20 maio. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Indicators for assessing infant and young child feeding practices**. Conclusions of consensus meeting held 6-8 November 2007. Washington: WHO, 2007. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43895/1/9789241596664_eng.pdf> Acesso em: 20 abr. 2017.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Número do Instrumento/Ficha: _____

Data da Entrevista: ____/____/____ Entrevistador: _____

Idade Gestacional no parto: ____ Peso ao Nascer: ____ Sexo do bebê: ____

Dados de Identificação

Data Admissão: ____/____/____ Data Parto: ____/____/____ Data

ALTA: ____/____/____

Nome da Puérpera: _____

Idade: _____ Raça/cor: ____

Situação conjugal: () casada () companheiro fixo/amasiada () solteira () viúva

Ocupação materna: _____

Escolaridade materna: _____ Escolaridade Paterna: _____

Endereço: _____ Nº.: _____

Bairro: _____ Zona: ____ Próximo a: _____ Cidade: Cascavel

Nº de pessoas que moram na casa: _____

Quem trabalha na

casa: _____

Renda Familiar: () até 1 salário mínimo () 1 a 2 salários mínimos () 2 a 3 salários mínimos () mais que 3 salários mínimos

Telefone materno: _____ Telefone Paterno: _____

UBS/UESF (que frequenta): _____

Telefone (s) parente mais próximo: _____

Dados relevantes (Registro Hospitalar Prontuário): _____

Obs. do Entrevistador:

História Obstétrica Progressa (Anterior)

Número de Gestações anteriores: _____

Tipo de Parto e ano de ocorrência: _____

Amamentou anteriormente: _____

História Obstétrica Atual:

Realizou quantas consultas Pré-natal? _____

Trabalharam o Aleitamento Materno nas Consultas Pré- natal? _____

Participou de Grupo de Gestantes Durante a Gestação atual? _____

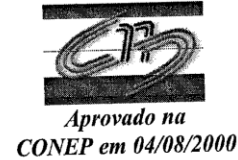
Se sim quais orientações que

lembra: _____

Questão norteadora da entrevista na consulta de seguimento ao sexto mês:

- Conte sobre sua experiência com o aleitamento materno até o momento?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título do Projeto: PERCEPÇÃO MATERNA SOBRE O ATO DE AMAMENTAR:

do parto ao sexto mês de vida

Pesquisadores responsáveis: Prof.^a Dr.^a Cláudia Silveira Vieira, tel.: 45 9912 0066 (orientadora) e Gécica Gracieli Wust tel.: 46 999171060

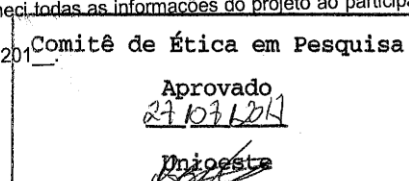
Prezada Senhora

Convidamos a senhora para participar de nossa pesquisa que tem o objetivo **identificar a percepção materna relacionada à sua confiança em amamentar**. Esperamos, com este estudo, ajudar os profissionais da saúde a compreenderem melhor o comportamento das mães durante a amamentação, proporcionando assim subsídios para uma amamentação segura bem como diminuição das taxas de desmame precoce. Para tanto, caso deseje participar, será realizada uma entrevista durante o seu período de pós-parto imediato na internação no Alojamento Conjunto para aplicação de dois formulários (escala de autoconfiança e informações sócio demográfico). Da mesma forma que gostaríamos de manter o contato até o sexto mês de vida da criança, quando iremos fazer uma visita domiciliar até a sua casa com aplicação novamente do formulário (escala de autoconfiança). Sua participação no estudo é livre e exigirá cerca de 15 a 20 minutos de seu tempo por encontro. Ressaltamos a importância da sua participação para a melhoria do cuidado prestado a mulher em aleitamento materno para subsidiar o apoio nesse processo e melhorar os índices de aleitamento materno exclusivo em crianças até o sexto mês de vida. Asseguramos que as informações obtidas serão usadas apenas para a realização deste estudo. Compreendem-se como riscos potenciais de participação na pesquisa casos de exposição da participante a situações constrangedoras, e se dessa forma se sentir constrangida, poderá desligar-se do estudo em qualquer momento que desejar. Ressalta-se ainda, que a senhora não terá nenhum ônus em participar da pesquisa, assim como não receberá nenhuma gratificação pela sua participação. No caso de dúvidas ou da necessidade de relatar algum acontecimento, vocês podem contatar os pesquisadores pelos telefones mencionados acima ou o Comitê de Ética pelo número 45 3220-3092.

Declaro estar ciente do exposto e **autorizo o (a) menor** _____ a participar da pesquisa.

Assinatura do responsável: _____

Eu, **Gécica Gracieli Wust** declaro que forneci todas as informações do projeto ao participante e/ou responsável.
Cascavel, ____ de _____ de 201__.



APÊNDICE C - RESULTADOS DA ETAPA QUALI E QUANTITATIVA DESCRITIVO

A. Etapa Quantitativa

Caracterizando a amostra do estudo

O total de puérperas alocadas no estudo no pós-parto mediato foi de 158, no sexto mês após a alta da maternidade, foram entrevistadas 128 puérperas. Na Tabela 1 a seguir, descrevem-se suas características sociodemográficas e, na Tabela 02, encontram-se as variáveis relacionadas à gestação, ao parto e aos recém-nascidos, classificados de acordo com a região em que a puérpera residia.

Tabela 1 - Caracterização dos dados sociodemográficos de acordo com a Região das puérperas no pós-parto mediato. (n=158). Cascavel-PR, Brasil, 2018
(continua)

		Região 1		Região 2		Região 3		Região 4		Região 5	
		FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
Raça	Branca	6	85,71	10	90,91	28	93,33	31	83,78	54	84,38
	Negra	0	0,00	1	9,09	2	6,67	0	0,00	2	3,13
	Parda	1	14,29	0	0,00	0	0,00	6	16,22	8	12,50
Estado Civil	Casada	4	50,00	5	45,45	17	56,67	16	44,44	36	54,55
	Divorciada	0	0,00	0	0,00	9	30,00	0	0,00	0	0,00
	Solteira	0	0,00	0	0,00	3	10,00	4	11,11	5	7,58
Trabalhando	União Estável	4	50,00	6	54,55	9	30,00	16	44,44	25	37,88
	Sim	3	37,50	4	36,36	16	55,17	14	38,89	41	60,29
	Não	5	62,50	7	63,64	13	44,83	22	61,11	27	39,71
Escolaridade	Fundamental Incompleto	1	12,50	1	9,09	3	10,00	2	5,71	8	11,94
	Fundamental Completo	4	50,00	2	18,18	8	26,67	18	51,43	21	31,34
	Médio Completo	2	25,00	6	54,54	15	50,00	10	28,57	27	40,30
	Superior Completo	1	12,50	1	9,09	4	13,33	5	14,29	10	14,93
Renda Familiar	Técnico	0	0,00	1	9,09	0	0	0	0	1	1,49
	Sem renda	2	33,33	0	0,00	3	12,00	1	4,17	2	3,70
	Até 1 Salário Mínimo	2	33,33	3	27,27	4	16,00	1	4,17	8	14,81
	1 a 2 Salários Mínimos	1	16,67	4	36,36	10	40,00	14	58,33	25	46,30
	2 a 3 Salários Mínimos	1	16,67	2	18,18	5	20,00	7	29,17	13	24,07
Tipo de Parto	Mais que 3 Salários Mínimos	0	0,00	2	18,18	3	12,00	1	4,17	6	11,11
	Cesárea	4	50,00	5	45,45	13	43,33	16	44,44	29	47,54
	Parto Normal	4	50,00	6	54,55	17	56,67	20	55,56	32	52,46

Tabela 1 - Caracterização dos dados sociodemográficos de acordo com a Região das puérperas no pós-parto mediato. (n=158). Cascavel-PR, Brasil, 2018 (conclusão)

		Região 1		Região 2		Região 3		Região 4		Região 5	
		FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
Sexo do Bebê	Feminino	3	37,50	8	66,67	15	50,00	15	41,67	24	36,92
	Masculino	5	62,50	4	33,33	15	50,00	21	58,33	41	63,08
Amamentou Anteriormente	Não	3	37,50	5	41,67	12	41,38	13	35,14	26	39,39
	Sim	5	62,50	7	58,33	17	58,62	24	64,86	40	60,61
Orientação Sobre Aleitamento	Não	3	37,50	8	66,67	23	79,31	22	61,11	41	62,12
	Sim	5	62,50	4	33,33	6	20,69	14	38,89	25	37,88
Participou de Grupo de Gestantes	Não	3	37,50	9	75,00	24	82,76	35	94,59	55	82,09
	Sim	5	62,50	3	25,00	5	17,24	2	5,41	12	17,91

FONTE: A autora (2018)

Ao analisar-se a amostra quanto a regiões e às variáveis qualitativas, pode-se dizer que 85,71% das mulheres da Região 1 são de raça branca e 14,29%, de raça parda. Ademais, 50% delas são casadas e 50% se encontram em união estável, 37,50% estão empregadas e 62,50% são do lar ou estão desempregadas. Ainda, 50,00% das mulheres apresentavam o ensino fundamental completo, 33% não possuíam renda familiar, assim como 33% tinham renda de até um salário mínimo. Em relação ao tipo de parto, 50% delas realizaram cesáreas e 50% tiveram partos normais, sendo que destes, nasceram 37,50% bebês do sexo feminino e 62,50% do sexo masculino. Destas mulheres, 37,50% ainda não tinham amamentado anteriormente, não receberam orientações sobre amamentação e não participaram de grupo de gestantes, já os outros 62,50% amamentaram anteriormente, receberam orientações e participaram de grupos de gestantes (Tabela 1).

Ao observar a Região 2, pode-se constatar que 90,91% das mulheres são de raça branca e 9,09% negras, 45,45% casadas e 54,55% encontram-se em uma união estável. 36,36% trabalham fora de casa e 63,64% não possuem emprego fixo. Quanto à escolaridade, 54,54% concluíram o ensino médio, sendo que a renda para 27,27% delas era de até um salário mínimo e para 36,36%, de um a dois salários mínimos. Além disso, 45,45% realizaram a cesárea, como tipo de parto e 54,55% tiveram parto normal. Dos bebês, 66,67% eram sexo feminino e 33,33% do sexo masculino. Pode-se verificar também que, das mulheres que se encontravam nesta região, 41,67% não amamentaram anteriormente e 58,33% sim, 66,67% não passaram por orientações sobre amamentação e 75% não participaram de grupo de gestantes, contra 25% que participaram (Tabela 1).

Para a região 3, 93,33% são mulheres brancas e 6,67% negras, sendo 56,67% delas casadas e 30% em uma união estável; 55,17% trabalham fora de casa. Em relação à escolaridade, 50% cursaram o ensino médio completo. 40% delas têm renda familiar de um a dois salários mínimos e 20%, de dois a três salários. Em relação ao tipo de parto, 56,67% tiveram parto normal; 50% dos bebês foram do sexo feminino e 50% do sexo masculino; 58,62% das mães amamentaram anteriormente; 79,31% não receberam orientação sobre o aleitamento materno e 82,76% não participaram de grupo de gestantes (Tabela 1).

Em relação à região 4, 83,78% das mulheres são brancas e 16,22% pardas; 44,44% eram casadas e 44,44% em união estável. Do total da amostra, 61,11% eram

do lar, 51,43% tinham completado o ensino fundamental e 28,57%, o ensino médio. Pode-se observar, em relação à renda familiar, que 58,33% sobrevivem com um a dois salários mínimos e 29,17%, com dois ou três; 55,56% dos bebês nasceram de parto normal, 41,67% dos bebês foram do sexo feminino e 58,33% do sexo masculino. Quanto à amamentação anterior, 64,86% das mulheres já tinham experiência com AM, contudo, 61,11% não receberam orientações a respeito do AM e 94,59% nunca participaram de grupos de gestantes e 5,41% já (Tabela 1).

Já relativo à Região 5, 84,38% das mulheres são brancas, 54,55% são casadas, 37,88% estão em união estável e 60,29% estão empregadas. Dentre o total da amostra, 34% tinham ensino fundamental completo e 40,30%, o ensino médio completo. Consoante a renda familiar, pode-se observar que 46,30% recebiam de um a dois salários mínimos e 24,07%, de dois a três. Em relação ao tipo de parto, 52,46% realizaram o parto normal, dos quais nasceram 63,08% bebês do sexo masculino. Para o item “amamentou anteriormente”, vê-se que 60,61% delas já havia amamentado, 62,12% não receberam orientações sobre aleitamento, 82,09% não participaram de grupo de gestantes (Tabela 1).

Comparando as regiões de acordo com os dados mais recorrentes, a raça que mais apareceu na região 3 foi a branca, assim como as mulheres casadas. Na região 5, estão as nutrizes que mais exercem ocupação remunerada; ensino médio completo na região 2; renda familiar de 1 a 2 salários na região 4; prevalectimento do parto normal na região 3; maior número de nascimento de meninos na região 5 e de meninas na região 2. As puérperas que mais amamentaram anteriormente foram as da região 4 e as que mais receberam orientação sobre aleitamento materno durante o pré-natal e participaram de grupos foram as da região 1, como demonstrado na tabela anterior.

Tabela 2 - Medianas e intervalos interquartílicos das variáveis quantitativas por região coletada. (n=158). Cascavel-PR, Brasil, 2018

	Região 1	Região 2	Região 3	Região 4	Região 5
	Mediana (1°Q-3°Q)	Mediana (1°Q-3°Q)	Mediana (1°Q-3°Q)	Mediana (1°Q-3°Q)	Mediana (1°Q-3°Q)
Idade	27,5 (25,2-31,7)	24,5 (22,5-32,75)	24,0 (22,0-28,0)	26,0 (21,7-33,2)	28,0 (22,0-37,0)
Idade Gestacional	38,5 (38,0-39,2)	38,5 (37,7-39,4)	39,0 (38,0-39,3)	39,0 (38,0-39,3)	39,0 (37,0-39,0)
Número de Gestações	2,5 (1,0-5,2)	2,0 (1,7-2,2)	2,0 (1,0-3,0)	2,0 (2,0-4,0)	2,0 (1,0-3,0)
Número de Consultas Pré-Natal	9,0 (7,7-10,2)	9,5 (7,5-11,0)	10,0 (8,0-11,2)	9,0 (6,0-10,5)	9,0 (8,0-10,0)
Número de Abortos	0,0 (0,0-0,5)	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-0,0)
Número de Cesárias	1,5 (0,0-3,0)	0,5 (0,0-1,0)	0,0 (0,0-1,0)	0,0 (0,0-2,0)	0,0 (0,0-1,0)
Número de Partos Normais	0,0 (0,0-0,2)	1,0 (0,0-2,0)	1,0 (0,0-2,0)	1,0 (0,0-2,0)	1,0 (0,0-2,0)
Peso da Criança ao Nascer	3267,5 (2986,2-3305,0)	3265,0 (3020,0-3622,5)	3260,0 (2982,5-3722,5)	3200,0 (3000,0-3590,0)	3280,0 (3100,0 - 3650,0)

FONTE: A autora (2018)

Na análise das variáveis da Tabela 2, pode-se observar que, para a idade das mães, a Região 3 foi aquela que apresentou menor mediana 24,0 (22,0-28,0), seguida da Região 2 com 24,5 (22,5-32,75) anos, da Região 4 com 26,0 (21,7-33,2) anos, da Região 1 com 27,5 (25,2-31,7) anos e da Região 5 com 28,0 (22,0-37,0) anos. Já em Idade Gestacional (IG), tanto a Região 1 quanto a Região 2, apresentaram a mesma mediana de semanas, 38,5 (38,0-39,2) e 38,5 (37,7-39,4) respectivamente. O mesmo aconteceu com as Regiões 3, 4 e 5, que tiveram a mesma ocorrência de partos com 39 semanas de IG.

Já para a variável número de gestações, a única que apresentou valor diferente das demais regiões, foi a 1, sendo a mediana de 2,5 (1,0-5,2) gestações por mulher. Nas demais regiões, a mediana foi de dois partos por mulher. Em número de consultas pré-natais, vê-se que a Região 3 apresentou a maior mediana, de 10,0 (8,0-11,2) consultas por mulher, seguida da Região 2, com 9,5 (7,5-11,0); no entanto, a mediana foi sempre acima do mínimo de consultas preconizadas para todas as regiões (Tabela 2).

Para número de cesáreas por mulher, a Região 1 foi a que mais apresentou esse procedimento, sendo uma mediana de 1,5 (0,0-3,0) cesáreas por mulher, seguida da Região 2, com 0,5 (0,0-1,0) cesáreas. Em relação ao peso do bebê ao nascer, pode-se observar que a mediana nas distintas regiões foi semelhante, como demonstrado na tabela anterior

Confiança da nutriz para o AM por meio da BSES-SF

Ao realizar a comparação entre as respostas das questões obtidas na aplicação da BSES-SF, ao nascimento e aos seis meses, pode-se observar que as únicas questões que apresentaram respostas estatisticamente significativas ($p < 0,05$), foram: Q1, Q3, Q8, Q12 e Q14. As respostas dadas às demais questões e o escore final não foram estatisticamente significativas ($p > 0,05$), como demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3 - Correlação entre os escores obtidos na escala BSES ao nascimento ($n=158$) e aos seis meses ($n=128$). Cascavel-PR, Brasil, 2018

	Momento do Nascimento			6 Meses			p-valor
	Mediana	1° Quartil	3° Quartil	Mediana	1° Quartil	3° Quartil	
Q1	4,0	3,0	4,0	5,0	3,8	5,0	0,003
Q2	4,0	3,0	5,0	5,0	3,0	5,0	0,523
Q3	5,0	4,0	5,0	3,0	1,0	5,0	< 0,0001
Q4	5,0	4,0	5,0	5,0	5,0	5,0	0,590
Q5	4,0	4,0	5,0	5,0	4,0	5,0	0,235
Q6	4,0	4,0	5,0	5,0	3,5	5,0	0,513
Q7	5,0	4,0	5,0	5,0	4,0	5,0	0,104
Q8	5,0	4,0	5,0	5,0	4,0	5,0	0,019
Q9	5,0	4,0	5,0	5,0	4,0	5,0	0,581
Q10	5,0	4,0	5,0	5,0	4,0	5,0	0,235
Q11	5,0	4,0	5,0	5,0	3,0	5,0	0,144
Q12	5,0	4,0	5,0	5,0	2,0	5,0	< 0,0001
Q13	4,0	4,0	5,0	5,0	3,0	5,0	0,538
Q14	4,0	3,0	5,0	5,0	4,0	5,0	0,006
Escore Final	59,0	54,0	64,0	63,0	52,8	68,0	0,739

FONTE: A autora (2018)

NOTA: p-valor do Teste de Wilcoxon.

Observa-se que, ao nascimento, como a amamentação ainda não era uma rotina para as puérperas, essas imaginavam que saberiam identificar se o bebê havia mamado o suficiente, como aponta a questão (Q1). No entanto, aos seis meses, verificou-se que as puérperas conseguiam realmente identificar a saciedade do bebê após a mamada ($p=0,003$). Em relação à questão (Q3), a qual se refere ao uso do leite em pó como suplemento, logo após o parto, as puérperas intencionavam não usá-lo. Contudo, no sexto mês, essa taxa diminuiu, pela introdução do suplemento na

amamentação. Ademais, a questão (Q8) está relacionada ao conforto em amamentar em frente de outras pessoas; a questão (Q12), relacionada à livre demanda na amamentação, diminuiu a taxa ao sexto mês ($p=0,0001$); e sobre a questão (Q14), percebe-se que as mães tinham dificuldades em saber quando o filho havia terminado a mamada, o que, ao sexto mês, já percebiam.

Na tabela 4, evidencia-se a associação entre as variáveis sociodemográficas e a duração da amamentação.

Tabela 4 - Variáveis sociodemográficas em relação à amamentação exclusiva ao sexto mês. Cascavel-PR, Brasil, 2018

		Amamentação Exclusiva				p-valor
		NÃO		SIM		
		FA	FR (%)	FA	FR (%)	
Raça	Branca	61	88,41	44	81,48	0,241
	Negra	1	1,45	4	7,41	
	Parda	7	10,14	6	11,11	
	Casada	38	55,88	31	53,45	
	Divorciada	1	1,47	0	0,00	
Estado Civil	Solteira	9	13,24	1	1,72	0,043
	União Estável	20	29,41	26	44,83	
	Não	25	36,23	33	56,90	
Trabalhando	Sim	44	63,77	25	43,10	0,020
	Fundamental Incompleto	7	10,29	5	8,62	
	Fundamental Completo	10	14,71	9	15,52	
	Médio Completo	42	61,77	39	67,24	
	Superior Completo	7	10,29	5	8,62	
Escolaridade	Técnico	2	2,94	0	0,00	0,727
	Sem Renda	4	6,67	1	2,27	
	Até 1 Salário Mínimo	5	8,33	12	27,27	
	1 a 2 Salários Mínimos	26	43,33	21	47,73	
	2 a 3 Salários Mínimos	18	30,00	6	13,64	
Renda Familiar	Mais que 3 Salários Mínimos	7	11,67	4	9,09	0,044
	Cesária	28	43,75	27	46,55	
	Parto Normal	36	56,25	31	53,45	
Tipo de Parto	Feminino	32	46,38	29	50,00	0,756
	Masculino	37	53,62	29	50,00	
Sexo do Bebê	Não	30	43,48	20	34,48	0,684
	Sim	39	56,52	38	65,52	
Amamentou Anteriormente	Não	42	60,87	40	70,18	0,301
	Sim	27	39,13	17	29,82	
Orientação Sobre Aleitamento	Sim	27	39,13	17	29,82	0,275

FONTE: A autora (2018)

NOTA: Teste de Qui Quadrado de Independência

Destaca-se que as únicas que apresentaram associação ($p < 0,05$) com a amamentação exclusiva foram estado civil, trabalho e renda familiar. Pode-se observar, de acordo com o Teste de Resíduos Ajustados, que a maior frequência de mães que não amamentaram exclusivamente até o sexto mês foram as solteiras; quanto às que mantiveram a amamentação exclusiva até o sexto mês, foi mais frequente em mães que possuíam um relacionamento de união estável, seguido das casadas ($p = 0,043$).

Em relação à variável “trabalho”, a maior frequência de amamentação exclusiva ao sexto mês foi observada entre as mães que não trabalhavam fora de casa ($p = 0,020$). Referente à renda familiar ($p = 0,044$), a maior frequência de amamentação exclusiva ao sexto mês foi entre as mulheres que afirmaram possuir renda de até um salário mínimo. Já a maior frequência de mulheres que não amamentaram exclusivamente até o sexto mês deu-se entre as que possuíam renda de dois a três salários mínimos (Tabela 4).

Nesses dados, observa-se que a experiência materna com AM e a participação em grupo de gestantes não foram estatisticamente significativas para a manutenção do AME até o sexto mês. Há de se considerar que apenas 13,8% das puérperas tiveram informações no pré-natal por meio de grupo de gestantes. No entanto, a presença do suporte familiar pelo companheiro e as puérperas sem trabalho fora do lar e com menor renda mostraram maior prevalência do AME no sexto mês. Portanto, estes aspectos se configuram em fatores protetores para a manutenção do AME.

Na Tabela 5, descrevem-se as características da gestação, do parto e da relação da mãe com a duração do AME no sexto mês. Foi aplicado o Teste de Mann-Whitney-U, sendo que nenhuma das variáveis quantitativas foi estatisticamente significativa ($p > 0,05$), demonstrando a não associação das características da gestação e do parto com a duração da amamentação.

Tabela 5 - Variáveis quantitativas acerca da gestação e parto em relação à amamentação exclusiva ao sexto mês. Cascavel, PR-Brasil, 2018

	Amamentação exclusiva						p-valor
	NÃO			SIM			
	Md	1°Q	3°Q	Md	1°Q	3°Q	
Idade	27,50	22,00	36,75	25,00	21,00	32,75	0,347
Idade Gestacional	39,00	37,00	39,00	39,00	38,00	40,00	0,066
Número de Gestações	2,00	1,25	3,00	2,00	1,25	3,00	0,625
Número de Consultas Pré-Natal	10,00	7,00	11,00	10,00	8,00	11,00	0,584
Número de Abortos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,738
Número de Cesárias	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,375
Número de Partos Normais	1,00	0,00	2,00	1,00	0,00	2,00	0,971
Peso da Criança ao Nascer	3205	2996	3698	3385	3081	3632	0,537
Número de pessoas que moram na casa	4,00	3,00	5,00	4,00	4,00	5,00	0,272

FONTE: A autora (2018)

NOTA: p-valor do Teste de Mann-Whitney-U.

Na Tabela 6, observa-se a associação entre os escores de autoeficácia basais e a duração da amamentação, em que são comparados os escores finais da escala BSES-SF, nos dois momentos de avaliação do estudo entre as mulheres que estavam em AME e as que não estavam.

Tabela 6 - Mediana dos escores finais da BSES-SF aplicado no momento do nascimento e aos 6 meses. Intervalo interquartilico (1° e 3° Quartis), P-valor do Teste de Mann-Whitney-U. Cascavel, PR-Brasil, 2018

		Escore 6 Meses			p-valor
		Mediana	1° Quartil	3° Quartil	
AME	SIM	66,00	64,00	70,00	< 0,0001
	NÃO	55,00	37,00	63,75	

FONTE: A autora (2018)

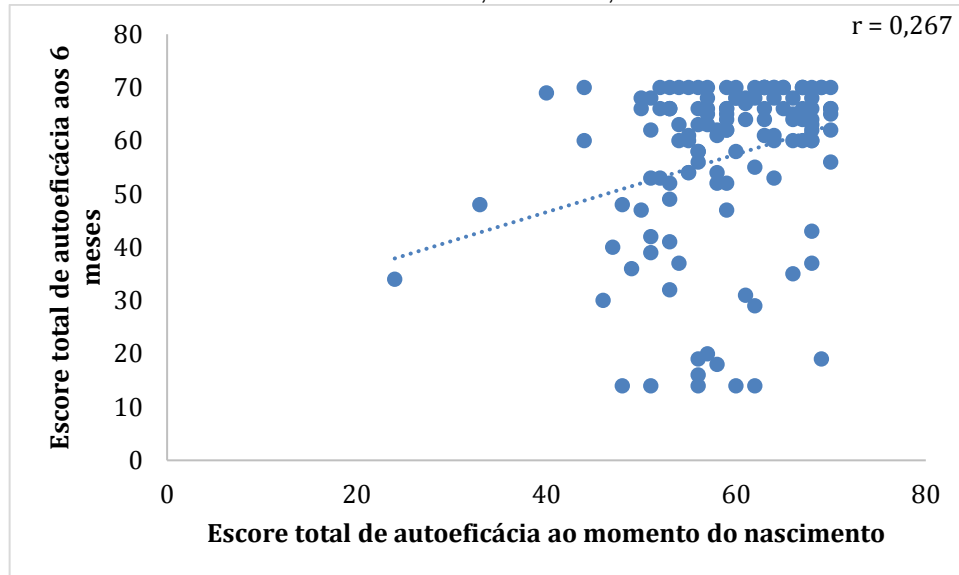
NOTA: p-valor do Teste de Mann-Whitney-U.

Ao comparar o escore final da BSES-SF, aos seis meses, entre as mulheres que amamentaram exclusivamente e aquelas que não amamentavam, pode-se dizer que houve diferença estatística em relação ao o escore final entre essas puérperas ($p < 0,05$). Dessa forma, as mulheres que amamentaram exclusivamente até o sexto mês possuíam uma mediana mais alta no escore final ($Md=66,00$). Já as mulheres que não amamentaram exclusivamente até o sexto mês obtiveram escore final ($Md=55,00$), significativamente mais baixo em suas respostas, evidenciando que as mães em AME tiveram maior confiança para a manutenção do aleitamento materno.

Ao realizar o teste de correlação de Pearson entre o somatório dos escores de autoeficácia basais e aos seis meses, observa-se, pelo coeficiente de correlação

($r = 0,267$), que se trata de uma correlação fraca (Figura 4), praticamente não havendo relação entre as respostas do primeiro questionário e as respostas do segundo.

Figura 5 - Análise de Correlação entre o somatório das respostas dos questionários aplicados ao nascimento e aos seis meses. Cascavel, PR-Brasil, 2018



FONTE: A autora (2018)

Contudo, apesar da baixa correlação entre os escores numéricos foi possível verificar que há concordância de classificação das categorias de autoeficácia em 77% das mulheres avaliadas nos dois momentos. Dessa forma, ao realizar o Teste de McNemar com as categorias de classificação do instrumento de avaliação de autoeficácia, no primeiro e segundo momentos, pode-se observar que não houve diferença estatística ($p > 0,05$) entre as proporções das repostas dadas (somatório) aos dois questionários aplicados nos diferentes tempos (Tabela 7).

Tabela 7 - Frequência das classificações do instrumento de avaliação de auto eficácia nos dois momentos de aplicação do questionário. Cascavel, PR-BRasil, 2018

		Aos 6 meses		p-valor
		Baixa/Média	Alta	
Ao nascimento	Baixa/Média	11	8	0,076
	Alta	18	91	

FONTE: A autora (2018)

NOTA: p-valor do Teste de McNemar.

Na Tabela 8, demonstra-se a consistência interna da escala BSES – SF aplicada neste estudo.

Tabela 8 - Consistência interna da escala BSES-Short Form. Cascavel, PR-Brasil, 2018

Variáveis	Alfa	Mudança
Q1	0,943	-0,005
Q2	0,943	-0,005
Q3	0,951	0,003
Q4	0,942	-0,006
Q5	0,945	-0,003
Q6	0,946	-0,002
Q7	0,944	-0,004
Q8	0,945	-0,003
Q9	0,942	-0,007
Q10	0,943	-0,005
Q11	0,946	-0,003
Q12	0,946	-0,002
Q13	0,943	-0,005
Q14	0,943	-0,004

FONTE: A autora (2018)

NOTA: Valor de Alfa de Cronbach para cada questão.

Por meio do cálculo do Alfa de Cronbach, pode-se comprovar a consistência interna elevada desta escala ($\alpha = 0,9481$; Limite Intervalo de Confiança 95% = 0,9362), valores próximos ao encontrado por Dodt (2008) durante a validação da BSES-SF, no Brasil, em que se encontraram coeficientes entre 0,835 a 0,903. O coeficiente alfa de Cronbach foi apresentado por Lee J. Cronbach, em 1951, como meio de medir a confiabilidade de um questionário aplicado em uma pesquisa. Ele mede a correlação entre respostas em um questionário pela análise do perfil das respostas dadas pelos respondentes, expressando o grau de confiabilidade das respostas obtidas no questionário (HORA; MONTEIRO; ARICA, 2010). Então, quanto maior o Alfa, maior será a variância do conjunto e menor a variância específica de cada item, o que indica a coerência entre os itens do questionário.

Na análise da associação entre as questões da BSES-SF e a duração da amamentação, as variáveis consideradas como significativas pelo método de regressão logística, em relação à amamentação exclusiva ao sexto mês, foram as questões Q3 e Q11. Estas são as mais prováveis a evidenciar se a mãe irá manter o aleitamento materno exclusivo ou não. O modelo apresenta um ajuste adequado, segundo a estatística de Hosmer e Lemeshow (Qui-quadrado = 1,374; GL=5; p = 0,927).

Segundo o modelo gerado na regressão logística, pode-se observar que para Q3, que se refere à percepção das mães quanto ao uso do leite em pó como suplemento, as respostas da BSES-SF, que foram estatisticamente significativas

($p < 0,05$), em relação à duração da amamentação, referem-se a 4 (concordo) e 5 (concordo totalmente) na escala de *Likert*. Isso indica que a probabilidade da amamentação exclusiva até o sexto mês para as mulheres que responderam ‘Concordo’, para Q3, é 13,110 vezes maior do que aquelas que responderam ‘Discordo totalmente’. Para aquelas que responderam ‘Concordo totalmente’, a probabilidade de manutenção do AME foi 37,250 vezes maior (Tabela 9).

Para a Q11, que corresponde à categoria técnica de amamentação relativa à amamentação em ambos os seios na mesma mamada, nenhuma das respostas foi estatisticamente significativa ($p > 0,05$), porém, para a resposta ‘Concordo Totalmente’ (Likert 5), houve uma tendência ($p = 0,077$), indicando que essas mulheres tendem a exercerem 22,195 vezes mais a amamentação exclusiva até o sexto mês do que as mulheres que responderam ‘Discordo totalmente’ (Tabela 9). Isso pode ser explicado pela redução da lactação quando há a amamentação em apenas um seio a cada mamada.

Tabela 9 - Parâmetros obtidos para o modelo criado por meio da aplicação de regressão logística com o intuito de encontrar os fatores associados entre as questões e a duração da amamentação. Cascavel, PR-Brasil, 2018

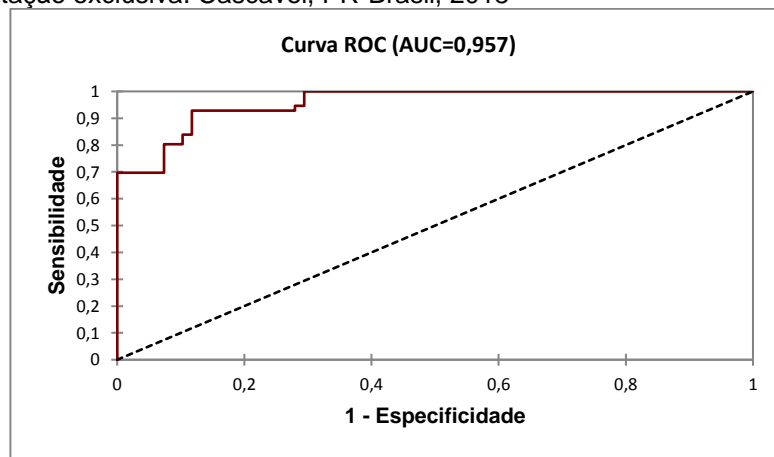
	Fonte	Valor	p-valor	OR [IC95%]
Q3	Interceptor	-4,823	0,006	
	1	0,000		
	2	-0,755	0,641	0,470 [0,020 - 11,180]
	3	1,216	0,121	3,372 [0,727 - 15,648]
	4	2,573	0,038	13,110 [1,156 - 148,728]
	5	3,618	< 0,0001	37,250 [9,678 - 143,387]
Q11	1	0,000		
	2	0,114	0,969	1,120 [0,004 - 324,360]
	3	2,188	0,245	8,920 [0,222 - 358,215]
	4	2,969	0,139	19,481 [0,382 - 994,249]
	5	3,100	0,077	22,195 [0,714 - 689,995]

FONTE: A autora (2018)

A partir do presente modelo, as probabilidades foram estimadas, ordenadas e plotadas em um gráfico, fornecendo a curva ROC exibida na Figura 5. A área sob a curva ROC mostra que o modelo de probabilidades estimadas consegue prever aproximadamente 95,7% dos fatores associados ao desfecho “amamentação exclusiva ao sexto mês”. A sensibilidade do modelo ajustado reflete o quanto ele é eficaz em identificar as mulheres que poderiam amamentar exclusivamente até o

sexto mês, sendo, na presente proposta, o equivalente a 85,71%. Já a especificidade do modelo ajustado reflete o quanto este é eficaz em identificar corretamente as mulheres que não amamentariam até o sexto mês, sendo neste estudo o equivalente a 88,24%. Em outras palavras, o modelo consegue identificar muito bem a associação entre mulheres que amamentarão e as que não amamentarão até os seis meses de vida da criança.

Figura 6 - Curva ROC para o modelo de regressão logística binária com fatores preditivos a associação da amamentação exclusiva. Cascavel, PR-Brasil, 2018



FONTE: A autora (2018)

Pela análise realizada acerca da aplicação da BSES-SF, pode-se dizer que a escala é instrumento confiável para identificar as mães que manterão e as que terão dificuldades em manter o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês.

Assim como os dados evidenciaram que o retorno ao trabalho das nutrizes se configurou como um dos fatores socioeconômicos destrutivos da manutenção do AME. No entanto, como fatores protetores, emerge o suporte familiar ofertado pelo companheiro, mesmo com renda em torno de um salário mínimo.

B. Etapa Qualitativa: Percepção materna sobre confiança para AM

Caracterização da amostra

Entre as 128 mães avaliadas na etapa de seguimento do estudo quantitativo, 22 foram sorteadas aleatoriamente entre as quatro regiões geográficas em que o município de Cascavel está dividido e a região rural. Assim, essas puérperas

participaram das entrevistas em profundidade realizadas nas visitas domiciliares, conformando a etapa qualitativa da pesquisa.

A distribuição das puérperas foi igual entre as quatro regiões do município de Cascavel (cinco em cada) e duas residiam na região rural do município. Sendo que 18 delas eram multíparas, 12 tinham o ensino médio completo, 14 tiveram parto normal e 11 estavam em aleitamento materno exclusivo.

Apresentando e discutindo as categorias que emergiram análise

Após a ordenação e codificação dos dados, obtiveram-se elementos para codificação e organização das unidades de registro em três categorias temáticas pré-elaboradas a partir dos objetivos do estudo, quais sejam: **A percepção materna sobre o ato de amamentar; a percepção materna relacionada à confiança em amamentar e as vivências com aleitamento da alta até o sexto mês.** Cada categoria está subdividida em eixos temáticos, de acordo com as unidades de registros obtidas na análise.

- A percepção materna sobre o ato de amamentar

Emergiram dois eixos nesta categoria, o *significado do aleitamento materno* e os *sentimentos frente ao aleitamento materno*.

As puérperas *veem o aleitamento materno* como uma experiência maravilhosa, única, prazerosa, que as aproxima dos filhos e lhes proporciona orgulho, representando um ato de amor.

Sempre quis amamentar no peito, sempre, e sinto que quando o nenê mama no peito eu sinto ele mais próximo, mais meu (E4);

Amamentar é bom, é uma experiência assim realmente maravilhosa (E22);

Foi uma experiência muito boa, sempre amamentei, amamentei o primeiro até os dois anos e esse eu pretendo amamentar até os dois anos também (E24);

Ah é um prazer você dar o alimento pro filho né, porque sei lá é uma coisa assim que é de você, você está tratando dele é uma coisa muito especial e um orgulho pra gente, por mim eu continuaria amamentando (E85);

Não tem melhor coisa do que a gente ter leite e poder dar, porque quando eu estava, no hospital, quantas mães estavam comigo no quarto e não tinham leite, e ela bem saudável sem cólicas, não tive rachaduras (E125);

Amamentar pra mim e um ato de amor, é uma troca de amor entre eu e minha filha, o fato de toda vez que a gente vai amamentar, ela me olhar a gente se olhar, então é uma troca de carinho entre eu e ela, então para mim amamentar é súper importante (E146).

Os relatos evidenciam o prazer existente no ato da amamentação. Contudo, emerge o ato de amamentar como algo distante, devido à não amamentação efetiva em gravidez anterior:

Amamentar pra mim sempre foi um mito, que os outros dois filhos eu não consegui, não tinha leite, eles não pegavam direito, e esse já fiquei bem tranquila, eu não esperava que ia conseguir amamentar, mas quando lá na maternidade a primeira vez que ele pego o peito, que não demorou ele fez a pega, e começou a sugar, aquela sensação foi indescritível (E86)

Significar o aleitamento materno vai muito além do fato de alimentar o filho, por esse motivo o olhar para as questões que cercam o aleitamento deve ultrapassar as dimensões biológicas e técnicas. Deve-se, portanto, considerar esse momento singular e tão complexo na vida de uma mãe, abordando-a de forma a entender todas as circunstâncias em que está inserida e que possam ser protetoras ou não do aleitamento. É preciso que, ao amamentar a criança, a mãe esteja de tal forma nutrida dos conhecimentos que envolvem esse processo para que consiga se empoderar em sua maternidade e se sentir confiante no ato de amamentar. Para uma atuação mais efetiva na educação em saúde voltada a esse momento, faz-se necessário entender qual a real percepção de quem amamenta.

Além das falas referindo-se ao empoderamento e amor ao ato do aleitamento, as mães demonstraram que as informações sobre os benefícios do aleitamento

materno estão difundidas entre elas, fator comprovado nas falas abaixo, que relacionam a amamentação à proteção à saúde da criança, além de outros benefícios.

É muito bom, eu vejo pela saúde dela e o sono depois das mamadas são sonos longos, mama bem e dorme bem, a saúde dela teve um desenvolvimento enorme, desde que ela nasceu ganhou um kilo e pouco por mês, e meu piázinho ganhava assim...700 gramas, 800, mas assim eu em experiência própria é excelente a parte de poder dar mamar, pela saúde por ela, por mim também que gosto muito (E89);

E as minhas amigas que dão a lata de leite, ou de caxinha ou de pacotinho, o nenê pode ser mais gordo, é mais gordo que ela, mais gordo que ela, mas é só aparência, porque ela é muito difícil ficar doente, ela fica gripadinha um ou dois dias e já melhora e não dou nada de remédio para ela (E19);

O aleitamento materno pra mim significa que evita bastante doença nas crianças, significava bastante coisa, as minhas meninas são saudáveis por eu amamentar no peito, essa aqui mesmo nunca pegou uma gripe, só levou as injeção da vacina, mas ficar doente graças a Deus não(E95);

Sempre amamentei, amamentei o primeiro até os dois anos e esse eu pretendo amamentar até os dois anos também, e o retorno que eu tenho é a saúde dele né, ele dificilmente pega gripe, dificilmente fica doente, que eu tenha que ir para PAC ou essas coisas, o bom é a saúde dele e pretendo amamentar até os dois anos, enquanto eu tiver leite materno pretendo amamentar ele (E24);

Graças a Deus ele não sabe o que é gripe, não sabe nada dessas coisas ainda, e aconselho que outras mães também sigam e amamentem, muitas tem preguiça de amamentar, mas é um retorno bom que a gente tem devido à saúde deles, é muito bom. (E24);

O aleitamento deu total diferença na saúde dela, desde que saímos do hospital ela não teve nenhum problemas de saúde, nem resfriado, nem problema de intestino, sempre fez coco certinho, só nesses últimos períodos que é normal, porque ela só mama no peito então ate fica uns dias sem fazer coco mas é normal, eu sinto muita a diferença, eu vejo que o remédio dela é o próprio leite, não baixou a imunidade não deu nenhum resfriado, nem nada,

então dar de mamar também é a saúde dela, e quero tentar dar de mamar pelo menos até os dois anos (E146).

Em todas as falas das mulheres entrevistadas, o significado afetivo da amamentação esteve presente, deixando transparecer que a maternidade tem um valor inestimável, como uma troca, uma reciprocidade, uma vez que o ato de amamentar e o próprio posicionamento físico da mulher e da criança já predis põem ao abraço, ao estar junto durante o ato. Evidenciam também o conhecimento relacionado à importância do aleitar para a saúde de seus filhos, ao relatar que é o melhor para sua saúde e, assim, percebe-se que a mulher age, baseada no significado que a amamentação traz a ela.

Outro aspecto presente nas entrevistas foram os *sentimentos vivenciados pela mulher frente ao aleitamento materno*, em que relataram compensação, tranquilidade, bem-estar em amamentar, descobertas e o momento único entre a díade.

O aleitamento pra mim é Divino, é sofrido, mas compensa, a hora que ele tá lá sugando e olha pra você é uma conexão de alma, tudo vale a pena (E86);

Desde que eu engravidei eu sempre quis, eu sempre coloquei na minha cabeça que eu queria amamentar só no peito, sempre fiquei meditando “ah tomara que eu tenha bastante leite, vou fazer de tudo pra ter bastante leite, sei que nos primeiros dias vai ser difícil, mas vou fazer de tudo (E146);

A amamentação pra mim é muito tranquilo, me sinto muito bem amamentando, não tenho vergonha nenhuma de dar de mamar, aonde ela quiser mamar eu tiro o peito e dou de mamar pra ela, quando ela era menorzinha eu até cobria com um paninho, mas agora ela não deixa cobrir, tá esperta quer mamar e ficar olhando pros lados, mas só cobria por cobrir, não por vergonha (E44);

Esse tempo todo foi e é maravilhoso, é uma coisa assim que, que vou falar pra você no começo eu ficava meio assim, ai amamentar, era meio estranho, mas depois e hoje eu vejo que ainda bem que ela está com seis meses e não largou do peito e espero que continue (E19).

A amamentação, segundo a fala das mães, aparece de diferentes formas em determinados momentos, revelando duplo sentido, sendo ora uma experiência maravilhosa, linda e agradável, ora uma experiência cansativa e difícil. Porém, a experiência boa com a amamentação vem sempre em primeiro lugar.

- A percepção materna relacionada à confiança em amamentar

Nas falas das mães, aparecem a descoberta do ato de amamentar e, junto com ela, suas *dificuldades no processo de aleitamento materno*, referidas como a falta de conhecimento em dar de mamar, compreendendo as lesões no seio, devido à pega incorreta.

Sofrido mesmo foi os primeiros dias, mas porque a gente não sabia dar de mamar, porque mesmo com o seio machucado eu amamentei bem, para ver como a pega é importante. (E30);

Na questão que eu tive mais dificuldade foi questão dele mamar, ele não pegava o peito por eu não ter bico, então aí foi mais dificuldade porque ele mamava em posição de cavalinho, daí era o único jeito do Arthur mamar, e daí assim rachou bastante, ficou praticamente em carne viva, mas assim eu não desisti né, (E 98);

Mas foi bem difícil no começo, dói muito, faz feridinha, no começo eu passava o próprio leite no peito para não rachar, no começo até adiantou, mas depois não adiantava mais, eu dava mama igual, com dor mas dava, a gente tem que pensar neles né. E tá aqui gordinha. (E19

No começo foi difícil, ela machucou bastante, a pegada foi muito errada, mas depois foi muito tranquilo, eu já tenho um e já sabia. (E22);

Desde o começo meu bico da teta era para dentro, até fazer o biquinho para ela mamar foi difícil, aí deu uma rachadinha quando eu estava no hospital, mas quando eu saí do hospital e vim pra casa foi mais fácil, porque eu estava conseguindo fazer o biquinho para ela mamar (E38);

Então a amamentação não foi aquela coisa muito fácil não, eu tive mastite, e deu sangramento nos dois peitos, mas eu aguentei, e depois do primeiro mês se tornou algo adaptável e mais fácil, mas eu já pensei até em desistir da amamentação, mas persisti até agora (E109).

Mesmo com as dificuldades relatadas, o que predomina é o desejo de continuar amamentando, porém este não deve ser um processo doloroso ou causar qualquer trauma mamilar. Contudo, isso só será possível se a nutriz receber informações e acompanhamento da equipe de saúde, desde o pré-natal até o seguimento da criança, após o parto, para lhe dar suporte em suas dúvidas e minimizar as dificuldades que possam advir.

Da mesma forma, torna-se importante demonstrar apoio para que a mãe persista na amamentação, já que o começo é considerado pelas mães a seguir como exaustivo e de insistência, até que a díade possa se adaptar.

No começo não tive ajuda, foi só eu mesmo, foi um pouco mais difícil, mas tentando a gente consegue. Geralmente fiz as coisas de casa com ela na teta se não conseguiria, ela mama bastante, no começo se afogava bastante, mas agora ta bem, o peso dela ainda está mais baixo do percentual que eles falam, mas ela engordou bastante assim (E20);

Os primeiros dias foram difíceis, porque a gente já não estava mais acostumada e me doía bastante e não conseguia dar os dois peitos, ele só pegava um, mais depois eu comecei a encaixar o outro certinho e agora sempre problemas (E24);

Mas no hospital eu tive uma certa dificuldade porque ela mamava pouco, ela mamava só um pouco e já dormia, aí eu quase fiquei um pouco nervosa (E146).

Enquanto profissionais de saúde não valorizarem a fala das mães, referindo o processo de amamentação como um momento difícil, e não se utilizarem de abordagem empática para a aproximação das mulheres com essa prática, elas terão dificuldade em estabelecer vínculo e de considerarem o profissional como suporte para suas necessidades e dúvidas frente ao processo de aleitamento materno. O sucesso da amamentação tem como determinante, além da intenção da mãe em

amamentar, o acompanhamento dos profissionais de saúde para identificar as barreiras nesse processo e ajudar a mulher a encontrar maneiras de lidar com elas. O apoio à mulher no momento da amamentação refere-se ao familiar, à figura das avós, aos maridos, às irmãs e cunhadas e ao profissional.

Tive apoio, da sogra, cunhadas, do marido. (E10);

Em casa minha mãe me ajudou muito, veio ficar comigo, e quando ela não vinha, vinha minhas irmãs mais velhas. Mas em todo tempo o apoio da minha mãe e do meu marido foram fundamentais, porque eles e eu também somos muito a favor de amamentar e eles me deram toda a força para continuar. (E30);

E meu marido se mostrou um companheiro, no começo quando eu sentava pra amamentar eu sentia muita sede, aí era eu sentar pra amamentar ele já vinha com a garrafa de água pra me dar, ele me ajudava em tudo, quando ia tomar banho ele cuidava da nenê, e cortava os legumes para fazer minhas sopas. (E89);

Quando eu cheguei em casa meu esposo me ajudou bastante, porque ele tinha cinco dias que podia ficar em casa né, aí me ajudou bastante (E95);

Lá no hospital eu estava conseguindo amamentar por causa que tinha uma doutora lá que estava me ajudando, daí estava muito empedrado, lá no hospital estava tudo bem, no hospital davam orientação tomou complemento só uma vez, Minha mãe ficou comigo nos primeiros dias, e com quatro meses do nenê eu comecei a trabalhar, minha cunhada cuidava.(E11).

As nutrizes descrevem as avós como pessoas importantes no processo de amamentação, reconhecendo que elas as ensinam e apoiam, porém nem sempre o que ensinam repercute como um bom exemplo, como a introdução precoce de alimentos (SIQUEIRA; CASTILHO; KUABARA, 2017).

A fala a seguir relata a influência negativa para o apoio com o aleitamento em ambientes familiares conflituosos.

Em casa, sempre foi mais complicado pelo relacionamento que o meu ex marido tinha com meu filho mais velho, que não é filho dele, então eu sempre fiquei em fogo cruzado e, muitas vezes, eu não tinha essa colaboração, essa paz para poder estar amamentando (E86).

Por ser um momento que exige muito da mulher, o apoio torna-se fundamental, um ambiente estressante pode influenciar negativamente na lactação.

Os trechos na sequência demonstram a importância para as mães frente ao apoio emocional e profissional que receberam da equipe de saúde, para que pudessem enfrentar esse momento.

Então, quando saí do hospital, eles me deram orientação do bebê pegar bem a parte marronzinha do seio, colocar bem certinho na boca do bebê, para facilitar a amamentação no neném. E pra mim foi bem fácil seguir as orientações deles, lá no hospital, eles explicaram bem e me ajudaram a praticar né, colocando o bebê sentadinho para mamar, nunca totalmente deitado, sempre meio sentado. E daí quando saí do hospita, eles só falaram para eu seguir certinho (E122).

As falas a seguir relatam as dificuldades enfrentadas por mães primíparas com relação a informações a elas repassadas, tanto pela família quanto profissional:

Porque ela tinha que mamar e eu tinha que dar o peito pra ela, porque eu tinha leite, porque eu não queria dar outro tipos de leite de lata, minhas amigas assim falavam: “ah, tenta dar NAN, ou uma lata mais forte”... falei: “não, se eu tenho leite, vou dar o meu leite pra ela. Ajuda em casa não recebi muito, a minha mãe aqui falava umas coisas, tipo “coloca o bebê no peito que ele vai mamar”, mas não é bem assim né. Porque “aí o nenê já nasce querendo mamar, não é assim, ele nasce com instinto se você pôr algo na boca dele, ele vai mamar, “mas pra gente que não tinha bico no seio não tinha nada, eu até fui naquele banco de leite, tirava o leite, mas o que estava empedrado que ela não mamava. (E19)

É minha primeira filha né, então nos primeiros momentos a gente fica meio perdida né, eu não sabia se estava pegando certo ou estava pegando errado, tanto que eu dei errado nos primeiros momentos né, porque as enfermeiras chegam e colocam a bebê lá (no seio) e não explicam, e pra mim que era mãe de primeira viagem, dei tudo errado né, aí fez ferida, aí quando elas passaram no quarto, isso já fazia mais de doze horas, aí já tinha machucado, porque ela já tinha sugado aí não sai o leite suficiente e eles estão, com fome (E 30) .

Orientar para a amamentação exige a explicação de como posicionar a criança, que esta deve abocanhar o seio de forma correta, evitando frustrações e dores.

Dando ênfase à importância de um bom apoio profissional, as mesmas mães relatam a diferença sentida no aleitamento após receberem a orientação adequada.

Aí a doutora passou e falou: ela está pegando totalmente errado seu peito, por isso fez ferida, aí quando ela me ensinou, na hora ela me ajudou a colocar no peito eu não senti mais dor, apesar de estar machucado, mas a dor antes eu quase chorava, porque antes ela só pegava no bico, fazia ferida e não estava mamando, a nenê também só chorava, tanto que a primeira noite eu passei em claro, porque a nenê não dormia de fome, claro eu estava dando errado o peito pra ela. Aí depois que ela começou a pegar direitinho ela mamou (E30).

Mas depois que recebi a orientação certa, até mesmo com aquela escala que eu respondi eu fui percebendo, fui me encaixando, entendendo as coisas (E19)

As mães necessitam de apoio para enfrentar as dificuldades, os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, têm papel fundamental nisso. Para tanto, é importante que se tenha sensibilidade e conhecimento para orientar as mães de forma adequada sobre o manejo com a lactação. Entendendo que a orientação deva ser dada de forma completa, sendo a mãe primípara ou não. Quando o profissional cria vínculo em seu apoio, as experiências maternas tornam-se exitosas, como apontadas a seguir:

Eu segui à risca o que as enfermeiras do hospital me explicaram, bem certinho fiz conforme elas falaram, não tive rachaduras (E27)

Quando cheguei em casa, foi bem na época que as mulheres do posto vieram aqui em casa, eu não sabia o que era, não tive no primeiro, aí elas me orientaram (E109);

Mas eles me deram todas as orientações, me ajudaram nessa fase para eu não ficar nervosa, me explicaram certinho como pegar a mamada certa, dar de mamar nos dois peitos, secar um depois dar outro, sempre começar por aquele que eu terminei, então eu tive esse aconselhamento das enfermeiras no hospital, e também do banco de leite, das mulheres que vinham e passavam nos quartos, então pra mim logo depois que eu cheguei em casa doía um pouco o seio, ficou um pouco empedrado, mas com ajuda da família, da minha mãe também, consegui superar isso, mesmo doendo eu falava “não , ela vai mamar” (E146).

A fala a seguir é de uma múltipara, comparando a diferença entre o apoio profissional recebido para o aleitamento do primeiro filho e deste. Ressaltando que, mesmo a mulher já tendo experiência com o aleitamento, sempre pode aprender.

Neste pré-natal deram muita orientação, falaram como que é, eu achei mil maravilhas. No aleitamento eu senti diferença que eu aprendi mais, coisas que eu não sabia antes porque não tinha orientação, esse negócio de doar o leite eu nem sabia que podia, tudo isso aprendi. Não tive dificuldades, meu seio não rachou (E95).

A prática de atividades educativas torna-se importante para aprimorar a percepção materna, proporcionando troca de conhecimentos e uma aprendizagem significativa. Ademais, deve-se explorar a importância da amamentação exclusiva até o sexto mês, as vantagens do aleitamento materno e a forma correta (SILVEIRA et al., 2008).

O pré-natal torna-se o momento ideal para que os profissionais de saúde criem o vínculo do cuidado com as futuras mães. É nesse momento que se pode identificar os conhecimentos da mulher, a sua experiência prática, as crenças, sua vivência familiar, a fim de iniciar a educação em saúde voltada para o pós-parto. O

enfermeiro tem papel fundamental nesse momento, por ser um dos profissionais que passa maior tempo em contato com a mulher durante a gestação.

- As vivências com aleitamento da alta até o sexto mês

É essencial olhar para a mulher como mãe, esposa, profissional e parte integrante de uma família e sociedade, a qual exerce papel fundamental no mercado de trabalho. Nas falas a seguir, as mulheres relatam as dificuldades enfrentadas com o retorno ao mercado de trabalho antes do sexto mês de vida de seus filhos, caracterizando esse período como doloroso e, conseqüentemente, levando à não manutenção do aleitamento materno exclusivo.

Depois dos 4 meses que acabou a minha licença e tive que voltar a trabalhar ele começou com NAN, mas não parei o aleitamento durante a noite. Ele mama de madrugada, ele mama até umas três vezes na noite (E98).

Na verdade eu não queria ter voltado trabalhar, mas eu voltei trabalhar ele já estava com 5 meses, porque eu peguei um mês de férias junto com a licença e a amamentação. Nesse período foi bem complicadinha, porque eu dava de manhã né, aí eu vinha de meio dia pra casa e à tarde, depois das seis horas, ah, a primeira semana foi muito dolorida, ah o coração apertou (E4).

Com três meses dela eu tive que voltar trabalhar, e tentei dar mamadeira ela não pegou de jeito nenhum, aí eu tirava o leite e deixava para darem para ela porque ela não queria nem saber de mamadeira, claro né, o leite da mãe é mais gostoso. Mas daí depois de um tempo eu parei de trabalhar, para me dedicar a ela (E10).

As falas trazem dois pontos relevantes, o retorno ao trabalho como um fator impeditivo para manutenção do aleitamento materno exclusivo e a percepção de que seria possível retornar ao trabalho e manter a amamentação.

Faz-se necessário incluir no manejo do AM pelo profissional de saúde as dificuldades que as mães poderão enfrentar no processo de aleitamento, bem como o cansaço físico envolvido. É preciso desvestir-se dos pré-conceitos de que a amamentação é um evento natural, sem empoderar a mulher, e prepará-la para as dificuldades que possa encontrar.

Então, o que se vê nas falas a seguir é que aquelas mães que não foram preparadas durante a gestação se sentem fragilizadas quando encontram as primeiras dificuldades, podendo ceder à tentação da mamadeira ou às influências de outras pessoas. Elas acabam cedendo para se livrar do sentimento de culpa de achar que não dão conta de alimentar o seu filho, emergindo, assim, os *motivos que levaram à introdução de outros leites*.

Começo ele vomitava muito, saia muito pelo nariz, também mesmo lá no hospital, aí ele ficava muito no peito, aí teve uma noite que eu vim pra casa que ele se afogou, aí demorou muito para voltar, daí eu tive que segurar ele, ele voltou, aí ele queria só o peito, só chorava e eu percebi que meu peito estava bem vazio, aí no outro dia, quando amanheceu o dia, eu falei para minha mãe que eu ia comprar um leite, pra fazer um teste, porque ele só chorava, ele não dormia bem, se ele dormia era 15 minutos, não dava nem meia hora já estava acordada, aí eu liguei pedi pra farmacêutica, porque não ia dar tempo de eu ir no médico, e ela me explicou bem certinho, e comecei dar o leite em pó(E4);

Então achei que eu não ia ter leite, aí a médica falou para eu tentar induzir, daí quando eu vi eu já tinha leite, mas pra mim lá foi bem difícil, ela não pegava, tanto que ela mamava de pezinho, sentadinha no meu colo, mas assim lá até foi mais fácil porque tinha gente para estar toda hora ajudando né (E19);

Com cinco meses eu comecei a dar NAN pra ela, eu comecei porque ela não enche fácil, porque ela mama e não enchia fácil, e ela ainda reclamava, mas ela não pegou o NAN, agora com 6 meses já vou dar bolacha amassada com leite. (E95).

É importante que a mulher receba incentivo dentro da própria casa, esse período deve ser de união entre o casal, pois o marido engajado torna-se suporte à esposa. A fala a seguir reflete como a falta desse apoio pode ser prejudicial à manutenção do aleitamento.

Nem pra ajudar a cuidar da criança ele não ajudava, qualquer coisa ele dizia que o bebê queria teta, jogava tudo pra mim, e acabei de certa forma

pressionada com tudo isso. Teve uma época que não estava quase descendo aí eu comecei o complemento (E86).

As avós são as mulheres que participam ativamente do cuidado familiar, pois, como já vivenciaram esse período, transmitem a experiência vivida. Essa influência pode ser negativa para a decisão da nutriz em manter a lactação, caso a avó não tenha uma boa experiência e, principalmente, se perceber que a filha está com dificuldades, ela irá encontrar alguma forma de alimentar o neto.

Ele mamava, não dava nem cinco ou dez minutos ele começava chorar, eu dava de novo aí toda hora mamando, aí minha mãe falou que eu estava com pouco leite né, daí eu comecei a dar o complemento, e ele não chorava mais, ganhou bastante peso. Ah, foi mais por influência né, por mim teria continuado amamentando, só que ele estava só reinando toda hora, parecia que meu leite não estava sustentando (E11).

Outro fator presente na fala das mães é a introdução alimentar precoce, que pode acontecer por falta de orientação com relação à importância da amamentação exclusiva até o sexto mês, ou pelo retorno ao trabalho.

Com 5 meses ela começou com papinhas, mas não parei de amamentar. Ela até come, mas a cada passo ela quer a teta, e eu pego e dou, para e vou amamentar ela, porque depois passa esse período né e é tão gostoso dar de mamar (risos) (E10)

Como eu voltei trabalhar ela está indo pra creche, lá ela não pegou leite de jeito nenhum, eles tiveram que adaptar frutas e papinhas, mas ela tá mamando, não vejo dificuldade para amamentar ela, e está sendo uma maravilha. Eu pretendo amamentar ela até quando ela estiver grandona, está super esperta e em questão de mamar ela mama super bem também, está sendo muito bom amamentar ela, a cada mamada eu consigo apreciar mais ela (E104)

As mães também referem o profissional como incentivador do uso do leite em pó como complemento.

Com 3 meses, mais ou menos, o médico achou que ela não estava no peso ideal e me pediu para complementar, aí eu complementava de 2 a três vezes, mas nunca deixei de amamentar (E44);

Ai com cinco meses minha bebê teve refluxo, e eu levei ela no pediatra e ele mandou dar NAN, e ela não aceitou, trocamos o leite, mas eu só dou o NAN para dormir, e dou o peito a hora que ela quiser. Como ela mama muito a noite eu dou o NAN para ver se ela dorme um pouco mais, mas é só uma vez por dia, e tem dias que nem dou o NAN (E109);

Eu queria amamentar ele muito tempo, mas como secou o leite né, eu tive que ir para o pediatra e comecei dar aptamil sempre, eu comecei trabalhar fora aí dava só a noite o peito pra ele, mas daí secou e ele tá bem aceitou bem o outro leite, mas o aptamil eu já dava desde o primeiro mês pra complementar e depois que comecei a trabalhar que dou só esse leite. (E85)

Percebe-se que esse processo de desmame precoce é multifatorial e que estão envolvidos ao aspectos culturais, como os valores e crenças; o contexto familiar evidenciado pelo apoio da família; a presença do marido, bem como o suporte social demonstrado pelos profissionais de saúde; e as questões de acesso à informação, identificada pela falta de conhecimento por parte da nutriz e fator econômico pela necessidade de retorno ao trabalho. Dessa forma, estimular o AME deve considerar todos esses aspectos e associar a eles o empoderamento da mulher pela sua autoconfiança para o processo de amamentar.

ANEXO A – ESCALA DE AUTO EFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO

Escala de Auto-Eficácia 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 uma resposta certa ou errada.

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

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

ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DA AUTORA PARA USO DA BSES-SF

----- Mensagem encaminhada -----

De: Regina Cláudia Melo Dodt <reginadodt@yahoo.com.br>

Data: 27 de abril de 2017 16:22

Assunto: Re: Escala de autoeficácia AM

Para: Claudia silveira viera <clausviera@gmail.com>

Boa tarde Claudia Silveira, recebo com alegria seu interesse em utilizar nosso material e autorizo a utilização. De antemão, coloco-me à disposição para eventuais trabalhos decorrentes desses resultados ou de outros que envolvam a temática em questão.

Abraços!

Profª Drª Regina Cláudia Melo Dodt

ORCID /0000-0002-8323-8465

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

3295 0152 (res) / **999306043** (TIM)

"O Senhor te abençoe e te guarde! O Senhor faça brilhar sobre ti a sua face, e se compadeça de ti! O Senhor volte para ti o seu rosto e te dê a paz!"

Nm 6, 24-26

ANEXO C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO MATERNA SOBRE O ATO DE AMAMENTAR: do parto ao sexto mês de vida

Pesquisador: cláudia silveira viera

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 69591317.4.0000.0107

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde CCBS - UNIOESTE

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.195.270

Apresentação do Projeto:

PERCEPÇÃO MATERNA SOBRE O ATO DE AMAMENTAR: do parto ao sexto mês de vida

Objetivo da Pesquisa:

Identificar a percepção materna relacionada à sua confiança em amamentar

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Devidamente explicitados no TCLE e no projeto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora fará entrevista com mulheres que tiveram filho em um mesmo hospital, acerca da amamentação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Devidamente apresentados,

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa pode ser aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Telefone: (45)3220-3272

Município: CASCAVEL

CEP: 85.819-110

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

ANEXO D–NORMAS DO JORNAL DE PEDIATRIA – INSTRUÇÕES AOS AUTORES



ISSN 0021-7557 versão
impressa
ISSN 1678-4782 versão online

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Submissão de Arquivos](#)
- [Diretrizes para a preparação do original](#)
- [Instruções para envio de material para publicação](#)

Submissão de Arquivos

O Jornal de Pediatria é a publicação científica da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), com circulação regular desde 1934. Todo o conteúdo do Jornal de Pediatria está disponível em português e inglês no site <http://www.ined.com.br>, que é de livre acesso. O Jornal de Pediatria é indexado pelo Index Medicus/MEDLINE (<http://www.pubmed.gov>), SciELO (<http://www.scielo.org>), LILACS (<http://www.bireme.br/abd/P/lilacs.htm>), EMBASE/Excerpta Medica (<http://www.embase.com>), Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) Data Bases (<http://www.siicsalud.com>), Medical Research Index (<http://www.purplehealth.com/medical-research-index.htm>) e University Microfilms International.

O Jornal de Pediatria publica resultados de investigação clínica em pediatria e, excepcionalmente, de investigação científica básica. Aceita-se a submissão de artigos em português e inglês. Todos os artigos são publicados em português e inglês, tanto em HTML quanto em PDF. A grafia adotada é a do inglês americano. Por isso, recomenda-se que os autores utilizem a língua com a qual se sintam mais confortáveis e confiantes de que se comunicam com mais clareza. Se um determinado artigo foi escrito originalmente em português, não deve ser submetido em inglês, a não ser que se trate de uma tradução com qualidade profissional.

Observação importante: A língua oficial de publicação do Jornal de Pediatria é o inglês e todo o site de submissão é apresentado exclusivamente em inglês.

Diretrizes para a preparação do original

Processo de revisão (*Peer review*)

Todo o conteúdo publicado pelo Jornal de Pediatria passa por processo de revisão por especialistas (*peer review*). Cada artigo submetido para apreciação é encaminhado aos

editores, que fazem uma revisão inicial quanto aos padrões mínimos de exigência do Jornal de Pediatria e ao atendimento de todas as normas requeridas para envio dos originais. A seguir, remetem o artigo a dois revisores especialistas na área pertinente, selecionados de um cadastro de revisores. Os revisores são sempre de instituições diferentes da instituição de origem do artigo e são cegos quanto à identidade dos autores e ao local de origem do trabalho. Após receber ambos os pareceres, o Conselho Editorial os avalia e decide pela aceitação do artigo sem modificações, pela recusa ou pela devolução aos autores com as sugestões de modificações. Conforme a necessidade, um determinado artigo pode retornar várias vezes aos autores para esclarecimentos e, a qualquer momento, pode ter sua recusa determinada. Cada versão é sempre analisada pelo Conselho Editorial, que detém o poder da decisão final.

Tipos de artigos publicados

O Jornal de Pediatria aceita a submissão espontânea de artigos originais, artigos especiais e cartas ao editor.

Artigos originais incluem estudos controlados e randomizados, estudos de testes diagnósticos e de triagem e outros estudos descritivos e de intervenção, bem como pesquisa básica com animais de laboratório. O texto deve ter no máximo 3.000 palavras, excluindo tabelas e referências; o número de referências não deve exceder 30. O número total de tabelas e figuras não pode ser maior do que quatro.

Artigos que relatam ensaios clínicos com intervenção terapêutica (clinical trials) devem ser registrados em um dos Registros de Ensaios Clínicos listados pela Organização Mundial da Saúde e pelo International Committee of Medical Journal Editors. Na ausência de um registro latino-americano, o Jornal de Pediatria sugere que os autores utilizem o registro www.clinicaltrials.gov, dos National Institutes of Health (NIH). O número de identificação deve ser apresentado ao final do resumo.

Acesse <http://www.equator-network.org/> para informações sobre as diretrizes a serem seguidas na pesquisa em saúde para esse tipo de artigo.

Artigos especiais são textos não classificáveis nas demais categorias, que o Conselho Editorial julgue de especial relevância. Sua revisão admite critérios próprios, não havendo limite de tamanho ou exigências prévias quanto à bibliografia.

Cartas ao editor devem comentar, discutir ou criticar artigos publicados no Jornal de Pediatria. O tamanho máximo é de 1.000 palavras, incluindo no máximo seis referências bibliográficas. Sempre que possível, uma resposta dos autores será publicada junto com a carta.

São publicados, mediante convite, editoriais, comentários e artigos de revisão. Autores não convidados podem também submeter ao Conselho Editorial uma proposta para publicação de artigos dessas classificações.

Editoriais e comentários, que geralmente se referem a artigos selecionados, são encomendados a autoridades em áreas específicas. O Conselho Editorial também analisa propostas de comentários submetidas espontaneamente.

Artigos de revisão são avaliações críticas e ordenadas da literatura em relação a temas de importância clínica, com ênfase em fatores como causas e prevenção de doenças, seu diagnóstico, tratamento e prognóstico - em geral são escritos, mediante convite, por profissionais de reconhecida experiência. Metanálises são incluídas nesta categoria. Autores não convidados podem também submeter ao Conselho Editorial uma proposta de artigo de revisão, com um roteiro. Se aprovado, o autor pode desenvolver o roteiro e submetê-lo para publicação. Artigos de revisão devem limitar-se a 6.000 palavras, excluindo referências e tabelas. As referências bibliográficas devem ser atuais e em número mínimo de 30.

Orientações gerais

O arquivo original - incluindo tabelas, ilustrações e referências bibliográficas - deve estar em conformidade com os "Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas", publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (<http://www.icmie.org>). Cada seção deve ser iniciada em nova página, na seguinte ordem: página de rosto, resumo em português, resumo em inglês, texto, agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas (cada tabela completa, com título e notas de rodapé, em página separada), figuras (cada figura completa, com título e notas de rodapé, em página separada) e legendas das figuras.

A seguir, as principais orientações sobre cada seção:

Página de rosto

A página de rosto deve conter todas as seguintes informações:

1. título do artigo, conciso e informativo, evitando termos supérfluos e abreviaturas; evitar também a indicação do local e da cidade onde o estudo foi realizado;
2. título abreviado (para constar no topo das páginas), com máximo de 50 caracteres, contando os espaços;
3. nome de cada um dos autores (primeiro nome e o último sobrenome; todos os demais nomes aparecem como iniciais);
4. endereço eletrônico de cada autor;
5. informar se cada um dos autores possui currículo cadastrado na plataforma Lattes do CNPq;

6. a contribuição específica de cada autor para o estudo;
7. declaração de conflito de interesse (escrever "nada a declarar" ou a revelação clara de quaisquer interesses econômicos ou de outra natureza que poderiam causar constrangimento se conhecidos depois da publicação do artigo);
8. definição de instituição ou serviço oficial ao qual o trabalho está vinculado para fins de registro no banco de dados do Index Medicus/MEDLINE;
9. nome, endereço, telefone, fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência;
10. nome, endereço, telefone, fax e endereço eletrônico do autor responsável pelos contatos pré-publicação;
11. fonte financiadora ou fornecedora de equipamento e materiais, quando for o caso;
12. contagem total das palavras do texto, excluindo resumo, agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas e legendas das figuras;
13. contagem total das palavras do resumo; número de tabelas e figuras.

Resumo

O resumo deve ter no máximo 250 palavras ou 1.400 caracteres, evitando o uso de abreviaturas. Não se devem colocar no resumo palavras que identifiquem a instituição ou cidade onde foi feito o artigo, para facilitar a revisão cega. Todas as informações que aparecem no resumo devem aparecer também no artigo. O resumo deve ser estruturado conforme descrito a seguir:

Resumo de artigo original

Objetivo: informar por que o estudo foi iniciado e quais foram as hipóteses iniciais, se houve alguma. Definir precisamente qual foi o objetivo principal e informar somente os objetivos secundários mais relevantes.

Métodos: informar sobre o delineamento do estudo (definir, se pertinente, se o estudo é randomizado, cego, prospectivo, etc.), o contexto ou local (definir, se pertinente, o nível de atendimento, se primário, secundário ou terciário, clínica privada, institucional, etc.), os pacientes ou participantes (definir critérios de seleção, número de casos no início e fim do estudo, etc.), as intervenções (descrever as características essenciais, incluindo métodos e duração) e os critérios de mensuração do desfecho.

Resultados: informar os principais dados, intervalos de confiança e significância estatística dos achados.

Conclusões: apresentar apenas aquelas apoiadas pelos dados do estudo e que contemplem os objetivos, bem como sua aplicação prática, dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares.

Resumo de artigo de revisão

Objetivo: informar por que a revisão da literatura foi feita, indicando se enfatiza algum fator em especial, como causa, prevenção, diagnóstico, tratamento ou prognóstico.

Fontes dos dados: descrever as fontes da pesquisa, definindo as bases de dados e os anos pesquisados. Informar sucintamente os critérios de seleção de artigos e os métodos de extração e avaliação da qualidade das informações.

Síntese dos dados: informar os principais resultados da pesquisa, sejam quantitativos ou qualitativos.

Conclusões: apresentar as conclusões e suas aplicações clínicas, limitando generalizações ao escopo do assunto em revisão.

Após o resumo, inclua de três a seis palavras-chave que serão usadas para indexação. Utilize termos do Medical Subject Headings (MeSH), disponíveis em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>. Quando não estiverem disponíveis descritores adequados, é possível utilizar termos novos.

Abreviaturas

Devem ser evitadas, pois prejudicam a leitura confortável do texto. Quando usadas, devem ser definidas ao serem mencionadas pela primeira vez. Jamais devem aparecer no título e nos resumos.

Texto

O texto dos artigos originais deve conter as seguintes seções, cada uma com seu respectivo subtítulo:

1. **Introdução:** sucinta, citando apenas referências estritamente pertinentes para mostrar a importância do tema e justificar o trabalho. Ao final da introdução, os objetivos do estudo devem ser claramente descritos.
2. **Métodos:** descrever a população estudada, a amostra e os critérios de seleção; definir claramente as variáveis e detalhar a análise estatística; incluir referências padronizadas sobre os métodos estatísticos e informação de eventuais programas de computação. Procedimentos, produtos e equipamentos utilizados devem ser descritos com detalhes suficientes para permitir a reprodução do estudo. É obrigatória a inclusão de declaração de que todos os procedimentos tenham sido aprovados pelo comitê de ética em pesquisa da instituição a que se vinculam os autores ou, na falta deste, por outro comitê de ética em

pesquisa indicado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde.

3. **Resultados:** devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em sequência lógica. As informações contidas em tabelas ou figuras não devem ser repetidas no texto. Usar gráficos em vez de tabelas com um número muito grande de dados.
4. **Discussão:** deve interpretar os resultados e compará-los com os dados já descritos na literatura, enfatizando os aspectos novos e importantes do estudo. Discutir as implicações dos achados e suas limitações, bem como a necessidade de pesquisas adicionais. As conclusões devem ser apresentadas no final da discussão, levando em consideração os objetivos do trabalho. Relacionar as conclusões aos objetivos iniciais do estudo, evitando assertivas não apoiadas pelos achados e dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares. Incluir recomendações, quando pertinentes.

O texto de **artigos de revisão** não obedece a um esquema rígido de seções. Sugere-se uma introdução breve, em que os autores explicam qual a importância da revisão para a prática pediátrica, à luz da literatura médica. Não é necessário descrever os métodos de seleção e extração dos dados, passando logo para a sua síntese, que, entretanto, deve apresentar todas as informações pertinentes em detalhe. A seção de conclusões deve correlacionar as ideias principais da revisão com as possíveis aplicações clínicas, limitando generalizações aos domínios da revisão.

Agradecimentos

Devem ser breves e objetivos, somente a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. Integrantes da lista de agradecimento devem dar sua autorização por escrito para a divulgação de seus nomes, uma vez que os leitores podem supor seu endosso às conclusões do estudo.

Referências bibliográficas

As referências devem ser formatadas no estilo Vancouver, também conhecido como o estilo Uniform Requirements, que é baseado em um dos estilos do American National Standards Institute, adaptado pela U.S. National Library of Medicine (NLM) para suas bases de dados. Os autores devem consultar Citing Medicine, The NLM Style Guide for Authors, Editors, and Publishers (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>) para informações sobre os formatos recomendados para uma variedade de tipos de referências. Podem também consultar o site "sample references" (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html), que contém uma lista de exemplos extraídos ou baseados em

Citing Medicine, para uso geral facilitado; essas amostras de referências são mantidas pela NLM.

As referências bibliográficas devem ser numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto, no qual devem ser identificadas pelos algarismos arábicos respectivos sobrescritos. Para listar as referências, não utilize o recurso de notas de fim ou notas de rodapé do Word.

Artigos aceitos para publicação, mas ainda não publicados, podem ser citados desde que indicando a revista e que estão "no prelo". Observações não publicadas e comunicações pessoais não podem ser citadas como referências; se for imprescindível a inclusão de informações dessa natureza no artigo, elas devem ser seguidas pela observação "observação não publicada" ou "comunicação pessoal" entre parênteses no corpo do artigo.

Os títulos dos periódicos devem ser abreviados conforme recomenda o Index Medicus; uma lista com suas respectivas abreviaturas pode ser obtida através da publicação da NLM "List of Serials Indexed for Online Users", disponível no endereço <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lsiou.html>. Para informações mais detalhadas, consulte os "Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas". Este documento está disponível em <http://www.icmie.org/>.

Abaixo, apresentamos alguns exemplos do modelo adotado pelo Jornal de Pediatria:

Artigos em periódicos:

1. Até seis autores:

Araújo LA, Silva LR, Mendes FA. Digestive tract neural control and gastrointestinal disorders in cerebral palsy. *J Pediatr (Rio J)*. 2012;88:455-64.

2. Mais de seis autores:

Ribeiro MA, Silva MT, Ribeiro JD, Moreira MM, Almeida CC, Almeida- Junior AA, et al. Volumetric capnography as a tool to detect early peripheral lung obstruction in cystic fibrosis patients. *J Pediatr (Rio J)*. 2012;88:509-17.

3. Organização como autor:

Mercier CE, Dunn MS, Ferrelli KR, Howard DB, Soll RF; Vermont Oxford Network ELBW Infant Follow-Up Study Group. Neurodevelopmental outcome of extremely low birth weight infants from the Vermont Oxford network: 1998-2003. *Neonatology*. 2010;97:329-38.

4. Sem autor:

Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. Committee on Bioethics, American Academy of Pediatrics. *Pediatrics*. 1995;95:314-7.

5. Artigos com publicação eletrônica ainda sem publicação impressa:

Carvalho CG, Ribeiro MR, Bonilha MM, Fernandes Jr M, Procianny RS, Silveira RC. Use of off-label and unlicensed drugs in the neonatal intensive care unit and its association with severity scores. *J Pediatr (Rio J)*. 2012 Oct 30. [Epub ahead of print]

Livros:

Blumer JL, Reed MD. Principles of neonatal pharmacology. In: Yaffe SJ, Aranda JV, eds. *Neonatal and Pediatric Pharmacology*. 3rd ed. Baltimore: Lippincott, Williams and Wilkins; 2005. p. 146-58.

Trabalhos acadêmicos:

Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant, MI: Central Michigan University; 2002.

CD-ROM:

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

Homepage/website:

R Development Core Team [Internet]. R: A language and environment for statistical computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2003 [cited 2011 Oct 21]. Available from: <http://www.R-project.org>

Documentos do Ministério da Saúde:

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: cuidados gerais*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. v. 1. 192p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

Apresentação de trabalho:

Bugni VM, Okamoto KY, Ozaki LS, Teles FM, Molina J, Bueno VC, et al. Development of a questionnaire for early detection of factors associated to the adherence to treatment of children and adolescents with chronic rheumatic diseases - "the Pediatric Rheumatology Adherence Questionnaire"

(PRAQ)". Paper presented at the ACR/ARHP Annual Meeting; November 5-9, 2011; Chicago, IL.

Tabelas

Cada tabela deve ser apresentada em folha separada, numerada na ordem de aparecimento no texto, e conter um título sucinto, porém explicativo. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé e não no título, identificadas com letras sobrescritas em ordem alfabética. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas e não usar espaços para separar colunas. Não usar espaço em qualquer lado do símbolo \pm .

Figuras (fotografias, desenhos, gráficos etc.)

Todas as figuras devem ser numeradas na ordem de aparecimento no texto. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive acerca das abreviaturas utilizadas. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, assim como devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos. Fotos não devem permitir a identificação do paciente; tarjas cobrindo os olhos podem não constituir proteção adequada. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatória a inclusão de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo. As ilustrações são aceitas em cores para publicação no site. Contudo, todas as figuras serão vertidas para o preto e branco na versão impressa. Caso os autores julguem essencial que uma determinada imagem seja colorida mesmo na versão impressa, solicita-se um contato especial com os editores. Imagens geradas em computador, como gráficos, devem ser anexadas sob a forma de arquivos nos formatos .jpg, .gif ou .tif, com resolução mínima de 300 dpi, para possibilitar uma impressão nítida; na versão eletrônica, a resolução será ajustada para 72 dpi. Gráficos devem ser apresentados somente em duas dimensões, em qualquer circunstância. Desenhos, fotografias ou quaisquer ilustrações que tenham sido digitalizadas por escaneamento podem não apresentar grau de resolução adequado para a versão impressa da revista; assim, é preferível que sejam enviadas em versão impressa original (qualidade profissional, a nanquim ou impressora com resolução gráfica superior a 300 dpi). Nesses casos, no verso de cada figura deve ser colada uma etiqueta com o seu número, o nome do primeiro autor e uma seta indicando o lado para cima.

Legendas das figuras

Devem ser apresentadas em página própria, devidamente identificadas com os respectivos números.

Lista de verificação

Como parte do processo de submissão, os autores são solicitados a indicar sua concordância com todos os itens abaixo; a submissão pode ser devolvida aos autores que não aderirem a estas diretrizes.

1. Todos os autores concordam plenamente com a Nota de Copyright.
2. O arquivo de submissão foi salvo como um documento do Microsoft Word.
3. A página de rosto contém todas as informações requeridas, conforme especificado nas diretrizes aos autores.
4. O resumo e as palavras-chave estão na língua de submissão (inglês ou português), seguindo a página de rosto.
5. O texto é todo apresentado em espaço duplo, utiliza fonte tamanho 12 e itálico em vez de sublinhado para indicar ênfase (exceto em endereços da internet). Todas as tabelas, figuras e legendas estão numeradas na ordem em que aparecem no texto e foram colocadas cada uma em página separada, seguindo as referências, no fim do arquivo.
6. O texto segue as exigências de estilo e bibliografia descritas nas normas de publicação.
7. As referências estão apresentadas no chamado estilo de Vancouver e numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto.
8. Informações acerca da aprovação do estudo por um conselho de ética em pesquisa são claramente apresentadas no texto, na seção de métodos.
9. Todos os endereços da internet apresentados no texto (p.ex., <http://www.sbp.com.br>) estão ativos e prontos para serem clicados.

ANEXO E – NORMAS DA REVISTA COLOMBIANA DE PSICOLOGIA

Diretrizes para Autores

Nós aceitamos relatos de investigações empíricas, contribuições teóricas em formato de ensaio, meta-análises, revisões críticas de literatura e, em geral, trabalhos que sigam alguma das variedades metodológicas de tipo científico em psicologia.

Processo de submissão, avaliação e aceitação do artigo

Os artigos submetidos devem ser remetidos e enviados à Revista Colombiana de Psicologia, por médio eletrônico, versão MS Word, a través do correio eletrônico revpsico_fchbog@unal.edu.co. Se preferir fazer uso do sistema de gestão de revistas Open Journal System, acesse à página www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/user/register, nesta poderá inscrever-se como autor e seguir as instruções para o envio de artigos. Desta forma, poderá dar prosseguimento ao processo de submissão do seu artigo. Os artigos enviados devem ser inéditos e não podem ser avaliados simultaneamente por outras revistas, por isso é indispensável que os autores assinem uma carta, fornecida pela revista, onde certifiquem a originalidade do texto.

Para garantir que não exista conflito de interesses no processo de avaliação, o autor enviará, junto com o artigo, os nomes de dois acadêmicos que considere idôneos para avaliar seu trabalho, com uma justificativa de sua sugestão. Ao editor se reservará o direito de aceitar a sugestão ou escolher dois pareceristas diferentes. Os autores não conheceram a identidade dos pareceristas.

Uma vez revisados os critérios mínimos de apresentação segundo as normas APA, e os demais requerimentos formais, o manuscrito será enviado a no mínimo dois acadêmicos, especialistas na área, que desconhecerão o nome do autor. Com um prazo de três meses para fazer a avaliação, os pareceristas elaboraram um conceito acadêmico a partir de seu conhecimento e experiência na área temática do artigo.

Finalmente, com base nos conceitos dos jurados, o editor da revista emitirá uma decisão editorial e comunicará formalmente ao autor as possibilidades de publicação do artigo. Isso é: aceito, recusado, ou aceito até fazer as alterações solicitados pelos pareceristas. Em qualquer dos casos, os autores irão receber um conceito geral que integre as avaliações de cada um dos pareceristas, onde se detalham as qualidades do artigo e os aspectos que devem ser alterados. Em muitos casos receberão, igualmente, o manuscrito com os comentários que os diferentes pareceristas fizeram sobre o texto.

Quando um artigo é aceito, os direitos de publicação e reprodução em meios impressos e digitais que permitem o acesso público são da Revista Colombiana de Psicologia, sob licença de Creative Commons. No entanto, será avaliada qualquer pedido por parte do autor para obter a permissão de sua reprodução.

Uma vez publicado o artigo, será enviado em formato .pdf aos autores. Para retirar um artigo antes de sua publicação, o autor deverá dirigir uma solicitação ao editor, esta será efetivada somente com a resposta do editor.

Características formais e apresentação dos artigos

Os artigos não devem ter mais de 25 folhas (não incluindo resumo e referências) e devem cumprir com as normas de apresentação do estilo internacional de publicações científicas em psicologia, recomendadas pela APA, 6ª edição (2010). As tabelas e figuras devem estar em formato Word e, além disso estar anexadas ao arquivo original (p.e., .xls, .jpg, .tiff).

Recomenda-se usar uma linguagem standard para publicações científicas e evitar o uso de modismos de uma região geográfica particular. Todo artigo que seja um informe de uma investigação empírica (que envolva coleta de dados) deve estar adequadamente dividido nas seções recomendadas pela APA e conter a seguinte informação.

Título: que corresponda com a informação e objetivo do manuscrito.

Resumo: breve texto (160 palavras no máximo) contendo os aspectos mais relevantes da metodologia, dos resultados e das conclusões. Devem ser incluídas 5 palavras chave referentes ao conteúdo e a área da psicologia a que pertence o trabalho. Além disso, deve-se incluir uma versão do resumo e das palavras chave em inglês (Key words).

Introdução: texto expõe tanto os antecedentes da área de investigação como a descrição do problema ou pergunta de pesquisa, cuja justificação deve ser clara, coerente e baseada na literatura consultada.

Sujeitos ou participantes: o artigo deve explicitar as características principais dos participantes, o processo de seleção e designação dos grupos, quando for pertinente. A APA recomenda o uso do termo “participantes” quando se trata de investigações com humanos, e de “sujeitos”, quando se trata de animais não-humanos.

Instrumentos: é indispensável identificar e descrever claramente os instrumentos utilizados para a coleta de dados, se forem utilizados testes psicológicos, devem ser mencionadas suas propriedades psicométricas.

Procedimento: descrever as ações relevantes executadas para coletar a informação e analisar os dados.

Resultados: os resultados (expressados em dados) devem ser relevantes para os objetivos do estudo, explícitos e claros. Quando forem necessários elementos complementares, como tabelas ou figuras, os dados devem estar ordenados como indica a APA. Recomenda-se não repetir os mesmos dados no corpo do texto e nas tabelas.

Discussão e conclusões: toda discussão deve se referir aos resultados, responder às perguntas de investigação e ser feita com base na literatura relevante. Além disso, devem ser apresentadas as conclusões do estudo.

Citações e referências: todo artigo deve conter somente a lista de referências citadas no artigo (máximo 60 referências). Esta lista deve ser feita estritamente como o indica a APA.

Apêndices: o texto pode incluir apêndices (páginas anexas) sempre que forem considerados importantes e estritamente necessários para facilitar a compreensão do texto. Caso contrário, não se recomenda incluí-los.

Os artigos que não forem um informe de investigação, podem ser submetidos como revisões de área, crítica de uma teoria ou de um estudo empírico, ou desenvolvimento de uma proposta teórica. Esses artigos devem ser apresentados levando em consideração os critérios gerais das normas da APA em relação ao título e subtítulos, resumo, estilo de redação e citação de referências. Além disso, os textos devem possuir as seguintes características:

1. Estabelecer o problema de maneira clara ao longo do texto.
2. Apresentar claramente o problema e a importância do tema ou da problemática analisada.
3. Argumentações e conclusões claras e coerentes com o desenvolvimento do tema.
4. Referências bibliográficas correspondentes à temática estudada e ao tipo de estudo (para um artigo de revisão se esperam mínimo 50 referências).

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. El manuscrito debe tener máximo 25 páginas tamaño carta, interlineado doble y con márgenes 2.5 cm en cada lado. Adicionalmente, la fuente debe ser Times New Roman, tamaño 12.
2. El manuscrito debe contener cada una de las figuras, tablas y apéndices en la sección que corresponde.
3. Los autores deben enviar el archivo original en el que fueron elaboradas las figuras y tablas (e. g. .xls, .jpg, .tiff). Adicionalmente, deben asegurarse que en el caso de las tablas cada columna tenga un título y que en el caso de las gráficas los ejes tengan letreros claros.
4. Es importante que los autores envíen junto con el manuscrito la siguiente declaración de originalidad del mismo debidamente diligenciada.