

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE

**SATISFAÇÃO DAS MULHERES COM A
AMAMENTAÇÃO NO PRIMEIRO MÊS PÓS-PARTO:
FATORES ASSOCIADOS E VALIDAÇÃO DE
INSTRUMENTO**

TESE DE DOUTORADO

ANDREA FRANCIS KROLL DE SENNA

Porto Alegre, Brasil

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE

**SATISFAÇÃO DAS MULHERES COM A
AMAMENTAÇÃO NO PRIMEIRO MÊS PÓS-PARTO:
FATORES ASSOCIADOS E VALIDAÇÃO DE
INSTRUMENTO**

ANDREA FRANCIS KROLL DE SENNA

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elsa Regina Justo Giugliani

A apresentação desta tese é exigência do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Doutor.

Porto Alegre, Brasil

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE

ESTA DISSERTAÇÃO FOI DEFENDIDA PUBLICAMENTE EM:

22 / janeiro / 2019

E, FOI AVALIADA PELA BANCA EXAMINADORA COMPOSTA POR:

Profa. Dra. Elza Daniel de Mello

Departamento de Pediatria e Puericultura/PPGSCA

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Juliana Paludo Vallandro

Escola de Ciências da Saúde/Curso de Nutrição

Centro Universitário Ritter dos Reis

Profa. Dra. Lilian Cordova do Espírito Santo

Departamento de Enfermagem Materno Infantil/Escola de Enfermagem

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

CIP - Catalogação na Publicação

Kroll de Senna, Andrea Francis
SATISFAÇÃO DAS MULHERES COM A AMAMENTAÇÃO NO
PRIMEIRO MÊS PÓS-PARTO: FATORES ASSOCIADOS E
VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO / Andrea Francis Kroll de
Senna. -- 2019.
229 f.
Orientadora: Elsa Regina Justu Giugliani.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente,
Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Amamentação. 2. Saúde materno-infantil. 3.
Satisfação . 4. Estudos transversais. 5. Validação .
I. Giugliani, Elsa Regina Justu, orient. II. Título.

À minha amada filha, que faz brotar em mim
a força que me impulsiona.

Ao meu marido, pelo apoio e por estar ao
meu lado em todos os momentos.

Aos meus pais, meus primeiros professores, que me deram a base para tudo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me proporcionar condições de seguir este caminho com saúde, coragem e perseverança... e pelas madrugadas, extremamente produtivas, essenciais para atingir meus objetivos.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Elsa Regina Justo Giugliani, por sua dedicação ao aleitamento materno, pelo seu empenho como professora e pesquisadora, e por todos os ensinamentos no decorrer desta longa etapa. Obrigada por compartilhar comigo a sua vasta experiência de uma forma muito próxima.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, por esta oportunidade de crescimento profissional e pessoal de excelência.

Às maternidades do Hospital Clínicas Porto Alegre e do Hospital Moinhos de Vento, por terem nos incluído, durante esse período, na sua rotina diária.

À Camila Giugliani, por sua paciência, calma e tranquilidade transmitida a toda equipe, e por sua contribuição como pesquisadora.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo fomento que auxiliou na realização desta pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de estudos que possibilitou concretizar este sonho.

Ao meu querido amigo, Roberto Mario Silveira Issler, pediatra da minha filha, que contribuiu para iniciar este processo e por todas as nossas conversas.

À minha querida amiga, Deise Lisboa Riquinho, por contribuir com esse processo.

À minha amiga, Rosane Baldissera, que o doutorado me deu, empatia à primeira vista.

Às minhas colegas, Juliana Avilla, pela parceria mútua, principalmente na fase inicial desse processo, e Agnes Meire Branco Leria Bizon, pela sua grande contribuição no final desta etapa, minimizando a distância.

A todos colegas, professores e amigos que de alguma forma contribuíram para minha formação.

Às entrevistadoras, Aline, Bianca, Gabriela, Ilana, Maiara, Patrícia, Simone e Tamires, por sua dedicação de irem a campo com a equipe aos lugares mais improváveis coletar os dados.

À Smirna, pela revisão e formatação desta tese.

À Denise, pela tradução do artigo principal para o inglês.

Às doutoras da banca por aceitarem ao convite para participar da minha defesa do doutorado, e às suplentes pelo comparecimento.

A Ceres, pela sua participação fundamental na validação do instrumento e pelas análises e ensinamentos estatísticos.

Às mães e bebês que generosamente participaram desta pesquisa e nos receberam em suas casas.

Aos meus pais, Marli e Flávio, pela vida, pelos ensinamentos, e por tudo que me proporcionaram; meus irmãos, Fabiano, Felipe e Lauren, que mesmo a distância estão presentes em meu coração; e meu afilhado Ben, pela sua alegria.

À minha filha maravilhosa, Antonia, que traz para minha vida ensinamentos essenciais de uma forma tão inocente e espontânea, e por sua sensibilidade, que faz eu me tornar mais humana. Ela é a minha melhor criação, o amor da minha vida.

Ao meu marido, Leandro, por todo amor, incentivo, parceria e paciência nesse longo percurso. Muito obrigada, meu amor!

Meu sincero muito obrigada a vocês todos!

“Se você quer transformar o mundo, experimente primeiro promover o seu aperfeiçoamento pessoal e realizar inovações no seu próprio interior.”

Dalai Lama

RESUMO

Introdução: O sucesso no aleitamento materno tem sido medido, basicamente, pela sua duração, desconsiderando a satisfação da mulher e da criança com a amamentação. Esse aspecto é muito importante, podendo impactar, inclusive, na duração dessa prática. Entretanto, são raros os estudos dedicados à pesquisa do grau de satisfação das mulheres com a amamentação, sobretudo no Brasil, e pouco se sabe sobre os seus determinantes. Atualmente, existe disponível na literatura apenas um instrumento para avaliar a percepção materna de sucesso na amamentação, o Maternal Breastfeeding Evaluation Scale (MBFES), proposto em 1994 por autoras norte-americanas. O instrumento foi publicado em inglês e validado nos Estados Unidos, sendo também utilizado em outros países de língua inglesa. Foi também traduzido e validado em outros países, mas não no Brasil. **Objetivos:** (1) validar o instrumento MBFES para a população brasileira; (2) medir o grau de satisfação das mulheres com a amamentação no primeiro mês de vida de seus filhos em uma população brasileira; e (3) identificar os fatores associados à satisfação dessas mulheres com a amamentação nesse período. **População e Métodos:** Foi realizado estudo transversal aninhado a uma coorte envolvendo 287 duplas mãe-bebê recrutadas em duas maternidades de Porto Alegre, RS, uma pública e outra privada, entre janeiro e julho de 2016. Foram incluídas aleatoriamente mulheres residentes no município de Porto Alegre que tiveram recém-nascidos vivos, não gemelares, com idade gestacional maior ou igual a 37 semanas e que tivessem iniciado a amamentação. Não foram incluídas as residentes em áreas com alto índice de violência. Na semana seguinte à criança completar 30 dias, as mulheres foram entrevistadas em seus domicílios ou outro local de sua preferência, sendo aplicado um questionário estruturado para obtenção de informações sobre características sociodemográficas, saúde da mulher, última gestação e atenção pré-natal, ao parto e no pós-parto, além de algumas informações sobre o primeiro mês de vida da criança. Para o processo de validação do instrumento foi realizada

análise fatorial com rotação varimax. Para a validação de constructo, quatro hipóteses foram testadas pelo teste *T* não pareado. A análise de confiabilidade foi realizada utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. A satisfação da mulher com a amamentação foi medida pelo MBFES. As associações entre satisfação da mulher com a amamentação e as diversas variáveis explanatórias avaliadas foram estimadas pela regressão multivariável de Poisson com variância robusta em abordagem hierarquizada com quatro níveis. O grau de satisfação da mulher foi categorizado tendo como ponto de corte a mediana da pontuação obtida no MBFES. As mulheres com pontuação igual ou acima da mediana foram consideradas as de maior satisfação e as com pontuação abaixo da mediana, as com menor satisfação.

Resultados: Quanto à validação do instrumento de medição do grau de satisfação da mulher com a amamentação, os resultados da análise fatorial exploratória identificaram a necessidade de exclusão de um item e a reformulação das subescalas. A validação de constructo mostrou que todas as hipóteses propostas foram confirmadas: as mulheres que estavam amamentando, as que estavam em amamentação exclusiva, as que não apresentavam problemas relacionados à amamentação e aquelas com intenção de amamentar por pelo menos 12 meses apresentaram valores médios significativamente superiores na escala. O instrumento na sua íntegra apresentou consistência interna adequada (alfa de Cronbach = 0,88; IC 95%: 0,86-0,90), assim como as subescalas prazer e realização do papel materno (0,92; IC95%: 0,91-0,93), crescimento, desenvolvimento e satisfação infantil (0,70; IC 95%: 0,65-0,75) e aspectos físico, social e emocional materno (0,75; IC 95%: 0,70-0,79). A satisfação da mulher com a amamentação no primeiro mês pós-parto foi alta, pois a mediana da pontuação obtida no MBFES (124 pontos) se aproximou do escore máximo (145 pontos). A prevalência de maior satisfação com a amamentação, ou seja, de ter uma pontuação igual ou maior que a mediana, foi maior entre as mulheres pardas e pretas (razão de prevalência [RP] 1,33; IC 95%: 1,05-1,69), as que moravam com o pai do bebê (RP=1,75; IC 95%: 1,05-2,94), as que tinham

intenção de amamentar por 12 meses ou mais (RP=1,48; IC 95%: 1,02-2,17) e as que não relataram problemas com pouca produção de leite (RP=1,47; IC 95%: 1,03-2,10) ou fissura mamilar (RP=1,29; IC 95%: 1,01-1,65). **Conclusões:** Conclui-se que (1) o MBFES, após a exclusão de um item e a reformulação das subescalas, mostrou ser um instrumento válido e confiável para ser aplicado à população brasileira; (2) o grau de satisfação das mulheres com a amamentação na população estudada foi alto; e (3) os fatores associados à satisfação dessas mulheres com a amamentação incluem fatores individuais e expectativas da mulher, constituição familiar e problemas relacionados com a amamentação.

Descritores: Aleitamento Materno. Satisfação Pessoal. Inquéritos e Questionários. Estudos de Validação.

ABSTRACT

Introduction: Breastfeeding success has been measured basically based on its duration, disregarding mother and child satisfaction with the experience. This aspect is very important and may have impacts even on breastfeeding duration. Notwithstanding, studies aimed to investigate levels of maternal satisfaction with breastfeeding are rare, especially in Brazil, and little is known about their determinants. Currently, only one instrument is available in the literature to assess maternal perception of breastfeeding success, namely the Maternal Breastfeeding Evaluation Scale (MBFES), developed in 1994 by American authors. The instrument was originally published in English and validated for use in the United States, and has been used in other English-speaking countries. It has also been translated and validated in other countries, but not in Brazil. **Objectives:** The objectives of the present study were: (1) to validate the MBFES instrument for use in the Brazilian population; (2) to measure the level of maternal satisfaction with breastfeeding in the first month postpartum in a Brazilian population; and (3) to identify factors associated with the satisfaction of these women with breastfeeding in this period. **Patients and methods:** A cross-sectional study nested within a cohort was conducted with 287 mother-child dyads recruited at two maternity wards in the municipality of Porto Alegre, state of Rio Grande do Sul, one public and one private, between January and July 2016. Women residing in the municipality of Porto Alegre who had given birth to a healthy newborn, singleton, with gestational age ≥ 37 weeks, and who had initiated breastfeeding, were randomly included. Women residing in areas considered to be dangerous were not included. The week after the child completed 30 days of life, the women were interviewed at their homes or at a location of their choice, and a structured questionnaire was used to collect data on sociodemographic characteristics, maternal health, latest pregnancy, prenatal, labor and postpartum care, in addition to some data on the first month of life of the baby. For the instrument validation process, factor analysis with varimax rotation was

conducted. For construct validation, four hypotheses were tested using the unpaired *t* test. Reliability analysis was performed using Cronbach's alpha coefficient. Maternal satisfaction with breastfeeding was measured using the MBFES. Associations between maternal satisfaction with breastfeeding and the different explanatory variables assessed were estimated using multivariate Poisson regression with robust variance in a four-level hierarchical approach. Maternal satisfaction level was categorized using as cutoff point the median score obtained with the MBFES. Women with scores equal to or above the median were considered to have higher levels of satisfaction, whereas those scoring below the median were considered to be less satisfied. **Results:** With regard to MBFES validation, the results of the exploratory factor analysis identified the need to exclude one item and to reformulate the subscales. Construct validation showed that all proposed hypotheses were confirmed: women who were breastfeeding, who were exclusively breastfeeding, who did not present breastfeeding-related problems, and who planned to breastfeed for at least 12 months showed significantly higher mean scores. The instrument as a whole showed adequate internal consistency (Cronbach's alpha = 0.88; 95%CI 0.86-0.90), as did the subscales pleasure and fulfillment of the maternal role (0.92; 95%CI 0.91-0.93), child growth, development, and satisfaction (0.70; 95%CI 0.65-0.75), and maternal physical, social, and emotional aspects (0.75; 95%CI 0.70-0.79). Maternal satisfaction with breastfeeding in the first month postpartum was high: the median score obtained with MBFES (124 points) was close to the maximum score (145 points). The prevalence of higher levels of satisfaction with breastfeeding, i.e., of scoring above the median, was higher among women with brown (*pardo*) and black skin color (prevalence ratio [PR] 1.33, 95%CI 1.05-1.69), who lived with the baby's father (PR 1.75, 95%CI 1.05-2.94), planned to breastfeed for 12 months or more (PR 1.48, 95%CI 1.02-2.17), and did not report problems such as low milk supply (PR 1.47, 95%CI 1.03-2.10) or cracked nipples (PR 1.29, 95%CI 1.01-1.65). **Conclusions:** The present

findings suggest that (1) following exclusion of one item and reformulation of subscales, the MBFES can be considered a valid and reliable instrument for use in the Brazilian population (2) the level of maternal satisfaction with breastfeeding in the studied population was high; and (3) factors associated with maternal satisfaction with breastfeeding include individual factors and maternal expectations, family constitution, as well as breastfeeding-related problems.

Keywords: Breastfeeding. Personal Satisfaction. Surveys and Questionnaires. Validation Studies.

LISTA DE FIGURAS

Artigo 1 - SATISFAÇÃO DAS MULHERES COM O ALEITAMENTO MATERNO NO PRIMEIRO MÊS PÓS-PARTO E FATORES ASSOCIADOS

Figura 1. Modelo teórico hierárquico para análise dos fatores associados à satisfação materna com a amamentação no primeiro mês 109

Artigo 1 - MATERNAL SATISFACTION WITH BREASTFEEDING IN THE FIRST MONTH POSTPARTUM AND ASSOCIATED FACTORS

Figure 1. Hierarchical theoretical model for the analysis of factors associated with maternal satisfaction with breastfeeding in the first month..... 131

LISTA DE TABELAS

Artigo 1 - SATISFAÇÃO DAS MULHERES COM O ALEITAMENTO MATERNO NO PRIMEIRO MÊS PÓS-PARTO E FATORES ASSOCIADOS

Tabela 1. Resultado da análise univariável de regressão de Poisson para as variáveis associadas à maior satisfação da mulher com a amamentação com $p < 0,2$, selecionadas para integrar o modelo multivariável 105

Tabela 2. Fatores associados à maior satisfação da mulher com a amamentação no primeiro mês, conforme análise multivariável de regressão de Poisson hierarquizada. Porto Alegre, 2016 107

Artigo 1 - MATERNAL SATISFACTION WITH BREASTFEEDING IN THE FIRST MONTH POSTPARTUM AND ASSOCIATED FACTORS

Table 1. Results of univariate Poisson regression analysis for variables associated with higher levels of maternal satisfaction with breastfeeding at $p < 0.2$, selected for inclusion in the multivariate model 127

Table 2. Factors associated with higher levels of maternal satisfaction with breastfeeding in the first month, according to hierarchical multivariate Poisson regression analysis 129

Artigo 2 - VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DA MULHER COM A AMAMENTAÇÃO PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

Tabela 1. Características sociodemográficas e relacionadas ao parto e à amamentação da amostra, Porto Alegre, RS, Brasil, 2016 (n=287) 144

Tabela 2. Novos domínios e valores da análise fatorial por componentes principais com rotação varimax do MBFES/BRASIL	145
Tabela 3. Características do instrumento MBFES/BRASIL	146
Tabela 4. Resultados dos testes de hipóteses para validade de constructo do MBFES/BRASIL	147

Artigo 2 - VALIDATION OF A TOOL TO EVALUATE MATERNAL SATISFACTION WITH BREASTFEEDING FOR THE BRAZILIAN POPULATION

Table 1. Sociodemographic characteristics of the sample, and those related to childbirth and breastfeeding, Porto Alegre, RS, Brazil, 2016 (n = 287)	171
Table 2. New domains and factorial analysis values per major components with varimax rotation of the Brazilian Maternal Breastfeeding Evaluation Scale	172
Table 3. Characteristics of the Brazilian Maternal Breastfeeding Evaluation Scale	173
Table 4. Results of hypothesis testing for construct validity of the Brazilian Maternal Breastfeeding Evaluation Scale	174

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
BSES-SF	Escala de Autoeficácia na Amamentação – formulário curto
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DP	Desvio Padrão
EUA	Estados Unidos da América
g	Gramas
HAC	Hospital Amigo da Criança
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
HMV	Hospital Moinhos de Vento
HNSC	Hospital Nossa Senhora da Conceição
HR	<i>Hazard Ratio</i>
HTLV	Vírus T-linfotrópico humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC95%	Intervalo de Confiança de 95%
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
JMBFES	Japanese Maternal Breastfeeding Evaluation Scale
MBFES	Maternal Breastfeeding Evaluation Scale
M	Média
MS	Ministério da Saúde

NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras
OMA	Otite Média Aguda
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
Ora	<i>Odds Ratio</i> Ajustado
p	Valor p
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
QI	Quociente de Inteligência
RP	Razão de Prevalência
RR	Risco Relativo
RRa	Risco Relativo Ajustado
RS	Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
VD	Visita Domiciliar
VS	<i>Versus</i>
WinPEPI	Programs for Epidemiologists for Windows

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
2 REVISÃO DA LITERATURA	24
2.1 PREVALÊNCIAS DE ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL E NO MUNDO	24
2.2 BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO	29
2.2.1 Benefícios do aleitamento materno na saúde da criança	30
2.2.2 Benefícios do aleitamento materno na saúde da mulher	34
2.2.3 Outros benefícios do aleitamento materno	36
2.3 SATISFAÇÃO MATERNA COM A AMAMENTAÇÃO.....	38
2.4 INSTRUMENTO DE MEDIDA DA SATISFAÇÃO DA MULHER COM A AMAMENTAÇÃO	50
2.5 VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO NA ÁREA DA SAÚDE.....	52
3 JUSTIFICATIVA	56
4 OBJETIVOS	57
5 MATERIAIS E MÉTODOS	58
5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	58
5.2 LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO	58
5.3 AMOSTRA.....	59
5.3.1 Cálculo do tamanho amostral	59
5.3.1.1 Tamanho da amostra para o estudo de coorte.....	59
5.3.1.2 Tamanho da amostra para os fatores associados à satisfação com a amamentação	60
5.3.1.3 Tamanho da amostra para validação de instrumento.....	60
5.3.2 Seleção da amostra	60
5.4 COLETA DE DADOS	61
5.4.1 Primeira etapa	61

5.4.2 Segunda etapa	62
5.5 EQUIPE DE TRABALHO	63
5.6 ESTUDO PILOTO	64
5.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO	65
5.7.1 Variável dependente (desfecho)	65
5.7.2 Processo de validação do instrumento	65
5.7.3 Variáveis explanatórias ou independentes (fatores associados)	68
5.8 TRATAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA	72
5.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	75
5.10 FINANCIAMENTO	76
6 REFERÊNCIAS	77
7 ARTIGOS ORIGINAIS	89
ARTIGO 1: SATISFAÇÃO DAS MULHERES COM O ALEITAMENTO MATERNO NO PRIMEIRO MÊS PÓS-PARTO E FATORES ASSOCIADOS	89
ARTIGO 1 (VERSÃO EM INGLÊS)	111
ARTIGO 2: VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DA MULHER COM A AMAMENTAÇÃO PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA	134
ARTIGO 2 (VERSÃO EM INGLÊS)	155
8 CONCLUSÕES	177
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	178
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	180
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS DA MATERNIDADE	182
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO COMPLETO	183
APÊNDICE D – ESCALA DE AVALIAÇÃO MATERNA DA AMAMENTAÇÃO (MBFES/BRASIL)	199

APÊNDICE E – MANUAL DO ENTREVISTADOR.....	200
ANEXO A – MATERNAL BREASTFEEDING EVALUATION SCALE (MBFES ORIGINAL).....	213
ANEXO B – ESCALA DE AVALIAÇÃO MATERNA DA AMAMENTAÇÃO – VERSÃO PORTUGUESA.....	214
ANEXO C – AUTORIZAÇÃO PARA USO DO MBFES	216
ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DO HMV	217
ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DO HCPA.....	222

1 INTRODUÇÃO

O leite materno é o alimento ideal para os bebês, contém todos os nutrientes essenciais para seu crescimento e desenvolvimento, sendo nutricionalmente superior a qualquer outra opção. A amamentação traz inúmeros benefícios ao bebê, à mãe, à família, à comunidade, ao meio ambiente e ao Estado, sendo o mais impactante o relacionado à redução da mortalidade na infância. O risco de morte de uma criança amamentada exclusivamente até os 6 meses é 14 vezes menor se comparado ao de uma que não foi amamentada (SANKAR *et al.*, 2015). Estima-se que se a amamentação fosse praticada pela maioria das mulheres de acordo com a recomendação universal, 823.000 mortes de crianças e 20.000 de mulheres por câncer de mama poderiam ser evitadas por ano (SANKAR *et al.*, 2015; VICTORA *et al.*, 2016). Esses benefícios independem de classe social e podem moldar permanentemente o curso de vida dos indivíduos (VICTORA *et al.*, 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda aleitamento materno exclusivo (AME) durante os 6 primeiros meses de vida e de forma complementada até os 2 anos de idade ou mais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). Apesar dessa recomendação, as prevalências mundiais e brasileiras de aleitamento materno (AM) e AME, independente do nível de desenvolvimento e da renda dos países, continuam aquém das ideais e das metas estabelecidas pelas políticas nacionais de saúde pública (BRASIL, 2009a; VICTORA *et al.*, 2016).

A última pesquisa brasileira de âmbito nacional sobre AM estimou que apenas 37% das crianças menores de 6 meses são amamentadas exclusivamente, 45% são amamentadas na faixa etária entre 12 e 14 meses e 32% entre 21 e 23 meses (BOCCOLINI *et al.*, 2017).

A satisfação materna com a amamentação é o resultado do cumprimento dos desejos, expectativas ou necessidades da mulher, e se manifesta por um sentimento de prazer

relacionado a isso. Envolve um processo interativo complexo resultando em satisfação mútua das necessidades da mãe e do bebê, que gera fortalecimento do vínculo entre eles e aumento da confiança materna, com impacto direto na duração do AM (COOKE; SHEEHAN; SCHMIED, 2003; EDWARDS, 2018; GALVÃO, 2002; LEFF; JEFFERIS; GAGNE, 1994; SHEEHAN, 1999). O sucesso no aleitamento materno tem sido medido, basicamente, pela sua duração, desconsiderando a satisfação da mulher e da criança com a amamentação. Esse aspecto é muito importante, podendo impactar, inclusive, na duração dessa prática (LEFF; JEFFERIS; GAGNE, 1994).

O primeiro estudo que avaliou a satisfação da mulher com a amamentação utilizando um instrumento foi realizado nos Estados Unidos da América (EUA) na década de 1990. As pesquisadoras elaboraram um questionário que avaliava a percepção de sucesso das mães, baseado em critérios identificados como importantes pelas próprias mulheres que estavam amamentando, contemplando três dimensões: prazer e realização do papel materno; estilo de vida e imagem corporal materna; e satisfação e crescimento infantil (LEFF; JEFFERIS; GAGNE, 1994).

São raros os estudos dedicados a pesquisas sobre o grau de satisfação das mulheres com a amamentação de seus filhos e pouco se sabe sobre os seus determinantes. Estudos recentes têm apontado que o contato pele a pele precoce, o incentivo para amamentar em livre demanda ainda na maternidade (HONGO *et al.*, 2015), a ausência de problemas relacionados à amamentação (COOKE; SHEEHAN; SCHMIED, 2003; GALVÃO, 2002), a duração esperada e a efetivamente praticada da amamentação (LABARÈRE *et al.*, 2012) e a autoestima materna (GALVÃO, 2002) estão associadas à satisfação da mulher com a amamentação.

Na extensa revisão bibliográfica realizada, foi encontrado apenas um instrumento para avaliar a percepção materna de satisfação com a amamentação, o Maternal Breastfeeding

Evaluation Scale (MBFES) (LEFF; JEFFERIS; GAGNE, 1994). Esse instrumento foi publicado em inglês e validado nos Estados Unidos, sendo também utilizado em outros países de língua inglesa (COOKE; SCHMIED; SHEEHAN, 2007; COOKE; SHEEHAN; SCHMIED, 2003; DENNIS *et al.*, 2002; HODDINOTT *et al.*, 2009; LEFF; JEFFERIS; GAGNE, 1994; RIORDAN; WOODLEY; HEATON, 1994; SCHLOMER; KEMMERER; TWISS, 1999; SEMENIC; LOISELLE; GOTTLIEB, 2008; SHEEHAN, 1999). O MBFES também foi traduzido e validado na Europa e na Ásia (ALBERO, 2015; GALVÃO, 2002; GRAÇA, 2010; HONGO *et al.*, 2015, 2017; RAMALHO *et al.*, 2010; RAMALHO, 2010). Até o momento, não há registro de validação desse instrumento para a população brasileira, limitando o seu uso no Brasil (SARTORIO *et al.*, 2017).

Tendo em vista o impacto do AM na saúde pública mundial (VICTORA *et al.*, 2016), o estudo de fatores que possam influenciar a intenção materna de amamentar e a sua duração tem ocupado espaço cada vez maior. Nesse contexto, tem sido importante buscar a avaliação da experiência materna com a amamentação, incluindo o grau de satisfação.

Assim, partindo do pressuposto de que a satisfação materna com a amamentação é muito importante para o seu sucesso, muito embora pouco estudada, verifica-se a necessidade de conhecer o nível de satisfação das mulheres em relação à amamentação e os fatores associados a ela. Mas, para isso, é necessário ter um instrumento validado para esse fim para a população brasileira. Conhecer o grau de satisfação das mulheres com a amamentação e os fatores a ele relacionados pode contribuir para a implementação de medidas que ampliem essa satisfação, podendo, inclusive, ter impacto sobre as taxas de aleitamento no país.

Início a tese com a revisão bibliográfica, com ênfase na forma de medir a satisfação com a amamentação por meio de um instrumento e nos aspectos relacionados a ela. Para ressaltar a importância e a necessidade de se ampliar os conhecimentos sobre a temática – a fim de promover uma amamentação mais prazerosa para as mães e seus bebês –, abordo

também a prevalência do AM no Brasil e no mundo e os benefícios do AM, além de descrever o processo de validação de instrumento na área da saúde. A seguir, apresento a justificativa, os objetivos e descrevo detalhadamente a metodologia empregada para a realização deste estudo. Os resultados e a discussão dos achados encontram-se nos artigos intitulados: “Satisfação das mulheres com a amamentação no primeiro mês e fatores associados” e “Validação de instrumento para avaliação da satisfação da mulher com a amamentação para a população brasileira”, estando o segundo aprovado para publicação no *Jornal de Pediatria*.

Ao final na tese são apresentadas as referências bibliográficas, apêndices e anexos. Os materiais especialmente elaborados para o projeto incluídos nos apêndices foram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o questionário de coleta de dados da maternidade, o questionário estruturado completo e a escala de avaliação materna da amamentação, criada após o processo de validação do instrumento para a população brasileira, além do manual do entrevistador, fornecido às pesquisadoras de campo. Como materiais anexados à tese estão o Maternal Breastfeeding Evaluation Scale (MBFES original), a Escala de Avaliação Materna da Amamentação – versão portuguesa, utilizado nas entrevistas, a autorização para uso do MBFES fornecida pela elaboradora do instrumento, os pareceres consubstanciados dos Comitês de Ética em Pesquisa das duas instituições envolvidas na pesquisa, e o aceite do artigo de validação do instrumento para publicação.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 PREVALÊNCIAS DE ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL E NO MUNDO

A OMS recomenda AME durante os 6 primeiros meses de vida e de forma complementada até os 2 anos de idade ou mais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). Apesar dessa recomendação, as prevalências mundiais de AM e AME, incluindo as brasileiras, estão muito abaixo do ideal, independente do nível de desenvolvimento e da renda dos países. Uma publicação recente especialmente encomendada pela OMS, que obteve informações completas sobre 127 países de baixa e média renda (representando 99% das crianças desses países) e 37 países de alta renda, mostrou que a maioria das mães em todos os grupos de países iniciou a amamentação, e que em apenas três países (França, Espanha e EUA) as taxas eram inferiores a 80% para amamentação alguma vez na vida. Entretanto, a iniciação precoce (amamentação na primeira hora de vida) foi baixa em todos os cenários, assim como a amamentação exclusiva. Exceto para a iniciação precoce, a prevalência de todos os indicadores diminui com o incremento da riqueza nacional. Países de baixa renda tiveram uma prevalência elevada de amamentação em todas as idades, mas as taxas de início precoce e amamentação exclusiva são insatisfatórias mesmo nesses países (VICTORA *et al.*, 2016).

Globalmente, as prevalências mais altas de amamentação aos 12 meses foram encontradas na África Subsaariana, no sul da Ásia e em partes da América Latina. Na maioria dos países de alta renda, a prevalência foi inferior a 20%, apresentando diferenças importantes: a menor taxa foi observada no Reino Unido (<1%), valores intermediários na Suécia (16%) e nos EUA (27%) e a melhor taxa foi encontrada na Noruega (35%) (VICTORA *et al.*, 2016). As taxas de incidência da amamentação em países desenvolvidos estão aumentando progressivamente, em parte devido ao sucesso das campanhas de

amamentação e das práticas de promoção que apoiam a amamentação na fase inicial, mas as taxas de duração da amamentação permanecem baixas. Essa desconexão entre altas taxas de incidência e baixa duração deixa claro que faltam componentes na compreensão das experiências de amamentação das mulheres e de como os profissionais de saúde podem apoiar melhor as mães que amamentam (EDWARDS, 2018).

Embora a prevalência de amamentação continuada tenha sido alta em toda a África Ocidental e Central, as taxas de amamentação exclusiva variaram amplamente. Países da África Oriental e Austral tenderam a ter, em média, taxas mais baixas de amamentação continuada, mas taxas mais elevadas de amamentação exclusiva que as da África Ocidental. Na América Latina e no Caribe, na Europa Central e Oriental, e na Comunidade dos Estados Independentes, esses indicadores tenderam a ser mais baixos que na África. Os países do sul da Ásia tiveram valores mais elevados desses indicadores, enquanto países do Oriente Médio e norte da África tiveram taxas mais baixas. Os países da Ásia Oriental e da região do Pacífico tiveram prevalência moderada a alta. As prevalências mais altas de amamentação exclusiva foram encontradas em Ruanda (85%) e no Sri Lanka (76%). Em relação à prevalência de amamentação na faixa etária entre 6 e 23 meses, cinco países apresentaram níveis superiores a 90% (Nepal, Ruanda, Etiópia, Burundi e Guiné) (VICTORA *et al.*, 2016).

A partir desses dados os pesquisadores observaram que 36,3 milhões (63%) das crianças menores de 6 meses não foram amamentadas exclusivamente em países de baixa e média renda, e entre as crianças de 6 a 23 meses, 64,8 milhões (37%) não recebiam leite materno no momento da pesquisa nacional mais recente, totalizando mais de 100 milhões de crianças não amamentadas de acordo com as recomendações internacionais nesses países (VICTORA *et al.*, 2016).

As pessoas mais pobres tendem a amamentar por mais tempo que as mais ricas em todos os grupos de países, mas especialmente nos países de média renda. Em países de baixa e

média renda, a amamentação é um dos poucos comportamentos positivos relacionados à saúde que é menos frequente em pessoas ricas, tanto entre como dentro dos países (VICTORA *et al.*, 2016).

No Brasil, inúmeras estratégias foram desenvolvidas a partir da década de 1980 pelo Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), com o intuito de melhorar as prevalências de AME e AM, assim como a inclusão na Constituição Brasileira do direito a 120 dias de licença-maternidade, a regulamentação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL), a implementação da Iniciativa Hospital Amigo Criança (IHAC), a criação da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, a adoção do Método Canguru como política pública, a implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, a intensa mobilização social provocada pela comemoração da Semana Mundial da Amamentação e, mais recentemente, a inclusão de ações voltadas para mulheres trabalhadoras que amamentam com a instalação de salas de apoio à amamentação nas empresas e a instituição do Agosto Dourado, mês dedicado a intensificações das ações pró-aleitamento materno (BOCCOLINI *et al.*, 2017; BRASIL, 2009b; VENANCIO; ESCUDER; SALDIVA, 2010; VENANCIO; SALDIVA; MONTEIRO, 2013).

Em uma pesquisa que avaliou as prevalências de AM em nível nacional por regiões, observou-se prevalência de AME em menores de 6 meses de 41%, apresentando um comportamento bastante heterogêneo entre as regiões. A região Norte demonstrou maior prevalência dessa prática (45,9%), a Sul levemente inferior (43,9%), e a Nordeste a pior situação do país (37%). Em relação ao AM continuado, a prevalência nacional foi de 58,7% em crianças de 9 a 12 meses, com a região Norte apresentando, novamente, a melhor situação (76,9%) e o Sul do país o pior cenário (49,5%) (BRASIL, 2009a).

Em um estudo de tendência temporal com dados secundários de pesquisas nacionais de base populacional conduzidas em 1986, 1996, 2006 e 2013, verificou-se que a prevalência de AME nas crianças menores de 6 meses aumentou 34,2 pontos percentuais entre 1986 (PNDS-1986) e 2006 (PNDS-2006), passando de 2,9% para 37,1%, com ganhos estatisticamente significativos em cada década até 2006 e estabilização em 2013. Padrão semelhante foi observado com a prevalência de AM, que aumentou 18,9 pontos percentuais entre 1986 e 2006, atingindo uma prevalência de 56,3% em 2006. No entanto, em 2013, na mais recente pesquisa realizada no Brasil (PNS-2013), houve discreta queda na taxa de AM (52,1%) (BOCCOLINI *et al.*, 2017).

A prevalência de AME diminuiu com o aumento da idade. Entre 1986 e 2006, houve aumento de 44 pontos percentuais na prevalência de AME entre lactentes de 0 a 2 meses de idade e de 28,1 pontos percentuais entre lactentes de 3 a 5 meses. Em 2013, houve redução de 0,3 ponto percentual na prevalência de AME entre lactentes de 0 a 2 meses de idade e de 15,1 pontos entre bebês de 3 a 5 meses de idade em relação à pesquisa de 2006 (BOCCOLINI *et al.*, 2017).

No primeiro ano de vida, a prevalência de AM aumentou de 22,7% em 1986 para 45,4% em 2013, equivalente a um aumento total de 22,7 pontos percentuais no período, também estabilizando entre 2006 e 2013. A única idade em que houve aumento na prevalência de AM foi aos 2 anos de idade, com uma prevalência relativamente estável de cerca de 25% entre 1986 e 2006, e um aumento estatisticamente significativo de 8,5 pontos percentuais, chegando a 31,8% em 2013 (BOCCOLINI *et al.*, 2017).

É notório o elevado incremento nas taxas de AME e AM até o ano de 2006. Entretanto, desconhece-se o que poderia estar relacionado à estabilização observada em 2013 e até mesmo à redução, haja vista as campanhas pró-AM permanecerem como prioridade nos programas de governo (BOCCOLINI *et al.*, 2017; BRASIL, 2009a).

Dados populacionais sobre a prevalência de AM com 1 mês de idade não são comuns de serem encontrados. Estimativas das probabilidades de AME, obtidas pela análise de logito, são apresentadas na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal, segundo a idade de crianças em dias, sendo estimada a prevalência de AME aos 30 dias de 63,1% para a Região Sul e 60,6% para a cidade de Porto Alegre (BRASIL, 2009a).

Estudos em diferentes locais no Brasil têm mostrado que a prevalência de AME durante o primeiro mês de vida variou de 55,9% a 62,7% (CHAVES; LAMOUNIER; CÉSAR, 2007; VIEIRA *et al.*, 2010; WEIGERT *et al.*, 2005). Em um estudo realizado em Porto Alegre, estimou-se prevalência de AME de 55,9% no primeiro mês de vida em uma coorte constituída por mulheres que haviam dado à luz recém-nascidos a termo saudáveis no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) (WEIGERT *et al.*, 2005). Ao estudar os fatores associados com a duração do AM em Minas Gerais, foi observada prevalência de 62,7% de AME e 93,5% de AM, no final do primeiro mês (CHAVES; LAMOUNIER; CÉSAR, 2007). Um estudo de coorte realizado em Feira de Santana, na Bahia, com 1.309 duplas mãe-bebê sobre fatores preditivos da interrupção do AME no primeiro mês de lactação, encontrou prevalência de AME de 59,3% ao final do período (VIEIRA *et al.*, 2010). Um estudo realizado em São Paulo, que analisou tendência e determinantes do AME em crianças menores de 6 meses comparando três inquéritos transversais metodologicamente equivalentes nos anos de 1999, 2003 e 2006, estimou prevalências de AME no primeiro mês de 20,6%, 38% e 48,5%, respectivamente (PARIZOTO *et al.*, 2009).

Algumas pesquisas sobre a satisfação da mulher com o AM descreveram a prevalência de amamentação no primeiro mês de vida, com grande variação, oscilando entre 42,5% e 75% as prevalências de AME em menores de 6 meses. Em uma pesquisa que associou o apoio ao AM em maternidades à satisfação com a amamentação em 363 mães japoneses, 53% dos

bebês estavam sendo amamentados exclusivamente com leite materno no primeiro mês de vida (HONGO *et al.*, 2015). Na Austrália, em uma pesquisa que avaliou a relação entre experiências de amamentação, satisfação com amamentação e desmame nos primeiros 3 meses após o nascimento, a prevalência de AME com 2 e 6 semanas foi, respectivamente, 72% e 56% (COOKE; SHEEHAN; SCHMIED, 2003). Em Portugal, ao avaliar vários desfechos, Graça (2010) encontrou em sua amostra de 172 primíparas uma prevalência de 79,9% de AM e 42,5% de AME no final do primeiro mês (GRAÇA, 2010). Em uma amostra por conveniência composta por 189 lactantes primíparas selecionadas em maternidades-escola do Canadá, as prevalências de AME e AM no final do primeiro mês foram 75% e 90%, respectivamente (SEMENIC; LOISELLE; GOTTLIEB, 2008).

Essas variações de prevalência de AM e AME devem-se à complexa interação de fatores que influenciam essas práticas, destacando-se as primeiras semanas pós-parto como um período crítico para o estabelecimento do AME. O elevado abandono dessa prática logo no primeiro mês de vida do bebê aponta para a necessidade contínua de estratégias pré e pós-natal para prolongar o período de amamentação exclusiva (GALVÃO, 2002; SEMENIC; LOISELLE; GOTTLIEB, 2008).

2.2 BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO

É amplamente reconhecido que o AM traz inúmeros benefícios para mães, crianças, famílias, sociedade, meio ambiente e Estado, independente de classe social, moldando permanentemente o curso de vida dos indivíduos. A ampliação da amamentação para um nível quase universal poderia prevenir mais de 820.000 mortes anuais entre crianças menores de 5 anos e de 20.000 mulheres por câncer de mama (VICTORA *et al.*, 2016).

2.2.1 Benefícios do aleitamento materno na saúde da criança

O benefício mais impactante do AM na saúde da criança relaciona-se à redução da mortalidade na infância por qualquer causa. Quando comparados com bebês amamentados exclusivamente, lactentes predominantemente amamentados de 0 a 5 meses de idade tiveram 48% a mais de risco de mortalidade (RR=1,48; IC 95%: 1,14-1,92). Esse risco foi quase três vezes maior em lactentes parcialmente amamentados (RR=2,84; IC 95%: 1,63-4,97) e 14 vezes maior em crianças que não foram amamentadas (RR=14,4; IC 95%: 6,13-33,9), com relação dose-resposta entre as diferentes categorias de exposição ao AM e o risco de mortalidade (SANKAR *et al.*, 2015).

Em uma metanálise sobre os efeitos da amamentação na saúde infantil e materna em países desenvolvidos, a amamentação foi associada à redução do risco de otite média aguda (OMA), gastroenterite não específica, infecções graves do trato respiratório inferior, dermatite atópica, asma (em crianças pequenas), obesidade, diabetes tipo 1 e 2, leucemia infantil e síndrome da morte súbita infantil (IP *et al.*, 2009).

A amamentação protege contra diarreia. O seu efeito protetor contra a incidência dessa doença foi maior entre os lactentes menores de 6 meses de idade, mas ele também foi observado entre as crianças mais velhas. A amamentação diminuiu a gravidade da diarreia, o que se refletiu nas taxas de hospitalização e mortalidade que foram 72% e 77% menores entre os bebês amamentados, respectivamente. A promoção do AM foi identificada como uma das intervenções mais eficazes em termos de custos contra mortes em menores de 5 anos em geral, e contra a diarreia em particular. Vários mecanismos para um possível efeito protetor do AM contra infecções gastrointestinais têm sido propostos, incluindo a presença no leite materno de substâncias com propriedades antimicrobianas ou imunológicas, a ausência de

contaminação (como no leite não humano ou mamadeiras) e o estado nutricional geral de bebês amamentados (HORTA; VICTORA, 2013).

A amamentação também protege contra mortes em países de alta renda, como constatou uma metanálise de seis estudos de alta qualidade, em que o uso de leite materno em algum momento da vida associou-se a uma redução de 36% (IC 95%: 19-49) na ocorrência de morte súbita infantil e de 58% (IC 95%: 4-82) na ocorrência de enterocolite necrosante (IP *et al.*, 2007).

O risco de hospitalização (RR agrupado: 0,43; IC 95%: 0,33-0,55) e mortalidade (RR agrupado: 0,30; IC 95%: 0,16-0,56) por infecções respiratórias foi reduzido pelo AM, sem modificação do efeito protetor com a idade da criança (HORTA; VICTORA, 2013). Ele também preveniu em torno de 60% das internações hospitalares devido a infecções respiratórias, cerca de metade de todos os episódios de diarreia e um terço das infecções respiratórias (VICTORA *et al.*, 2016).

No que se refere ao efeito protetor do AM em relação à OMA, crianças sem comorbidades apresentaram redução de risco significativa quando se comparam crianças amamentadas exclusivamente com as que recebiam apenas leite não humano por mais de 3 ou 6 meses de duração, com *odds ratio* ajustado (ORa) agrupado de 0,50 (IC 95%: 0,36-0,70), após o ajuste para potenciais fatores de confusão (IP *et al.*, 2009). Estudo recente sugere proteção importante do AM contra OMA em crianças menores de 2 anos de idade (OR=0,67; IC 95%: 0,59-0,76), principalmente em ambientes de alta renda, mas os resultados foram inconclusivos para crianças mais velhas (BOWATTE *et al.*, 2015).

Em relação à asma, foi observada evidência de uma redução estatisticamente significativa de 9% (IC 95%: 2-15) com a amamentação (VICTORA *et al.*, 2016). Proteção contra distúrbios alérgicos não foram confirmados; nenhuma associação com eczema ou

alergias alimentares e nenhuma evidência de proteção contra rinite alérgica em crianças menores de 5 anos foram encontrados (LODGE *et al.*, 2015).

O AM interfere positivamente na saúde orofacial, podendo ser considerado um fator de proteção contra más oclusões, estando associado a uma redução de 68% na sua ocorrência (IC 95%: 60-75) (VICTORA *et al.*, 2016). Em uma metanálise, as crianças expostas a algum tipo de AM foram menos propensas a desenvolver más oclusões que as que nunca foram amamentadas (OR=0,34; IC 95%: 0,24-0,48). Aquelas que receberam AME apresentaram menor risco de apresentar má oclusão que aquelas com ausência de AME (OR=0,54; IC 95%: 0,38-0,77) e as que foram amamentadas por mais tempo tiveram menor probabilidade de ter más oclusões que aquelas amamentadas por um curto período de tempo (OR=0,40; IC 95% 0,29; 0,54). As crianças amamentadas também foram menos propensas a desenvolver mordida aberta anterior (OR=0,42; IC95%: 0,25-0,72) (PERES *et al.*, 2015). A duração da amamentação por 12 meses ou mais foi positivamente associada à melhor qualidade da função mastigatória em idade pré-escolar, independentemente do uso de mamadeiras e/ou chupeta, garantindo estímulos funcionais para o adequado crescimento e desenvolvimento facial (PIRES; GIUGLIANI; SILVA, 2012).

Em longo prazo, o AM protege contra excesso de peso e diabetes, além de proporcionar melhor desenvolvimento cognitivo em crianças e adolescentes, demonstrado pelo desempenho em testes de inteligência (VICTORA *et al.*, 2016). Períodos mais longos de amamentação foram associados à redução de 26% (IC 95%: 22-30) nas chances de sobrepeso ou obesidade em cenários de alta renda, sendo o efeito consistente entre as classificações de renda. Quando utilizados estudos de alta qualidade com amostras superiores a 1.500 participantes e ajuste para nível socioeconômico, índice de massa corporal (IMC) materno e morbidade perinatal, a proteção foi um pouco inferior, mostrando uma redução conjunta na

prevalência de sobrepeso ou obesidade de 13% (IC 95%: 6-19) (HORTA; LORET DE MOLA; VICTORA, 2015a).

A direção e a magnitude da associação com diabetes foram consistentes com os achados para excesso de peso (VICTORA *et al.*, 2016). Uma revisão contendo seis estudos indicou um possível efeito protetor da amamentação contra o diabetes tipo 1 (IP *et al.*, 2007). Em relação ao diabetes tipo 2, uma metanálise, com base em 11 estudos, constatou que indivíduos amamentados possuíam risco aproximadamente 35% menor de desenvolver a doença em comparação com indivíduos que não foram amamentados (OR=0,66; IC 95% 0,49-0,89) (HORTA; LORET DE MOLA; VICTORA, 2015a).

Um estudo prospectivo de coorte de nascimentos baseado na população de neonatos em Pelotas verificou que a duração da amamentação foi associada ao quociente de inteligência (QI), anos de escolaridade e renda aos 30 anos de idade. Victora *et al.* (2015) observaram que os indivíduos que foram amamentados por 12 meses ou mais tiveram escores de QI mais altos (diferença de 3,76 pontos; CI 95%: 2,20-5,33), mais anos de escolaridade (diferença de 0,91 anos; CI 95%: 0,42-1,40) e maiores rendimentos mensais (diferença de 341,0 reais, CI 95%: 93,8-588,3) que aqueles que foram amamentados por menos de um mês. Os resultados sugerem que o QI foi responsável por 72% do efeito sobre a renda. Esse estudo mostrou que a amamentação proporcionou melhor desempenho nos testes de inteligência 30 anos depois e pode ter um efeito importante na vida real, aumentando o nível de escolaridade e a renda na vida adulta (VICTORA *et al.*, 2015).

Uma metanálise sobre amamentação e desempenho em testes de inteligência encontrou um QI 3,44 pontos (IC 95%: 2,30-4,58) mais alto nas crianças e adolescentes amamentados quando comparados aos não amamentados (HORTA; LORET DE MOLA; VICTORA, 2015b).

Um ensaio de cluster randomizado bielorrusso que avaliou se o AME e AM prolongado melhoravam a capacidade cognitiva de 13.889 crianças aos 6,5 anos de idade constatou que o grupo amamentado apresentou médias mais altas em todas as medidas de Escala Abreviada de Inteligência Wechsler, com diferenças médias ajustadas por cluster de +7,5 (IC 95%: +0,8 a +14,3) para QI verbal, +2,9 (IC 95%: -3,3 para + 9,1) para o desempenho QI e +5,9 (-1,0 para +12,8) para o QI em escala real (KRAMER *et al.*, 2008).

Um estudo espanhol recente observou que a maior duração do AM foi associada independentemente com melhor desenvolvimento cognitivo e com menos características autistas, sugerindo um papel protetor contra traços autistas (BOUCHER *et al.*, 2017).

As metanálises que avaliavam o efeito protetor da amamentação na pressão arterial sistólica e diastólica, colesterol total e doenças cardiovasculares não mostraram evidências consistentes contra esses transtornos em crianças (IP *et al.*, 2009; VICTORA *et al.*, 2016).

É evidente o efeito positivo da amamentação na saúde e na vida da criança no curto e longo prazo, mesmo se praticada por um período reduzido. Entretanto, vale ressaltar que em sua grande maioria os efeitos são dose dependente.

2.2.2 Benefícios do aleitamento materno na saúde da mulher

A amamentação apresenta aspectos positivos relacionados à saúde das mulheres no curto (aumento do intervalo entre partos) e no longo prazo, proporciona proteção contra o câncer de mama, de ovário e de endométrio, e o diabetes tipo 2 (CHOWDHURY *et al.*, 2015; IP *et al.*, 2009; JORDAN *et al.*, 2017).

A probabilidade de a amenorreia lactacional se prolongar até os 6 meses após o parto é 23% (RR=1,23; IC 95%: 1,07-1,41) maior para as mulheres que amamentam exclusiva ou predominantemente, em comparação com as que não amamentam e 21% (RR=1,21; IC 95%:

1,01-1,25) maior quando comparadas àquelas que amamentam parcialmente (CHOWDHURY *et al.*, 2015).

Em uma metanálise recente, a amamentação realizada em algum momento na vida foi associada à redução do risco de carcinoma de mama em 22% (OR=0,78; CI 95%: 0,74-0,82). O AM por menos de 6 meses foi associado a 7% (OR=0,93; IC 95%: 0,88-0,99) de redução do risco de carcinoma de mama, por 6 a 12 meses a 9% (OR=0,91; CI 95%: 0,87-0,96) e por mais de 12 meses a 26% (OR=0,74; IC 95%: 0,69-0,79), em comparação com aquelas que não amamentaram (CHOWDHURY *et al.*, 2015). Em estudo anterior publicado no *Lancet*, envolvendo análises de 47 estudos epidemiológicos realizados em 30 países, foi observado que o risco relativo de câncer de mama diminuiu em 4,3% (IC 95% 2,9-5,8; $p < 0,0001$) a cada 12 meses de AM (COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER, 2002).

Em relação ao carcinoma ovariano, mães que já amamentaram seus filhos tiveram redução de 30% no risco de desenvolver a doença (OR=0,70; IC 95%: 0,64-0,77). Esse risco foi 17% menor entre as mulheres que amamentaram por menos de 6 meses (OR=0,83; IC 95%: 0,78-0,89) e 28% menor entre as que amamentaram por 6-12 meses (OR=0,72; IC 95%: 0,66-0,78); a maior redução do risco foi observada entre as mulheres que amamentaram por mais de 12 meses, com um risco 37% menor (OR=0,63; IC 95%: 0,56-0,71) (CHOWDHURY *et al.*, 2015). Resultados semelhantes também foram encontrados em outros estudos, como observado por Luan *et al.*, ao realizarem metanálise de estudos epidemiológicos, identificaram redução de 8% no risco de desenvolvimento de câncer de ovário para cada 5 meses de incremento na duração do AM (RR=0,92; IC 95% 0,90-0,95) (LUAN *et al.*, 2013). Feng, Chen e Shen, analisando 19 estudos observacionais, verificaram uma relação linear inversa entre tempo de AM e carcinoma ovariano: para cada mês de manutenção do AM,

houve redução de 2% nas chances de desenvolver esse tipo de câncer (OR=0,98; IC 95% 0,97-0,99) (FENG; CHEN; SHEN, 2014).

A amamentação foi associada a uma redução de 11% no risco de câncer endometrial (OR agrupado=0,89; IC 95%: 0,81-0,98), em comparação com mulheres que nunca amamentaram. A duração média mais longa da amamentação foi associada com menor risco, embora pareça haver algum nivelamento desse efeito para além de 6-9 meses (JORDAN *et al.*, 2017).

Uma recente revisão sistemática relatou uma redução do risco de diabetes tipo 2 (RR=0,68; CI 95%: 0,57-0,82) com maior duração da amamentação ao longo da vida, em comparação com durações menores. Aune *et al.* (2014) evidenciaram que um aumento de 1 ano na duração total da amamentação foi associado a 9% de proteção (RR=0,91; IC 95%: 0,86-0,96) contra a presença de diabetes tipo 2 nas mães (AUNE *et al.*, 2014).

A interrupção precoce do AM ou ausência de amamentação foram associadas ao aumento do risco de depressão pós-parto materna (IP *et al.*, 2009); entretanto, os resultados ainda são controversos (CHOWDHURY *et al.*, 2015). O mesmo ocorreu em relação ao efeito do AM sobre a perda de peso no período pós-parto e o risco de osteoporose (CHOWDHURY *et al.*, 2015; IP *et al.*, 2009).

Portanto, a prática do AM exerce efeitos importantes sobre a saúde da mulher, protegendo-a contra o aparecimento de doenças, entre elas doenças graves e potencialmente fatais.

2.2.3 Outros benefícios do aleitamento materno

O AM oferece, além de proteção à saúde, benefícios econômicos e ambientais em curto e longo prazo à sociedade. A não amamentação está associada à menor inteligência e

perdas econômicas de cerca de US\$ 302 bilhões anuais ou a 0,49% da renda nacional bruta mundial (ROLLINS *et al.*, 2016).

Sabe-se que as crianças que recebem leite materno adoecem menos, necessitando de menos atendimento médico, hospitalizações e medicamentos, e de menos faltas dos pais ao trabalho, beneficiando não somente as crianças e suas famílias, mas também a sociedade como um todo (GIUGLIANI, 2000). Estima-se que a ampliação em 10% das práticas de AME até 6 meses e da amamentação continuada até 12 ou 24 meses poderia reduzir em até 1,8 milhão de dólares anuais os custos com o tratamento de doenças de crianças no Brasil. A economia seria maior se a amamentação passasse dos níveis atuais para 90%: 6 milhões de dólares (ROLLINS *et al.*, 2016).

De fundamental importância às famílias, principalmente entre as com menos recursos, é o fator econômico. Em 1996 estimou-se que a compra de “substitutos” do LM nos primeiros 6 meses de vida poderia comprometer boa parcela dos rendimentos das famílias brasileiras, visto que o gasto médio mensal familiar variava de 23% a 68% do salário mínimo da época (TOMA, 1996), sem incluir gastos com todo o aparato necessário (mamadeiras, higienização, água, gás) e com eventuais custos decorrentes de doenças, que são mais comuns em crianças não amamentadas (GIUGLIANI, 2000).

Além disso, a capacidade produtiva e econômica individual está diretamente relacionada à inteligência, de forma que indivíduos mais inteligentes possuem maior escolaridade e, assim, podem obter melhores empregos, influenciando os indicadores econômicos da sociedade (ROLLINS *et al.*, 2016). Aumentando a inteligência dos indivíduos, a amamentação melhora o capital humano, tornando-os economicamente mais produtivos e mais saudáveis (VICTORA *et al.*, 2016). Perdas econômicas devido ao déficit cognitivo associado às práticas de amamentação no mundo foram estimadas: cerca de 302 bilhões de dólares americanos em todo o mundo e de 70,9 bilhões nos países de baixa e média renda por

ano seriam poupados se todas as crianças fossem amamentadas por pelo menos 6 meses (ROLLINS *et al.*, 2016). O estudo realizado na coorte de Pelotas, com seguimento de 30 anos, corrobora esses dados: 72% do efeito da amamentação sobre a renda aos 30 anos de idade é explicado pelo aumento no QI (VICTORA *et al.*, 2015).

Embora ainda não quantificáveis em termos monetários, os custos ambientais também estão associados à ausência ou pouca duração da amamentação. O leite materno é um “alimento natural e renovável”, ambientalmente seguro, e produzido e entregue ao consumidor sem poluição, sem embalagens ou resíduos (FRANCIS; MULFORD, 2002). Em contrapartida, os substitutos do leite materno deixam um *print* ecológico e precisam de energia para serem fabricados, materiais para embalagens, combustível para transporte e distribuição, e água, combustível e agentes de limpeza para preparação diária (COUTSOUDIS; COOVADIA; WILFERT, 2008), e numerosos poluentes são gerados por meio dessa via (CORREA, 2014). Estima-se que mais de 4000 L de água sejam necessários ao longo da rota de produção para produzir apenas 1 kg de substituto do leite materno em pó (LINNECAR; GUPTA; BIDLA, 2014). Nos EUA, 550 milhões de latas, 86.000 toneladas de metal e 364.000 toneladas de papel, usados anualmente para acondicionar o produto, acabam em aterros sanitários (ROLLINS *et al.*, 2016).

2.3 SATISFAÇÃO MATERNA COM A AMAMENTAÇÃO

Satisfação pode ser definida como o prazer resultante da realização de algo que se espera ou se deseja, representa uma sensação agradável que se sente quando algum acontecimento ocorre de acordo com uma vontade (FERREIRA, 2010). A satisfação é o cumprimento dos desejos, expectativas ou necessidades, ou o prazer derivado disso, e é, em suma, um resultado (EDWARDS, 2018).

Os indicadores de sucesso da amamentação têm se baseado na duração dessa prática, na inexistência de problemas relacionados à amamentação e no relato da satisfação medido por uma pergunta única, não refletindo a complexidade de um processo interativo que envolve as necessidades fisiológicas e psicossociais da mãe e da criança (LEFF; JEFFERIS; GAGNE, 1994). A duração do AM tem sido tradicionalmente o único fator considerado para medir o sucesso da amamentação (RIORDAN; WOODLEY; HEATON, 1994). No entanto, o sucesso na amamentação para muitas mães envolve um processo interativo resultando em satisfação mútua das necessidades da mãe e do bebê, fortalecimento do vínculo entre eles e aumento da confiança materna, com impacto direto em sua duração (COOKE; SHEEHAN; SCHMIED, 2003; GALVÃO, 2002; LEFF; JEFFERIS; GAGNE, 1994; SHEEHAN, 1999). Para muitas mães, a qualidade da experiência de amamentar é mais importante que a sua duração (LEFF; JEFFERIS; GAGNE, 1994).

Durante a última década, tem-se visto inúmeras mulheres expressando sentimentos de pesar, culpa, raiva, ressentimento, decepção, ansiedade e depressão ao discutir suas experiências de amamentação, sendo a satisfação subvalorizada na prática clínica. É muito importante abordar esse aspecto da amamentação, mas precisa-se conhecê-lo melhor para apoiar as mulheres no sentido de possibilitar uma experiência com a amamentação que satisfaça seus desejos, expectativas e necessidades (EDWARDS, 2018).

São raros os estudos dedicados a pesquisas sobre o grau de satisfação das mulheres com a amamentação de seus filhos e pouco se sabe sobre os seus determinantes. Estudos recentes têm apontado o contato pele a pele precoce, o incentivo para amamentar em livre demanda ainda na maternidade (HONGO *et al.*, 2015), a ausência de problemas relacionados à amamentação (COOKE; SHEEHAN; SCHMIED, 2003; GALVÃO, 2002), a duração esperada e a efetivamente praticada da amamentação (LABARÈRE *et al.*, 2012) e a autoestima materna (GALVÃO, 2002) associados à satisfação da mulher com a amamentação.

O primeiro estudo que avaliou a satisfação com a amamentação utilizando um instrumento de medição foi realizado nos EUA na década de 1990. As pesquisadoras elaboraram um questionário que avaliava a percepção de sucesso na amamentação das mães, baseado em critérios identificados como importantes por mulheres que estavam amamentando, contemplando três dimensões: prazer e realização do papel materno; estilo de vida e imagem corporal materna; e satisfação e crescimento infantil (LEFF; JEFFERIS; GAGNE, 1994). Os itens que compõem o instrumento foram fundamentados em dados de um estudo qualitativo prévio sobre relatos de experiências bem-sucedidas de amamentação, que resultou originalmente em cinco categorias principais: saúde infantil, satisfação infantil, prazer materno, desempenho desejado do papel materno e compatibilidade com o estilo de vida (LEFF; GAGNE; JEFFERIS, 1994). Esse conceito de satisfação materna com a amamentação é centrado na mulher, com foco na relação da díade (EDWARDS, 2018).

Os poucos estudos sobre fatores associados à satisfação materna com a amamentação identificaram alguns fatores conforme descrito a seguir.

A percepção materna de sucesso medida por esse instrumento apresentou correlação negativa com a idade, sugerindo que as mulheres mais jovens estavam mais satisfeitas com a experiência de amamentar ($r = -0,17$; $p < 0,05$) (SHEEHAN, 1999).

Em um estudo norte-americano com uma amostra de conveniência de 30 primíparas que analisou a associação entre ferramentas de avaliação da amamentação (LATCH – Latch, Audible swallowing, Type of nipple, Comfort, Hold: uma ferramenta de avaliação do desempenho da nutriz e do bebê durante a mamada – e IBFAT – Infant Breastfeeding Assessment Tool: uma ferramenta de avaliação da mamada da criança) com problemas e satisfação relacionados à amamentação utilizando uma versão estendida do MBFES, uma semana após o parto, foi verificado que a satisfação da mulher com essa prática pode ocorrer

independente dos problemas e da qualidade da experiência com a amamentação (SCHLOMER; KEMMERER; TWISS, 1999).

O mesmo instrumento, MBFES em sua versão final com menos itens, foi utilizado em um estudo que investigou a relação entre problemas relacionados à amamentação e a satisfação com essa prática com 2 semanas, 6 semanas e 3 meses. As pesquisadoras observaram que nas 2 primeiras semanas as mulheres que apresentaram ingurgitamento mamário tinham pontuação média não ajustada significativamente maior para a subescala satisfação infantil (sim vs. não, $39,7 \pm 0,9$ vs. $29,4 \pm 0,9$; $p < 0,05$), que aquelas que não apresentaram essa condição; e as mulheres que relataram aporte insuficiente de leite tiveram uma pontuação média significativamente menor nos domínios satisfação materna (sim vs. não, $51,1 \pm 1,9$ vs $56,5 \pm 1,4$; $p < 0,001$) e satisfação infantil (sim vs. não, $28,0 \pm 1,0$ vs. $32,1 \pm 0,8$; $p < 0,05$) que aquelas que relataram produção adequada de leite. No período de 6 semanas, as mulheres que tiveram mamilos doloridos em comparação com aquelas que não tiveram, apresentaram menores escores médios não ajustados para satisfação infantil ($27,7 \pm 0,8$ vs. $29,4 \pm 0,8$; $p < 0,05$) e satisfação com o estilo de vida ($24,5 \pm 1,1$ vs. $27,3 \pm 1,1$; $p < 0,01$). As mulheres que relataram ingurgitamento mamário apresentaram escores médios não ajustados mais altos para a satisfação infantil ($29,3 \pm 0,8$ vs. $27,8 \pm 0,8$; $p < 0,001$) que as mulheres sem esse relato; e as mulheres que relataram baixa produção de leite tiveram escores médios menores para satisfação infantil ($27,3 \pm 0,08$ vs. $29,8 \pm 0,08$; $p < 0,05$) que as mulheres que não relataram essa condição. Nesse período de 6 semanas, ter apresentado dificuldades com a amamentação diminuiu significativamente a pontuação média não ajustada para todas as três subescalas (satisfação materna: $42,9 \pm 2,6$ vs. $58,0 \pm 1,3$; $p < 0,001$; satisfação infantil: $24,4 \pm 1,2$ vs. $32,7 \pm 0,7$; $p < 0,001$; e satisfação com o estilo de vida: $23,8 \pm 1,5$ vs. $27,8 \pm 0,7$; $p < 0,001$). Aos 3 meses, as mulheres que perceberam oferta inadequada de leite apresentaram menores escores médios não ajustados de satisfação infantil ($29,9 \pm 1,1$ vs. $33,8 \pm 0,8$;

$p < 0,001$) que aquelas que perceberam oferta adequada. No mesmo período, problemas com o AM diminuíram significativamente a pontuação média não ajustada de satisfação para todas as três subescalas (satisfação materna: $52,8 \pm 1,6$ vs. $56,5 \pm 1,6$; $p < 0,01$; satisfação infantil $28,6 \pm 0,9$ vs. $31,3 \pm 0,9$; $p < 0,001$; e satisfação com o estilo de vida: $23,8 \pm 1,1$ vs. $30,5 \pm 1,1$; $p < 0,01$) (COOKE; SHEEHAN; SCHMIED, 2003).

Em um estudo realizado em Portugal, as mulheres que não apresentaram dificuldades com a amamentação na maternidade relataram estar mais satisfeitas em amamentar em todos os momentos de avaliação. Essa associação demonstrou ser altamente significativa aos 3 meses (sim vs. não, 157,6 vs. 219,0; $p < 0,001$), embora não tenha se mantido aos 6 e 12 meses. Portanto, não apresentar dificuldades ao amamentar o bebê no período pós-natal precoce foi fator favorecedor de sentimento positivo vivenciado pela mãe com a amamentação. Durante o decorrer da amamentação, as mães que referiram não ter tido qualquer intercorrência relacionada à amamentação (ingurgitamento mamário, mastite, fissuras mamilares, dor nos mamilos, abscesso mamário) mostraram estar mais satisfeitas com a sua experiência aos 3 e 6 meses. Entretanto, aos 12 meses a situação inverteu-se: as mães que desenvolveram problemas durante a amamentação apresentaram maior satisfação, embora essa associação não tenha demonstrado significância estatística em nenhum dos momentos (GALVÃO, 2002).

Em relação à duração do AM, o estudo norte-americano de validação do instrumento MBFES observou que a satisfação da mulher com a amamentação esteve positivamente associada com o tempo de duração pretendido por ela, confirmando que as mulheres tendem a amamentar pelo tempo que esperam fazê-lo, embora, nesse estudo, a satisfação das mulheres com a amamentação não tenha se associado diretamente com o período de tempo em que a mãe realmente amamentou, mas as pesquisadoras acreditam que uma forte associação entre satisfação e duração da amamentação seja esperada (RIORDAN; WOODLEY; HEATON,

1994). Essa associação veio a se confirmar alguns anos depois por Galvão (2002), que evidenciou que mães com maior satisfação com sua experiência de amamentação foram as que amamentaram por mais tempo. Nesse estudo, a satisfação com a amamentação influenciou sua duração até os 6 meses e, após essa idade, embora essa associação não tenha sido estatisticamente significativa, a tendência a manter a amamentação foi também maior nas mães que estavam mais satisfeitas com a amamentação (GALVÃO, 2002). Graça (2010) observou avaliações mais positivas da amamentação no sexto mês pós-parto comparativamente com o primeiro, ainda que essas diferenças de satisfação entre o primeiro e o sexto mês não tenham sido significativas (GRAÇA, 2010). Percepções maternas de sucesso com a amamentação apresentaram forte correlação positiva com a duração total da amamentação ($r = 0,83$; $p < 0,001$), exclusividade da amamentação ($r = 0,63$; $p < 0,001$), e idade do bebê à introdução do leite não humano ($r = 0,93$; $p < 0,001$) (SHEEHAN, 1999).

Em um estudo que avaliou a associação entre satisfação com o AM e desmame, foi observado que as mulheres com escores baixos do MBFES (<110 pontos) no período de 2 semanas da pesquisa, quando comparadas com as com escores médios (110 a 126 pontos) ou elevados (>126 pontos) eram mais propensas a desmamar em todos os períodos pesquisados (2 semanas, 6 semanas e 3 meses de vida) (COOKE; SHEEHAN; SCHMIED, 2003). As mulheres com escore elevado na subescala desempenho do papel materno eram menos propensas a interromper a amamentação nos primeiros 3 meses (<21%) que mulheres com baixa pontuação nessa subescala (>39%), independentemente da presença de problemas com a amamentação (COOKE; SCHMIED; SHEEHAN, 2007). A satisfação materna com o comportamento alimentar do recém-nascido nas primeiras 48 horas influenciou a duração da amamentação até aos 3 meses de vida do bebê (GALVÃO, 2002).

Em uma pesquisa que comparou estratégias diferenciadas de educação em amamentação no período pré-natal não encontrou diferenças entre os grupos controle e

experimental em relação ao AME, à duração da amamentação e a percepções maternas de sucesso da amamentação. Além disso, os dados qualitativos da pesquisa indicaram um potencial para criar redes de apoio social liderado por pares na educação sobre amamentação, que se mostraram cruciais para o sucesso da amamentação na fase inicial e em longo prazo (SHEEHAN, 1999).

Hoddinott *et al.* (2009) avaliaram formas de intervenção em grupos de apoio à amamentação para gestantes e mulheres que amamentam facilitados por profissionais de saúde, e não encontraram diferenças significativas na satisfação materna com a amamentação entre as formas de abordagem de grupo.

Orientação acerca da amamentação no momento da alta na maternidade apresentou estar relacionada à satisfação da mãe com a amamentação, influenciando de forma positiva a avaliação da experiência de amamentação em todos os momentos de avaliação, embora significativamente somente aos 3 e 6 meses (sim vs. não, $M = 218,4$ vs. $191,4$; $p < 0,05$; e sim vs. não, $M = 144,0$ vs. $119,9$; $p < 0,05$), portanto, receber orientação sobre amamentação no momento da alta influenciou a satisfação da mãe por pelo menos até aos 6 meses de idade (GALVÃO, 2002).

Em estudo realizado com mães japonesas que avaliou a associação entre apoio à amamentação em Hospital Amigo da Criança (HAC) e satisfação materna observou que as mães são mais propensas a estarem satisfeitas com a amamentação e a perceberem como benéfica ao seu bebê, independente da duração e exclusividade, se tiverem contato pele a pele precoce com seu bebê e se tiverem sido encorajadas a amamentá-lo sob livre demanda na maternidade. A satisfação com a amamentação aos 4 meses foi considerada uma medida útil de resultado da amamentação. Entre as mães que não tinham intenção de amamentar exclusivamente, o contato pele a pele precoce (passo 4 da IHAC) foi associado a escores mais

altos na subescala satisfação materna na versão japonesa do MBFES (JMBFES) (coeficiente de regressão = 6,33 [IC 95%: 1,57 – 11,1]) (HONGO *et al.*, 2015).

A autoeficácia na amamentação – confiança percebida pela mãe em sua capacidade de amamentar com sucesso, medida por meio da ferramenta Breastfeeding Self-Efficacy Scale – short form (BSES-SF) – apresentou associação significativa com a satisfação infantil com a amamentação, medida pela subescala satisfação e crescimento infantil do MBFES, vinculando a confiança na amamentação com as percepções maternas do suprimento de leite. Foi observado que durante as primeiras 6 semanas pós-parto, a BSES-SF diminuiu entre as mães que estavam suplementando com fórmula infantil ($n = 31$, diferença média = -4,6) ou desmamaram nas primeiras 6 semanas ($n = 13$, diferença média = -11,2), mas aumentou entre aquelas que continuaram a amamentação exclusiva ($n = 107$, diferença média = 7,5) ($F[2,148] = 31,2$; $p < 0,001$). As mães que desmamaram nos primeiros 4 meses após o parto também relataram menor BSES-SF ($M=36,7$ vs. $54,7$; $p < 0,001$) e menor satisfação infantil com a amamentação em 6 semanas ($M=25$ vs. $32,7$; $p < 0,001$) que aquelas que ainda estavam amamentando aos 4 meses (SEMENIC; LOISELLE; GOTTLIEB, 2008).

Ainda relacionada aos aspectos psicológicos, a autoestima materna também mostrou influência na satisfação com a amamentação. De modo altamente significativo mães com nível mais elevado de autoestima tinham maior satisfação com a experiência de amamentação aos 3, 6 e 12 meses. Foram também as mães com autoestima mais elevada que em todos os momentos da pesquisa se mantiveram com maiores prevalências de amamentação, sendo a associação significativa aos 6 meses (GALVÃO, 2002).

Uma forma mais simplificada descrita na literatura para medir a satisfação com a amamentação foi realizada por meio da aplicação de uma pergunta única, tendo como resposta uma escala de quatro itens, variando de muito insatisfeita a muito satisfeita, utilizada na França devido à inexistência de instrumentos validados no país para este fim. Os

pesquisadores avaliaram a satisfação aos 6 meses após o parto e verificaram elevada satisfação materna: o percentual de mulheres muito satisfeitas e satisfeitas com a amamentação variou de 88 a 96%, dependendo da maternidade. A duração esperada da amamentação foi um determinante para a satisfação apenas para mulheres que amamentaram menos de 2 meses. Nesse subgrupo de mães, as taxas de satisfação variaram entre 84,6% para aquelas com duração esperada menor que 2 meses, 71,4% para as com duração esperada entre 2 e 4 meses, e 69,8% para aquelas com duração esperada maior que 4 meses ($p < 0,05$). Em contraste, as taxas de satisfação não diferiram de acordo com a duração prevista da amamentação para as mães que amamentaram mais de 2 meses. Nesse mesmo estudo, as mulheres muito insatisfeitas ou insatisfeitas com a experiência de amamentar, em comparação com as muito satisfeitas e satisfeitas, estavam mais propensas a fumar durante a gravidez (16,5% vs. 9,1%; $p < 0,05$) e a oferecer chupeta aos seus filhos na maternidade (34,5% vs. 24,6%; $p < 0,05$), e, com mais frequência, relataram dificuldades relacionadas à sucção (28,2% vs. 7,2%; $p < 0,001$), mamilos doloridos (30,6% vs. 19,2%; $p < 0,05$), rachaduras nos mamilos (38,8% vs. 20,1%; $p < 0,001$) e suprimento insuficiente de leite (17,6% vs. 8,8%; $p < 0,05$), além de apresentarem menor duração mediana do AM (4 vs. 19 semanas, $p < 0,001$). Na análise multivariada, a relação entre satisfação materna e a duração prevista e realmente praticada da amamentação permaneceram inalteradas. O relato de quaisquer dificuldades de amamentação após a alta (OR: 0,31; IC 95%: 0,17-0,57; $p < 0,001$) e o tabagismo durante a gravidez (OR: 0,37; IC 95%: 0,17-0,77; $p < 0,05$) foram associados independentemente a menores chances de satisfação materna. Assim, comunicar qualquer dificuldade na amamentação após a alta e tabagismo durante a gravidez foram as únicas covariáveis além da duração prevista e real da amamentação a serem associadas com menores chances de satisfação materna. Nesse mesmo estudo, os pesquisadores relataram a necessidade de estudos

futuros que avaliem a satisfação materna utilizando instrumentos validados (LABARÈRE *et al.*, 2012).

Na Noruega, também analisando satisfação por meio de uma única pergunta, concluiu-se que as lactantes com elevada satisfação (superior a 75%) com a amamentação não foram expostas à pressão de amamentar por parte de profissionais de saúde. Em vez disso, a maioria das mulheres referiu-se como sendo elas próprias a principal fonte de pressão para a amamentação, sugerindo que elas haviam internalizado a norma da sociedade, em que a amamentação é percebida como uma norma social e o desvio do comportamento recomendado pode causar uma sensação de falha (BÆRUG *et al.*, 2016).

Alguns estudos verificaram elevada satisfação da mulher com a experiência da amamentação em vários momentos da amamentação (BÆRUG *et al.*, 2016; GALVÃO, 2002; LABARÈRE *et al.*, 2012) e aumento da satisfação com o passar do tempo (GALVÃO, 2002).

É possível que haja uma associação entre satisfação da mulher com a amamentação e satisfação com o parto. Segundo dados do estudo realizado por Cordero *et al.* (2013) na cidade de Granada, Espanha, o tipo de alimentação do recém-nascido nas primeiras 24 horas de vida pode influenciar a opinião da mãe com relação à satisfação global no parto, podendo o AM ter influência positiva. Além disso, foi observada associação entre nível de satisfação global da mãe com o parto e prevalência do AM aos 3 meses: as mulheres satisfeitas com o parto amamentaram exclusivamente em maior proporção (44,8%) que as não satisfeitas (12,5%) (CORDERO *et al.*, 2013).

Outros fatores que influenciaram a percepção de sucesso na amamentação em primíparas, medida com perguntas abertas, foram os recursos próprios da mãe e sua atitude ao amamentar, o suporte de sua rede social e a valorização da amamentação na sociedade (TARKKA; PAUNONEN; LAIPPALA, 1999). Presença de um modelo de amamentação a seguir e disponibilidade de pares que encorajam e apoiam a decisão de amamentar ou que

amamentaram com sucesso seu próprio filho ou filhos se mostraram associadas com satisfação da mulher com a amamentação em um estudo realizado nos EUA (POWELL; DAVIS; ANDERSON, 2014).

A partir do reconhecimento de fatores modificáveis, como atitude materna, experiência, satisfação e confiança para amamentar, observou-se a necessidade de se construir instrumentos que proporcionem avaliação acurada e apropriada desses elementos, com o objetivo de criar intervenções efetivas para aumentar o número de mulheres com plano de iniciar e continuar a amamentação com prazer (HO; MCGRATH, 2010).

Assim, pode-se considerar que a amamentação bem-sucedida é um processo interativo das necessidades físicas e psicológicas da mãe e da criança, para além da sua duração e da ausência de problemas físicos. Implica em uma opção fundamentada em vivências familiares, sociais e educacionais favorecedoras da amamentação, apoio familiar, confiança da mãe na sua capacidade de amamentar e de cuidar do seu filho, uma criança capaz de mamar eficientemente, que cresce e se desenvolve bem, uma assistência por profissionais de saúde capazes para apoiar e orientar no sentido de tornar a amamentação exitosa e prazerosa, gerando com isso maior satisfação com a amamentação (GALVÃO, 2002).

De uma forma geral, sabe-se que os determinantes do AM são amplamente estudados e conhecidos, e envolvem uma vasta gama de fatores históricos, sociais, econômicos, de mercado, culturais, assistenciais, familiares e individuais que afetam as decisões e comportamentos relacionados à amamentação ao longo do tempo (ROLLINS *et al.*, 2016). A prática do AM é o resultado de fatores complexos e inter-relacionados que podem influenciar positiva ou negativamente a sua realização. Entre eles, alguns se relacionam à mãe, como suas características sociodemográficas e de personalidade e sua atitude frente à situação de amamentar; outros se referem à criança e ao ambiente, como as suas condições de nascimento e o período pós-parto; além de fatores circunstanciais, como o trabalho materno e as

condições habituais de vida e os relacionados à família, à sociedade, às políticas de proteção social e à cultura, entre outros (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006; GRAÇA, 2010).

Múltiplos fatores foram identificados e influenciam tanto o início como a manutenção do AME e do AM. Fatores positivos estão relacionados à idade materna intermediária, maior nível de escolaridade, cor da pele branca, maior paridade, ser casada ou coabitar com o pai da criança, ser dona de casa, ter tido parto normal, dar à luz em uma unidade de saúde, não ter apresentado complicação relacionadas à amamentação, atendimento no setor privado, decisão de amamentar antes do parto, ambiente hospitalar e materno favorável, orientação sobre amamentação na maternidade, prática de alojamento conjunto, amamentação sob livre demanda, encorajamento e apoio do pai do bebê para amamentar, realização de acompanhamento pré-natal, experiência de amamentação bem-sucedida, peso adequado ao nascer e, mais recentemente, satisfação subjetiva da mãe com a alimentação do bebê aos 4 meses (ADUGNA *et al.*, 2017; ARORA *et al.*, 2017; BOCCOLINI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2015; COLOMBO *et al.*, 2018; LANGELLIER; PIA CHAPARRO; WHALEY, 2012; MALISZEWSKA *et al.*, 2018; NASSAR *et al.*, 2014; SANTO; DE OLIVEIRA; GIUGLIANI, 2007; SINGH; KOGAN; DEE, 2007). Apresentaram influência negativa ao estabelecimento e duração do AM: idade materna extremas (baixa ou elevada), o tabagismo, o consumo de álcool durante a gravidez, o início tardio do AM, as más práticas hospitalares, a oferta precoce de mamadeira, o parto cesáreo, os problemas com a amamentação (percepção de baixo suprimento de leite, má pega, mastite e fissuras mamilares), a instituição não ser credenciada na IHAC, a primiparidade, a presença de doença materna ou do recém-nascido, a prematuridade, o baixo peso ao nascer, a má progressão ponderal da criança, a criança não ter ficado satisfeita, a volta da mãe ao trabalho e/ou ser empregada sem viabilidade para amamentar no trabalho, ter tido menos de seis consultas pré-natais e o uso de chupeta no

primeiro mês (ARORA *et al.*, 2017; BOCCOLINI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2015; COLOMBO *et al.*, 2018; NASSAR *et al.*, 2014; OLIVEIRA, 2016; SANTO; DE OLIVEIRA; GIUGLIANI, 2007; VENANCIO *et al.*, 2002).

No entanto, entre os inúmeros estudos sobre fatores associados com a duração do AM e AME, apenas um estudo polonês, publicado recentemente, avaliou a satisfação da mãe com a alimentação da criança, aqui incluída a amamentação, medida por uma escala similar à Numerical Rating Scale (NRS) de 11 pontos, sendo o “0” o pior nível e o “10” o melhor. Os autores concluíram que a satisfação subjetiva da mãe com a alimentação do lactente aos 3 meses foi um dos preditores do AME aos 6 meses (MALISZEWSKA *et al.*, 2018).

2.4 INSTRUMENTO DE MEDIDA DA SATISFAÇÃO DA MULHER COM A AMAMENTAÇÃO

Na extensa revisão bibliográfica realizada, foi encontrado apenas um instrumento para avaliar a percepção materna de satisfação com a amamentação, o Maternal Breastfeeding Evaluation Scale (MBFES) (LEFF; JEFFERIS; GAGNE, 1994). Esse instrumento foi publicado em inglês e validado nos Estados Unidos, sendo também utilizado em outros países de língua inglesa (COOKE; SCHMIED; SHEEHAN, 2007; COOKE; SHEEHAN; SCHMIED, 2003; DENNIS *et al.*, 2002; HODDINOTT *et al.*, 2009; LEFF; JEFFERIS; GAGNE, 1994; RIORDAN; WOODLEY; HEATON, 1994; SCHLOMER; KEMMERER; TWISS, 1999; SEMENIC; LOISELLE; GOTTLIEB, 2008; SHEEHAN, 1999). O MBFES também foi traduzido e validado na Europa e na Ásia (ALBERO, 2015; GALVÃO, 2002; GRAÇA, 2010; HONGO *et al.*, 2015, 2017; RAMALHO *et al.*, 2010; RAMALHO, 2010). Até o momento, não há registro de validação desse instrumento para a população brasileira, limitando o seu uso no Brasil (SARTORIO *et al.*, 2017).

O MBFES é um instrumento autoaplicável e inclui itens sobre experiências e emoções positivas e negativas relacionadas à amamentação, medidos por escala tipo Likert, cujas alternativas vão de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. Índices mais elevados indicam avaliação positiva com a experiência de amamentação, expressando maior satisfação. O instrumento tem demonstrado boa validade e confiabilidade para medir o grau de satisfação com a amamentação (LEFF; JEFFERIS; GAGNE, 1994; RIORDAN; WOODLEY; HEATON, 1994). As pesquisadoras acreditam que esse instrumento seja útil na promoção de experiências de alimentação na infância que aumentem o bem-estar materno e infantil por meio de um processo de satisfação mútua da mãe e da criança (LEFF; JEFFERIS; GAGNE, 1994).

Um dos elementos desse instrumento – a subescala prazer e realização do papel materno – reflete sentimentos positivos sobre os aspectos físicos e emocionais da experiência da amamentação (como sentir-se maravilhosa, ter realização interior, sensação de prazer, sentir-se elevada e relaxada), o apego materno-infantil e a nutrição do bebê (por exemplo, sentir-se confiante como mãe, próxima ao bebê, fazer o bebê sentir-se seguro, ajudar o bebê a ser saudável e a combater doenças). Outro domínio – satisfação e crescimento infantil – se relaciona ao ganho de peso e crescimento do lactente, assim como à ansiedade da criança em mamar e à sua resposta emocional ao AM (como, por exemplo, bebê não interessado, não relaxado, bebê adora mamar, bebê feliz, não se contentou com a amamentação), que refletem diferenças individuais nas respostas das crianças ao AM, as quais muitas vezes parecem ser independentes do comportamento materno. A última dimensão dessa ferramenta – estilo de vida e imagem corporal materna – que contém todos os itens, exceto um, redigidos de forma negativa, representa a imagem corporal materna (por exemplo, estar ansiosa para ter o seu corpo de volta, leite “vazando”, constrangimento) e a amamentação como uma tarefa, carga ou que esteja interferindo com outras atividades (como sentir-se amarrada, esgotada física e

emocionalmente, necessitar ajustar a amamentação com outras atividades); no conjunto, os itens descrevem como a amamentação impede que a mãe se sinta física e funcionalmente de volta ao estado pré-gestacional após o parto (LEFF; JEFFERIS; GAGNE, 1994). Em síntese, a satisfação da mulher com a amamentação, medida com o uso desse instrumento, humaniza a experiência da amamentação e permite que a mãe reflita sobre sua relação com o filho que amamenta (EDWARDS, 2018).

2.5 VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO NA ÁREA DA SAÚDE

A validade de um instrumento, de uma maneira simplista, é a sua capacidade de medir o fenômeno em estudo, ou seja, o grau em que o instrumento mede o que se propõe a medir, característica de vital importância para avaliar a sua efetividade (MONTEIRO; HORA, 2013). O conceito de validade está relacionado à ideia de legitimidade para aquilo que se mede (PACICO; HUTZ, 2015). Para isso, inúmeros procedimentos podem ser utilizados, não existindo uma padronização na escolha. Em um artigo de revisão, Terwee *et al.* (2007) sugerem critérios de qualidade para esses procedimentos no desenvolvimento e na avaliação de instrumentos na área da saúde baseados em diretrizes existentes e no consenso do grupo de pesquisa em questão, sugerindo os seguintes procedimentos e seus padrões de qualidade para validade de construto, validade de critério, validade de conteúdo, consistência interna, reprodutibilidade, capacidade de resposta, efeitos de piso e teto, e interpretabilidade (TERWEE *et al.*, 2007). Os procedimentos mais comumente utilizados para validação de um instrumento são a validade de construto, a validade de critério, a validade de conteúdo e a consistência interna (MONTEIRO; HORA, 2013; PACICO; HUTZ, 2015).

Para Monteiro e Hora (2013), na validação de constructo se encontra o cerne da validade uma vez que, ao testar determinada característica, o pesquisador possui uma teoria

que vai sendo confirmada por testes, não podendo ser expressa em um simples coeficiente por não ser um procedimento, mas um processo que requer uma série de evidências. Informa a extensão em que as pontuações em determinado questionário se relacionam de maneira coerente com hipóteses derivadas teoricamente sobre os conceitos que estão sendo medidos para o tema de interesse, confirmando essas hipóteses. Não existe nenhum critério definido de quantas hipóteses devem ser confirmadas para justificar que um questionário tem boa validade (MONTEIRO; HORA, 2013; TERWEE *et al.*, 2007). A análise fatorial, uma técnica estatística para identificação de itens que compõem um questionário, apresenta-se como uma das etapas para a validação de constructo, indicando quanta covariância existe entre o domínio e o item (MONTEIRO; HORA, 2013). Para essa análise, é necessária a realização do teste Kaiser-Mayer-Olkin para verificar a adequação da amostragem, devendo o valor da medida ser superior a 0,60 (TABACHNICK; FIDELL, 1996). Como critério de qualidade para a validação de constructo, deve-se avaliar se foram formuladas hipóteses específicas e se pelo menos 75% dos resultados estão em acordo com essas hipóteses (TERWEE *et al.*, 2007).

Existem algumas divergências no processo de validação, uma delas é a inclusão da análise fatorial como parte da consistência interna (TERWEE *et al.*, 2007) e não da validação de constructo como referem Monteiro e Hora (2013). O critério de qualidade para a realização dessa análise seria um tamanho de amostra adequado, de pelo menos sete indivíduos para cada item do instrumento a ser avaliado e a presença de mais de 100 participantes (TERWEE *et al.*, 2007). Hair *et al.* consideram satisfatórios para manutenção de um item no instrumento valores acima de 0,4 na análise fatorial (HAIR, 2009).

Existem outros aspectos no processo de validação de um instrumento na área da saúde que podem estar presentes de forma complementar, como a validade do critério que analisa o quanto as pontuações em um instrumento específico se relacionam com um padrão-ouro. Para isso, devem existir argumentos convincentes de que o padrão escolhido é realmente "ouro",

assim como uma elevada correlação com esse padrão, maior que 0,70 (TERWEE *et al.*, 2007). Não foi encontrado outro instrumento que pudesse ser considerado como medida verdadeira e confiável (padrão-ouro) para todas as subescalas do MBFES.

A validade de conteúdo examina até que ponto os conceitos ou domínios de interesse são integralmente representados pelos itens no questionário, ou seja, consiste em julgar se o instrumento reúne todos os conteúdos ou domínios relevantes. Assim, é imprescindível uma descrição clara do objetivo da medição (pois os itens podem ser válidos para diferentes objetivos), da população-alvo (para julgar a abrangência e a aplicabilidade do questionário em outras populações), dos conceitos que estão sendo medidos (esses diferentes níveis de resultados devem ser claramente diferenciados e medidos por subescalas separadas) e da seleção de itens (redução de itens e/ou a execução de um estudo piloto para examinar a legibilidade e a compreensão devem ser justificados e relatados) e interpretabilidade dos itens (os itens devem ser curtos e simples e não devem conter palavras difíceis ou termos jargão) (TERWEE *et al.*, 2007). A validade de conteúdo é obtida por meio do julgamento do comitê de especialistas durante o processo de tradução e adaptação, quando conferem ao instrumento equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual. Por meio de um julgamento do comitê de especialistas, a validade de conteúdo é analisada a fim de verificar a adequação e abrangência do conteúdo da escala utilizada em relação ao conceito que está sendo medido, ou seja, essa validade analisa se os itens da escala se constituem em uma amostra representativa do universo de itens do constructo (PACICO; HUTZ, 2015).

Segundo as Diretrizes para o Processo de Adaptação Transcultural de Medidas de Autorrelato, a adaptação transcultural tenta produzir equivalência entre a fonte e o alvo com base no conteúdo, apresentando-se necessária, embora, é importante ressaltar, não existe uma padronização dos procedimentos a serem realizados quando se utiliza um instrumento no mesmo idioma. Apenas prevê etapas metodológicas quando o processo de validação ocorre

para uso do instrumento em idiomas diferentes quando aplicado no mesmo ou em outro país e envolve tradução, síntese, *back translation*, revisão por um comitê de especialistas, teste da versão pré-final e apresentação da documentação aos desenvolvedores do instrumento ou Comitê de Coordenação para Avaliação do processo de adaptação. A suposição, que às vezes é feita, é que esse processo garantirá a retenção de propriedades psicométricas, como validade e confiabilidade, em um item e/ou um nível de escala (BEATON *et al.*, 2000).

A consistência interna representa uma forma complementar de verificar a validade de um instrumento. Mede a extensão em que todos os itens em uma escala ou subescala são correlacionados medindo o mesmo conceito ou característica, o que é verificado pelo coeficiente alfa ou simplesmente alfa de Cronbach (MONTEIRO; HORA, 2013; TERWEE *et al.*, 2007). Esse coeficiente é o mais conhecido e utilizado indicador da confiabilidade interna de um instrumento e de seus domínios. O seu valor informa quanto da variância total é devida à variação do escore real, podendo ser aplicado quando há duas ou mais alternativas de resposta no instrumento (MONTEIRO; HORA, 2013). A confiabilidade pressupõe a confiança da ferramenta e para isso se faz a pergunta: Quão consistente é o instrumento quando usado com diferentes sujeitos e em diferentes momentos? (RIORDAN; WOODLEY; HEATON, 1994). Valores de alfa de Cronbach entre 0,70 e 0,95 são considerados indicativos de positividade para consistência interna (TERWEE *et al.*, 2007).

3 JUSTIFICATIVA

Não há estudos que tenham avaliado a satisfação da mulher com a amamentação na população brasileira. Acredita-se ser importante conhecer o grau de satisfação das mulheres com a amamentação em determinada população e os fatores a ela associados, para que estratégias visando a aumentar o grau de satisfação com essa prática sejam formuladas. Uma mulher satisfeita com a amamentação, além de se beneficiar, poderá influenciar positivamente outras mulheres a adotar essa prática. Mas, para isso, é necessária a disponibilidade de um instrumento validado para medir a satisfação das mulheres com a amamentação para uso no Brasil. Com esse instrumento disponível, será possível ampliar a medição do sucesso da amamentação para além da sua duração. Assim, os serviços de saúde que atendem mulheres em amamentação poderão utilizá-lo, aprimorando a assistência a essa população.

4 OBJETIVOS

São objetivos desta tese:

- a) validar o instrumento Maternal Breastfeeding Evaluation Scale para a população brasileira;
- b) medir o grau de satisfação das mulheres com a amamentação no primeiro mês de vida de seus filhos;
- c) identificar os fatores associados à satisfação das mulheres com a amamentação nesse período.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Para esta pesquisa foi realizado um estudo transversal aninhado a uma coorte. O objetivo principal do estudo de coorte, que acompanhou as duplas mães-bebês até a criança completar 2 anos, foi investigar o grau de satisfação das mulheres com a atenção ao seu parto e com a amamentação, identificando fatores associados a ele, incluindo a duração do AM e AME.

5.2 LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo foi realizado no município de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, que possui 1.409.351 habitantes, segundo o último censo demográfico realizado no país (IBGE, 2011).

A população em estudo compreendeu mulheres que tiveram seu parto realizado em duas das maiores maternidades do município de Porto Alegre: a do HCPA e a do Hospital Moinhos de Vento (HMV).

O HCPA é um hospital geral universitário e atende, em quase sua totalidade, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). É certificado na IHAC. O HMV é um hospital geral privado. Ambas as maternidades são referências para atendimento de gestações de risco habitual e de alto risco, tendo registrado no ano de 2017, 3.415 e 4.299 partos, respectivamente (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2017; HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, 2017). Em Porto Alegre, no ano de 2017, ocorreram 12.781 partos segundo dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS - 2017), sendo que o número

de partos das instituições envolvidas na pesquisa representou um percentual de 60,35% dos partos ocorridos nesse ano - 26,72% ocorreram no HCPA e 33,63% no HVM (BARBAT, 2018).

O projeto inicial previa a seleção de puérperas nas três maternidades com maior número de partos do município de Porto Alegre: o Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), o HCPA e o HVM. Entretanto, no início do estudo foi constatada a dificuldade do acompanhamento das mulheres recrutadas no HNSC. Boa parte delas morava em áreas com alto índice de violência, colocando em risco as entrevistadoras responsáveis pelas visitas domiciliares. Assim, optou-se por retirar do estudo o HNSC.

5.3 AMOSTRA

5.3.1 Cálculo do tamanho amostral

5.3.1.1 Tamanho da amostra para o estudo de coorte

Para o cálculo do tamanho da amostra do estudo de coorte, foram utilizados os dados disponíveis na literatura (DOMINGUES, 2004) em relação às variáveis associadas à satisfação (grau muito bom) das mulheres com o parto: paridade (primíparas 30,6% x múltíparas 14,9%), sentimentos em relação à gestação (negativos 11,8% x positivos/outros 24,8%), informação recebida durante a internação sobre a evolução do trabalho de parto (suficiente 76,9% x insuficiente 48,3%), sobre o bem-estar do feto (suficiente 74,5% x insuficiente 50%), sobre exames realizados (suficiente 84,4% x insuficiente 55,9%) e percepção positiva da equipe (sim 74,3% x não 45,1%). Assumindo um nível de significância de 5% e um poder de 80%, o maior tamanho de amostra necessário foi 276 mulheres.

5.3.1.2 Tamanho da amostra para os fatores associados à satisfação com a amamentação

O cálculo do tamanho da amostra para o desfecho satisfação com a amamentação foi realizado com o auxílio do programa WinPEPI (Programs for Epidemiologists for Windows) versão 11.43, baseado no estudo de Labarère *et al.* (2012). Considerando um nível de significância de 5%, poder de 90%, prevalência de satisfação com a amamentação estimada no intervalo de 88% a 96% e uma Razão de Prevalências (RP) mínima de 1,25, obteve-se um total mínimo de 216 sujeitos.

5.3.1.3 Tamanho da amostra para validação de instrumento

O cálculo do tamanho da amostra para o processo de validação seguiu a recomendação que estipula a necessidade de sete pessoas para cada questão a ser validada (TERWEE *et al.*, 2007). Assim, estimou-se uma amostra mínima de 210 mulheres.

5.3.2 Seleção da amostra

As mulheres foram selecionadas diariamente, incluindo os finais de semana, a partir do registro de nascimentos durante o período de 16 de janeiro a 21 de julho de 2016, no alojamento conjunto das unidades obstétricas do HCPA e do HMV. Foi selecionada uma amostra aleatória simples nas maternidades, sendo sorteada uma puérpera por dia na maternidade privada e duas na pública, entre as elegíveis, cerca de 24 horas após o parto, a fim de selecionar uma amostra com distribuição semelhante à proporção de partos realizados pelo SUS e pela rede privada na população brasileira, o que representa, respectivamente, segundo os últimos dados disponibilizados pelo SIH/SUS (2011), 70,48% e 29,52%

(BARBAT, 2018). Optou-se por limitar o número de mulheres incluídas em um mesmo dia para tornar viável a realização das entrevistas nos domicílios, após 30 dias.

Os critérios de inclusão das duplas mães-bebês adotados foram: residir no município de Porto Alegre, recém-nascido a termo (idade gestacional ≥ 37 semanas), não gemelar, e amamentação iniciada.

Excluíram-se do estudo as duplas com complicações obstétricas e/ou neonatais que exigissem a separação entre mãe e bebê ou interferissem significativamente na amamentação, tais como algumas malformações, como por exemplo doenças cardiológicas e neurológicas graves e malformações faciais. Além das duplas residentes em áreas com elevado grau de violência, definidas como locais onde as visitas domiciliares realizadas por agentes comunitários de saúde estavam suspensas.

As duas maternidades foram visitadas diariamente por uma entrevistadora da equipe de pesquisa designada e capacitada para essa tarefa. Todas as mulheres com os critérios de inclusão foram incluídas, até completar a amostra pretendida.

5.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em duas etapas: na maternidade e nos domicílios ou local de preferência das mulheres na semana seguinte às crianças completarem 30 dias de vida.

5.4.1 Primeira etapa

Um primeiro contato era feito na maternidade para convidar as mulheres sorteadas de forma aleatória a participar do estudo, ocasião em que eram explicados os objetivos e as

etapas do projeto. A inclusão no estudo ocorreu mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice A) por ambas as partes envolvidas, pesquisadora e puérpera. Ainda na maternidade, foram obtidas algumas informações relacionadas à identificação da mulher, ao parto, ao periparto, às características do recém-nascido e às intercorrências, por meio de consulta do prontuário da puérpera (Apêndice B). Neste mesmo momento, foi pré-agendada data e local para a entrevista, entre 30 e 37 dias de vida da criança. Foi realizado contato telefônico com as mulheres em torno de uma semana antes da data combinada da entrevista para confirmar ou ajustar dia e hora, se necessário. Alguns dados das mulheres que se recusaram a participar da pesquisa foram coletados para permitir comparações entre elas e as mulheres incluídas no estudo.

5.4.2 Segunda etapa

A realização da entrevista com as puérperas ocorreu em seu domicílio ou em local de sua preferência, onde foi aplicado um questionário estruturado completo para obtenção de informações sobre características sociodemográficas, saúde da mulher, última gestação, atenção pré-natal, parto, pós-parto na maternidade e o primeiro mês de vida do bebê (Apêndice C); e o instrumento de autoavaliação da satisfação da mulher com a amamentação (Anexo B) (Figura).

Quando disponíveis, a carteira de acompanhamento pré-natal e a nota de alta hospitalar foram consultadas para conferir algumas informações, como número de consultas pré-natais e idade gestacional.

Foram consideradas perdas no seguimento as mulheres que não foram encontradas para realização das entrevistas domiciliares após três tentativas de contato telefônico em dias e horários alternados, e uma tentativa de contato presencial.

Para controle da qualidade dos dados foi realizada a verificação das respostas de perguntas-chave do questionário em 5% da amostra sorteadas aleatoriamente, por uma das pesquisadoras, por meio de contato telefônico.

5.5 EQUIPE DE TRABALHO

A equipe de trabalho foi constituída por duas pesquisadoras (orientadora e uma professora do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFRGS), quatro alunas de pós-graduação (três do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e Adolescente e uma do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFRGS, sendo três alunas de mestrado e uma de doutorado) e seis entrevistadoras, alunas de graduação da área da saúde contratadas para o projeto.

As alunas de pós-graduação realizaram seleção e capacitação das entrevistadoras, captação das mulheres elegíveis na maternidade, visitas domiciliares, e supervisão do trabalho das entrevistadoras (supervisoras de campo).

A seleção das entrevistadoras ocorreu com a apresentação do projeto aos candidatos e realização de entrevistas individuais, com posterior análise das candidatas pela equipe de coordenadoras de campo e pesquisadoras.

A capacitação das entrevistadoras foi realizado um mês antes do início da coleta de dados. Na primeira etapa, foram apresentados os instrumentos de coleta dos dados às entrevistadoras para conhecimento e familiarização com os mesmos, e entregue um manual (Apêndice E) contendo todas as informações sobre o questionário e o passo a passo para a realização das entrevistas, assim como a explicação para cada uma das questões. Na segunda etapa, foram realizadas simulações de entrevistas, em que cada entrevistadora aplicava o questionário a uma supervisora de campo e, em seguida, era realizada uma discussão

(*debriefing*) sobre as perguntas e respostas. A última etapa consistiu em entrevista a puérperas escolhidas aleatoriamente, com o objetivo de familiarização com os instrumentos, com posterior discussão e esclarecimento de dúvidas para toda a equipe.

Após a etapa de capacitação, no início da coleta cada entrevistadora realizou de três a quatro entrevistas acompanhada por uma das supervisoras de campo, inicialmente como ouvinte e, após, aplicando o instrumento, com posterior *feedback*. Somente então as entrevistadoras foram consideradas aptas a realizar as entrevistas individualmente.

Durante o período da coleta, foram feitas reuniões semanais entre as supervisoras de campo e as entrevistadoras, ocasião em que os questionários preenchidos da semana eram entregues às supervisoras e se discutia o andamento das visitas domiciliares, sendo esclarecidas eventuais dúvidas, principalmente sobre a codificação das respostas, visando à uniformidade da aferição e codificação dos dados. Reuniões com todas as participantes da equipe de pesquisa (pesquisadoras, alunas de pós-graduação e entrevistadoras) ocorriam uma vez por mês, para esclarecer dúvidas e verificar se o andamento do projeto estava de acordo com o plano e metas previstos.

5.6 ESTUDO PILOTO

No mês anterior ao início da coleta de dados, no período de 12/12/2015 a 30/01/2016, foi realizado um estudo piloto para teste da técnica de captação das mulheres e da realização das entrevistas. Foram incluídas 12 mulheres, que representam cerca de 5% do número planejado para o estudo. O estudo piloto foi realizado nas três maternidades inicialmente envolvidas no projeto. As informações obtidas no estudo piloto não foram utilizadas nesta pesquisa.

O estudo piloto foi fundamental para testar os instrumentos de coleta de dados, bem como para avaliação do tempo da entrevista e da percepção das mulheres quanto à aplicação dos instrumentos.

5.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO

5.7.1 Variável dependente (desfecho)

Foi considerada variável dependente ou desfecho da pesquisa a satisfação da mulher com a amamentação. Para sua avaliação, foi utilizado o instrumento autoaplicável: Escala de Avaliação Materna da Amamentação – MBFES (Apêndice D), validado para a população brasileira. O instrumento original contém 30 itens com cinco alternativas de resposta para cada item (escala Likert), variando de “discordo totalmente” (1 ponto) a “concordo totalmente” (5 pontos), pontuação inversa para as afirmativas negativas. Possui três subescalas: prazer e realização do papel materno; físico, emocional, e social materno; e crescimento, desenvolvimento e satisfação infantil. O escore total do MBFES original pode variar entre 30 e 150 pontos. Índices mais elevados no escore indicam avaliação positiva com a experiência de amamentação, expressando maior satisfação.

5.7.2 Processo de validação do instrumento

O processo de validação do MBFES para uso na população brasileira ocorreu concomitantemente com a pesquisa sobre satisfação da mulher com a amamentação e fatores a ela associados, e foi precedido da autorização de uso de sua principal elaboradora, Ellen W.

Leff. Para esse processo, foi utilizada a versão já traduzida para o português (GALVÃO, 2002) e validada para uso em Portugal (GRAÇA, 2010).

A etapa seguinte abrangeu a autoaplicação do instrumento disponível em português para as mulheres durante a entrevista domiciliar. No decorrer da aplicação, as entrevistadoras ficaram disponíveis para esclarecimentos de dúvidas, caso surgissem, sem interferir na resposta. Algumas mulheres apresentaram dúvidas quanto aos termos “fardo”, “avidamente”, “êxtase” e “vaca”, sendo usados como sinônimos na explicação as palavras “pesado”, “com muita vontade”, “realização” e “animal que produz leite”, respectivamente.

No processo de validação do instrumento para a população brasileira, por se tratar do mesmo idioma, optou-se por aplicar o questionário na versão traduzida em Portugal para a língua portuguesa (GALVÃO, 2002), sem alterações em sua estrutura, mas esclarecendo eventuais dúvidas durante a aplicação. Poucos termos suscitaram dúvidas, sendo acrescentadas explicações entre parênteses na versão final do MBFES validado para uso no Brasil.

É importante ressaltar que não existe padronização para adaptação transcultural quando se utiliza um instrumento no mesmo idioma aplicado em outro país (BEATON *et al.*, 2000). Além disso, o instrumento foi previamente avaliado por especialistas em AM, que opinaram não haver necessidade de modificação.

Como parte dos testes de validação foi realizada a análise fatorial exploratória dos itens, por meio da análise de componentes principais com rotação varimax para verificação do número de subescalas e manutenção ou extração dos componentes do instrumento. Segundo Hair *et al.* (2009), devem permanecer no instrumento apenas itens com valores superiores a 0,4 nesta análise (HAIR, 2009). Foram realizados previamente o teste Kaiser-Meyer-Olkin e o teste de esfericidade de Bartlett para avaliar a adequação da amostragem para a realização de análise fatorial.

A validação de constructo, que informa se as pontuações do instrumento concordam com outras medidas consistentes com hipóteses teóricas conhecidas para o tema de interesse (MONTEIRO; HORA, 2013; TERWEE *et al.*, 2007), avaliou associações entre a pontuação na escala total do MBFES e padrão da amamentação, desmame, intenção quanto à duração da amamentação e problemas relacionados à amamentação no primeiro mês pós-parto, sendo utilizado o teste T não pareado para testar quatro hipóteses:

Hipótese 1: As mulheres que estavam amamentando seus bebês exclusivamente no primeiro mês teriam maiores pontuações no MBFES que as mulheres que não estavam amamentando exclusivamente.

Hipótese 2: As mulheres que estavam amamentando seus bebês no primeiro mês após o parto teriam maiores pontuações no MBFES que aquelas que não estavam amamentando.

Hipótese 3: As mulheres com intenção de amamentar por maior período (≥ 12 meses) teriam maiores pontuações no MBFES que as que apresentavam intenção reduzida (< 12 meses).

Hipótese 4: As mulheres que não apresentaram problemas durante a amamentação no primeiro mês de vida de seus bebês teriam maiores pontuações no MBFES que as que apresentaram problemas.

Para análise de confiabilidade, medida do grau em que os itens da escala (ou subescala) de um instrumento estão correlacionados medindo o mesmo conceito, foi utilizado o coeficiente alfa de Cronbach, que verifica a consistência interna do instrumento e dos domínios. Valores de alfa de Cronbach entre 0,70 e 0,95 são considerados indicativos de positividade para consistência interna (TERWEE *et al.*, 2007).

5.7.3 Variáveis explanatórias ou independentes (fatores associados)

Na primeira etapa da análise foram selecionadas 37 variáveis que poderiam explicar o desfecho. São elas:

Características da mulher:

- a) idade – dado fornecido pela mulher, utilizado de forma contínua;
- b) cor da pele – autorreferida pela mulher, segundo as seguintes opções: branca, preta, parda, amarela e indígena, conforme definido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011). Categorizado em branca e parda/negra;
- c) escolaridade – dado informado pela mulher, utilizado de forma contínua em anos de estudo;
- d) paridade – dado informado pela mulher, categorizado em primípara e múltipara;
- e) situação de trabalho ao engravidar – dado informado pela mulher, se estava trabalhando ou estudando na gravidez, categorizado em sim ou não;
- f) uso de álcool na gestação – dado informado pela mulher, categorizado em sim ou não;
- g) intenção de duração da amamentação exclusiva – dado informado pela mulher, categorizado em <6 meses e 6 meses;
- h) intenção de duração da amamentação – dado informado pela mulher, categorizado em <12 meses e \geq 12 meses;
- i) complicação pós-parto (como complicações hemorrágicas e infecciosas) – dado informado pela mulher, categorizado em sim ou não.

Características familiares:

- a) nível socioeconômico – dado informado pela mulher, categorizado em A e B; e C, D e E. A definição de classes sociais (A, B1, B2, C1, C2 e D-E) foi realizada utilizando o sistema de pontos adotado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) no Critério Brasil 2015, considerando a posse de itens de conforto, proveniência da água no domicílio, pavimentação da rua e escolaridade do chefe da família (ABEP, 2015). O chefe da família foi considerado a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio;
- b) coabitação com o pai do bebê – dado informado pela mulher, categorizado em sim e não;
- c) escolaridade do pai do bebê – dado informado pela mulher, utilizado de forma contínua em anos de estudo.

Características da gestação:

- a) gravidez planejada – dado informado pela mulher, categorizado em sim e não;
- b) fumo na gestação – dado informado pela mulher, categorizado em sim e não.

Características da assistência pré-natal:

- a) número de consultas pré-natais – dado informado pela mulher, categorizado em < 6 consultas e ≥ 6 consultas;
- b) grau de satisfação com a assistência pré-natal – obtido com a pergunta “Qual a sua satisfação geral em relação aos cuidados recebidos ao longo da gestação?” Categorizado em satisfeita e não satisfeita.

Características relacionadas à instituição:

- a) tipo de financiamento da maternidade: conforme caracterização da instituição, categorizada em pública ou privada;
- b) grau de satisfação da mulher no parto – obtido com a pergunta “Qual a sua satisfação geral em relação ao atendimento ao seu parto (incluindo pré-parto, parto e pós-parto imediato)?” Categorizado em satisfeita e não satisfeita;
- c) grau de satisfação da mulher alojamento conjunto – obtido com a pergunta “Qual a sua satisfação geral em relação à internação após o parto?” Categorizado em satisfeita e não satisfeita.

Características do recém-nascido:

- a) peso de nascimento – dado coletado do prontuário, categorizado em \leq mediana e $>$ mediana;
- b) idade gestacional – dado coletado do prontuário da puérpera, preferencialmente calculado por ecografia fetal realizada no primeiro trimestre de gestação, utilizado de forma contínua discreta;
- c) sexo – dado coletado do prontuário da puérpera, categorizado em feminino e masculino;
- d) intercorrência neonatal – dado informado pela mulher, como icterícia, dificuldade para urinar, complicações respiratórias, categorizada em sim e não.

Características da atenção ao parto:

- a) tipo de parto – dado coletado do prontuário da puérpera, categorizado em vaginal e cesáreo;

- b) contato pele a pele imediatamente após o parto – dado informado pela mulher e categorizado em sim e não;
- c) recém-nascido colocado ao seio na primeira hora de vida – dado informado pela mulher e categorizado em sim e não;
- d) apoio para amamentar na sala de parto – dado informado pela mulher e categorizado em sim e não.

Práticas no pós-parto na maternidade:

- a) apoio de profissionais para amamentar – dado informado pela mulher e categorizado em: sim, ajudou bastante, e as demais opções foram incluídas na opção não se sentiu apoiada;
- b) orientação de profissionais para amamentar – dado informado pela mulher e categorizado em sim e não;
- c) alojamento conjunto – dado informado pela mulher e categorizado em sim (se mãe e bebê permaneceram juntos o tempo todo) e não (se mãe e bebê precisaram ser separados por algum motivo);
- d) uso de chupeta pela criança – dado informado pela mulher, categorizado em sim e não;
- e) uso de fórmula infantil – dado informado pela mulher, categorizado em sim e não;
- f) uso de bico de silicone – dado informado pela mulher, categorizado em sim e não.

Práticas no primeiro mês de vida:

- a) uso de chupeta aos 30 dias – dado informado pela mulher, categorizado em sim e não;

- b) uso de fórmula infantil ou outro leite aos 30 dias – dado informado pela mulher, categorizado em sim e não.

Características da amamentação no 1º mês:

- a) dificuldades da amamentação – dado informado pela mãe, categorizado em apresentou ou está apresentando e não apresentou. Foram considerados problemas na amamentação quando presente uma ou mais das seguintes situações no primeiro mês: (1) ingurgitamento mamário, (2) fissura mamilar, (3) mastite, (4) dificuldade de pega do bebê, (5) pouco leite e (6) problemas anatômicos de mamilos;
- b) apoio de profissional para amamentar – dado informado pela mulher, categorizado em sim e não.

5.8 TRATAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados coletados foram duplamente digitados no programa Statistical Package for Social Sciences versão 21.0 (SPSS, Chicago, Il., EUA) com posterior validação. Todas as análises estatísticas foram realizadas com o auxílio do mesmo software.

Foram realizadas frequências simples e análise descritiva dos dados para caracterizar a amostra segundo as variáveis sociodemográficas, clínicas e características da amamentação.

A comparação das mulheres não incluídas no estudo, das que se recusaram a participar da pesquisa e das que foram perdidas no seguimento com a amostra foi realizada por meio de testes qui-quadrado, considerando significativo o valor $p < 0,05$.

As associações entre satisfação da mulher com a amamentação e as diversas variáveis explanatórias foram estimadas pela regressão multivariável com variância robusta de Poisson com abordagem hierarquizada.

O desfecho foi categorizado tendo como ponto de corte a mediana da pontuação obtida no MBFES. As mulheres com pontuação igual ou acima da mediana foram consideradas as de maior satisfação e as com pontuação abaixo da mediana, as com menor satisfação.

A abordagem hierárquica é um tratamento estatístico que permite estimar a relação entre variáveis preditoras e o desfecho, além de possibilitar a identificação de fatores de confusão em uma análise bloco a bloco. Esse procedimento de modelagem hierarquizada permite avaliar como as variáveis de um mesmo grupo competem entre si, e como variáveis mais distais podem mediar os efeitos de variáveis dos grupos mais próximos ao desfecho (VICTORA *et al.*, 1997).

Boccolini, Carvalho e Oliveira (2015) propuseram modelos multiníveis que permitem a avaliação de características individuais, contextuais e ecológicas de maneira simultânea, agrupando as variáveis de interesse em diferentes níveis, respeitando uma ordem causal. Os autores propõem agrupar as variáveis de acordo com sua proximidade temporal com o evento de interesse. Assim, os blocos são classificados em distal, onde são incluídas as variáveis com uma relação mais distante com o desfecho, e proximal, onde são incluídos os fatores com maior proximidade temporal com o desfecho, além de dois níveis intermediários, obedecendo a uma ordem hierárquica durante as etapas de regressão multivariável (BOCCOLINI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2015).

A construção de um modelo teórico que organize os fatores estudados de acordo com sua proximidade com o desfecho auxilia a estabelecer uma ordem de entrada lógica das variáveis no modelo, a qual não se baseia somente em critérios estatísticos (BOCCOLINI, 2012).

Conforme o modelo proposto por Boccolini, Carvalho e Oliveira (2015), e Victora *et al.* (1997), as variáveis do presente estudo foram distribuídas em blocos, obedecendo a

relação hierárquica existente entre as variáveis preditoras e o desfecho, de acordo com sua proximidade temporal com o desfecho (BOCCOLINI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2015; VICTORA *et al.*, 1997). Assim, diferentes variáveis foram distribuídas em quatro blocos: (1) distal, reunindo as características sociodemográficas, da mulher e da família; (2) intermediário distal, com as variáveis referentes à gestação; (3) intermediário proximal, com as variáveis relacionadas ao parto e periparto; e (4) proximal, com as variáveis relacionadas ao primeiro mês de vida da criança.

Primeiramente, foi realizada regressão univariável de Poisson para medir a associação entre o desfecho e as variáveis explanatórias de cada bloco. As variáveis do bloco distal que atingiram nível de significância $p < 0,20$ na análise univariável foram submetidas à regressão multivariável de Poisson (análise intrabloco), permanecendo no modelo para o ajuste do bloco intermediário distal (bloco 2) apenas as variáveis que atingiram nível de significância $p < 0,10$ na análise multivariável do bloco. Em seguida, as variáveis contidas no bloco intermediário distal que atingiram nível de significância $p < 0,20$ na análise univariável foram submetidas à regressão de Poisson multivariável junto com as variáveis do bloco 1 que atingiram nível de significância de $p < 0,10$ na análise. Na sequência, as variáveis contidas no terceiro bloco (intermediário proximal) que atingiram nível de significância $p < 0,20$ na análise univariável foram submetidas à regressão multivariável junto com as variáveis do primeiro e segundo blocos que atingiram nível de significância $p < 0,10$ nas análises anteriores. Por fim, as variáveis do quarto bloco (proximal) que atingiram nível de significância $p < 0,20$ na análise univariável foram submetidas à regressão de Poisson multivariável junto com as variáveis dos blocos 1, 2 e 3 que atingiram nível de significância $p < 0,10$ nas análises anteriores. O modelo previa que, uma vez a variável atingindo nível de significância $p < 0,10$, ela permaneceria no modelo até o final, ajustando as interações entre as variáveis dos blocos subsequentes, por serem consideradas possíveis fatores de confusão. A magnitude das associações foi expressa

por meio de razão de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%). Foram consideradas significativas as associações com valores de $p < 0,05$. As variáveis contínuas atenderam à suposição de linearidade.

Foi conduzida análise de sensibilidade para exploração dos dados, definida como uma estratégia de avaliação de mudanças nos desfechos de um determinado modelo como resultado da variação de certos parâmetros do modelo, para as variáveis com significância estatística limítrofe na análise univariável (SZKLO; NIETO, 2014).

5.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa se encontra em conformidade com as normas que regem pesquisas com seres humanos (Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde) e o projeto foi submetido à análise pelos Comitês de Ética em Pesquisa do HCPA e HVM, sendo aprovado sob os pareceres 1.288.088 e 1.204.288, respectivamente, no ano de 2015 (BRASIL, 2012).

A inclusão das duplas mãe-bebê foi realizada mediante a assinatura de TCLE (Apêndice A) por todas as participantes ou por seu responsável legal, em duas vias, cujo conteúdo incluiu: o propósito da pesquisa, os contatos dos pesquisadores, o esclarecimento sobre riscos e benefícios, o compromisso dos pesquisadores com o sigilo dos dados e a possibilidade de a mulher se retirar do estudo a qualquer momento sem qualquer prejuízo.

A utilização da entrevista presencial como técnica de coleta de dados não representa um risco significativo para as participantes. No entanto, caso alguma participante indicasse desconforto ou constrangimento, seja pela duração ou conteúdo da entrevista, foi assegurada a sua desistência sem qualquer ônus e a qualquer momento. Por outro lado, há benefícios associados à participação na pesquisa, como a contribuição para a qualificação no

atendimento às mulheres ao longo do ciclo gravídico-puerperal, com a intenção de melhorar a sua satisfação desde o pré-natal ao AM.

5.10 FINANCIAMENTO

Esta pesquisa recebeu auxílio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), através do Processo Universal de número 448186/2014-4 e de número 405968/2016-7, para realização dessa etapa transversal e de corte, respectivamente.

À autora desta tese foi concedida uma bolsa de estudos com duração de três anos financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

6 REFERÊNCIAS

ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016**. 2015. Disponível em: <<http://www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=12>>. Acesso em: 4 ago. 2015.

ADUGNA, B. *et al.* Determinants of exclusive breastfeeding in infants less than six months of age in Hawassa, an urban setting, Ethiopia. **International Breastfeeding Journal**, v. 12, n. 45, p. 1-8, 2017.

ALBERO, R. M. P. **Adaptacion de herramientas en el proceso de atencion a la alimentacion del lactante**. Tese (Doutorado) - Departamento de Enfermagem: Universidad de Alicante, Alicante, 2015. <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/50219/1/tesis_pineiro_albero.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2016.

ARORA, A. *et al.* Determinants of breastfeeding initiation among mothers in Sydney, Australia: Findings from a birth cohort study. **International Breastfeeding Journal**, v. 12, n. 39, p. 1-10, 2017.

AUNE, D. *et al.* Breastfeeding and the maternal risk of type 2 diabetes: A systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies. **Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases**, v. 24, p. 107-115, 2014.

BÆRUG, A. *et al.* Effectiveness of Baby-friendly community health services on exclusive breastfeeding and maternal satisfaction: a pragmatic trial. **Maternal and Child Nutrition**, v. 12, p. 428-439, 2016.

BEATON, D. E. *et al.* Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000. Disponível em:

<<http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00007632-200012150-00014>>. Acesso em: 15 out. 2015.

BOCCOLINI, C. S. **Aleitamento materno**: determinantes sociais e repercussões na saúde infantil. Tese (Doutorado) - Epidemiologia em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/23062/1/713.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

BOCCOLINI, C. S. *et al.* Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 108, p. 2-9, 2017.

BOCCOLINI, C. S.; CARVALHO, M. L.; OLIVEIRA, M. I. C. Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: A systematic review. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, n. 91, p. 1-16, 2015.

BOUCHER, O. *et al.* Association between breastfeeding duration and cognitive development, autistic traits and ADHD symptoms: a multicenter study in Spain. **Pediatric Research**, v. 81, n. 3, p. 434-442, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, v. 85, 2009a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572009000300001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 23 de ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**: PNDS 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança. Brasília, 2009b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2018.

BRASIL. **Resolução CNS 466**, de 12 de dezembro de 2012. 2012. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13356>>. Acesso em: 18 ago. 2018.

CHAVES, R. G.; LAMOUNIER, J. A.; CÉSAR, C. C. Factors associated with duration of breastfeeding. **Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)**, v. 83, n. 3, p. 241–246, 2007. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/Ing_resumo.asp?varArtigo=1610&cod=&idSecao=4> Acesso em: 18 jun. 2018.

CHOWDHURY, R. *et al.* Breastfeeding and maternal health outcomes: A systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatrica**, v. 104, p. 96-113, 2015.

COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease. **The Lancet**, v. 360, n. 9328, p. 187-195, 2002.

COLOMBO, L. *et al.* Breastfeeding determinants in healthy term newborns. **Nutrients**, v. 10, n. 48, p. 1-10, 2018.

COOKE, M.; SCHMIED, V.; SHEEHAN, A. An exploration of the relationship between postnatal distress and maternal role attainment, breast feeding problems and breast feeding cessation in Australia. **Midwifery**, v. 23, p. 66-76, 2007.

COOKE, M.; SHEEHAN, A.; SCHMIED, V. A description of the relationship between breastfeeding experiences, breastfeeding satisfaction, and weaning in the first 3 months after birth. **Journal of Human Lactation**, v. 19, n. 2, p. 145-56, 2003.

CORDERO, M. *et al.* Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de Granada sobre atención al parto, acompañamiento y duración de la lactancia. **Nutrición Hospitalaria**,

v. 28, n.3, p. 920–926, 2013.

CORREA, W. **Breastfeeding and the environment**. 2014. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=jlh&AN=107865135&site=ehost-live>>. Acesso em: 21 ago. 2018.

COUTSOUDIS, A.; COOVADIA, H. M.; WILFERT, C. M. HIV, infant feeding and more perils for poor people: New WHO guidelines encourage review of formula milk policies. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 86, n. 3, p. 210-214, 2008.

DENNIS, C. L. *et al.* The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial. **Canadian Medical Association Journal**, v. 166, n. 1, p. 21-28, 2002.

DOMINGUES, R.M.S.M; SANTOS, E.M.; LEAL, M.C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cadernos de Saúde Pública**, 20 Sup1:S52-S62, 2004.

EDWARDS, R. An exploration of maternal satisfaction with breastfeeding as a clinically relevant measure of breastfeeding success. **Journal of Human Lactation**, v. 34, n. 1, p. 93-96, 2018.

FALEIROS, F. T. V; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Revista de Nutrição**, v. 19, n. 5, p. 623-630, 2006.

FENG, L. P.; CHEN, H. L.; SHEN, M. Y. Breastfeeding and the risk of ovarian cancer: a meta-analysis. **Journal of Midwifery and Women's Health**, v. 59, n. 4, p. 428-437, 2014.

FERREIRA, A. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Editora Positivo, 2010.

FRANCIS, S.; MULFORD, C. **The milk of human kindness**: a global factsheet on the economic value of breastfeeding. Londres: Crossroads Books, 2002.

GALVÃO, P. D. M. G. **Amamentação bem-sucedida**: alguns factores determinantes. Tese (Doutorado). Universidade do Porto. Portugal, 2002. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/64575>>. Acesso em: 02 mar. 2015.

GIUGLIANI, E. R. O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)**, v. 76, n. 3, p. S238-S252, 2000. Disponível em: <<http://www.jpmed.com.br/conteudo/00-76-S238/port.pdf>>. Acesso em : 13 jul. 2018.

GRAÇA, L. C. C. Contributos da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno: Um estudo quasi-experimental. Tese (Doutorado). Universidade de Lisboa. Portugal, 2010. 475p.

HAIR, J. F. **Análise multivariada de dados**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HO, Y. J.; MCGRATH, J. M. A review of the psychometric properties of breastfeeding assessment tools. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, v. 39, n. 4, p. 386-400, 2010.

HODDINOTT, P. *et al.* Effectiveness of policy to provide breastfeeding groups (BIG) for pregnant and breastfeeding mothers in primary care: Cluster randomised controlled trial. **British Medical Journal** (on-line), v. 338, n. 7691, p. 388-392, 2009.

HONGO, H. *et al.* Is baby-friendly breastfeeding support in maternity hospitals associated with breastfeeding satisfaction among japanese mothers? **Maternal and Child Health Journal**, v. 19, n. 6, p. 1252-62, 2015.

HONGO, H. *et al.* Development of the revised japanese maternal breastfeeding evaluation

scale, short version. **Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition**, v. 26, n. 3, p. 392-395, 2017.

HORTA, B. L.; LORET DE MOLA, C.; VICTORA, C. G. Long-term consequences of breastfeeding cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta - analysis. **Acta Paediatrica**, v. 104, n. S467, p. 14-19, 2015a.

HORTA, B. L.; LORET DE MOLA, C.; VICTORA, C. G. Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatrica**, v. 104, p. 14-19, 2015b.

HORTA, B. L.; VICTORA, C. G. **Short-term effects of breastfeeding**: a systematic review. 2013. Disponível em: <www.who.int>. Acesso em: 12 nov. 2018.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Relatório de gestão e contas do exercício de 2017**. 2017. Disponível em: <https://www.hcpa.edu.br/downloads/ccom/inst_gestao_publicacoes/relatorio_de_2016.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2018.

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO. **Relatorio Anual**. 2017. Disponível em: <http://www.hospitalmoinhos.org.br/47/wp-content/uploads/2017/04/Relato-Anual-2016_versão-final.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2018.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**: Características da população e dos domicílios. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf>. Acesso em: 2 set. 2018.

IP, S. *et al.* Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. **Evidence Report/Technology Assessment**, 1-186, 2007. Disponível em: <<http://aap.grandrounds.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/gr.18-2-15>>. Acesso em: 13 abr. 2018.

IP, S. *et al.* A summary of the agency for healthcare research and quality's evidence report on

breastfeeding in developed countries. **Breastfeeding Medicine**, v. 4, p. S-17-S-30, 2009. Disponível em: <<http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/bfm.2009.0050>>. Acesso em: 13 abr. 2018.

JORDAN, S. *et al.* Breastfeeding and endometrial cancer risk: an analysis from the epidemiology of endometrial cancer consortium. **Obstetrics & Gynecology**, v. 129, n. 6, p. 1059-1067, 2017.

KRAMER, M. S. *et al.* Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. **Archives of General Psychiatry**, v. 65, n. 5, p. 578-584, 2008.

LABARÈRE, J. *et al.* Determinants of 6-month maternal satisfaction with breastfeeding experience in a multicenter prospective cohort study. **Journal of Human Lactation**, v. 28, n. 2, p. 203-210, 2012.

LANGELLIER, B.; PIA CHAPARRO, M.; WHALEY, S. Social and institutional factors that affect breastfeeding duration among WIC participants in Los Angeles County, California. **Maternal and Child Health Journal**, v. 16, n. 9, p. 1887-1895, 2012.

LEFF, E.; GAGNE, M.; JEFFERIS, S. Maternal perceptions of successful breastfeeding. **Journal of Human Lactation**, v. 10, n. 2, p. 99-104, 1994.

LEFF, E.; JEFFERIS, S.; GAGNE, M. The development of the maternal breastfeeding evaluation scale. **Journal of Human Lactation**, v. 10, p. 105-111, 1994.

LINNECAR, A.; GUPTA, A.; BIDLA, J. **Formula for disaster**: weighing the impact of formula feeding vs breastfeeding on environment. 2014. Disponível em: <<http://ibfan.org/docs/FormulaForDisaster.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2018.

LODGE, C. J. *et al.* Breastfeeding and asthma and allergies: a systematic review and meta-

analysis. **Acta Paediatrica**, v. 104, n. S467, p. 38-53, 2015.

LUAN, N. N. *et al.* Breastfeeding and ovarian cancer risk: A meta-analysis of epidemiologic studies. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 98, n. 4, p. 1020-1031, 2013.

MALISZEWSKA, K. M. *et al.* Socio-demographic and psychological determinants of exclusive breastfeeding after six months postpartum — a Polish case-cohort study. **Ginekologia Polska**, v. 89, n. 3, p. 153-158, 2018. Disponível em: <https://journals.viamedica.pl/ginekologia_polska/article/view/56914>. Acesso em: 18 ago. 2018.

MONTEIRO, G. T. R.; HORA, H. R. M. Da. **Pesquisa em saúde pública**: como desenvolver e validar instrumentos de coleta de dados. Curitiba: Appris, 2013.

NASSAR, M. *et al.* Breastfeeding practice in Kuwait: determinants of success and reason for failure. **Eastern Mediterranean Health Journal**, v. 20, n. 7, p. 409-415, 2014. Disponível em: <http://jped.com.br/conteudo/Ing_resumo.asp?varArtigo=2108&cod=&idSecao=1>. Acesso em: 2 set. 2018.

OLIVEIRA, M. Aleitamento materno: Estudo de prevalência e fatores condicionantes nos primeiros seis meses de vida. **Pensar Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 4-15, 2016. Disponível em: <<http://proxy.cc.uic.edu/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=117474441>>. Acesso em: 2 set. 2018.

PACICO, J. C.; HUTZ, C. S. Validade. In: HUTZ, C. S.; BANDEIRA, D. R.; TRENTINI, C. M. Eds. **Psicometria**. Porto Alegre: Artmed, ano 2015.

PARIZOTO, G. M. *et al.* Trends and patterns of exclusive breastfeeding for under-6-month-old children. **Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)**, v. 85, n. 3, p. 201-208, 2009. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/Ing_resumo.asp?varArtigo=1963&cod=&idSecao

=1>. Acesso em: 23 nov. 2018.

PERES, K. G. *et al.* Effect of breastfeeding on malocclusions: a systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatrica**, v. 104, p. 54-61, 2015.

PIRES, S. C.; GIUGLIANI, E. R. J.; SILVA, F. C. D. Influence of the duration of breastfeeding on quality of muscle function during mastication in preschoolers: a cohort study. **BMC Public Health**, v. 6, n. 2, p. 2-6, 2012. Disponível em: <http://search.proquest.com/docview/1550131104?accountid=142908%5Cnhttp://sj9sr8sb5k.search.serialssolutions.com/?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF8&rft_id=info:sid/ProQ%3Ahealthcompleteshell&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&rft.genre=a>. Acesso em: 14 jun. 2018.

POWELL, R.; DAVIS, M.; ANDERSON, A. K. A qualitative look into mother's breastfeeding experiences. **Journal of Neonatal Nursing**, v. 20, n. 6, p. 259-265, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jnn.2014.04.001>>. Acesso em: 26 nov. 2018.

RAMALHO, A. *et al.* Avaliação materna da amamentação às 48 horas pós-parto. **International Journal of Developmental and Educational Psychology**, v. 2, n. 1, p. 287-297, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832325029%0AInternational>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

RAMALHO, S. I. H. S. M. A. **Amamantamiento**: sentimientos y vivencias experimentados por la madre. Tese (Doutorado). Departamento de Psicologia e Antropologia. Univerddidad de Extremadura. Espanha, 2010. Disponível em: <<http://iconline-ipleiria.pre.rcaap.pt/bitstream/10400.8/939/1/tese%20doutoral%20-%20final.pdf>>. Acessado em: 2 set. 2018.

RIORDAN, J.; WOODLEY, G.; HEATON, K. Testing validity and realibility of an

instrument which measures maternal evaluation of breastfeeding. **Journal of Human Lactation**, v. 10, n. 4, p. 231-35, 1994.

ROLLINS, N. C. *et al.* Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? **The Lancet**, v. 387, p. 491-504, 2016.

SANKAR, M. J. *et al.* Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: A systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatrica**, v. 104, p. 3-13, 2015.

SANTO, L. C. D. E.; DE OLIVEIRA, L. D.; GIUGLIANI, E. R. J. Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months. **Birth**, v. 34, n. 3, p. 212-19, 2007.

SARTORIO, B. T. *et al.* Instrumentos de avaliação do aleitamento materno e seu uso na prática clínica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 1, p. 1-11, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100502&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 12 mar. 2018.

SCHLOMER, J.; KEMMERER, J.; TWISS, J. Evaluating the association of two breastfeeding assessment tools with breastfeeding problems and breastfeeding satisfaction. **Journal of Human Lactation**, v. 15, n. 1, p. 35-39, 1999.

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

SHEEHAN, A. A comparison of two methods of antenatal breast-feeding education. **Midwifery**, v. 15, p. 274-282, 1999.

SINGH, G. K.; KOGAN, M. D.; DEE, D. L. Nativity/immigrant status, race/ethnicity, and

socioeconomic determinants of breastfeeding initiation and duration in the United States, 2003. **Pediatrics**, v. 119, n. 1, p. 38-46, 2007.

SZKLO, M.; NIETO, F. J. **Understanding a lack of validity**: bias in epidemiology: beyond the basics (3rd ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 2014. p. 8-24.

TABACHNICK, B. G.; FIDELL, L. S. **Using multivariate statistics**. 3rd ed. ed. New York: HarperCollins, 1996.

TARKKA, M. T.; PAUNONEN, M.; LAIPPALA, P. Factors related to successful breast feeding by first-time mothers when the child is 3 months old. **Journal of Advanced Nursing**, v. 29, n. 1, p. 113-118, 1999.

TERWEE, C. B. *et al.* Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 60, n. 1, p. 34-42, 2007.

TOMA, T. **Violando a norma 1996**: relatório nacional das violações à Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes. Monografia. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde: IBFAN/UNICEF, 1996.

VENANCIO, S. I. *et al.* Frequency and determinants of breastfeeding in the State of São Paulo, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. 313-18, 2002.

VENANCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. L.; SALDIVA, S. R. D. M. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. **Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)**, v. 86, p. 317-324, 2010.

VENANCIO, S. I.; SALDIVA, S. R. D. M.; MONTEIRO, C. A. Secular trends in breastfeeding in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1205-1208, 2013.

VICTORA, C. et al. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **International Journal of Epidemiology**, v. 26, n. 1, p. 224-227, 1997.

Disponível em: <<http://www.aanda.org/articles/aa/full/2007/02/aa6035-06/table3.tex%5Cnhttp://www.aanda.org/10.1051/0004-6361:20066035>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

VICTORA, C. G. *et al.* Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. **The Lancet Global Health**, v. 3, n. 4, p. e199-205, 2015. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70002-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70002-1)>. Acesso em: 2 mar. 2017.

VICTORA, C. G. *et al.* Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, p. 1-24, 2016. Disponível em: <<http://www.http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v25n1/Amamentacao1.pdf>>. Acesso em : 20 mar. 2018.

VIEIRA, G. O. *et al.* Factors predicting early discontinuation of exclusive breastfeeding in the first month of life. **Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)**, v. 86, n. 5, p. 441-444, 2010. Disponível em: <http://jped.com.br/conteudo/Ing_resumo.asp?varArtigo=2130&cod=&idSecao=1>. Acesso em 6 jun. 2018.

WEIGERT, E. M. L. *et al.* The influence of breastfeeding technique on the frequencies of exclusive breastfeeding. **Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)**, v. 81, n. 4, p. 310-316, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infant and young child feeding**: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1659/0276-4741\(2004\)024\[0019:MDFR\]2.0.CO;2](http://dx.doi.org/10.1659/0276-4741(2004)024[0019:MDFR]2.0.CO;2)>. Acesso em: 26 nov. 2018.

7 ARTIGOS ORIGINAIS

ARTIGO 1: SATISFAÇÃO DAS MULHERES COM O ALEITAMENTO MATERNO NO PRIMEIRO MÊS PÓS-PARTO E FATORES ASSOCIADOS

Andrea Francis Kroll de Senna, Camila Giugliani, Juliana Avilla, Agnes Meire Branco Leria Bizon, Ana Cláudia Magnus Martins, Elsa Regina Justo Giugliani

Correspondência

Andrea Francis Kroll de Senna. *Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Rua Ramiro Barcelos, 2400 – 2º andar, CEP 90035-003. Telefone: (51) 3308-5601 e (21) 995109563. Email: andreaafs@gmail.com*

Resumo

Contexto: O sucesso da amamentação tem sido medido basicamente com base em sua duração, desconsiderando a satisfação com a experiência. Estudos para investigar a satisfação materna com a amamentação são raros, especialmente no Brasil, e pouco se sabe sobre seus determinantes. O objetivo deste estudo foi medir o nível de satisfação com a amamentação em um grupo de mulheres no primeiro mês e identificar os fatores associados à maior satisfação materna.

Métodos: Foi realizado estudo transversal aninhado a uma coorte com 287 mulheres recrutadas em duas maternidades (uma pública e uma privada) de Porto Alegre, Brasil. As mulheres que residiam no município, que haviam dado à luz um recém-nascido saudável, nascido a termo, estavam em alojamento conjunto e iniciaram a amamentação foram incluídas aleatoriamente. Durante a semana após a criança completar 30 dias, as mulheres foram entrevistadas em suas casas para mensurar o nível de satisfação materna com a amamentação,

utilizando a Escala de Avaliação do Aleitamento Materno (MBFES/BRASIL), validada para uso na população brasileira. As associações entre satisfação materna e variáveis explanatórias foram estimadas por meio da regressão de Poisson multivariada com variância robusta em uma abordagem hierárquica de quatro níveis. O nível de satisfação foi categorizado utilizando como ponto de corte a pontuação mediana obtida com o MBFES/BRASIL. Mulheres com pontuação igual ou superior à mediana foram consideradas com níveis mais altos de satisfação, enquanto aquelas com pontuação abaixo da mediana foram consideradas menos satisfeitas.

Resultados: A satisfação materna com a amamentação no primeiro mês pós-parto foi alta, com um escore mediano de 124 no MBFES, próximo à pontuação máxima (145 pontos). A prevalência de níveis mais elevados de satisfação com a amamentação foi maior entre as mulheres pardas e pardas (razão de prevalência [RP] 1,33; IC95% 1,05-1,69), que viviam com o parceiro (RP 1,75, 95 IC% 1,05-2,94), que planejaram amamentar por 12 meses ou mais (RP 1,48, IC95% 1,02-2,17), e que não relataram baixo suprimento de leite (RP 1,47, IC95% 1,03-2,10) ou bicos rachados (PR 1,29, IC 95% 1,01-1,65).

Conclusões: Os fatores associados à satisfação materna com a amamentação no primeiro mês pós-parto incluem fatores individuais e expectativas maternas, constituição familiar, bem como problemas relacionados à amamentação. Palavras-chave: Aleitamento materno. Satisfação pessoal. Pesquisas e questionários.

Descritores: Aleitamento Materno. Satisfação Pessoal. Pesquisas e Questionários.

Introdução

O sucesso da amamentação tem sido medido basicamente pela sua duração (1). No entanto, para muitas mães o sucesso não está relacionado apenas a esse fator, mas à satisfação mútua da dupla mãe/bebê, gerando fortalecimento do vínculo entre eles e aumento da confiança materna, o que, por sua vez, pode impactar na sua duração (2–5). Para muitas mães, entretanto, a qualidade da experiência é mais importante que a sua duração (2).

Poucos estudos têm se dedicado a conhecer a satisfação das mulheres com a amamentação e os fatores a ela associados. Alguns estudos mostram que a satisfação é elevada em vários momentos da amamentação (4,6,7), e que, com o passar do tempo, ela tende a aumentar (4).

Já foram identificados alguns fatores relacionados à maior satisfação com a amamentação: contato pele a pele precoce, incentivo para amamentar em livre demanda na maternidade (8), ausência de problemas com a amamentação (5), concordância entre a duração da amamentação esperada e a praticada (7) e autoestima materna (4). A satisfação com o parto tem relação com a duração do AM, no entanto, seu impacto e o de outros fatores na satisfação com a amamentação não é conhecido (9).

Até o momento, não há estudos medindo a satisfação das mulheres com a amamentação na população brasileira. Acredita-se que essa informação, aliada ao conhecimento dos fatores associados, pode ser útil para que estratégias no sentido de aumentar a satisfação das mulheres com a amamentação sejam formuladas. Assim, este estudo teve como objetivo medir o grau de satisfação das mulheres com a amamentação em um grupo de mulheres brasileiras no primeiro mês de vida de seus filhos e identificar os fatores a ele associados.

Métodos

Este é um estudo transversal aninhado a uma coorte com mulheres que tiveram seus filhos em duas grandes maternidades de Porto Alegre, no sul do Brasil: uma pública e uma privada. A pública pertence a um hospital geral universitário, certificado na IHAC. A privada também está vinculada a um hospital geral. Ambos são maternidades de referência para gestações de risco habitual e alto risco e realizaram 3.725 (hospital público) e 4.182 (hospitais privados) partos em 2016, representando 26,1% do total de partos no município durante o ano (10).

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado com o auxílio do programa WinPEPI (Programs for Epidemiologists for Windows) versão 11.43, baseado no estudo de Labarère *et al.*, considerando um nível de significância de 5%, poder de 90%, prevalência de satisfação com a amamentação estimada no intervalo de 88% a 96% e uma Razão de Prevalências (RP) mínima de 1,25, obteve-se um total mínimo de 216 sujeitos (7).

As mulheres foram selecionadas cerca de 24 horas após o parto. Foram incluídas aquelas que estavam em alojamento conjunto com seus recém-nascidos, eram residentes no município de Porto Alegre e tivessem iniciado a amamentação. Os recém-nascidos deveriam ser a termo, não gemelares, sem problemas que pudessem interferir na amamentação, como malformações orofaciais ou doenças que exigissem a separação mãe-filho. Não foram incluídas mulheres residentes em áreas de maior violência, pois visitas domiciliares para a coleta dos dados poderiam colocar em risco a integridade da equipe da pesquisa.

Diariamente, foram selecionadas duas mulheres na maternidade pública e uma na privada por sorteio aleatório simples, o que garantiu uma amostra socioeconomicamente semelhante à população brasileira. Após o sorteio, foi feito um primeiro contato para a obtenção da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para aquelas que concordaram em participar do estudo e combinar uma data para a entrevista, que deveria

ocorrer entre 30 e 37 dias de vida da criança no domicílio da mulher ou local de sua preferência, fora do ambiente hospitalar.

Nas entrevistas, conduzidas por entrevistadoras capacitadas da área da saúde e com duração de aproximadamente 60 minutos, foi aplicado um questionário, elaborado exclusivamente para este estudo, para obtenção de informações sobre características sociodemográficas, saúde da mulher, última gestação, parto e periparto e alguns aspectos do primeiro mês de vida do bebê, como sua alimentação. Para medir o grau de satisfação da mulher com a amamentação, foi utilizado o Maternal Breastfeeding Evaluation Scale (MBFES/BRASIL) (11), adaptado e validado para a população brasileira. O instrumento adaptado contém 29 itens sobre experiências e emoções positivas e negativas relacionadas à amamentação, medidos por escala tipo Likert, com cinco alternativas de resposta, que vão de “discordo totalmente” (1 ponto) a “concordo totalmente” (5 pontos), sendo que as negativas apresentam pontuação inversa. Pontuações mais elevadas indicam maior satisfação.

Foram selecionadas 37 variáveis como possíveis variáveis explanatórias do desfecho: características da mulher (idade, cor da pele, escolaridade, paridade, situação de trabalho ao engravidar, uso de álcool); características familiares (nível socioeconômico, coabitação com parceiro, escolaridade do pai da criança), características da gestação (planejamento da gravidez, fumo na gestação); características da assistência pré-natal (número de consultas pré-natais, grau de satisfação com a assistência pré-natal); características relacionadas ao parto e periparto (instituição pública ou privada, grau de satisfação da mulher no parto e alojamento conjunto, intenção quanto à duração da amamentação e da amamentação exclusiva, complicação pós-parto da mãe e/ou do recém-nascido, peso de nascimento, idade gestacional e sexo do recém-nascido, tipo de parto, contato pele a pele imediatamente após o parto, recém-nascido colocado ao seio na primeira hora de vida, apoio para amamentar na sala de parto, apoio de profissionais para a amamentação, orientação de profissionais para a

amamentação, permaneceu em alojamento conjunto, uso de chupeta, uso de fórmula infantil, uso de bico de silicone); características do primeiro mês (uso de chupeta, uso de fórmula ou outro leite, dificuldades da amamentação, apoio de profissional para amamentar).

As análises estatísticas foram realizadas com auxílio do programa Statistical Package for the Social Sciences versão 21.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Para as estimativas das associações utilizou-se regressão de Poisson com variância robusta. Foi elaborado um modelo de regressão com abordagem hierárquica, baseado no modelo hierarquizado proposto por Boccolini *et al.* (12), em que as variáveis são agrupadas em blocos hierarquicamente distribuídos de acordo com sua proximidade temporal com o desfecho (13). Assim, diferentes variáveis foram distribuídas em quatro blocos: (1) distal, reunindo as características sociodemográficas, da mulher e da família; (2) intermediário distal, com as variáveis referentes à gestação; (3) intermediário proximal, com as variáveis relacionadas ao parto e periparto; e (4) proximal, com as variáveis relacionadas ao primeiro mês de vida da criança.

Primeiramente, foram realizadas análises para examinar a associação entre o desfecho e cada uma das variáveis de interesse de cada bloco. As variáveis do bloco distal que atingiram nível de significância $p < 0,20$ na análise univariável foram submetidas à regressão multivariável de Poisson (análise intrabloco), permanecendo no modelo para o ajuste do bloco intermediário distal apenas as variáveis que atingiram nível de significância $p < 0,10$ na análise multivariável do bloco distal. Em seguida, as variáveis contidas no segundo bloco (nível intermediário distal) que atingiram nível de significância $p < 0,20$ na análise univariável foram submetidas à regressão de Poisson multivariável junto com as variáveis do bloco distal que atingiram nível de significância de $p < 0,10$ na análise multivariável; e assim sucessivamente. O modelo previa que, uma vez que a variável atingisse nível de significância $p < 0,10$ na análise intrabloco, ela permaneceria no modelo até o final, ajustando as interações entre as variáveis dos demais blocos, por serem consideradas possíveis fatores de confusão. A

associação entre as diversas variáveis e o desfecho foi estimada por meio de razão de prevalência (RP), com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%), sendo considerada significativa a associação com valor de $p < 0,05$.

O grau de satisfação das mulheres com a amamentação foi categorizado tendo como ponto de corte a mediana da pontuação obtida no MBFES/BRASIL. As mulheres com pontuação igual ou maior que a mediana foram consideradas as mais satisfeitas e as com pontuação menor que a mediana as menos satisfeitas. As variáveis explanatórias foram categorizadas em dicotômicas, com exceção da idade materna e dos anos de estudo. O peso de nascimento foi categorizado segundo a mediana.

Este projeto está em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque e foi submetido à análise e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa das maternidades envolvidas.

Resultado

Foram inicialmente incluídas 354 mulheres, mas apenas 287 concluíram o estudo: 194 da maternidade pública e 93 da privada.

As características da amostra encontram-se na Tabela 1. A média de idade das mulheres foi $29 \pm 6,6$ anos, variando de 16 a 45 anos, sendo a faixa etária de 20 a 34 anos a mais prevalente (69,3%). A maioria tinha pelo menos o ensino médio completo (71,0%) e pertencia ao nível socioeconômico B (41,4%), conforme classificação da ABEP (14). Houve equilíbrio da amostra quanto ao tipo de parto e paridade.

A prevalência de amamentação exclusiva e de amamentação na alta da maternidade foi 81,9% e 98,3%, e ao final do primeiro mês, 61,7% e 95,8%, respectivamente. O escore do MBFES/BRASIL variou de 63 a 145 pontos, com mediana de 124 e média de 120 ± 14 pontos.

A Tabela 1 apresenta o resultado da análise univariável para as variáveis selecionadas para comporem o modelo multivariável ($p < 0,2$) (Figura).

Os resultados da análise multivariável hierarquizada estão apresentados na Tabela 2. No nível distal (primeiro bloco), as mulheres pardas e pretas (RP 1,33; IC 95%: 1,05-1,69) e as que coabitavam com o parceiro, mostraram-se mais satisfeitas (RP 1,75; IC 95%: 1,05-2,94). No nível intermediário distal (segundo bloco), a única variável incluída no modelo não mostrou associação com o desfecho. No nível intermediário proximal (terceiro bloco), as mulheres que apresentaram intenção de duração da amamentação por 12 meses ou mais estavam mais satisfeitas (RP 1,48; IC 95%: 1,02-2,17). E no nível proximal (quarto bloco), as mulheres que não relataram pouca produção de leite ou fissuras no primeiro mês foram as mais satisfeitas (RP 1,47; IC 95%: 1,03-2,10 e RP 1,29; IC 95%: 1,01-1,65, respectivamente).

Discussão

Este estudo revelou que o grau de satisfação com a amamentação no primeiro mês pós-parto em um grupo de mulheres brasileiras foi elevado, uma vez que a mediana do escore do MBFES/BRASIL (124 pontos) ficou próxima do escore máximo (145 pontos). Em um estudo conduzido na Austrália, as médias do escore de satisfação da mulher com a amamentação utilizando MBFES foram 116 aos 15 dias pós-parto, 117 aos 45 dias e 120 aos 3 meses. Os autores não informaram a mediana, apenas os tercís: < 110 , 110 a 126 e > 126 (5). Considerando que o instrumento original tinha uma questão a mais, aumentando o escore máximo em cinco pontos, podemos concluir que, de uma maneira geral, a satisfação das mulheres com a amamentação foi maior em nosso estudo comparado com o estudo australiano, pois a mediana do nosso estudo se aproximou do ponto de corte para o tercil de maior satisfação do outro estudo. Na França, um estudo encontrou percentual de mulheres muito satisfeitas e satisfeitas com a amamentação – 88 a 96%, dependendo da maternidade.

Todavia, os autores não utilizaram nenhum instrumento para medir a satisfação, que foi avaliada por meio de uma única pergunta sobre o grau de satisfação da mulher com a amamentação, tendo como opções muito insatisfeita, insatisfeita, satisfeita e muito satisfeita (7). A mesma forma simplificada de avaliar a satisfação da mulher com a amamentação foi utilizada recentemente na Noruega, onde os pesquisadores também encontraram elevada satisfação em mais de 75% das mulheres pesquisadas (6).

Este estudo identificou cinco variáveis que se associaram significativamente com maior grau de satisfação: cor da pele da mãe parda/preta, coabitação com o parceiro, intenção de amamentar por pelo menos 12 meses, ausência de relato de pouca produção de leite e ausência de fissura mamilares no primeiro mês. É interessante ressaltar que essas associações nunca foram descritas em outras pesquisas, com exceção da associação entre satisfação e problemas relacionados diretamente com a lactação (4,5,7).

A variável que mais fortemente se associou com maior satisfação da mulher com a amamentação no presente estudo foi a coabitação com o parceiro. As mulheres que moravam com o parceiro, que eram a maioria, tiveram uma prevalência de maior satisfação, definida neste estudo como possuir um escore igual ou maior que a mediana da pontuação obtida no MBFES, 75% mais elevada. Sabe-se que a rede de apoio à mulher que amamenta é um fator determinante para que a experiência de amamentação seja positiva (15). Nesse sentido, a presença do parceiro pode representar um aspecto positivo, provavelmente em função de transmitir segurança e fornecer apoio nas diversas demandas que chegam junto com o nascimento de um bebê, tornando a experiência mais prazerosa. De fato, vários estudos têm mostrado a importância do parceiro para vários desfechos da amamentação, sobretudo de sua duração (15–18). Porém, nenhum estudo, até o momento, avaliou a influência do parceiro na satisfação da mulher com a amamentação.

As mulheres de cor parda e preta também tiveram prevalência de maior satisfação com a amamentação mais elevada (RP=1,33). Esse resultado pode estar relacionado com o fato de que no Brasil as mulheres pretas e pardas amamentam por mais tempo que as brancas – mediana de 14,6 meses vs. 10,1 meses (19). Esse dado foi confirmado na mais recente pesquisa de âmbito nacional – dos 6 aos 24 meses as crianças de cor preta apresentaram prevalências mais altas de amamentação (20). Essas diferenças de comportamento entre raças relacionado à amamentação costumam ser atribuídas a costumes, normas e tradições sociais (21), além de renda (22) e relações sociais (23).

Outra variável que se mostrou associada a maior grau de satisfação com a amamentação está relacionada aos planos da mulher quanto à duração da amamentação. Aquelas mulheres que relataram que gostariam de amamentar por pelo menos 12 meses tiveram prevalência mais alta de maior satisfação. Essas mulheres provavelmente valorizam mais a amamentação e estão mais informadas e conscientizadas da importância dessa prática. É possível que as mulheres que pretendiam amamentar por menos tempo, apesar da recomendação universal de amamentação por 2 anos ou mais (24), não tivessem, por alguma razão, a mesma disposição para amamentar que as que pretendiam amamentar por mais tempo, o que pode refletir no seu grau de satisfação. O nosso estudo é o primeiro a descrever essa associação. No entanto, Labarère *et al.*, na França, encontraram associação entre maior satisfação com a amamentação aos 6 meses e concordância entre a expectativa da mulher quanto à duração da amamentação e o tempo em que a amamentação foi efetivamente praticada (7). No entanto, a aferição foi realizada por meio de uma única pergunta.

Ausência de relato de percepção de pouco leite e de fissuras no primeiro mês esteve associada a maior satisfação com a amamentação em nosso estudo. A associação entre problemas mamários e satisfação com a amamentação já havia sido descrita em outros estudos (4,5,7). Labarère *et al.* concluíram que apresentar qualquer dificuldade na amamentação após

a alta foi associada independentemente à diminuição da satisfação (7). Cooke *et al.* utilizando o MBFES, observaram que a percepção de suprimento inadequado de leite nas duas primeiras semanas pós-parto estava associada negativamente à satisfação com a amamentação, e que, com 6 semanas, problemas com a amamentação diminuíram significativamente o grau de satisfação (5). Em um estudo português, também utilizando o MBFES, mulheres que não apresentaram dificuldades com a amamentação na maternidade relataram estar mais satisfeitas, associação que foi altamente significativa aos 3 meses, embora não tenha se mantido aos 6 e 12 meses (4). Portanto, não apresentar problemas próprios da amamentação, sobretudo no início, parece favorecer sentimentos positivos relacionados à experiência de amamentar. Por outro lado, um estudo norte-americano com uma amostra de conveniência de 30 primíparas relatou que a satisfação com a amamentação, avaliada utilizando o MBFES uma semana após o parto, pode ocorrer independentemente dos problemas e da qualidade da experiência (25).

O presente estudo não confirmou associações encontradas em outros estudos entre satisfação com a amamentação e idade materna (3), contato pele a pele precoce, incentivo para amamentar em livre demanda na maternidade (8) e orientação sobre amamentação na maternidade (4). Chama a atenção que o grau de satisfação da mulher com a amamentação, no presente estudo, independe da idade da mulher, da paridade, do nível socioeconômico, do tipo de parto, das práticas pró-aleitamento materno na maternidade e uso de chupeta, todos fatores descritos na literatura como associados à duração da amamentação (12), mostrando que os determinantes da amamentação parecem não ser os mesmos da satisfação com essa prática. Também digno de nota é o fato de que o grau de satisfação das mulheres que estavam amamentando exclusivamente os seus filhos aos 30 dias de vida não diferiu do das mulheres que já estavam oferecendo fórmula nesse período, mostrando que a satisfação com a

amamentação depende do cumprimento da recomendação de amamentação exclusiva nos primeiros meses de vida.

Destaca-se o ineditismo deste estudo, pois é o primeiro a avaliar a satisfação das mulheres com a amamentação no Brasil por meio de um instrumento validado para esse fim, e o primeiro a investigar possíveis determinantes dessa satisfação explorando uma ampla variedade de fatores. Além do aspecto inovador do estudo, outro ponto forte foi a análise multivariável hierarquizada, permitindo avaliar como as variáveis de um mesmo grupo interagem, e como variáveis mais distais podem mediar os efeitos de variáveis dos grupos mais próximos ao desfecho.

Como limitação do estudo, pode-se citar a não inclusão na amostra de mulheres que residiam em áreas cuja violência impossibilitou a realização de visitas domiciliares para as entrevistas, o que pode ter afetado sua validade externa. Assim, este estudo permite afirmar que os resultados podem ser generalizados apenas para as populações semelhantes à estudada. Isso porque a amamentação é um processo que sofre influência de múltiplos fatores de ordem individual, contextual, emocional e sociocultural, sendo de se esperar que o grau de satisfação com a amamentação e os fatores a ele associados variem entre as populações.

Concluindo, o presente estudo mostrou que os fatores associados à satisfação da mulher com a amamentação no primeiro mês pós-parto na população estudada incluem fatores individuais e expectativas da mulher, constituição familiar e problemas relacionados com a amamentação. Esses fatores não são necessariamente os mesmos associados à duração da amamentação, pois vários fatores classicamente associados com a duração da amamentação não se mostraram associados à satisfação. O pressuposto de que uma mulher satisfeita com a amamentação, além de beneficiar a si própria e à criança, pode influenciar outras mulheres a adotarem essa prática, torna ainda mais relevante a abordagem desse

aspecto da amamentação. Portanto, trabalhar no sentido de aumentar a satisfação da mulher com a amamentação deva fazer parte da promoção do aleitamento materno.

Agradecimentos

Agradecemos a todas as mães e seus bebês que tornaram este estudo possível, ao Hospital de Clínicas Porto Alegre (HCPA) e ao Hospital Moinhos de Vento (HMV) pelo suporte na realização desta pesquisa, aos demais membros da equipe que participaram da coleta dos dados, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente (PPGSCA), à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo auxílio financeiro.

Declaração de conflitos de interesse: Nada a declarar.

Papel da Fonte de Financiamento

Este trabalho recebeu financiamento do CNPq [Edital Universal 448186/2014-4]. As fontes de financiamento não tiveram participação em nenhuma etapa da pesquisa, preparação e publicação do artigo.

Referências

1. Riordan J, Woodley G, Heaton K. Testinh Validity and Realibility of an Instrument Which Measures Maternal Evaluation of Breastfeeding. *J Hum Lact.* 1994;10(4):231–5.
2. Leff E, Jefferis S, Gagne M. The Developmente of The Maternal Breastfeeding

- Evaluation Scale. *J Hum Lact.* 1994;10:105–11.
3. Sheehan A. A comparison of two methods of antenatal breast-feeding education. *Midwifery.* 1999;15:274–82.
 4. Galvão PDMG. Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes. [Porto]: Universidade do Porto; 2002.
 5. Cooke M, Sheehan A, Schmied V. A Description of the Relationship Between Breastfeeding Experiences, Breastfeeding Satisfaction, and Weaning in the First 3 Months After Birth. *J Hum Lact.* 2003;19(2):145–56.
 6. Bærug A, Langsrud Ø, Løland BF, Tufte E, Tylleskär T, Fretheim A. Original Article Effectiveness of Baby-friendly community health services on exclusive breastfeeding and maternal satisfaction : a pragmatic trial. *Matern Child Nutr.* 2016;12:428–39.
 7. Labarère J, Gelbert-Baudino N, Laborde L, Baudino F, Durand M, Schelstraete C, *et al.* Determinants of 6-month maternal satisfaction with breastfeeding experience in a multicenter prospective cohort study. *J Hum Lact.* 2012;28(2):203–10.
 8. Hongo H, Nanishi K, Shibanuma A, Jimba M. Is Baby-Friendly Breastfeeding Support in Maternity Hospitals Associated with Breastfeeding Satisfaction Among Japanese Mothers? *Matern Child Health J.* 2015;19(6):1252–62.
 9. Cordero M, Martin I, Rodriguez M, Villar N, Ruiz M, Perez A, *et al.* Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de Granada sobre atención al parto, acompañamiento y duración de la lactancia. *Nutr Hosp.* 2013;28(3):920–6.
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Nascidos vivos - Rio Grande do Sul 2016. [Accessed 2 Aug 2019]. Disponível: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvrs.def>>

11. Senna AFK, Giugliani C, Lago JCA, Bizon AMBL, Martins ACM, Oliveira CA V, *et al.* Validation of a tool to evaluate women's satisfaction with maternal breastfeeding for the Brazilian population. *J Pediatr (Rio J)* [Internet]. 2018;xxx(xx):xxx-xxx. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755718301062>
12. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC. Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: A systematic review. *Rev Saude Publica*. 2015;49(91):1-16.
13. Victora C, Huttly S, Fuchs S, Olinto MT. The Role of Conceptual Frameworks in Epidemiological Analysis: A Hierarchical Approach. *Internatinal J Epidemiol* [Internet]. 1997;26(1):224-227. Available from: <http://www.aanda.org/articles/aa/full/2007/02/aa6035-06/table3.tex%5Cnhttp://www.aanda.org/10.1051/0004-6361:20066035>
14. ABEP. Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016 [Internet]. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. ABEP; 2015 [cited 2015 Aug 4]. p. 6. Available from: <http://www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=12>
15. Müller FS, Silva IA. Social representations about support for breastfeeding in a group of breastfeeding women. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2009;17(5):651-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000500009&lng=en&tlng=en
16. Gibson-Davis C, Brooks-Gunn J. The Association of Couples' Relationship Status and Quality With Breastfeeding Initiation Reproduced with permission of the copyright owner. Further reproduction prohibited without permission. *J Marriage Fam* 69. 2007;69(December):1107-17.
17. Pereira RSV, Oliveira MIC de, Andrade CLT de, Brito A dos S. Factors associated

- with exclusive breastfeeding: the role of primary health care. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2010;26(12):2343–54. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n12/13.pdf>
18. Mahesh PKB, Gunathunga WM, Arnold SM, Jayasinghe C, Pathirana S, Makarim MF, *et al.* Effectiveness of targeting fathers for breastfeeding promotion: systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* [Internet]. 2018;18(1140):1–14. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-6037-x>
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança. [Internet]. Brasília: Editora MS; 2009. 302 p. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf
 20. Flores TR, Nunes BP, Neves RG, Wendt AT, Costa C dos S, Wehrmeister FC, *et al.* Consumo de leite materno e fatores associados em crianças menores de dois anos: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017;33(11):1–15. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001105001&lng=pt&tlng=pt
 21. Oliveira Muniz J. Sobre O Uso Da Variável Raça-Cor Em Estudos Quantitativos. *Rev Sociol Polít* [Internet]. 2010;18(36):277–91. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v18n36/17.pdf>
 22. Cavalieri CH, Fernandes R. Diferenciais de salário por gênero e cor: uma comparação entre as regiões metropolitanas brasileiras. *Rev Econ Polit.* 1998;18(1 (69)):158–75.
 23. IBGE. Características Étnico-raciais da População. Classificação e identidades [Internet]. Rio de Janeiro; 2013. 208 p. Available from: <http://servicodados.ibge.gov.br/Download/Download.ashx?http=1&u=biblioteca.ibge.g>

ov.br/visualizacao/livros/liv49891.pdf

24. World Health Organization. Infant and young child feeding: Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals [Internet]. World Health Organization. 2009. 1-102 p. Available from: [http://dx.doi.org/10.1659/0276-4741\(2004\)024\[0019:MDFR\]2.0.CO;2](http://dx.doi.org/10.1659/0276-4741(2004)024[0019:MDFR]2.0.CO;2)
25. Schlomer J, Kemmerer J, Twiss J. Evaluating the Association of Two Breastfeeding Assessment Tools with Breastfeeding Problems and Breastfeeding Satisfaction. *J Hum Lact.* 1999;15(1):35–9.

Tabelas e Figuras

Tabela 1. Resultados da análise univariável de Poisson das variáveis selecionadas pra inclusão no modelo multivariado

Variáveis do Modelo Distal	Amostra (n=287)		Satisfeita		RP (IC 95%)	p
	n	%	n	%		
Idade (anos)*						0,168
Média (DP)	29,08	(6,60)			0,99 (0,97-1,00)	
Cor da pele						0,011
Parda/preta	71	24,7	45	63,4	1,34 (1,07-1,68)	
Branca	216	75,3	102	47,2	1	
Nível socioeconômico²						0,024
A	45	15,8	15	33,3	0,61 (0,40-0,94)	
B/C/D/E	240	84,2	131	54,6	1	
Anos de estudo do pai do bebê^b						0,017
Média (DP)	12,55	(4,23)			0,96 (0,94-0,99)	
Coabitação com parceiro						0,021
Sim	248	86,4	135	54,4	1,77 (1,09-2,87)	
Não	39	13,6	12	30,8	1	
Variáveis do Modelo Intermediário Distal	Amostra (n=287)		Satisfeita		RP (IC 95%)	p
	n	%	n	%		
Gestação planejada						0,096
Sim	154	53,7	86	55,8	1,22 (0,96-1,35)	
Não	133	46,3	61	45,9	1	
Variáveis do Modelo Intermediário Proximal	Amostra (n=287)		Satisfeita		RP (IC 95%)	p
	n	%	n	%		
Maternidade						0,109
Pública	194	67,6	106	54,6	1,24 (0,95-1,61)	
Privada	93	32,4	41	44,1	1	
Tipo de parto						0,043
Vaginal	149	51,9	85	57,0	1,27 (1,01-1,60)	
Cesariana	138	48,1	62	44,9	1	
Apoio ao AM na sala de parto^c						0,152
Sim	136	47,9	75	55,1	1,18 (0,94-1,49)	
Não	148	52,1	69	46,6	1	
Bebê colocado para mamar na 1ª hora de vida^c						0,072
Sim	189	66,5	104	55,0	1,27 (0,98-1,66)	
Não	95	33,5	41	43,2	1	
Apoio ao AM no alojamento conjunto^d						0,076
Sim	255	89,5	136	53,3	1,60 (0,95-2,69)	
Não	30	10,5	10	33,3	1	
Uso de fórmula na maternidade^e						0,051
Sim	94	33,0	40	42,6	0,77 (0,59-1,00)	
Não	191	67,0	106	55,5	1	
Uso de bico intermediário na maternidade						0,049
Sim	36	12,5	12	33,3	0,62 (0,38-0,99)	
Não	251	87,5	135	53,8	1	
Intenção de amamentar^f						0,024
≥ 12 meses	192	78,0	105	54,7	1,55 (1,06-2,28)	
< 12 meses	54	22,0	19	35,2	1	
Peso ao nascer (g)						0,142
≤ 3280	144	50,2	80	55,6	0,84 (0,67-1,06)	
> 3280	143	49,8	67	46,9	1	

Variáveis do Modelo Proximal	Amostra (n=287)		Satisfeita		RP (IC 95%)	p
	n	%	n	%		
Pouco leite**						<0,001
Não	203	70,7	120	59,1	1,84 (1,32-2,56)	
Sim	84	29,3	27	32,1	1	
Dor ao amamentar**						0,020
Não	105	36,6	63	60,0	1,30 (1,04-1,62)	
Sim	182	63,4	84	46,2	1	
Rachadura no pico do seio**						0,019
Não	152	53,0	88	57,9	1,32 (1,05-1,67)	
Sim	135	47,0	59	43,7	1	
Dificuldade de pega do bebê ao seio**						0,020
Não	224	78,0	125	55,8	1,30 (1,04-1,62)	
Sim	63	22,0	22	34,9	1	
Problemas anatômicos no pico do seio**						0,010
Não	228	79,4	126	55,3	1,60 (1,12-2,28)	
Sim	59	20,6	21	35,6	1	
Excesso de produção de leite**						0,155
Não	129	44,9	60	46,5	0,84 (0,67-1,06)	
Sim	158	29,3	87	55,1	1	
Uso de fórmula ou outro leite aos 30 dias						<0,001
Não	193	70,2	119	61,7	1,94 (1,42-2,65)	
Sim	82	29,8	27	32,9	1	
Uso de chupeta aos 30 dias						0,007
Não	88	30,7	55	62,5	1,35 (1,08-1,68)	
Sim	199	69,3	92	46,2	1	

^a Classes sociais (A,B1, B2, C1, C2, D-E), de acordo com ABEP, 2015.¹⁴ missing: 2.

^b missing: 16.

^c missing: 3.

^d não informado por 41 mulheres.

* Variáveis analisadas como contínuas.

** Todas as dificuldades com a amamentação foram relatadas durante as entrevistas.

RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de 95% de confiança; DP: desvio padrão.

Tabela 2. Fatores associados à maiores níveis de satisfação da mulher com a amamentação no primeiro mês

Variáveis	Distal [†] (modelo 1)		Intermediário Distal ^{**} (modelo 2)		Intermediário Proximal ^{***} (modelo 3)		Proximal ^{****} (modelo 4)	
	RPa (IC 95%)	p	RPa (IC 95%)	p	RPa (IC 95%)	p	RPa (IC 95%)	p
Idade (em anos) [†]	0,99 (0,98-1,02)	0,951						
Cor da pele		0,018						
Parda/ preta	1,33 (1,05-1,69)							
Branca	1							
Nível socioeconômico		0,142						
A	0,69 (0,42-1,13)							
B/C/D/E	1							
Coabitação com pai do bebê		0,033						
Sim	1,75 (1,05-2,94)							
Não	1							
Anos de estudo do pai do bebê [‡]	0,99 (0,95-1,02)	0,429						
Gestação planejada				0,374				
Sim			1,11 (0,88-1,41)					
Não			1					
Maternidade						0,474		
Pública					0,88 (0,63-1,24)			
Privada					1			
Tipo de parto						0,079		
Vaginal					1,30 (0,97-1,75)			
Cesariana					1			
Apoio AM na sala de parto						0,585		
Sim					0,92 (0,67-1,25)			
Não					1			
Bebê colocado para mamar na 1ª hora de vida						0,478		
Sim					1,14 (0,80-1,63)			
Não					1			
Apoio AM no AC						0,323		
Sim					1,30 (0,78-2,14)			
Não					1			
Uso de fórmula na maternidade						0,117		
Sim					0,78 (0,58-1,06)			
Não					1			
Uso de bico intermediário na maternidade						0,161		
Sim					0,70 (0,43-1,15)			
Não					1			
Intenção de amamentar						0,041		
≥ 12 meses					1,48 (1,02-2,17)			
< 12 meses					1			
Peso ao nascer (gramas)						0,293		
≤ 3280					1,13 (0,90-1,43)			
> 3280					1			
Pouco leite							0,034	
Não							1,47 (1,03-2,10)	
Sim							1	
Dor ao amamentar								0,949
Não							0,99 (0,78-1,26)	

Sim	1	
Rachadura no bico do seio		0,043
Não	1,29 (1,01-1,65)	
Sim	1	
Dificuldade de pega do bebê ao seio		0,105
Não	1,37 (0,94-2,02)	
Sim	1	
Problemas anatômicos no pico do seio		0,383
Não	1,17 (0,82-1,65)	
Sim	1	
Excesso de produção de leite		0,436
Não	1,10 (0,87-1,38)	
Sim	1	
Uso de fórmula ou outro leite aos 30 dias		0,163
Não	0,77 (0,54-1,11)	
Sim	1	
Uso de chupeta aos 30 dias		0,819
Não	0,97 (0,77-1,23)	
Sim	1	

* n=270.

** n=287.

*** n=240.

**** n=246.

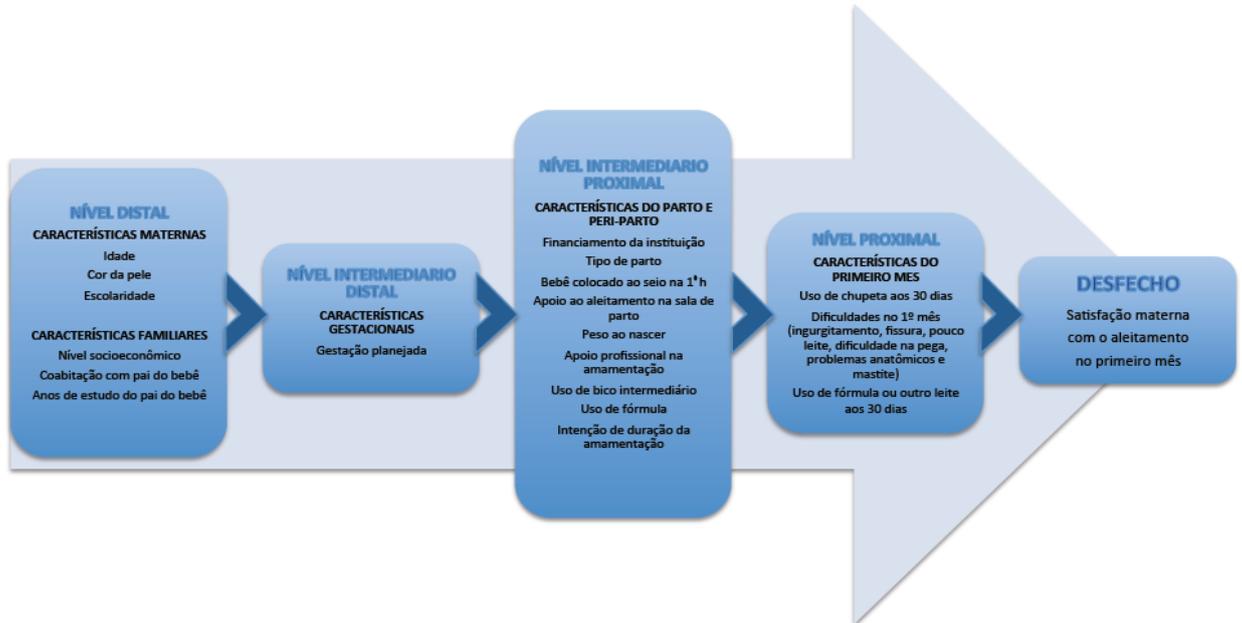
^a Variáveis analisadas como contínuas.

^b Todas as dificuldades com a amamentação foram relatadas durante as entrevistas.

RPa: razão de prevalência ajustada; IC95%: intervalo de 95% de confiança; DP: desvio padrão.

Mulheres com maiores níveis de satisfação: escore do MBFES/BRASIL \geq mediana (124).

Figura 1. Modelo teórico hierárquico para análise dos fatores associados à satisfação materna com a amamentação no primeiro mês



ARTIGO 1 (VERSÃO EM INGLÊS)**MATERNAL SATISFACTION WITH BREASTFEEDING IN THE FIRST MONTH
POSTPARTUM AND ASSOCIATED FACTORS**

Andrea Francis Kroll de Senna, Camila Giugliani, Juliana Avilla, Agnes Meire Branco Leria
Bizon, Ana Cláudia Magnus Martins, Elsa Regina Justo Giugliani

Corresponding author:

Andrea Francis Kroll de Senna. *Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua Ramiro Barcelos, 2400 – 2º andar, CEP 90035-003. Tel.: +55 (51) 3308-5601, +55 (21) 995109563. E-mail: andreaafs@gmail.com.*

Abstract

Background: Breastfeeding success has been measured basically based on its duration, disregarding satisfaction with the experience. Studies to investigate maternal satisfaction with breastfeeding are rare, especially in Brazil, and little is known about their determinants. The aim of this study was to measure the level of satisfaction with breastfeeding in a group of women in the first month, and to identify factors associated with higher maternal satisfaction.

Methods: A cross-sectional study nested within a cohort was conducted with 287 women recruited at two (one public, one private) maternity services in the city of Porto Alegre, southern Brazil. Women residing in the municipality who had given birth to a healthy singleton born at term, were rooming in, and had initiated breastfeeding were randomly

included. During the week after the child was 30 days old, women were interviewed at their homes to measure the level of maternal satisfaction with breastfeeding, using the Maternal Breastfeeding Evaluation Scale (MBFES), validated for use in the Brazilian population. Associations between maternal satisfaction and explanatory variables were estimated using multivariate Poisson regression with robust variance in a four-level hierarchical approach. Satisfaction level was categorized using as cutoff point the median score obtained with the MBFES. Women with scores equal to or above the median were considered to have higher levels of satisfaction, whereas those scoring below the median were considered to be less satisfied.

Results: Maternal satisfaction with breastfeeding in the first month postpartum was high, with a median score of 124 on MBFES, close to the maximum score (145 points). The prevalence of more elevated levels of satisfaction with breastfeeding was higher among women with brown (*pardo*) and black skin color (prevalence ratio [PR] 1.33, 95%CI 1.05-1.69), those who lived with the partner (PR 1.75, 95%CI 1.05-2.94), who planned to breastfeed for 12 months or more (PR 1.48, 95%CI 1.02-2.17), and who did not report low milk supply (PR 1.47, 95%CI 1.03-2.10) or cracked nipples (PR 1.29, 95%CI 1.01-1.65).

Conclusions: The factors associated with maternal satisfaction with breastfeeding in the first month postpartum include individual factors and maternal expectations, family constitution, as well as breastfeeding-related problems.

Keywords: Breastfeeding. Personal Satisfaction. Surveys and Questionnaires.

Introduction

The success of breastfeeding has been measured essentially based on its duration (1). However, for many women, breastfeeding success is not related only to its duration, but also, and especially, to mutual satisfaction of the mother/baby dyad, which reinforces the bond between mother and child and increases maternal confidence – these benefits, in turn, may indeed impact breastfeeding duration (2–5). Still, in the opinion of many women, the quality of the breastfeeding experience is more important than its duration (2).

Few studies have investigated maternal satisfaction with breastfeeding and the factors related to this outcome. Some studies have shown that satisfaction is high at different moments of breastfeeding (4,6,7), and that as time passes by, satisfaction levels tend to further increase (4).

Some factors related with increased breastfeeding satisfaction have been identified, namely: early skin-to-skin contact, encouraging breastfeeding on demand in the maternity ward (8), absence of breastfeeding-related problems (5), agreement between expected vs. actual breastfeeding duration (7), and maternal self-esteem (4). Satisfaction with the childbirth experience is related to breastfeeding duration; however, the impact of this and other factors on breastfeeding satisfaction is unknown (9).

To the authors' knowledge, no studies have been conducted to measure maternal satisfaction with breastfeeding in the Brazilian population. We believe that these data, combined with the knowledge of associated factors, can be useful in the development of strategies aimed at increasing maternal satisfaction with breastfeeding, and eventually, the rates of breastfeeding.

Methods

The aims of this study were to measure the level of satisfaction with breastfeeding in a group of Brazilian women in the first month of life of their children, and to identify factors associated with this outcome.

This was a cross-sectional study nested within a cohort involving women who gave birth at two large-scale maternity services in the municipality of Porto Alegre, southern Brazil, one public and one private. The public maternity service is part of a general university hospital accredited by the Baby-Friendly Hospital Initiative. The private maternity service is also located within a general hospital. Both are reference maternity hospitals for usual and high-risk pregnancies and have performed 3,725 (public hospital) and 4,182 (private hospital) deliveries in 2016, representing 26,1% of all deliveries in the municipality during this year (10).

Sample size was calculated using the Programs for Epidemiologists for Windows (WinPEPI) version 11.43. Based on data from Labarère et al. (7), a minimum sample size of 216 was calculated, considering a significance level of 5%, a power of 90%, an estimated prevalence of satisfaction with breastfeeding ranging from 88 to 96% and a minimum prevalence ratio (PR) of 1.25.

Women were selected about 24 hours after delivery. Mothers rooming in with their newborns, residing in the municipality of Porto Alegre, and who had initiated breastfeeding, were included. Newborns should be singletons and have been born at term, and should not have any problems that could interfere with breastfeeding, such as orofacial malformations or conditions that required mother-child separation. Women who lived in especially dangerous areas, where home visits had been restricted by health authorities for security reasons, were not included, as a measure to protect the research team.

Every day, from January to July 2016, two women were selected at the public maternity service and one at the private service, randomly drawn by lot, resulting in a sample that was similar to the Brazilian population regarding use of public/private health services. Following selection, the first contact was made with the mothers, and those who agreed to participate were requested to sign an informed consent form. Also at this first contact, a date was set for the interview, which should take place between 31 and 37 days of child's life, at the woman's home or a location of her choice, outside the hospital environment. The interviews lasted for approximately 60 minutes and were conducted by 10 previously trained interviewers. A questionnaire was used to obtain data on sociodemographic characteristics, the woman's health, last pregnancy, labor and peripartum, as well as some aspects of the first month of life of the newborn, e.g. type of feeding. Maternal satisfaction with breastfeeding was measured using the Maternal Breastfeeding Evaluation Scale (MBFES), adapted and validated for use in the Brazilian population (11). The adapted instrument contains 29 questions on positive and negative experiences and emotions related to breastfeeding, measured using a five-point Likert-type scale ranging from "totally disagree" (1 point) to "totally agree" (5 points); for negative experiences, the scoring system is inverted. Higher scores indicated higher levels of satisfaction.

In the first stage of the analysis, 37 variables were selected as possible explanatory variables of the outcome, namely: **maternal characteristics** (age, skin color, schooling, parity, working status when getting pregnant, alcohol use); family characteristics (socioeconomic level, living with partner, paternal schooling); pregnancy characteristics (planning, smoking during pregnancy); **prenatal care characteristics** (number of prenatal care visits, satisfaction with prenatal care); **labor and peripartum characteristics** (public or private hospital, maternal satisfaction with childbirth and rooming in, intended duration of breastfeeding and exclusive breastfeeding, postpartum complications [mother or newborn],

newborn's birth weight and sex, gestational age, type of delivery, skin-to-skin contact immediately after delivery, newborn put to the breast within first hour of life, breastfeeding support in delivery room, breastfeeding support provided by professionals, professional guidance on breastfeeding, rooming in, use of pacifier, use of infant formula, use of nipple shield; **characteristics of the first month** (use of pacifier, use of infant formula or other milk, difficulties with breastfeeding, professional breastfeeding support).

Statistical analyses were performed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 21.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Associations were estimated using Poisson regression with robust variance. A hierarchical regression model was developed based on Boccolini et al. (12), in which, variables were grouped into hierarchically organized blocks according to their temporal proximity with the outcome (13). Therefore, the variables were distributed into four different blocks or levels: (1) distal, including sociodemographic, maternal, and family characteristics; (2) distal intermediate, including pregnancy characteristics; (3) proximal intermediate, including childbirth and peripartum characteristics; and (4) proximal, including variables related to the child's first month of life.

At first, analyses were conducted to examine the association between the outcome and each of the variables assessed in each block. Variables in the distal block reaching a significance level of $p < 0.20$ in the univariate analysis were subjected to Poisson multivariate regression (intra-block analysis). Subsequently, variables in the distal intermediate block that reached $p < 0.20$ in the univariate analyses were subjected to Poisson multivariate regression along with the distal block variables that reached $p < 0.10$ in the multivariate analysis; and so on. The model predicted that variables reaching $p < 0.10$ in the intra-block analysis should remain in the model until the end, as confounders, adjusting interactions between variables from the different blocks. The association between the different variables assessed and the

outcome was estimated using prevalence ratio (PR) and 95% confidence intervals (95%CI). Statistical significance was set at $p < 0.05$.

The level of maternal satisfaction with breastfeeding was categorized using as cutoff point the median score obtained with the MBFES. Women with scores equal to or above the median were considered to have higher levels of satisfaction, whereas those scoring below the median were considered to be less satisfied. Explanatory variables were categorized as dichotomous, except for maternal age and years of schooling. Birth weight was categorized according to the median obtained.

This project was approved by the ethics committees of the maternity hospitals involved.

Results

A total of 354 women were initially included; 287 completed the study – 194 from the public and 93 from the private maternity service.

Sample characteristics are shown in Table 1. Mean maternal age was 29 ± 6.6 years, ranging from 16 to 45 years; the 20-34 age group was the most prevalent one (69.3%). Most women (71%) had completed at least secondary education (11 years or more of schooling) and belonged to socioeconomic level B according to the classification (14) (41.4%). The sample was homogeneous in terms of type of delivery and parity.

The prevalence of children leaving the maternity hospital in exclusive breastfeeding was 81.9% and at the end of the first month, 61.7%; and the prevalence of any breastfeeding in these time points were 98,3% and 95,8%, respectively. MBFES scores in the first month postpartum ranged from 63 to 145, with a median of 124 and a mean score of 120 ± 14 .

Table 1 also presents the results of the univariate analysis of the variables selected for inclusion in the multivariate model ($p < 0.2$).

Figure 1 shows the hierarchical model used for the multivariate analysis and Table 2 the results of this analysis. At the distal level, women with brown (*pardo*) and black skin color (PR 1.33, 95%CI 1.05-1.69) and those who lived with partner (PR 1.75, 95%CI 1.05-2.94) showed higher levels of satisfaction with breastfeeding. At the distal intermediate level, the only variable included in the model was not associated with the outcome. At the proximal intermediate level, women who planned to breastfeed for 12 months or more were more satisfied (PR 1.48, 95%CI 1.02-2.17). Finally, at the proximal level, women who did not report low milk supply or cracked nipples showed higher satisfaction (PR 1.47, 95%CI 1.03-2.10; and PR 1.29, 95%CI 1.01-1.65, respectively).

Discussion

The present study revealed a high level of maternal satisfaction with breastfeeding in the first month postpartum, considering that the median MBFES score obtained (124 points) was close to the maximum score (145 points). In a study conducted in Australia, the mean scores obtained with the MBFES for maternal satisfaction with breastfeeding were 116 at 15 days postpartum, 117 at 45 days, and 120 at 3 months. The authors did not inform median scores, but did inform terciles: < 110 , 110-126, and > 126 (5). Taking into consideration that the instrument validated for the Brazilian population had one less item compared to the original instrument, reducing the maximum score by 5 points, it is possible to conclude that, overall, the levels of maternal satisfaction with breastfeeding were higher in our sample when compared to the Australian study, as our median was closer to the cutoff point adopted for the highest satisfaction tercile in that sample. In France, another study found percentages of women highly satisfied and satisfied with breastfeeding at 6 months ranging

from 88 to 96%, depending on the maternity service analyzed. However, those authors did not use an instrument to measure satisfaction; rather, the outcome was assessed using one single question inquiring about the level of maternal satisfaction with the breastfeeding experience; response options were very unsatisfactory, unsatisfactory, satisfactory, and very satisfactory (7). A similarly simple approach to the measurement of maternal satisfaction with breastfeeding at 6 months was also recently adopted in Norway, where the investigators found high levels of satisfaction in over 75% of the women assessed (6).

This study identified five variables that showed significant association with higher satisfaction levels with breastfeeding: women's brown/black skin color, living with partner, having planned to breastfeed for at least 12 months, not reporting low milk supply, and not reporting cracked nipples in the first month. It is important to highlight that these associations have not been described previously, except for the association between satisfaction and breastfeeding-related problems (4,5,7).

The variable most strongly associated with higher levels of maternal satisfaction with breastfeeding in this study was living with partner. Women who lived with their partners, which comprised the majority of the sample, showed a 75% higher prevalence of increased satisfaction, defined in this study as having a score equal to or above the median MBFES score. It is known that having a support network is a determining factor for the breastfeeding experience to be considered positive by the mother (15). In this sense, the presence of the partner may be a positive aspect, probably with the role of reassuring the mother and providing support to the different demands that emerge as the child is born, making the experience more pleasurable for the mother. Indeed, several studies have demonstrated the importance of the partner for several breastfeeding-related outcomes, especially breastfeeding duration (15–18). Nevertheless, no study to date has specifically assessed the influence of the father or partner on maternal satisfaction with breastfeeding.

Women with brown and black skin color showed a higher prevalence of increased satisfaction with breastfeeding (PR 1.33). This result may be related to the fact that, in Brazil, black and brown-skinned women breastfeed for longer than white-skinned ones – median of 14.6 months vs. 10.1 months, respectively (19). This result was confirmed in the most recent Brazilian nation-wide survey – infants with black skin color aged 6 to 24 months presented the highest rates of breastfeeding (20). The differences of behavior among races are usually attributed to customs, norms and social traditions (21) as well as income (22) and social relations (23).

Another variable associated with higher levels of satisfaction was the intended duration of breastfeeding. Women who reported wanting to breastfeed for at least 12 months showed a higher prevalence of increased satisfaction. These women probably gave more value to breastfeeding and were more informed and aware of the importance of this practice. It is possible that the women who intended to breastfeed for shorter periods, despite the universal recommendation to breastfeed for 2 years or more (24), for some reason did not have the same willingness to breastfeed as those who planned to breastfeed for longer, which may have effects on their satisfaction levels. Our study is the first to describe this association. However, Labarère et al., in France, had already found an association between higher levels of satisfaction with breastfeeding at 6 months and agreement between intended and actual breastfeeding duration (7).

Women who did not report low milk supply or cracked nipples in the first month showed higher levels of satisfaction with breastfeeding in our study. The association between breastfeeding problems and satisfaction with breastfeeding had been described previously (4,5,7). Labarère et al. study, found that facing any breastfeeding difficulty after discharge was independently associated with lower levels of satisfaction (7). Cooke et al., using MBFES in Australia, also observed that perceived low milk supply in the first 2 weeks postpartum was

negatively associated with satisfaction with breastfeeding, and that, at 6 weeks, breastfeeding problems reduced satisfaction levels significantly (5). In a Portuguese study, also using MBFES, women who did not have breastfeeding difficulties in the maternity ward reported higher levels of satisfaction; this association was highly significant at 3 months, but lost significance at 6 and 12 months (4). Therefore, not having breastfeeding-related problems, especially in the beginning, seems to favor positive feelings towards the breastfeeding experience. Conversely, an American study assessing a convenience sample of 30 first-time breastfeeding mothers reported that satisfaction with breastfeeding as measured by the MBFES one week after birth could be present regardless of the occurrence of breastfeeding problems or the quality of the experience (25).

The present study did not confirm associations reported previously between satisfaction with breastfeeding and maternal age (3), early skin-to-skin contact, encouraging breastfeeding on demand in the maternity ward (8), and receiving breastfeeding guidance in the maternity ward (4). The fact that, in our study, maternal satisfaction with breastfeeding was not related to maternal age, parity, socioeconomic level, type of delivery, breastfeeding promotion practices, or pacifier use deserves to be highlighted, as all these factors are described in the literature as associated with breastfeeding duration (12). This suggests that the determinants of breastfeeding duration do not seem to be the same as of breastfeeding satisfaction. It is also worth noting that the level of satisfaction of the women who were exclusively breastfeeding their children at 30 days of life was not different from that of women who were already offering infant formula at this time (since this variable did not fulfill the criterion to enter the multivariate analysis model), showing that satisfaction with breastfeeding does not seem to depend on compliance with the recommendation to exclusively breastfeed infants in the first months of life.

This is the first study to assess maternal satisfaction with breastfeeding in Brazil using

an instrument validated for this purpose. It is also the first to investigate possible determinants of this satisfaction, exploring a wide variety of factors. In addition to the innovative character of the study, another strength was the hierarchical multivariate analysis employed, which allowed to evaluate the interaction between variables within the same group, and to see how more distal variables could mediate the effects of variables in groups that are closer to the outcome.

On the other hand, a limitation of the study was the non-inclusion in the sample of women who resided in areas considered to be too dangerous for home visits; this may have affected the external validity of the study. As a result, the present findings can be generalized only to populations with a similar profile to the sample here assessed, especially because the breastfeeding process can be influenced by multiple factors (individual, environmental, emotional, sociocultural). It is expected that the level of satisfaction with breastfeeding and associated factors will vary across populations.

Conclusions

In conclusion, the present study showed that the factors associated with maternal satisfaction with breastfeeding in the first month postpartum in the population assessed included individual factors and maternal expectations, family constitution, as well as breastfeeding-related problems. These factors do not necessarily overlap with the determinants of breastfeeding duration, as several variables classically associated with breastfeeding duration did not show association with satisfaction. We believe that working to increase maternal satisfaction with breastfeeding should be a part of breastfeeding promotion strategies. Efforts in this direction should initiate during prenatal care, with special attention to the fact that women who plan to breastfeed for less than 12 months and who do not live with partner may tend to have lower levels of satisfaction, as here suggested. Also, prevention

of breastfeeding problems seems to be an important strategy to increase maternal satisfaction with breastfeeding. The assumption that a woman who is satisfied with breastfeeding may influence other women to adopt the same practice, makes this approach to satisfaction with breastfeeding even more relevant. Therefore, strategies to increase women's satisfaction with breastfeeding should be incorporated into programs of breastfeeding promotion.

Abbreviations

CI: confidence interval

MBFES: Maternal Breastfeeding Evaluation Scale

PR: prevalence ratio

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

WinPEPI: Programs for Epidemiologists for Windows

Declarations

Ethics approval and consent to participate

This project was approved by the ethics committees of the maternity hospitals involved (protocols in public hospital 1.288.088/2015 and in private hospital 1.204.288/2015). All participants signed an informed consent form.

Consent for publication

Not applicable.

Availability of data and material

The datasets used and analysed during the current study are available from the corresponding author on reasonable request.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Funding

This study received financial support from CNPq [Edital Universal 448186/2014-4]. Some authors received a post-graduate scholarship from CAPES. The funding sources did not have any participation in any stage of the investigation or article preparation or publication.

Authors' contributions

AFKS, CG and ERJG made substantial contributions to the conception and design of the work. AFKS, JA, AMBLB and ACMM participated in the acquisition of data and analysis. AFKS and ERJG made substantial contributions to the interpretation of data. All authors contributed for drafting the manuscript, revising it critically for important intellectual content, read and approved the final manuscript.

Acknowledgements

We are thankful to all women and their children who made this study feasible, to the hospitals involved in the study for the support provided during the conduction of this study, to the other members of the research team who participated in data collection, to the Graduate

Program in Child and Adolescent Health of Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), and to Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) and Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) for the financial support.

References

1. Riordan J, Woodley G, Heaton K. Testing validity and reliability of an instrument which measures maternal evaluation of breastfeeding. *J Hum Lact.* 1994;10(4):231–5.
2. Leff E, Jefferis S, Gagne M. The development of the Maternal Breastfeeding Evaluation Scale. *J Hum Lact.* 1994;10:105–11.
3. Sheehan A. A comparison of two methods of antenatal breast-feeding education. *Midwifery.* 1999;15:274–82.
4. Galvão PDMG. Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes. [Porto]: Universidade do Porto; 2002. [Thesis].
5. Cooke M, Sheehan A, Schmied V. A Description of the relationship between breastfeeding experiences, breastfeeding satisfaction, and weaning in the first 3 months after birth. *J Hum Lact.* 2003;19(2):145–56.
6. Bærug A, Langsrud Ø, Løland BF, Tuft E, Tylleskär T, Fretheim A. Original article effectiveness of baby-friendly community health services on exclusive breastfeeding and maternal satisfaction : a pragmatic trial. *Matern Child Nutr.* 2016;12:428–39.
7. Labarère J, Gelbert-Baudino N, Laborde L, Baudino F, Durand M, Schelstraete C, *et al.* Determinants of 6-month maternal satisfaction with breastfeeding experience in a multicenter prospective cohort study. *J Hum Lact.* 2012;28(2):203–10.

8. Hongo H, Nanishi K, Shibamura A, Jimba M. Is baby-friendly breastfeeding support in maternity hospitals associated with breastfeeding satisfaction among Japanese mothers? *Matern Child Health J.* 2015;19(6):1252–62.
9. Cordero M, Martin I, Rodriguez M, Villar N, Ruiz M, Perez A, *et al.* Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de Granada sobre atención al parto, acompañamiento y duración de la lactancia. *Nutr Hosp.* 2013;28(3):920–6.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Nascidos vivos - Rio Grande do Sul 2016. [Accessed 2 Aug 2019]. Available from: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvrs.def>>
11. Senna AFK, Giugliani C, Lago JCA, Bizon AMBL, Martins ACM, Oliveira CA V, *et al.* Validation of a tool to evaluate women's satisfaction with maternal breastfeeding for the Brazilian population. *J Pediatr (Rio J)* [Internet]. 2018. Available online from: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755718301062>>
12. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC. Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: A systematic review. *Rev Saude Publica.* 2015;49(91):1–16.
13. Victora C, Huttly S, Fuchs S, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *International J Epidemiol* 1997;26(1):224–227.
14. ABEP. Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016 [Internet]. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. ABEP; 2015. [Accessed 4 Aug 2015]. Available from: <<http://www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=12>>
15. Müller FS, Silva IA. Social representations about support for breastfeeding in a group of breastfeeding women. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2009;17(5):651–7.

16. Gibson-Davis C, Brooks-Gunn J. The association of couples' relationship status and quality with breastfeeding initiation. *J Marriage Fam.* 2007; 69:1107–17.
17. Pereira RSV, Oliveira MIC de, Andrade CLT de, Brito A dos S. Factors associated with exclusive breastfeeding: the role of primary health care. *Cad Saude Publica.* 2010;26(12):2343–54.
18. Mahesh PKB, Gunathunga WM, Arnold SM, Jayasinghe C, Pathirana S, Makarim MF, *et al.* Effectiveness of targeting fathers for breastfeeding promotion: systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2018;18(1140):1–14.
19. Brasil. Ministerio da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança. [Internet]. Brasília: Editora MS; 2009. 302 p. Available from: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>
20. Flores TR, Nunes BP, Neves RG, Wendt AT, Costa C dos S, Wehrmeister FC, *et al.* Consumo de leite materno e fatores associados em crianças menores de dois anos: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cad Saude Publica.* 2017;33(11):1–15.
21. Oliveira Muniz J. Sobre o uso da variável raça-cor em estudos quantitativos. *Rev Sociol Polít.* 2010;18(36):277–91.
22. Cavalieri CH, Fernandes R. Diferenciais de salário por gênero e cor: uma comparacao entre as regioes metropolitanas brasileiras. *Rev Econ Polit.* 1998;18(1 (69)):158–75.
23. IBGE. Características Étnico-raciais da População. Classificação e identidades [Internet]. Rio de Janeiro; 2013. 208 p. Available from: <<http://servicodados.ibge.gov.br/Download/Download.ashx?http=1&u=biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49891.pdf>>
24. World Health Organization. Infant and young child feeding: model chapter for

textbooks for medical students and allied health professionals [Internet]. World Health Organization. 2009. 1-102 p. Available from: <[http://dx.doi.org/10.1659/0276-4741\(2004\)024\[0019:MDFR\]2.0.CO;2](http://dx.doi.org/10.1659/0276-4741(2004)024[0019:MDFR]2.0.CO;2)>

25. Schlomer J, Kemmerer J, Twiss J. Evaluating the association of two breastfeeding assessment tools with breastfeeding problems and breastfeeding satisfaction. *J Hum Lact.* 1999;15(1):35–9.

Tables and Figure

Table 1. Results of univariate Poisson regression analysis for variables selected for inclusion in the multivariate model

Variables	Total (n=287)		Higher satisfaction levels		PR (95%CI)	p
	n	%	n	%		
Distal block						
Age (years)*						0.168
Mean (SD)	29.08	(6.60)			0.99 (0.97-1.00)	
Skin color						0.011
Brown (<i>pardo</i>)/black	71	24.7	45	63.4	1.34 (1.07-1.68)	
White	216	75.3	102	47.2	1	
Socioeconomic level[†]						0.024
A	45	15.8	15	33.3	0.61 (0.40-0.94)	
B/C/D/E	240	84.2	131	54.6	1	
Years of schooling – father's child*^b						0.017
Mean (SD)	12.55	(4.23)			0.96 (0.94-0.99)	
Living with partner						0.021
Yes	248	86.4	135	54.4	1.77 (1.09-2.87)	
No	39	13.6	12	30.8	1	
Distal intermediate block						
Planned pregnancy						0.096
Yes	154	53.7	86	55.8	1.22 (0.96-1.35)	
No	133	46.3	61	45.9	1	
Proximal intermediate block						
Type of maternity service						0.109
Public	194	67.6	106	54.6	1.24 (0.95-1.61)	
Private	93	32.4	41	44.1	1	
Type of delivery						0.043
Vaginal	149	51.9	85	57.0	1.27 (1.01-1.60)	
Cesarean section	138	48.1	62	44.9	1	
Breastfeeding support in delivery room^c						0.152
Yes	136	47.9	75	55.1	1.18 (0.94-1.49)	
No	148	52.1	69	46.6	1	
Baby put to breast within first hour of life^c						0.072
Yes	189	66.5	104	55.0	1.27 (0.98-1.66)	
No	95	33.5	41	43.2	1	
Breastfeeding support while rooming in^d						0.076
Yes	255	89.5	136	53.3	1.60 (0.95-2.69)	
No	30	10.5	10	33.3	1	
Use of formula at maternity service^e						0.051
Yes	94	33.0	40	42.6	0.77 (0.59-1.00)	
No	191	67.0	106	55.5	1	
Use of nipple shield at maternity service						0.049
Yes	36	12.5	12	33.3	0.62 (0.38-0.99)	
No	251	87.5	135	53.8	1	
Intended breastfeeding duration^f						0.024
≥ 12 months	192	78.0	105	54.7	1.55 (1.06-2.28)	
< 12 months	54	22.0	19	35.2	1	
Birth weight (g)						0.142
≤ 3280	144	50.2	80	55.6	0.84 (0.67-1.06)	
> 3280	143	49.8	67	46.9	1	

Proximal block	n	%	n	%		
Low milk supply**						<0.001
No	203	70.7	120	59.1	1.84 (1.32-2.56)	
Yes	84	29.3	27	32.1	1	
Pain while breastfeeding**						0.020
No	105	36.6	63	60.0	1.30 (1.04-1.62)	
Yes	182	63.4	84	46.2	1	
Nipple crack**						0.019
No	152	53.0	88	57.9	1.32 (1.05-1.67)	
Yes	135	47.0	59	43.7	1	
Difficulty latching on**						0.020
No	224	78.0	125	55.8	1.30 (1.04-1.62)	
Yes	63	22.0	22	34.9	1	
Nipple anatomy problems**						0.010
No	228	79.4	126	55.3	1.60 (1.12-2.28)	
Yes	59	20.6	21	35.6	1	
Breast milk oversupply**						0.155
No	129	44.9	60	46.5	0.84 (0.67-1.06)	
Yes	158	29.3	87	55.1	1	
Use of formula or other milk at 30 days						<0.001
No	193	70.2	119	61.7	1.94 (1.42-2.65)	
Yes	82	29.8	27	32.9	1	
Use of pacifier at 30 days						0.007
No	88	30.7	55	62.5	1.35 (1.08-1.68)	
Yes	199	69.3	92	46.2	1	

^a Social classes (A, B1, B2, C1, C2, D-E) according to ABEP, 2015¹⁴. Missing values: 2.

^b Missing values: 16.

^c Missing values: 3.

^d 41 did not know.

^e Variables continuous.

^{**} All difficulties with breastfeeding were reported at the interview.

PR: prevalence ratio; 95%CI: 95% confidence interval; SD: standard deviation.

No	0.99 (0.78-1.26)	
Yes	1	
Nipple crack^b		0.043
No	1.29 (1.01-1.65)	
Yes	1	
Difficulty latching on^b		0.105
No	1.37 (0.94-2.02)	
Yes	1	
Nipple anatomy problems^b		0.383
No	1.17 (0.82-1.65)	
Yes	1	
Breast milk oversupply^b		0.436
No	1.10 (0.87-1.38)	
Yes	1	
Use of formula or other milk at 30 days		0.163
No	0.77 (0.54-1.11)	
Yes	1	
Use of pacifier at 30 days		0.819
No	0.97 (0.77-1.23)	
Yes	1	

n=270.

**n=287.

***n=240.

****n=246.

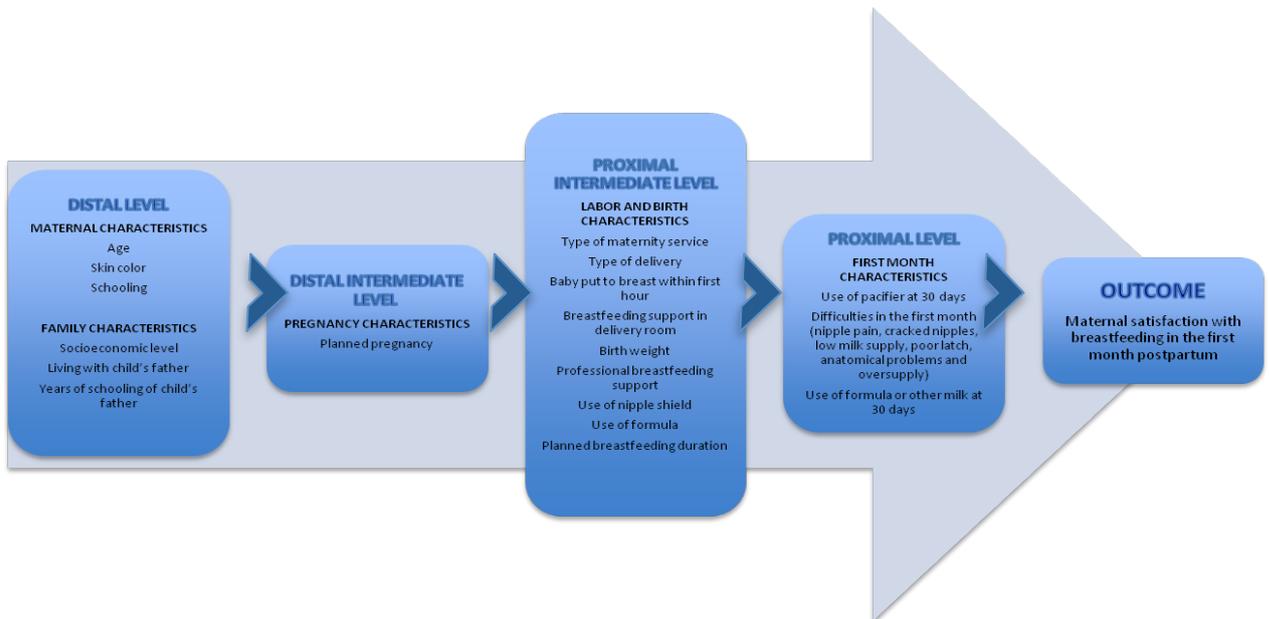
^a Variables analyzed as continuous.

^b All difficulties with breastfeeding were reported at the interview.

PRa: adjusted prevalence ratio; 95%CI: 95% confidence interval; SD: standard deviation.

Women with higher levels of satisfaction: MBFES score \geq median (124).

Figure 1. Hierarchical theoretical model for the analysis of factors associated with maternal satisfaction with breastfeeding in the first month



ARTIGO 2: VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DA MULHER COM A AMAMENTAÇÃO PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

Título curto: Validação de instrumento de satisfação com o AM

Andrea Francis Kroll de Senna, Juliana Avilla, Agnes Leira Bizon, Ana Claudia Magnus Martins, Janini Cristina Paiz, Ceres Andréia Vieira de Oliveira, Camila Giugliani, Elsa Regina Justo Giugliani

Resumo

Objetivo: Realizar a validação de constructo e avaliar a consistência interna do instrumento Maternal Breastfeeding Evaluation Scale (MBFES), visando à sua aplicação na população brasileira.

Métodos: Estudo transversal com aplicação do instrumento a 287 mulheres brasileiras após 30 dias do nascimento da criança. Para a análise fatorial utilizou-se a análise de componentes principais com rotação varimax, verificando o número de subescalas e a manutenção ou extração dos componentes. Para a validação de constructo quatro hipóteses foram testadas pelo teste T-student não pareado. A análise de confiabilidade foi realizada utilizando o coeficiente de alfa de Cronbach.

Resultados: A análise fatorial exploratória identificou a necessidade de exclusão de um item e a reformulação das subescalas. Os resultados da validade de constructo mostraram que todas as hipóteses propostas foram confirmadas: as mulheres que estavam amamentando, as que estavam em amamentação exclusiva, as que não apresentavam problemas relacionados à amamentação e aquelas com intenção de amamentar por pelo menos 12 meses apresentaram valores médios significativamente superiores na escala. O instrumento apresentou consistência interna adequada (alfa de Cronbach = 0,88; IC 95%: 0,86-0,90), assim como as

subescalas prazer e realização do papel materno (0,92; IC 95%: 0,91-0,93), crescimento, desenvolvimento e satisfação infantil (0,70; IC 95%: 0,65-0,75) e aspectos físico, social e emocional materno (0,75; IC 95%: 0,70-0,79).

Conclusões: O processo de validação do instrumento MBFES/BRASIL constatou que ele é válido e confiável para ser aplicado à população brasileira.

Descritores: Questionários. Estudos de Validação. Satisfação. Aleitamento Materno. MBFES.

Introdução

É amplamente conhecido o impacto da amamentação na saúde da criança: proteção contra infecções respiratórias, diarreias, má oclusão dental, melhor desenvolvimento cognitivo e diminuição das chances de excesso de peso e diabetes no futuro.¹ Além disso, protege as mulheres contra câncer de mama e ovário e diabetes tipo 2, inclusive amplia o intervalo entre partos.^{1,2}

A Organização Mundial da Saúde recomenda aleitamento materno exclusivo (AME) nos 6 primeiros meses e complementado até os 2 anos ou mais.³ Apesar disso, são baixas as prevalências de aleitamento materno (AM) no mundo e, em especial, no Brasil. A última pesquisa nacional estimou que apenas 37% das crianças menores de 6 meses são amamentadas exclusivamente, 45% entre 12 e 15 meses e 32% entre 20 e 23 meses.⁴

Nos últimos anos, a ênfase tem sido atribuída à duração da amamentação como indicador de sucesso dessa prática. No entanto, o sucesso na amamentação para muitas mães não está relacionado apenas à sua duração, mas também com satisfação mútua das necessidades maternas e do bebê, gerando fortalecimento do vínculo entre eles e aumento da confiança materna, com impacto direto na duração.^{5,6,7,8}

São raros estudos dedicados à pesquisa do grau de satisfação das mulheres com a amamentação e pouco se sabe sobre seus determinantes. A satisfação materna com a

amamentação tem se mostrado elevada, mais de 75% das puérperas apresentam-se satisfeitas em vários momentos da amamentação e em diferentes países.^{7,9,10} Em estudos recentes, contato pele a pele precoce, incentivo à livre demanda na maternidade,¹¹ problemas na amamentação,⁶ duração esperada e efetivamente praticada¹⁰ e autoestima materna⁷ têm sido relacionados à satisfação.

Atualmente, conforme o conhecimento dos autores, existe disponível na literatura apenas um instrumento para avaliar a percepção materna de sucesso na amamentação, o Maternal Breastfeeding Evaluation Scale (MBFES), proposto por Leff, Jefferis e Gagne, em 1994.⁵ O instrumento foi publicado em inglês e validado nos EUA,^{5,12,13} também utilizado no Canadá,^{14,15} Austrália^{6,8,16} e Escócia.¹⁷ Foi traduzido e validado no Japão,^{18,19} Portugal^{7,20,21} e Espanha.²² Até o momento, não há registro de validação desse instrumento para a população brasileira, limitando seu uso no Brasil.²³ Partindo do pressuposto de que a satisfação da mulher com a amamentação é muito importante para o seu sucesso, muito embora pouco estudada, o presente estudo tem como objetivo realizar a validação de constructo e avaliar a consistência interna do instrumento, visando à sua aplicação na população brasileira, viabilizando, assim, pesquisas que identifiquem o nível de satisfação das mulheres brasileiras, assim como seus determinantes.

Métodos

Estudo transversal realizado com mulheres que tiveram partos em maternidades de Porto Alegre (Brasil), de janeiro a agosto de 2016. Uma das instituições, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), é um hospital escola que atende, em quase sua totalidade, usuários do Sistema Único de Saúde. A outra, o Hospital Moinhos de Vento (HMV), é um hospital privado. Ambas referências para atendimento de gestações de risco habitual e de alto risco.

Foi selecionada uma amostra aleatória simples nas maternidades, incluindo mulheres que tiveram recém-nascidos vivos, únicos, com idade gestacional ≥ 37 semanas, residentes em Porto Alegre e que tivessem iniciado o AM. Diariamente, foram sorteadas no alojamento conjunto uma puérpera na maternidade privada e duas na pública, entre as elegíveis, cerca de 24 h após o parto. Um primeiro contato era feito na maternidade para obtenção do consentimento esclarecido e agendamento de entrevista após a criança completar 30 dias, em seu domicílio ou outro local de sua preferência. Alguns dados foram obtidos dos prontuários.

Excluíram-se as duplas com complicações obstétricas e/ou neonatais graves que resultassem em óbito ou internação em Unidade de Terapia, e as que apresentassem problemas de saúde que interferissem significativamente na amamentação, como doenças metabólicas ou malformações.

O instrumento foi autoaplicado pelas mulheres durante as visitas realizadas por entrevistadoras treinadas, entre 30 e 37 dias após o nascimento, juntamente com questionário contendo questões sociodemográficas, da gestação, parto e puerpério, e da alimentação da criança nos primeiros 30 dias.

O cálculo do tamanho da amostra para o processo de validação seguiu a recomendação que estipula a necessidade de sete pessoas para cada questão a ser validada.²⁴ Assim, estimou-se uma amostra mínima de 210 mulheres.

Versão Original do MBFES

O MBFES é um instrumento autoaplicável desenvolvido para medir a autopercepção da mulher quanto à satisfação com a amamentação. Essa escala inclui itens sobre experiências e emoções positivas e negativas relacionadas à amamentação e é composta por 30 itens autorreferidos do tipo Likert, variando de “discordo totalmente” (1 ponto) a “concordo totalmente” (5 pontos). Entre os itens, 19 são afirmativas positivas pontuadas como

mencionado; e 11 são afirmações negativas, com pontuação inversa (item 3, 5, 8, 13, 14, 15, 19, 22, 27, 28 e 29). Apresenta três dimensões: satisfação e crescimento infantil (3, 4, 7, 10, 15, 19, 24 e 28); estilo de vida e imagem corporal materna (5, 8, 13, 14, 22, 26, 27 e 29); e prazer e realização do papel materno (1, 2, 6, 9, 11, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 23, 25 e 30).^{5,12} O escore total varia de 30 a 150 pontos, onde índices mais elevados indicam avaliação positiva com a experiência de amamentação, expressando maior satisfação. O MBFES tem demonstrado boa validade e confiabilidade.^{5,12}

Processo de validação

O processo de validação da versão brasileira do MBFES foi precedido da autorização de sua principal elaboradora, Ellen W. Leff.⁵ Para esse processo utilizamos a versão traduzida e validada para o português em Portugal.^{7,20}

A etapa seguinte compreendeu aplicação do instrumento disponível em português para as mulheres um mês após o parto. No decorrer da aplicação, as pesquisadoras ficaram disponíveis para esclarecimentos de dúvidas, caso surgissem, sem interferir na resposta. Apresentaram dúvidas os termos: “fardo”, “avidamente”, “êxtase” e “vaca”, sendo usados como sinônimos na explicação as palavras “pesado”, “com muita vontade”, “realização” e “animal que produz leite”, respectivamente.

Análise dos dados

Foram realizadas análises descritivas dos dados caracterizando a amostra segundo características sociodemográficas²⁵, relacionadas ao parto e à amamentação (média e desvio padrão para escores do MBFES e, frequências absolutas e relativas para demais variáveis). Os testes Kaiser-Mayer-Olkin e de esfericidade de Bartlett foram feitos para avaliar adequação da amostragem para a realização de análise fatorial.

Como parte dos testes de validação, foi realizada a análise fatorial exploratória dos itens, por meio da análise de componentes principais com rotação varimax, para verificação do número de subescalas e manutenção ou extração dos componentes. Permaneceram no instrumento apenas itens com valores superiores a 0,4.²⁶

A validação de constructo informa se as pontuações do instrumento concordam com outras medidas consistentes com hipóteses teóricas conhecidas para o tema de interesse.^{24,27} Essa validação avaliou associações entre pontuação no MBFES e padrão da amamentação, desmame, intenção quanto à duração da amamentação e problemas relacionados à amamentação no primeiro mês. Para isso, foi utilizado o teste T-student não pareado para quatro hipóteses: (1) as mulheres que estavam amamentando exclusivamente no primeiro mês teriam maiores pontuações no MBFES que as mulheres que estavam amamentando parcialmente; (2) as mulheres que estavam amamentando no primeiro mês teriam maiores pontuações que as mulheres que não estavam amamentando; (3) as mulheres com intenção de amamentar por mais tempo (≥ 12 meses) teriam maiores pontuações que as com intenção de amamentar por menos tempo (<12 meses); (4) as mulheres que não apresentaram problemas durante a amamentação no primeiro mês teriam maiores pontuações que as que apresentaram. Para a realização dessas análises considerou-se: AME quando a criança não consumia nenhum alimento diferente do leite materno, incluindo água, aos 30 dias; AM misto quando a criança recebia, além do leite materno, outro tipo de leite; e problemas na amamentação quando presente uma ou mais das seguintes situações no primeiro mês, ingurgitamento mamário, fissura mamilar, mastite, dificuldade de pega do bebê, pouco leite e problemas anatômicos de mamilos.

Para análise de confiabilidade, medida do grau em que os itens da escala (ou subescala) de um instrumento estão correlacionados medindo o mesmo conceito, foi utilizado o coeficiente alfa de Cronbach, que verifica a consistência interna do instrumento e dos

domínios.²⁴ Valores de alfa de Cronbach entre 0,70 e 0,95 são considerados indicativos de positividade para consistência interna.²⁴

As análises foram realizadas com o auxílio do software Statistical Package for Social Sciences versão 21.0 (IBM/SPSS, Chicago, EUA).

Aspectos éticos

Esta pesquisa se encontra em conformidade com normas de pesquisas com seres humanos²⁸ e foi submetida à análise pelos Comitês de Ética em Pesquisa do HCPA e HMV, tendo sido aprovada sob os pareceres 1.288.088 e 1.204.288, respectivamente, em 2015. A inclusão na pesquisa foi realizada mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por todas participantes.

Resultados

A amostra foi composta por 287 mulheres entre 16 e 45 anos, com média de 29±6,6 anos. Características sociodemográficas e relacionadas ao parto e à amamentação estão descritas na Tabela 1. A prevalência de AME e AM na alta da maternidade foi de 81,9% e 98,3%, respectivamente; e ao final do primeiro mês, 61,7% e 95,8%, respectivamente.

O valor da medida Kaiser-Mayer-Olkin para adequação da amostragem foi 0,91, acima do sugerido como o mínimo necessário para análise fatorial (0,60).²⁹ O resultado do teste de esfericidade de Bartlett foi χ^2 (df,435) = 4047,053; $p < 0,001$, indicando que a análise fatorial é apropriada. Essa análise mostrou a existência de seis domínios que explicam 58,8% da variabilidade do instrumento. Como essa subdivisão não havia implicação prática ou clínica, optou-se agrupar as subescalas por temáticas semelhantes, a exemplo do instrumento original, resultando na criação de três subescalas: prazer e realização do papel materno;

crescimento, desenvolvimento e satisfação infantil; e aspectos físico, social e emocional materno.

As novas subescalas ficaram bastante semelhantes às originais, diferindo apenas nas questões 15, 16, 25 e 27. A questão 15 “Enquanto amamenteei preocupei-me com o aumento de peso do meu bebê” mudou de subescala, provavelmente em função da expressão “preocupei-me” não ser um parâmetro objetivo de avaliação do ganho ponderal do bebê, e sim por representar um sentimento materno de preocupação em relação a esse ganho de peso, estando muito mais relacionada aos aspectos emocionais da mãe; assim, sendo incluída na nova subescala físico, emocional e social materno e não mais na satisfação e crescimento infantil. Os itens 16 “A amamentação acalmava o meu bebê quando ele estava aborrecido ou chorava” e 25 “A amamentação fez com que o meu bebê se sentisse mais seguro”, que pertenciam à subescala prazer e realização do papel materno na versão original, mudaram de subescala, passando a fazer parte da subescala crescimento, desenvolvimento e satisfação infantil, pois “acalmava o meu bebê” e “sentisse mais seguro” são expressões relacionadas à satisfação do bebê e não a aspectos referentes ao prazer materno. A questão 27 do instrumento “A amamentação fez-me sentir como se fosse uma vaca” apresentou uma carga fatorial de 0,28, abaixo do aceitável, sendo excluída do instrumento brasileiro (Tabela 2). Assim, na versão brasileira, a Escala de Avaliação Materna da Amamentação – MBFES/BRASIL (Anexo 1) – resultou em 29 itens, com alguns deles apresentando explicações dos termos que geraram dúvidas durante a aplicação (5, 7 e 17). Os novos valores do MBFES/BRASIL são apresentados na Tabela 3.

Os resultados da validade de constructo mostraram que as hipóteses foram confirmadas: apresentaram maiores pontuações no MBFES as mulheres que estavam amamentando seus bebês exclusivamente no primeiro mês, as que estavam amamentando no

primeiro mês, as com intenção de amamentar por mais tempo, e as que não apresentaram problemas durante a amamentação no primeiro mês (Tabela 4).

A consistência interna do MBFES/BRASIL foi elevada, com um *alfa* de *Cronbach* de 0,88 (IC 95%: 0,86-0,90). As subescalas apresentaram valores aceitáveis: 0,92 (IC 95%: 0,91-0,93) para a subescala prazer e realização do papel materno; 0,70 (IC 95%: 0,65-0,75) para aspectos físico, emocional e social materno; e 0,75 (IC 95%: 0,70-0,79) para crescimento, desenvolvimento e satisfação infantil.

Discussão

Os testes psicométricos para validação do MBFES para a população brasileira revelaram existência de subescalas semelhantes às originais. No entanto, para o MBFES/BRASIL foi necessário eliminar um item da escala validada em Portugal, resultando, então, em 29 dos 30 itens originais. A questão 27 “A amamentação fez-me sentir como se fosse uma vaca” foi excluída pela baixa carga fatorial. Isso provavelmente ocorreu por sentimentos diversos ao esperado pelo instrumento original (negativos) percebidos por algumas brasileiras em relação à palavra “vaca”. Algumas não interpretaram como pejorativa ou ofensiva, como sugerida pelas autoras,⁵ e sim como uma palavra que as qualificavam como boas produtoras de leite. Esse resultado corrobora a necessidade de validação do instrumento quando aplicado em países diferentes, embora compartilhando a mesma língua, mas não a mesma cultura.

Outra mudança que ocorreu no processo de validação do MBFES à população brasileira foi realocação de três itens (15, 16 e 25) nas subescalas. No entanto, essa troca não afeta a pontuação total.

Em um estudo de validação realizado no Japão, o instrumento original também sofreu algumas alterações no número de itens e nas subescalas, sendo excluídos 7 itens (3, 5, 13, 15,

19, 26 e 28 do original) e reconfiguradas novas combinações entre as subescalas, sendo que a satisfação materna foi a que menos sofreu alteração em ambos os estudos. Dessa forma, os pesquisadores japoneses também obtiveram 3 subescalas: satisfação materna, aspectos potencialmente negativos e benefícios percebidos para o bebê¹⁸, apesar de duas serem bastante diferentes do atual estudo. O maior número de exclusões na versão japonesa provavelmente ocorreu pela utilização de um valor maior da carga fatorial ($>0,5$) que o utilizado no presente estudo e pelas idealizadoras do instrumento ($>0,4$).^{5,18} A validação portuguesa não realizou análise fatorial.⁷

Na elaboração e validação do MBFES nos EUA, as pesquisadoras encontraram valores mais elevados de consistência interna na escala total ($\alpha = 0,93$ e $\alpha = 0,94$) e nos domínios: prazer e realização do papel materno ($\alpha = 0,93$ e $\alpha = 0,91$), satisfação e crescimento infantil ($\alpha = 0,88$ e $\alpha = 0,83$) e estilo de vida e imagem corporal materna ($\alpha = 0,80$ e $\alpha = 0,84$), respectivamente.^{5,12} Na validação japonesa a consistência interna do escore total do JMBFES foi aceitável ($\alpha = 0,91$), assim como nas subescalas ($\alpha = 0,91$; $\alpha = 0,77$ e $\alpha = 0,84$),¹⁸ sendo esses valores levemente superiores aos encontrados no presente estudo. Já no estudo português, Galvão (2002)⁷ manteve os itens originais e os valores de alfa de Cronbach foram 0,92 na escala total e 0,92, 0,76 e 0,76 nas subescalas, semelhante aos valores para a população brasileira (0,88, e 0,92, 0,75 e 0,70). Ainda em Portugal, a variação da consistência interna para a escala total também foi semelhante à encontrada no presente estudo (0,90 a 0,93, no estudo português, e 0,86 a 0,90, no presente estudo).²⁰ Nesse mesmo estudo, o alfa de Cronbach das subescalas teve variação de 0,87 a 0,92 (prazer e realização do papel materno), de 0,76 a 0,82 (estilo de vida e imagem corporal materna), e de 0,70 a 0,76 (satisfação e crescimento da criança), valores inferiores aos norte-americanos, mas semelhantes ao atual. Ramalho *et al.*, também em Portugal, encontraram valores levemente inferiores (0,89 a 0,90; e 0,65 a 0,75; 0,66 a 0,74; e 0,88 a 0,90) aos observados em outros estudos portugueses e no

presente estudo.^{7,20,21} Por fim, na validação do MBFES espanhol, que manteve os 30 itens, o alfa de Cronbach na escala total foi de 0,92, semelhante aos demais estudos.²² É importante frisar que, embora os valores de alfa de Cronbach do presente estudo sejam levemente inferiores aos de alguns estudos de validação em outros países, eles são considerados adequados, autorizando seu uso na população brasileira.

Uma vantagem do atual estudo foi o fato do instrumento ter sido aplicado em visita domiciliar, proporcionando alta taxa de retorno (100%), diferente do observado em outros estudos que o enviaram pelo correio, com taxa de retorno de 72% a 86%.^{5,6,12}

No presente estudo, a satisfação da mulher com a amamentação foi avaliada quando as crianças tinham 1 mês. Nos outros estudos de validação as crianças tinham de 3 a 5 meses.^{7,12,18,22} No entanto, o estudo que originou o instrumento não menciona a idade das crianças quando o instrumento foi aplicado⁵ e ele tem sido utilizado em diferentes momentos da amamentação, desde 2 semanas após o nascimento até 12 meses, sugerindo que o instrumento pode ser utilizado em diferentes idades.^{6,8,13-15,17,21}

A cultura em relação à amamentação nas duas populações é diferente, inclusive em relação a termos e expressões. A exemplo do que ocorreu em alguns países de língua inglesa, como na Austrália,^{6,8,16} Canadá^{14,15} e Escócia,¹⁷ a adaptação transcultural não foi realizada previamente, podendo ter sido uma limitação deste estudo. No processo de validação do instrumento para a população brasileira, por se tratar do mesmo idioma, optou-se aplicar o questionário na versão traduzida em Portugal para a língua portuguesa,⁷ sem alterações em sua estrutura, e esclarecer eventuais dúvidas durante a aplicação. Poucos termos suscitaram dúvidas, sendo acrescentadas explicações entre parênteses na versão final do MBFES/BRASIL. É importante ressaltar que não existe padronização para adaptação transcultural quando se utiliza um instrumento no mesmo idioma aplicado em outro país.³⁰ Além disso, o instrumento foi

previamente avaliado por especialistas em aleitamento materno, que opinaram não haver necessidade de modificação.

Segundo a recomendação de Terwee *et al.*²⁴ de 7 sujeitos para cada item do instrumento, o tamanho da amostra deste estudo (287) foi satisfatório. No entanto, outros autores, mais recentemente,²⁶ têm sugerido 10 sujeitos para cada item, o que exigiria 300 participantes. Esse déficit provavelmente não influenciou significativamente os resultados devido à sua pequena magnitude.

Concluindo, este estudo verificou que o MBFES/BRASIL para avaliação da satisfação materna com a amamentação é válido e confiável para ser aplicado à população brasileira. A validação e aplicação deste instrumento possibilitarão o conhecimento do nível de satisfação das mulheres brasileiras com a amamentação, permitindo, assim, que os profissionais de saúde planejem intervenções que aumentem esse grau de satisfação, atuando, conseqüentemente, de forma mais direcionada na promoção dessa prática. Além disso, a disponibilidade de um instrumento validado para a população brasileira amplia as possibilidades de estudos, ainda inexistentes, sobre os determinantes da satisfação da mulher com a amamentação e a sua relação com diversos desfechos, incluindo a duração dessa prática.

Agradecimentos

Agradecemos à autora do MBFES, Ellen Leff, por sua autorização para a validação do instrumento para a população brasileira. A Galvão e Graça pela versão em português. A todas as mães e bebês que tornaram este estudo possível, ao Hospital de Clínicas Porto Alegre e Hospital Moinhos de Vento pelo suporte na realização desta pesquisa, aos demais membros da equipe que participaram da coleta dos dados, e ao CAPES e CNPq pelo auxílio financeiro.

Conflitos de interesse: Nada a declarar.

Tabela 1. Características sociodemográficas e relacionadas ao parto e à amamentação da amostra, Porto Alegre, RS, Brasil, 2016 (n=287)

	N	%
Idade (20 – 34 anos)	199	69,3
Classe socioeconômica A e B*	163	57,2
Escolaridade (até ensino médio completo)	163	56,8
Cor da pele branca	216	75,3
Coabitação com companheiro	248	86,4
Parto na maternidade pública	194	67,6
Múltipara	145	50,5
Parto normal	149	51,9
AME aos 30 dias	177	61,7
AM aos 30 dias	275	95,8
Problemas com a amamentação durante o primeiro mês* *	252	87,8
Intenção de amamentar referida no primeiro mês	287	100
≥ 12 meses	192	66,9
<12 meses	54	18,8
Não souberam informar	41	14,3

* A definição de classes sociais (A, B1, B2, C1, C2 e D-E) foi feita utilizando o sistema de pontos adotado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) no Critério Brasil 2015, considerando a posse de itens de conforto, proveniência da água no domicílio, pavimentação da rua e escolaridade do chefe da família. Representando as classes A e B as famílias com melhor nível socioeconômico³⁰. Sendo que duas mulheres não informaram dados para classificação (missings).

** Presença de problemas na amamentação: quando a dupla mãe/bebê apresentou uma ou mais das seguintes situações durante o primeiro mês após o parto: ingurgitamento mamário, fissura mamilar, mastite, dificuldade de pega do bebê, pouco leite ou problemas anatômicos de mamilos.

Tabela 2. Novos domínios e valores da análise fatorial por componentes principais com rotação varimax do MBFES/BRASIL

Item	Prazer e realização do papel materno	Crescimento, desenvolvimento e satisfação infantil		Físico, emocional e social materno		
	Subescala 1	Subescala 2	Subescala 3	Subescala 4	Subescala 5	Subescala 6
1	0,74					
2	0,79					
3			0,68			
4			0,60			
5						0,67
6	0,76					
7		0,61				
8					0,58	
9	0,65					
10		0,50				
11	0,51					
12	0,79					
13						0,52
14				0,66		
15					0,69	
16		0,43				
17	0,55					
18	0,75					
19			0,57			
20	0,73					
21	0,80					
22				0,71		
23	0,64					
24		0,62				
25		0,55				
26				0,45		
27				(0,28)		
28			0,62			
29					0,48	
30	0,83					

Tabela 3. Características do instrumento MBFES/BRASIL

	Nº de itens	Variação da pontuação	Média (DP)	Mediana
Escore total MBFES/BRASIL	29	29 a 145	120,92±13,98	124
<i>Subescala:</i> Prazer e realização do papel materno	12	12 a 60	53,36±6,96	56
<i>Subescala:</i> Físico, emocional e social materno	8	8 a 40	28,21±5,77	29
<i>Subescala:</i> Crescimento, desenvolvimento e satisfação infantil	9	9 a 45	39,35±4,99	40

DP: desvio padrão

Tabela 4. Resultados dos testes de hipóteses para validade de constructo do MBFES/BRASIL

	n (%)	Média da pontuação (\pmDP)	p
Hipótese 1*	287		
Amamentação aos 30 dias			
Sim	275 (95,8)	121,75 \pm 12,92	0,011
Não	12 (4,2)	101,91 \pm 22,57	
Hipótese 2*	275		
Padrão da amamentação aos 30 dias			
Exclusiva	177 (64,4)	124,44 \pm 11,50	<0,001
Parcial	98 (35,6)	116,90 \pm 13,95	
Hipótese 3*	287		
Problemas com a amamentação no primeiro mês			
Não	51 (17,8)	126,88 \pm 9,52	<0,001
Sim	236 (82,2)	119,63 \pm 14,46	
Hipótese 4*	287		
Intenção quanto à duração da amamentação			
\geq 12 meses	192 (66,9)	125,30 \pm 13,67	0,002
<12 meses	54 (18,8)	117,29 \pm 16,31	

* Hipóteses testadas através do teste T-*student*.

DP: desvio padrão

ANEXO A – MBFES/BRASIL

Escala de Avaliação Materna da Amamentação – MBFES/BRASIL*

Se já amamentou filhos anteriores, baseie as suas respostas na experiência mais recente/atual. Considere toda a experiência de amamentação e, por favor, responda a todas as perguntas. Indique se esta de acordo ou desacordo colocando um círculo na resposta que considerar mais adequada para a sua situação.

	Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
1. A amamentação deu-me satisfação interior	DT	D	SO	C	CT
2. A amamentação proporcionou-me momentos especiais com o meu bebê	DT	D	SO	C	CT
3. O meu bebê não tinha qualquer interesse em mamar	DT	D	SO	C	CT
4. O meu bebê adorou mamar	DT	D	SO	C	CT
5. Para mim foi um fardo (pesado) ser a principal fonte de alimentação do meu bebê	DT	D	SO	C	CT
6. Senti-me extremamente ligada ao meu bebê quando o amamentei	DT	D	SO	C	CT
7. O meu bebê mamava avidamente (com muita vontade)	DT	D	SO	C	CT
8. A amamentação foi fisicamente esgotante	DT	D	SO	C	CT
9. Para mim foi importante poder amamentar	DT	D	SO	C	CT
10. Durante a amamentação o crescimento do meu bebê foi excelente	DT	D	SO	C	CT
11. Eu e o meu bebê trabalhamos em conjunto para que a amamentação ocorresse calmamente	DT	D	SO	C	CT
12. A amamentação foi uma experiência muito afetiva e maternal	DT	D	SO	C	CT
13. Enquanto amamentei senti constrangimento em relação ao meu corpo	DT	D	SO	C	CT
14. Enquanto amamentei senti-me demasiadamente presa todo o tempo	DT	D	SO	C	CT
15. Enquanto amamentei preocupei-me com o aumento de peso do meu bebê	DT	D	SO	C	CT
16. A amamentação acalmava o meu bebê quando ele estava aborrecido ou chorava	DT	D	SO	C	CT
17. A amamentação era como uma espécie de êxtase (realização)	DT	D	SO	C	CT
18. O fato de poder produzir alimento para alimentar o meu bebê foi muito gratificante	DT	D	SO	C	CT
19. No princípio o meu bebê teve problemas com a amamentação	DT	D	SO	C	CT
20. A amamentação fez-me sentir uma boa mãe	DT	D	SO	C	CT
21. Gostei muito de amamentar	DT	D	SO	C	CT
22. Enquanto amamentei ansiava por retomar a minha forma física	DT	D	SO	C	CT
23. A amamentação fez-me sentir mais confiante como mãe	DT	D	SO	C	CT
24. O meu bebê desenvolveu-se muito bem com a amamentação	DT	D	SO	C	CT
25. A amamentação fez com que o meu bebê se sentisse mais seguro	DT	D	SO	C	CT
26. Pude ajustar facilmente a amamentação do meu bebê com as minhas outras atividades	DT	D	SO	C	CT
27. O meu bebê não relaxava enquanto mamava	DT	D	SO	C	CT
28. A amamentação foi emocionalmente desgastante	DT	D	SO	C	CT
29. A amamentação foi uma sensação maravilhosa para mim	DT	D	SO	C	CT

* Andrea F K de Senna, Camila Giugliani, Juliana C Avilla, Agnes M B L Bizon, Ana C M Martins, Ceres A V de Oliveira, Elsa R J Giugliani. Para permissão do uso deste instrumento entre em contato com Andrea Kroll de Senna.

REFERÊNCIAS

1. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, Franca GV, Horton S, Krasevec J, *et al.* Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475-90.
2. Chowdhury R, Sinhá B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, *et al.* Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Pædiatr*. 2015;104:96-113.
3. World Health Organization. Infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization; 2009.
4. Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Venâncio SI, Giugliani ERJ. Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. *Rev Saúde Pública*. 2017;51(108):1-9.
5. Leff WE, Jefferis SC, Gagne MP. The Development of the Breastfeeding Evolution Scale. *J Hum Lact*. 1994;10(2):105-11.
6. Cooke M, Sheehan A, Schmied V. A description of the relationship between breastfeeding experiences, breastfeeding satisfaction, and weaning in the first 3 months after birth. *J Hum Lact*. 2003;19(2):145-56.
7. Galvão DMPG. Amamentação bem-sucedida: alguns fatores determinantes. [Tese] Porto, Portugal: Universidade do Porto; 2002. 425p.
8. Sheehan A. A comparison of two methods of antenatal breastfeeding education. *Midwifery*. 1999;15(4):274-82.

9. Bærug A, Langsrud O, Løland BF, Tufte E, Tylleskär T, Fretheim A. Effectiveness of Baby-friendly community health services on exclusive breastfeeding and maternal satisfaction: a pragmatic trial. *Matern Child Nutrition*. 2016;12:428-39.
10. Labarère J, Gelbert-Baudino N, Laborde L, Baudino F, Durand M, Schelstraete C, *et al*. Determinants of 6-month maternal satisfaction with breastfeeding experience in a multicenter prospective cohort study. *J Hum Lact*. 2012;28(2):203-10.
11. Hongo H, Nanishi K, Shibamura A, Jimba M. Is baby-friendly breastfeeding support in maternity hospitals associated with breastfeeding satisfaction among Japanese mothers? *Matern Child Health J*. 2015;19(6):1252-62.
12. Riordan J, Woodley G, Heaton K. Testing validity and reliability of an instrument which measures maternal evaluation of breastfeeding. *J Hum Lact*. 1994;10(4):231-5.
13. Schlomer JA, Jacque K, Twiss JJ. Evaluating the association of two breastfeeding assessment tools with breastfeeding problems and breastfeeding satisfaction. *J Hum Lact*. 1999;15:35-9.
14. Dennis CL, Hodnett E, Gallop R, Chalmers B. The effect of peer support on breastfeeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial. *CMAJ*. 2002;166(1):21-8.
15. Semenic S, Loiselle C, Gottlieb L. Predictors of the duration of exclusive breastfeeding among first-time mothers. *Res Nurs Health*. 2008;31(5):428-41.
16. Cooke M, Schmied V, Sheehan A. An exploration of the relationship between postnatal distress and maternal role attainment, breast feeding problems and breast feeding cessation in Australia. *Midwifery*. 2007;23(1):66-76.

17. Hoddinott P, Britten J, Prescott GJ, Tappin D, Ludbrook A, Godden DJ. Effectiveness of policy to provide breastfeeding groups (BIG) for pregnant and breastfeeding mothers in primary care: cluster randomized controlled trial. *Br Med J*. 2009;338:a3026.
18. Hongo H, Green J, Otsuka K, Jimba M. Development and psychometric testing of the Japanese version of the Maternal Breastfeeding Evaluation Scale. *J Hum Lact*. 2013;29(4):611-9.
19. Hongo H, Green J, Nanishi K, Jimba M. Development of the revised Japanese Maternal Breastfeeding Evaluation Scale, short version. *Asia Pac J Clin Nutr* 2017;26(3):392-5.
20. Graça LCC. Contributos da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno: Um estudo quasi-experimental. [Tese] Lisboa, Portugal: Universidade de Lisboa; 2010. 475p.
21. Ramalho SA, Castro FV, Galvão DG. Avaliação materna da amamentação às 48 horas pós-parto. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 2010;2(1):287-97.
22. Albero RMP. Adaptación de herramientas em el proceso de atención a la alimentación del lactante. [Tesis] Alicante, Espanha: Universidad de Alicante; 2015. 289p.
23. Sartório BT, Coca KP, Marcacine KO, Abuchaim ESV, Abrão ACFV. Instrumentos de avaliação do aleitamento materno e seu uso na prática clínica. *Rev Gaúcha Enfermagem*. 2017;38(1):e64675.
24. Terwee CB, Bot SDM, Boer MR, Windt DAWM, Knol DL, Dekker J, *et al*. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol*. 2007;60:34-42.

25. ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil 2015. [Cited 2015 May 11]. Available from: <http://www.abep.org/criteriobrasil.aspx>.
26. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. Análise multivariada de dados. 6. ed. Porto Alegre: Bookman; 2009. 688 p.
27. Monteiro GTR, da Hora HRM. Pesquisa em saúde pública: como desenvolver e validar instrumentos de coleta de dados. Curitiba: Appris; 2014. 110p.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos (Res. CNS 196/96 e outras). Brasília: MS; 2000. p 22-45.
29. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. New York: Harper Collins College Publisher; 1996. 996 p.
30. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. SPINE. 2000;25(24):3186–91.

ARTIGO 2 (VERSÃO EM INGLÊS)**VALIDATION OF A TOOL TO EVALUATE MATERNAL SATISFACTION WITH
BREASTFEEDING FOR THE BRAZILIAN POPULATION**

Andrea F. Kroll de Senna,^{a, □} Camila Giugliani,^b Juliana C.A. Lago,^a Agnes M.B.L. Bizon,^a
Ana C.M. Martins,^b Ceres A.V. Oliveira,^c Elsa R.J. Giugliani^{a, b}

^aUniversidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Porto Alegre, RS, Brazil

^bUniversidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, RS, Brazil

^cSociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), São Paulo, SP, Brazil

□Corresponding author. andreaafs@gmail.com

Please cite this article as: Senna AFK, Giugliani C, Lago JC, Bizon AM, Martins AC, Oliveira CA, *et al.* Validation of a tool to evaluate women's satisfaction with maternal breastfeeding for the Brazilian population. *J Pediatr.* 2018. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2018.08.008>

Abstract

Objective: To evaluate the construct validity and the internal consistency of the Maternal Breastfeeding Evaluation Scale tool, aiming at its application in the Brazilian population.

Methods: Cross-sectional study that applied the tool to 287 Brazilian women 30 days after childbirth. Main component analysis with varimax rotation was used for the factor analysis, verifying the number of subscales and the maintenance or extraction of the components. Four hypotheses were tested using the unpaired Student's *t*-test for construct validation. The reliability analysis was performed using Cronbach's alpha coefficient. **Results:** The exploratory factor analysis identified the need to exclude an item and to reformulate the subscales. The results of the construct validity showed that all hypotheses proposed were confirmed: women who were breastfeeding, those who were exclusively breastfeeding, those who did not have problems related to breastfeeding, and those who intended to breastfeed for at least 12 months achieved significantly higher mean values in the scale. The tool showed

adequate internal consistency (Cronbach's $\alpha = 0.88$, 95% CI: 0.86–0.90), as did the pleasure and fulfillment of the maternal role subscales (0.92, 95% CI: 0.91–0.93%); child growth, development, and satisfaction (0.70; 95% CI: 0.65–0.75); and maternal physical, social, and emotional aspects (0.75, 95% CI: 0.70–0.79). **Conclusions:** The validation process of the Brazilian version of the Maternal Breastfeeding Evaluation Scale tool showed that it is valid and reliable tool to be applied to the Brazilian population.

Keywords: Questionnaires; Validation studies; Satisfaction; Breastfeeding; Maternal Breastfeeding Evaluation Scale

Resumo

Objetivo: Realizar a validação de constructo e avaliar a consistência interna do instrumento Maternal Breastfeeding Evaluation Scale, visando à sua aplicação na população brasileira.

Métodos: Estudo transversal com aplicação do instrumento a 287 mulheres brasileiras após 30 dias do nascimento da criança. Para a análise fatorial utilizou-se a análise de componentes principais com rotação varimax, verificando o número de subescalas e a manutenção ou extração dos componentes. Para a validação de constructo quatro hipóteses foram testadas pelo teste T-student não pareado. A análise de confiabilidade foi realizada utilizando o coeficiente de alfa de Cronbach. **Resultados:** A análise fatorial exploratória identificou a necessidade de exclusão de um item e a reformulação das subescalas. Os resultados da validade de constructo mostraram que todas as hipóteses propostas foram confirmadas: as mulheres que estavam amamentando, as que estavam em amamentação exclusiva, as que não apresentavam problemas relacionados à amamentação e aquelas com intenção de amamentar por pelo menos 12 meses apresentaram valores médios significativamente superiores na escala. O instrumento apresentou consistência interna adequada (alfa de Cronbach = 0,88; IC95%: 0,86-0,90), assim como as subescalas prazer e realização do papel materno (0,92; IC95%: 0,91-0,93), crescimento, desenvolvimento e satisfação infantil (0,70; IC95%: 0,65-

0,75) e aspectos físico, social e emocional materno (0,75; IC95%: 0,70-0,79). **Conclusões:** O processo de validação do instrumento Maternal Breastfeeding Evaluation Scale/BRASIL constatou que ele é válido e confiável para ser aplicado à população brasileira.

Palavras-chave: Questionários; Estudos de validação; Satisfação; Aleitamento materno; Maternal Breastfeeding Evaluation Scale

Introduction

The impact of breastfeeding (BF) on child health is widely known: protection against respiratory infections, diarrhea, dental malocclusion, improved cognitive development, and decreased chances of excess weight and diabetes in the future.¹ Additionally, it protects women against breast and ovarian cancer and type 2 diabetes, and increases the interval between deliveries.^{1,2}

The World Health Organization recommends exclusive breastfeeding (EBF) in the first 6 months of life and supplemented breastfeeding up to 2 years or more.³ Regardless of this, the prevalence of breastfeeding worldwide and especially in Brazil is low. The latest national survey estimated that only 37% of children under 6 months are exclusively breastfed, 45% between 12 and 15 months, and 32% between 20 and 23 months.⁴

In recent years, emphasis has been placed on breastfeeding duration as the indicator of success for this practice. However, for many mothers, breastfeeding success is related not only to its duration, but also to the mutual satisfaction of the mother's and the infant's needs, creating a stronger bond between them and increasing maternal confidence, with a direct impact on breastfeeding duration.⁵⁻⁸

There are very few studies dedicated to the assessment of the degree of women's satisfaction with breastfeeding and little is known about its determinants. Maternal

satisfaction with breastfeeding has been high, with more than 75% of postpartum women being satisfied at different moments during breastfeeding and in different countries.^{7,9,10} In recent studies, early skin-to-skin contact, incentive to free-demand feeding in the maternity hospital,¹¹ breastfeeding problems,⁶ expected and effectively practiced duration,¹⁰ and maternal self-esteem⁷ have been associated with satisfaction.

Currently, to the best of the authors' knowledge, only one tool is available in the literature to assess the maternal perception of breastfeeding success, the Maternal Breastfeeding Evaluation Scale (MBFES), proposed by Leff, Jefferis and Gagne, in 1994.⁵ The tool was published in English and validated in the USA,^{5,12,13} also being used in Canada,^{14,15} Australia,^{6,8,16} and Scotland.¹⁷ It has been translated and validated in Japan,^{18,19} Portugal,^{7,20,21} and Spain.²² To date, there is no record of validation of this tool for the Brazilian population, limiting its use in Brazil.²³ Based on the assumption that the women's satisfaction with breastfeeding is very important for its success, although little studied, this study aims to perform the construct validation and evaluate the internal consistency of the tool, aiming at its application in the Brazilian population, thus allowing studies to be carried out that will identify the level of satisfaction of Brazilian women, as well as its determinants.

Methods

A cross-sectional study was carried out with women who delivered their children in maternity hospitals located in Porto Alegre, Brazil, from January to August 2016. One of the institutions, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), is a school hospital that treats, almost in its entirety, users of the Brazilian Unified Health System (SUS). The other institution, Hospital Moinhos de Vento (HMV), is a private hospital. They are both referral hospitals for typical-risk and high-risk pregnancies.

A simple random sample was selected in the maternity hospitals, including women who had a single-pregnancy, live birth newborn with ≥ 37 weeks of gestational age, living in Porto Alegre, and who had started breastfeeding. Daily, one postpartum woman in the private maternity hospital and two in the public one were randomly selected among the eligible ones, approximately 24 h after childbirth. A first contact was made at the maternity hospital to obtain the mother's informed consent and to schedule an appointment after the child completed 30 days of life at her home or another place of preference. Some data were obtained from the medical records.

Two mother-infant pairs with severe obstetric and/or neonatal complications that resulted in death or hospitalization in the Intensive Therapy Unit were excluded, as well as those with health problems that significantly interfered with breastfeeding, such as metabolic diseases or malformations.

The tool was self-administered by the women during visits carried out by trained interviewers, between 30 and 37 days after delivery, together with a questionnaire containing sociodemographic, gestational, postpartum, and child feeding questions in the first 30 days.

The sample size calculation for the validation process followed the recommendation that stipulates the need of seven individuals for each question to be validated.²⁴ Thus, a minimum sample of 210 women was estimated.

Original MBFES version

The MBFES is a self-administered tool developed to measure the woman's self-perception regarding her satisfaction with breastfeeding. This scale includes items on positive and negative experiences and emotions related to breastfeeding, and consists of 30 self-reported Likert-type items ranging from “strongly disagree” (1 point) to “strongly agree” (5

points). Among the items, 19 are positive affirmations scored as mentioned; and 11 are negative affirmations, with inverse scores (items 3, 5, 8, 13, 14, 15, 19, 22, 27, 28, and 29). It has three dimensions: child satisfaction and growth (3, 4, 7, 10, 15, 19, 24, and 28); maternal lifestyle and body image (5, 8, 13, 14, 22, 26, 27, and 29); and pleasure and fulfillment of the maternal role (1, 2, 6, 9, 11, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 23, 25, and 30).^{5,12} The total score ranges from 30 to 150 points, where higher scores indicate positive evaluation of the breastfeeding experience, expressing greater satisfaction. The MBFES has shown good validity and reliability.^{5,12}

Validation process

The validation process of the Brazilian version of the MBFES was preceded by the authorization of its main creator, Ellen W. Leff.⁵ For this process, we used the translated and validated version for Portuguese in Portugal.^{7,20}

The next step consisted in applying the tool available in Portuguese to women one month after childbirth. During the application, the researchers were available for the clarification of doubts, should they arise, without interfering in the response. The terms “burden,” “eager,” “high,” and “cow,” showed doubts. The words “heavy,” “avidly,” “fulfillment,” and “milk-producing animal” were used as synonyms in the explanations, respectively.

Data analysis

Descriptive data analyses that characterized the sample were carried out according to sociodemographic characteristics,²⁵ and those related to childbirth and breastfeeding (mean and standard deviation for MBFES scores, and absolute and relative frequencies for the other

variables). The Kaiser-Meyer-Olkin and Bartlett sphericity tests were performed to evaluate the sample adequacy for the factor analysis.

As part of the validation tests, the exploratory factor analysis of the items was performed, through the analysis of the main components with varimax rotation, to verify the number of subscales and maintenance or extraction of the components. Only items with values >0.4 remained in the tool.²⁶

The construct validation informs whether the tool scores agree with other measures consistent with the theoretical hypotheses known for the topic of interest.^{24,27} This validation evaluated associations between the MBFES score and the pattern of breastfeeding, weaning, intent regarding duration of breastfeeding, and problems related to breastfeeding in the first month. For this purpose, the unpaired Student's *t*-test was used for four hypotheses: (1) women who were exclusively breastfeeding in the first month would have higher scores in MBFES than women who were partially breastfeeding; (2) women who were breastfeeding in the first month would have higher scores than women who were not breastfeeding; (3) women intending to breastfeed longer (>12 months) would have higher scores than those who intended to breastfeed for less time (<12 months); (4) women who did not have problems during breastfeeding in the first month would have higher scores than those who did.

To perform these analyses, the authors considered the following: EBF when the child did not receive any food rather than breastmilk, including water, at 30 days; mixed BF when the child received, in addition to breastmilk, another type of milk; and breastfeeding problems when one or more of the following conditions occurred in the first month: breast engorgement, nipple fissure, mastitis, difficulty in getting the baby to latch, little milk, and anatomical nipple problems.

For the reliability analysis, the measure of the degree to which the items on the scale (or subscale) of a tool are correlated by measuring the same concept, Cronbach's alpha coefficient

was used to verify the internal consistency of the tool and the domains.²⁴ Cronbach's alpha values between 0.70 and 0.95 are considered indicative of positivity for internal consistency.²⁴

The analyses were performed using the software SPSS (IBM SPSS Statistics for Windows, version 21.0, NY, USA).

Ethical aspects

This study is in compliance with the standards for studies with human subjects²⁸ and was submitted to analysis by the Research Ethics Committees of the HCPA and HMV, being approved under reports No. 1,288,088 and 1,204,288, respectively, in 2015. The participants were included in the study after signing the informed consent.

Results

The sample consisted of 287 women aged between 16 and 45 years, with a mean of 29 ± 6.6 years. Sociodemographic characteristics and those related to childbirth and breastfeeding are described in Table 1. The prevalence of EBF and BF at the maternity hospital discharge was 81.9% and 98.3%, respectively; and at the end of the first month, 61.7% and 95.8%, respectively.

The value of the Kaiser-Meyer-Olkin measure for sample adequacy was 0.91, above that suggested as the minimum required for factor analysis (0.60).²⁹ The result of Bartlett's sphericity test was χ^2 (df.435) = 4.047.053; $p < 0.001$, indicating that the factor analysis was appropriate. This analysis showed the existence of six domains that explained 58.8% of the tool variability. Since this subdivision had no practical or clinical implications, it was decided to group the subscales by similar subjects, as in the original tool, resulting in the creation of

three subscales: pleasure and fulfillment of the maternal role; child growth, development and satisfaction; and maternal physical, social, and emotional aspects.

The new subscales were quite similar to the original ones, differing only in questions 15, 16, 25, and 27. Question 15 “While breastfeeding, I worried about my baby gaining enough weight,” changed subscale, probably because the expression “worried” is not an objective evaluation parameter of the baby's weight gain, but because it represents a maternal feeling of concern regarding this weight gain, being much more related to the maternal emotional aspects; thus, it was included in the new subscale of maternal physical, emotional, and social aspects and no longer in the child satisfaction and growth subscale. Items 16 “Breastfeeding was soothing when my baby was upset or crying” and 25 “Breastfeeding made my baby feel more secure,” which belonged to the subscale pleasure and fulfillment of the maternal role in the original version, changed subscale, becoming part of the child growth, development, and satisfaction subscale, as “soothed my baby” and “felt more secure” are expressions related to baby satisfaction and not to maternal pleasure aspects. Question 27 of the tool, “Breastfeeding made me feel like a cow” had a factor load of 0.28, below the acceptable level, and was excluded from the Brazilian version of the tool (Table 2). Thus the Brazilian version of the MBFES (Supplementary Table 1) resulted in 29 items, with some of them depicting explanations of the terms that generated doubts during the application (5, 7, and 17). The new values for the Brazilian version of the MBFES are shown in Table 3.

The results of the construct validity analysis showed that the hypotheses were confirmed: mothers who exclusively breastfed their infants in the first month, those who were breastfeeding in the first month, those who intended to breastfeed longer, and those who did not have problems with breastfeeding showed higher scores in the MBFES (Table 4).

The internal consistency of the MBFES was high, with a Cronbach's alpha of 0.88 (95% CI: 0.86–0.90). The subscales showed acceptable values: 0.92 (95% CI: 0.91–0.93) for the

pleasure and fulfillment of the maternal role subscale; 0.70 (95% CI: 0.65–0.75) for maternal physical, emotional and social aspects; and 0.75 (95% CI: 0.70–0.79) for child growth, development, and satisfaction.

Discussion

The psychometric tests for MBFES validation for the Brazilian population disclosed similar subscales when compared to the original ones. However, for the Brazilian version of the MBFES, it was necessary to eliminate an item from the validated scale in Portugal, resulting in 29 of the 30 original items. Question 27, “Breastfeeding made me feel like a cow,” was excluded because of the low factor load. This probably occurred because of feelings that were different from those expected by the original tool (negative ones) perceived by some Brazilian women in relation to the word “cow.” Some women did not interpret it as derogatory or offensive, as suggested by the authors,⁵ but as a word that qualified them as good producers of milk. This result corroborates the need for validation of the tool when applied in different countries, although these countries share the same language, but not the same culture.

Another change that occurred in the validation process of the MBFES for the Brazilian population was the reallocation of three items (15, 16, and 25) in the subscales. However, this change does not affect the total score.

In a validation study carried out in Japan, the original tool also underwent some changes regarding the number of items and in the subscales, by excluding seven items (3, 5, 13, 15, 19, 26, and 28 of the original version) and reconfiguring new combinations between the subscales, and the maternal satisfaction was the one that underwent fewer changes in both studies. Thus, the Japanese researchers also obtained three subscales: maternal satisfaction,

potentially negative aspects, and perceived benefits for the baby,¹⁸ although two are quite different from the current study. The larger number of exclusions in the Japanese version probably occurred due to the use of a factor load (>0.5) greater than that used in the present study and by the tool creators (>0.4).^{5,18} The Portuguese validation study did not perform a factor analysis.⁷

When creating and validating the MBFES in the United States, the researchers found higher internal consistency values in the total scale ($\alpha=0.93$ and $\alpha=0.94$) and in the following domains: pleasure and fulfillment of the maternal role ($\alpha=0.93$ and $\alpha=0.91$), child satisfaction and growth ($\alpha=0.88$ and $\alpha=0.83$), and maternal lifestyle and body image ($\alpha=0.80$ and $\alpha=0.84$), respectively.^{5,12} In the Japanese validation study, the internal consistency of the total score was acceptable ($\alpha=0.91$), as well as in the subscales ($\alpha=0.91$, $\alpha=0.77$ and $\alpha=0.84$),¹⁸ being slightly higher than those found in the present study. In the Portuguese study, Galvão (2002)⁷ maintained the original items and Cronbach's alpha values were 0.92 in the total scale and 0.92, 0.76, and 0.76 in the subscales, similar to the values for the Brazilian population (0.88, and 0.92, 0.75, and 0.70). Moreover, in Portugal, the internal consistency variation for the total scale was also similar to that found in the present study (0.90 to 0.93 in the Portuguese study and 0.86 to 0.90 in the present study).²⁰

In the same study, the Cronbach's alpha of the subscales varied from 0.87 to 0.92 (pleasure and fulfillment of the maternal role), from 0.76 to 0.82 (maternal lifestyle and body image), and from 0.70 to 0.76 (child satisfaction and growth), which are lower values than the ones observed in the US, but similar to the current one. Ramalho *et al.*, also in Portugal, found slightly lower values (0.89 to 0.90, and 0.65 to 0.75, 0.66 to 0.74, and 0.88 to 0.90) to those observed in other Portuguese studies and in the present study.^{7,20,21}

Finally, in the validation of the Spanish MBFES, which maintained the 30 items, Cronbach's alpha in the total scale was 0.92, similar to the other studies.²² It is noteworthy

that although the Cronbach's alpha values in the present study are slightly lower than those of some validation studies in other countries, they are considered adequate, allowing their use in the Brazilian population.

An advantage of the current study was the fact that the tool was applied during home visits, resulting in a high return rate (100%), different from that observed in other studies that sent it through the mail, with a return rate of 72–86%.^{5,6,12}

In the present study, the woman's satisfaction with breastfeeding was evaluated when the child was 1 month old. In the other validation studies, the children were 3–5 months old.^{7,12,18,22} However, the study that originated the tool does not mention the child's age when the tool was applied⁵ and it has been used at different moments of breastfeeding, from 2 weeks to 12 months after birth, suggesting that the tool can be used at different ages.^{6,8,13–15,17,21}

The cultural aspects regarding breastfeeding are different in the two populations, including regarding terms and expressions. Similar to what happened in some English-speaking countries, such as Australia,^{6,8,16} Canada,^{14,15} and Scotland,¹⁷ cross-cultural adaptation was not previously performed, which may have been a limitation of this study.

During the validation process of the tool for the Brazilian population, as it was the same language, it was decided to apply the questionnaire in the version translated in Portugal into the Portuguese language,⁷ with no changes in its structure, and clarify any doubts during the application. Few terms raised doubts, with explanations being added in parentheses to the final version of the Brazilian MBFES. It is important to emphasize that there is no standardization for cross-cultural adaptation when a tool is used in the same language that was applied in another country.³⁰ Moreover, the tool was previously evaluated by breastfeeding experts, who felt that there was no need for modification.

According to the recommendation by Terwee *et al.*,²⁴ given seven subjects for each item of the tool, the sample size of this study (287) was satisfactory. However, other authors, more recently,²⁶ have suggested ten subjects for each item, which would require 300 participants. This deficit probably did not significantly influence the results because of its small magnitude.

In conclusion, this study verified that the Brazilian version of MBFES is a valid and reliable tool to be applied to the Brazilian population for the assessment of maternal satisfaction with breastfeeding. The validation and application of this tool will demonstrate the level of satisfaction of Brazilian women with breastfeeding, thus allowing health professionals to plan interventions that can increase this degree of satisfaction, consequently resulting in a more direct approach when promoting this practice. Furthermore, the availability of a validated tool for the Brazilian population increases the possibilities of studies, still inexistent, on the determinants of women's satisfaction with breastfeeding and its association with several outcomes, including the duration of this practice.

Funding

This work was funded by CNPq [Universal Notice 448186/2014-4] and CAPES research grants were given to the following authors: Andrea F. K. de Senna, Agnes M. B. L. Bizon, and Ana C. M. Martins. The funding sources did not participate in any stage of the research, preparation, and publication of the article.

Conflicts of interest

The authors declare no conflicts of interest.

Acknowledgements

The authors would like to thank MBFES' author Ellen Leff for her authorization to validate the tool for the Brazilian population. To Galvão and Graça for the Portuguese version. To all the mothers and babies who made this study possible, to Hospital das Clínicas de Porto Alegre and Hospital Moinhos de Vento for their support in the achievement of this research, to the other members of the team that participated in data collection, and to CAPES and CNPq for their funding of this study.

Appendix A. Supplementary data

Supplementary data associated with this article can be found, in the online version, at doi:10.1016/j.jpmed.2018.08.008

References

1. C.G. Victora, R. Bahl, A.J. Barros, G.V. Franca, S. Horton, J. Krasevec, *et al.*, Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect, *Lancet* **387**, 2016, 475–490.
2. R. Chowdhury, B. Sinhá, M.J. Sankar, S. Taneja, N. Bhandari, N. Rollins, *et al.*, Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis, *Acta Paediatr* **104**, 2015, 96–113.
3. World Health Organization, Infant and young child feeding, 2009, World Health Organization; Geneva.

4. C.S. Boccolini, P.M. Boccolini, F.R. Monteiro, S.I. Venâncio and E.R. Giugliani, Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades, *Rev Saude Publica* **51**, 2017, 1–9.
5. W.E. Leff, S.C. Jefferis and M.P. Gagne, The development of the breastfeeding evolution scale, *J Hum Lact* **10**, 1994, 105–111.
6. M. Cooke, A. Sheehan and V. Schmied, A description of the relationship between breastfeeding experiences, breastfeeding satisfaction, and weaning in the first 3 months after birth, *J Hum Lact* **19**, 2003, 145–156.
7. D.M. Galvão, Amamentação bem sucedida: alguns fatores determinantes, 2002, Universidade do Porto; Porto, Portugal, [Thesis].
8. A. Sheehan, A comparison of two methods of antenatal breastfeeding education, *Midwifery* **15**, 1999, 274–282.
9. A. Bærug, O. Langsrud, B.F. Løland, E. Tuft, T. Tylleskär and A. Fretheim, Effectiveness of baby-friendly community health services on exclusive breastfeeding and maternal satisfaction: a pragmatic trial, *Matern Child Nutrition* **12**, 2016, 428–439.
10. J. Labarère, N. Gelbert-Baudino, L. Laborde, F. Baudino, M. Durand, C. Schelstraete, *et al.*, Determinants of 6-month maternal satisfaction with breastfeeding experience in a multicenter prospective cohort study, *J Hum Lact* **28**, 2012, 203–210.
11. H. Hongo, K. Nanishi, A. Shibanuma and M. Jimba, Is baby-friendly breastfeeding support in maternity hospitals associated with breastfeeding satisfaction among Japanese mothers?, *Matern Child Health J* **19**, 2015, 1252–1262.
12. J. Riordan, G. Woodley and K. Heaton, Testing validity and reliability of an instrument which measures maternal evaluation of breastfeeding, *J Hum Lact* **10**, 1994, 231–235.

13. J.A. Schlomer, K. Jacque and J.J. Twiss, Evaluating the association of two breastfeeding assessment tools with breastfeeding problems and breastfeeding satisfaction, *J Hum Lact* **15**, 1999, 35–39.
14. C.L. Dennis, E. Hodnett, R. Gallop and B. Chalmers, The effect of peer support on breastfeeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial, *CMAJ* **166**, 2002, 21–28.
15. S. Semenic, C. Loiselle and L. Gottlieb, Predictors of the duration of exclusive breastfeeding among first-time mothers, *Res Nurs Health* **31**, 2008, 428–441.
16. M. Cooke, V. Schmied and A. Sheehan, An exploration of the relationship between postnatal distress and maternal role attainment, breast feeding problems and breast feeding cessation in Australia, *Midwifery* **23**, 2007, 66–76.
17. P. Hoddinott, J. Britten, G.J. Prescott, D. Tappin, A. Ludbrook and D.J. Godden, Effectiveness of policy to provide breastfeeding groups (BIG) for pregnant and breastfeeding mothers in primary care: cluster randomized controlled trial, *Br Med J* **338**, 2009, a3026.
18. H. Hongo, J. Green, K. Otsuka and M. Jimba, Development and psychometric testing of the Japanese version of the Maternal Breastfeeding Evaluation Scale, *J Hum Lact* **29**, 2013, 611–619.
19. H. Hongo, J. Green, K. Nanishi and M. Jimba, Development of the revised Japanese Maternal Breastfeeding Evaluation Scale, short version, *Asia Pac J Clin Nutr* **26**, 2017, 392–395.
20. L.C. Graça, Contributos da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno: um estudo quasi-experimental, 2010, Universidade de Lisboa; Lisboa, Portugal, [Thesis].

21. S.A. Ramalho, F.V. Castro and D.G. Galvão, Avaliação materna da amamentação às 48 horas pós-parto, *Int J Sch Educ Psychol* **2**, 2010, 287–297.
22. R.M. Albero, Adaptación de herramientas em el proceso de atención a la alimentación del lactante, 2015, Alicante, Espanha; Universidad de Alicante, [Thesis].
23. B.T. Sartório, K.P. Coca, K.O. Marcacine, E.S. Abuchaim and A.C. Abrão, Instrumentos de avaliação do aleitamento materno e seu uso na prática clínica, *Rev Gaucha Enfermagem* **38**, 2017, e64675.
24. C.B. Terwee, S.D. Bot, M.R. Boer, D.A. Windt, D.L. Knol, J. Dekker, *et al.*, Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires, *J Clin Epidemiol* **60**, 2007, 34–42.
25. ABEP, Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil, 2015, Available from: <http://www.abep.org/criteriobrasil.aspx> [cited 11.05.15].
26. J.F. Hair, W.C. Black, B.J. Babin, R.E. Anderson and R.L. Tatham, Análise multivariada de dados, 6th ed., 2009, Bookman; Porto Alegre.
27. G.T. Monteiro and H.R. da Hora, Pesquisa em saúde pública: como desenvolver e validar instrumentos de coleta de dados, 2014, Appris Editora; Curitiba.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, Normas para pesquisas envolvendo seres humanos (Res. CNS 196/96 e outras). Brasília, 2000.
29. B.G. Tabachnick and L.S. Fidell, Using multivariate statistics, 1996, Harper Collins College Publisher; New York.

30. D.E. Beaton, C. Bombardier, F. Guillemin and M.B. Ferraz, Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures, *SPINE* **25**, 2000, 3186–3191.

Table 1 Sociodemographic characteristics of the sample, and those related to childbirth and breastfeeding, Porto Alegre, RS, Brazil, 2016 (n = 287)

	<i>n</i>	%
<i>Socioeconomic class A and B^a</i>	163	57.2
<i>Level of schooling (up to complete high school)</i>	163	56.8
<i>Caucasian mother</i>	216	75.3
<i>Living with a partner</i>	248	86.4
<i>Birth in a public maternity hospital</i>	194	67.6
<i>Multiparous</i>	145	50.5
<i>EBF at 30 days</i>	177	61.7
<i>BF at 30 days</i>	275	95.8
<i>Problems with breastfeeding during the first month^b</i>	252	87.8
<i>Intention to breastfeed reported in the first month</i>	287	100
≥12 months	192	66.9
<12 months	54	18.8
Did not inform	41	14.3

^aThe definition of social classes (A, B1, B2, C1, C2, and DE) was carried out using the scoring system used by the Brazilian Association of Research Companies (ABEP) in *Critério Brasil* 2015, considering the possession of luxury items, potable water at home, street pavement, and level of schooling of the head of the family. Classes A and B represent families with the highest socioeconomic status.²⁵ Two of the women did not report data for classification (missing data).

^bPresence of problems during breastfeeding: when the mother/baby duo has one or more of the following problems in the first month after delivery: breast engorgement, nipple fissure, mastitis, difficulty in getting the baby to latch on, small volume of milk, or anatomical nipple problems.

Table 2 New domains and factorial analysis values per major components with varimax rotation of the Brazilian Maternal Breastfeeding Evaluation Scale

Item	Pleasure and fulfillment of the maternal role	Child's growth, development and satisfaction		Maternal physical, emotional and social aspects		
	Subscale 1	Subscale 2	Subscale 3	Subscale 4	Subscale 5	Subscale 6
1	0.74					
2	0.79					
3			0.68			
4			0.60			
5						0.67
6	0.76					
7		0.61				
8					0.58	
9	0.65					
10		0.50				
11	0.51					
12	0.79					
13						0.52
14				0.66		
15					0.69	
16		0.43				
17	0.55					
18	0.75					
19			0.57			
20	0.73					
21	0.80					
22				0.71		
23	0.64					
24		0.62				
25		0.55				
26				0.45		
27				(0.28)		
28			0.62			
29					0.48	
30	0.83					

Table 3 Characteristics of the Brazilian Maternal Breastfeeding Evaluation Scale

	Number of items	Score validation	Mean (SD)	Median
Total score MBFES/BRAZIL	29	29 a 145	120,92±13,98	124
<i>Subscale:</i> Pleasure and fulfillment of the maternal role	12	12 a 60	53,36±6,96	56
<i>Subscale:</i> Maternal physical, emotional and social aspects	8	8 a 40	28,21±5,77	29
<i>Subscale:</i> Child`s growth, developmente and satisfaction	9	9 a 45	39,35±4,99	40
SD: standard deviation.				

Table 4 Results of hypothesis testing for construct validity of the Brazilian Maternal Breastfeeding Evaluation Scale

	<i>n</i> (%)	Mean score (\pm SD)	<i>p</i>
<i>Hypothesis 1^a</i> <i>Breastfeeding at 30 days</i>	287		
Yes	275 (95.8)	121.75 \pm 12.92	0.011
No	12 (4.2)	101.91 \pm 22.57	
<i>Hypothesis 2^a</i> <i>Breastfeeding pattern at 30 days</i>	275		
Exclusive	177 (64.4)	124.44 \pm 11.50	<0.001
Partial	98 (35.6)	116.90 \pm 13.95	
<i>Hypothesis 3^a</i> <i>Breastfeeding problems in the first month</i>	287		
No	51 (17.8)	126.88 \pm 9.52	<0.001
Yes	236 (82.2)	119.63 \pm 14.46	
<i>Hypothesis 4^a</i> <i>Intention regarding breastfeeding duration</i>	287		
\geq 12 months	192 (66.9)	125.30 \pm 13.67	0.002
<12 months	54 (18.8)	117.29 \pm 16.31	

SD, standard deviation.

^aHypotheses tested through Student's *t*-test.

8 CONCLUSÕES

Com a realização desta pesquisa verificou-se que o instrumento MBFES/BRASIL para avaliação da satisfação das mulheres com a amamentação é válido e confiável para ser aplicado à população brasileira, após a exclusão de um item.

A partir desse estudo também pode-se observar que a satisfação das mulheres brasileiras com a amamentação de seu bebê no primeiro mês pós-parto encontra-se elevada e que seus fatores associados incluem fatores individuais e expectativas da mulher, constituição familiar e problemas relacionados com a amamentação.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É de extrema relevância para a saúde pública conhecer o grau de satisfação da mulher com a amamentação e os fatores a ela associados, visto que, apesar das inúmeras campanhas de âmbito nacional na promoção da amamentação, os indicadores do AM permanecem abaixo dos valores preconizados. Esse conhecimento pode subsidiar a elaboração de intervenções que visem ampliar a satisfação das mulheres com a amamentação.

Sendo que o que me instigou a realizar esse estudo foi o fato que mesmo sendo uma profissional da área da saúde e trabalhando com AM, a amamentação da minha filha não ocorreu de uma forma tranquila. O conhecimento, de uma certa forma, não foi decisivo para a manutenção do AM, o que pode ocorrer com muitos profissionais da saúde. Alguns dos fatores descrito nos resultados desta pesquisa realmente interferiram na minha satisfação com a amamentação.

Os resultados desse estudo apresentam implicações para o atendimento de mulheres que amamentam seus bebês nesse primeiro mês de vida, período fundamental para que o AM realmente aconteça, uma vez que conhecer os planos e as expectativas dessa mulher em relação à amamentação, pode fazer com que o profissional que a atende contribua para que ela desenvolva uma vontade de amamentar, caso não exista, ou para que amamente de forma exclusiva ou mais prolongada, mesmo que não façam parte de seu plano original.

Além disso, podemos observar o importante papel do pai dessa criança na satisfação da mulher que amamenta, e que uma mãe sem a presença de um companheiro poderá apresentar uma menor satisfação, com possível implicação na duração dessa amamentação, deixando ela e o bebê em um situação mais vulnerável.

Abordar as intercorrências relacionadas a amamentação devem fazer parte de um atendimento pré-natal e perinatal precoce, visto que a baixa produção de leite e as fissuras

mamilares interferem significativamente na satisfação da mulher com a amamentação. Estudos que identifiquem os fatores relacionados com a baixa produção e os mecanismos realmente eficazes no aumento da produção de LM são de extrema importância neste contexto.

Abordar o aspecto do prazer e da satisfação com a amamentação, além dos aspectos relacionados à saúde da mãe e do bebê, pode fazer com que as mulheres se apropriem ainda mais do AM, podendo apresentar impacto positivo nas taxas de amamentação no país. O pressuposto de que uma mulher satisfeita com a amamentação, além de beneficiar a si própria e à criança, poderá influenciar outras mulheres a adotarem essa prática, torna ainda mais relevante a abordagem desse aspecto da amamentação.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para participar de uma pesquisa chamada “Fatores associados à satisfação das mulheres com o atendimento ao seu parto”. Com esta pesquisa, queremos saber, sob o ponto de vista das mulheres, o quanto elas se sentem satisfeitas em relação ao seu último parto e que fatores (como o atendimento no pré-natal e no parto), podem influenciar a sua satisfação. Com essas informações, esperamos poder entender melhor o que faz as mulheres ficarem mais satisfeitas com o seu parto e, com isso, propor melhorias no atendimento.

Farão parte desse estudo mulheres moradoras de Porto Alegre que tiveram partos no Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital de Clínicas de Porto Alegre ou Hospital Moinhos de Vento, que aceitem livremente participar da pesquisa, após leitura e assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Se aceitar participar, você irá receber uma pesquisadora em sua casa ou outro local de sua preferência (que não seja o local de atendimento à saúde), em uma data combinada anteriormente, entre 30 a 37 dias após o parto, para responder a um questionário. As perguntas serão sobre o seu pré-natal, parto, pós-parto e sobre como você se sente em relação ao seu parto e aleitamento materno, além de suas condições sociais e econômicas. Alguns dados sobre o seu pré-natal e parto poderão ser coletados do seu cartão de pré-natal ou do seu prontuário na maternidade. Após a primeira entrevista, iremos entrar em contato com você (por telefone ou presencialmente) para obter algumas informações sobre seus sentimentos e sobre o aleitamento materno aos 2, 4, 6, 12 e 24 meses após o parto.

Não haverá riscos para a sua saúde e a do seu bebê, nem custos financeiros pela participação nesta pesquisa, apenas a disponibilidade de tempo para responder ao questionário. Mas, caso você indique desconforto ou constrangimento, seja pela duração ou conteúdo da entrevista, está assegurada a sua desistência a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao atendimento que você esteja recebendo ou venha a receber na instituição onde ocorreu o parto. Por outro lado, há benefícios associados à sua participação, pois os resultados ajudarão a qualificar o atendimento às mulheres na ocasião do seu acompanhamento pré-natal, parto e pós-parto com a intenção de melhorar a sua satisfação.

Esta pesquisa, coordenada pela Professora Camila Giugliani, é parte de trabalhos de Mestrado e Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia (telefone 51 3308-5620) e do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente (telefone 51 3308-5601), ambos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Para esclarecimento de dúvidas em geral, você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável, nos telefones citados ou no e-mail camila.giugliani@ufrgs.br.

Este projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa de todas as instituições envolvidas. O seu nome não será divulgado, e os dados obtidos a partir do preenchimento do questionário serão utilizados somente para esta pesquisa, sendo destruídos após cinco anos. Em caso de dúvidas sobre questões éticas, entrar em contato com o Comitê de Ética do Hospital Moinhos de Vento, localizado no Instituto de Educação e Pesquisa (IEP), ou pelo telefone 3314-3990, de segunda a sexta, das 8h às 17h.

Eu.....(nome da participante ou responsável) fui informada sobre os objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informações sobre a maneira como a pesquisa será realizada. Sei que em qualquer momento poderei pedir novas informações ou desistir da pesquisa, se assim desejar. Fui informada da garantia de que não serei identificada na divulgação dos resultados e que os dados produzidos a partir da minha participação serão usados exclusivamente para fins científicos ligados a essa pesquisa. Declaro que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Assinatura da participante

Nome da participante

Data

Assinatura da pesquisadora

Nome da pesquisadora

Data

Pesquisadora responsável:
Camila Giugliani
Email: cgiugliani@hcpa.edu.br

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS DA MATERNIDADE

<i>"Fatores Associados à Satisfação das Mulheres com o Atendimento ao seu parto e com o Aleitamento Materno"</i> QUESTIONÁRIO DA MATERNIDADE – PRONTUÁRIO		
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO		
1. Número do questionário: _____	2. Entrevistador: _____	MNUQUES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Data da entrevista: ___/___/___	4. Maternidade: _____	MENTREV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Nome da mãe: _____ (_____)		MDTAEN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Data de nascimento da mãe: ___/___/___ Idade: _____		MMAT <input type="checkbox"/>
Número do prontuário: _____ Número do Cartão SUS: _____		MMAE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nome do bebê: _____		MDNMAE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Telefone fixo: _____ Celular1: _____ Celular2: _____		
Celular 3: _____ Telefones para recados: _____		
Endereço: _____		
Referência: _____		
Onde você vai estar morando daqui 1 mês? _____		
DADOS DO PARTO/PERIPARTO		
7. Tipo de parto: _____ (1) Vaginal/ Normal (2) Cesariana		MTIPPAR <input type="checkbox"/>
8. Duração do trabalho de parto. De ___ h a ___ h. : _____ min. (8) NSA		MDURTP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Tempo transcorrido entre a entrada (___ h) da mulher e o parto (___ h): _____ min. (8) NSA		MTEMPTP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<i>Métodos farmacológicos utilizados para alívio da dor durante o trabalho de parto:</i>		
10. Medicamento por via oral: _____ (1) Sim (2) Não		MALIMEO <input type="checkbox"/>
11. Medicamento injetável: _____ (1) Sim (2) Não		MALIMEI <input type="checkbox"/>
12. Anestesia peridural ou raquidiana: _____ (1) Sim (2) Não		MANESTPR <input type="checkbox"/>
13. Anestesia local (no períneo/na região vaginal): _____ (1) Sim (2) Não		MANESTLO <input type="checkbox"/>
14. Tempo de clampeamento do cordão:		
(1) Imediatamente após o parto (2) Tardio (após 1 min) (3) Sem informação		MCLAMP <input type="checkbox"/>
<i>Procedimentos de parto/periparto realizados:</i>		
15. Enema (lavagem intestinal): _____ (1) Sim (2) Não		MENEMA <input type="checkbox"/>
16. Tricotomia (raspagem dos pelos pubianos): _____ (1) Sim (2) Não		MTRICOT <input type="checkbox"/>
17. Episiotomia (corte no períneo/região vaginal): _____ (1) Sim (2) Não		MEPISIO <input type="checkbox"/>
18. Indução com Ocitocina: _____ (1) Sim (2) Não		MINDOCI <input type="checkbox"/>
DADOS DO RECÉM-NASCIDO		
19. Data de Nascimento: ___/___/___		MNASCBA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino		MSEXOBB <input type="checkbox"/>
21. Apgar : 1º min: _____ 5º min: _____		MAPGAR 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22. Idade gestacional: _____ semanas		MIG <input type="checkbox"/>
23. Método de Avaliação da IG: (1)DUM (2)Ultrassom (3)Exame do RN (Capurro)		MMETIG <input type="checkbox"/>
24. Peso de Nascimento: _____ g 25. Compr: _____ cm 26. P. Cefálico: _____		MPESOBB <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
27. Tempo de vida na primeira mamada: _____ minutos/horas		MCOMPRBB <input type="checkbox"/>
(1) primeira hora (2) entre 1 e 4 horas (3) entre 4 e 12 horas		MPCEFBB <input type="checkbox"/>
(4) entre 12 e 24 horas (5) mais de 24 horas		MTMAMA <input type="checkbox"/>
28. Prescrição de fórmula láctea (1) Sim (2) Não		
29. RN recebeu fórmula: _____ (1) Sim (anotar justificativa) _____ (2) Não		MPRECFL <input type="checkbox"/>
30. Parto realizado por: (1) Médico obstetra (2) enfermeira		MRECFL <input type="checkbox"/>
INTERCORRÊNCIAS: RN: _____		
Mãe: _____		

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO COMPLETO

“FATORES ASSOCIADOS À SATISFAÇÃO DAS MULHERES COM O ATENDIMENTO AO SEU PARTO E COM O ALEITAMENTO MATERNO”

QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO COMPLETO – Visita Domiciliar

1. Número do questionário: _____
2. Entrevistador: _____
3. Data da entrevista: __/__/__
4. Maternidade: _____
5. Mãe: _____

NUQUES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENTREV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DTAENT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MAE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	
6. Quantos anos completos você tem? ____ anos	ANOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Qual o seu estado civil? (1) Casada (2) Em união estável (3) Solteira (4) Separada/divorciada (5) Viúva (6) Outro: _____	ESTCIV <input type="checkbox"/>
8. Qual a sua cor? <i>[autorreferida]</i> (1) Branca (2) Parda (3) Preta (4) Amarela (5) Indígena	COR <input type="checkbox"/>
9. Quando você engravidou, qual era a sua situação de trabalho? (1) Trabalhando (2) Desempregada (3) Pensionista (4) Encostada (5) Dona de casa (6) Estudante (7) Outra situação: _____	ENTRAB <input type="checkbox"/>
10. Qual a sua ocupação? _____	OCUP _____
11. Quantos anos completos você estudou? ____ (série: ____)	ANMU <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. <i>[Classifique o grau de escolaridade da mulher]:</i> (0) Nenhuma escolaridade (analfabeta) (1) Ensino Fundamental I (1º ao 5º ano) incompleto (2) Ensino Fundamental I (1º ao 5º ano) completo (3) Ensino Fundamental II (6º ao 9º ano) incompleto (4) Ensino Fundamental II (6º ao 9º ano) completo (5) Ensino Médio incompleto (6) Ensino Médio completo (7) Ensino Superior incompleto <i>[especificar]</i> _____ (8) Ensino Superior completo <i>[especificar]</i> _____ (9) Pós-graduação <i>[especificar]</i> _____ (77) Não sabe/Não lembra	ESCMU <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. Quantos anos completos o pai da criança estudou? ____ (série: ____) (77) Não sabe/Não lembra	ANPAI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. <i>[Classifique o grau de escolaridade do cônjuge ou pai da criança]:</i> (0) Nenhuma escolaridade (analfabeta) (1) Ensino Fundamental I (1º ao 5º ano) incompleto (2) Ensino Fundamental I (1º ao 5º ano) completo (3) Ensino Fundamental II (6º ao 9º ano) incompleto (4) Ensino Fundamental II (6º ao 9º ano) completo (5) Ensino Médio incompleto (6) Ensino Médio completo (7) Ensino Superior incompleto <i>[especificar]</i> _____ (8) Ensino Superior completo <i>[especificar]</i> _____ (9) Pós-graduação. <i>[especificar]</i> _____	ESCPAI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

(77) Não sabe/não lembra	
15. Quantos anos completos o/a chefe da família estudou? <i>[Considerar como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio]</i> _____ (77) Não sabe/Não lembra (série: _____)	ANCHEF <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. <i>[Classifique o grau de escolaridade do/a chefe da família:]</i> (0) Nenhuma escolaridade (analfabeta) (1) Ensino Fundamental I (1º ao 5º ano) incompleto (2) Ensino Fundamental I (1º ao 5º ano) completo (3) Ensino Fundamental II (6º ao 9º ano) incompleto (4) Ensino Fundamental II (6º ao 9º ano) completo (5) Ensino Médio incompleto (6) Ensino Médio completo (7) Ensino Superior incompleto (8) Ensino Superior completo (9) Pós-graduação <i>[especificar]</i> _____ (77) Não sabe/ não lembra	ESCHEF <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17. Quantas pessoas moram na sua casa (incluindo você e o bebê)? _____ pessoas	NUMPE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Você mora com:	
18. Companheiro? (1) Sim (2) Não (3) Parte do tempo	VIVCOM <input type="checkbox"/>
19. Sua mãe? (1) Sim (2) Não (3) Parte do tempo	MORMA <input type="checkbox"/>
20. Sua sogra? (1) Sim (2) Não (3) Parte do tempo	MORSO <input type="checkbox"/>
21. Mais alguma outra pessoas (1) Sim, Especificar: _____ (2) Não	MORALG <input type="checkbox"/>
22. Em companhia de outros filhos? (00) Não () Sim. (88) NSA	MORFI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

INFORMAÇÕES DE SAÚDE DA MULHER	
23. Você própria nasceu de que tipo de parto? (1) Parto normal/vaginal (2) Cesariana (3) Não sei/não lembro	MUPAR <input type="checkbox"/>
24. Você fuma ou fumou? (1) Sim, ainda fumo (2) Sim, mas parei antes da gestação (3) Sim, mas parei na gestação (4) Sim, mas parei depois do parto (5) Não	FUMO <input type="checkbox"/>
25. Como é seu hábito de consumo de bebida alcoólica fora dos períodos especiais de gestação e amamentação? (1) Nunca consumo (2) Consumo ocasionalmente, em eventos sociais (até 2 x/semana) (3) Consumo frequentemente (3x/semana ou mais)	ALCOOL <input type="checkbox"/>
26. Você tem algum problema crônico de saúde? Sim <i>[especificar]</i> : _____ (2) Não	PROBCR <input type="checkbox"/>
27. Você tem ou teve algum problema de saúde mental? <i>[perguntar por problema psicológico ou psiquiátrico]</i> (1) Sim, ainda tenho <i>[especificar]</i> : _____ (2) Sim, mas não tenho atualmente <i>[especificar]</i> : _____ (3) Não	SAMENT <input type="checkbox"/>
28. Você faz ou fez uso de medicação psicoativa? (1) Sim, ainda uso <i>[especificar]</i> : _____ (2) Sim, mas não uso atualmente <i>[especificar]</i> : _____ (3) Não (4) Não sei	MEPSI <input type="checkbox"/>
29. Quantas gestações você já teve (incluindo a última)? _____	NUGEST <input type="checkbox"/>

<i>[Se teve só o "parto atual", pular para pergunta "37"].</i>		
30. Você teve algum aborto(s)? <i>[anotar o número de abortos no parênteses correspondente ao "Sim"]</i> () Sim (00) Não (88) NSA		NUABO <input type="text"/>
31. Quantos partos você já teve (incluindo o último)? ____ (88) NSA		NUPAR <input type="text"/>
32. Teve algum filho que nasceu morto? <i>[anotar o número de natimortos no parênteses correspondente ao "Sim"]</i> () Sim (00) Não (88) NSA		FM <input type="text"/>
33. Teve algum filho falecido nos primeiros 30 dias de vida? <i>[anotar o número de filhos falecidos no parênteses correspondente ao "Sim"]</i> () Sim (00) Não (88) NSA		NEOMO <input type="text"/>
34. Qual foi o intervalo entre os partos? <i>[Se múltiplos partos, considerar o último intervalo]:</i> ____ meses (88) NSA		INTPA <input type="text"/>
35. Você teve algum parto normal/vaginal, antes do "nome do bebê"? <i>[anotar o número de partos vaginais no parênteses correspondente ao "Sim"]</i> () Sim (00) Não (88) NSA		PVAG <input type="text"/>
36. Teve algum parto cesárea, antes do "nome da criança"? <i>[anotar o número de cesarianas no parênteses correspondente ao "Sim"]</i> () Sim (00) Não (88) NSA		PCES <input type="text"/>
INFORMAÇÕES SOBRE A ÚLTIMA GESTAÇÃO E ATENÇÃO PRÉ-NATAL		
37. A gestação foi planejada? (1) Sim (2) Não		GESTPL <input type="text"/>
38. Você fez acompanhamento pré-natal? (1) Sim (2) Não		PREN <input type="text"/>
<i>[Se a resposta foi "Não", pule para a questão "46"]</i>		
39. Onde fez acompanhamento pré-natal? (1) Sistema Público (Posto de saúde ou Hospital) (2) Sistema Privado ou Plano de Saúde (3) Ambos (Público + privado) (4) Outros, especificar: _____ (8) NSA		ONDPRE <input type="text"/>
40. Qual foi a idade gestacional na primeira consulta? <i>[sempre que possível, checar a carteirinha da gestante]</i> ____ semanas (77) Não lembro/Não sei (88) NSA		IGPRCO <input type="text"/>
41. A quantas consultas de pré-natal você compareceu? <i>[sempre que possível, checar a carteirinha da gestante]</i> ____ consultas (77) Não lembro/Não sei (88) NSA		NUCONS <input type="text"/>
Durante a gestação você foi atendida por:		
42. Médico geral ou de família: (1) Sim (2) Não (3) Não sei (8) NSA		ATMFA <input type="text"/>
43. Médico ginecologista-obstetra: (1) Sim (2) Não (3) Não sei (8) NSA		ATMGI <input type="text"/>
44. Enfermeiro: (1) Sim (2) Não (3) Não sei (8) NSA		ATENF <input type="text"/>
45. Outro: (1) Sim <i>[especificar]:</i> _____ (2) Não (3) Não sei (8) NSA		ATOUT <input type="text"/>
46. Você recebeu visita domiciliar do agente comunitário de saúde ou de outro profissional de saúde durante a gestação? <i>[anotar o número de visitas no parênteses correspondente ao "Sim"]</i> () Sim (00) Não (77) Não lembro/Não sei		AGSAGE <input type="text"/>
<i>[Se a resposta foi "Não", pular para a pergunta "48"]</i>		
47. Na ocorrência de faltas às consultas ou não ter iniciado o pré-natal, algum profissional de saúde veio até a sua casa ou telefonou para procurar saber o que aconteceu? (1) Sim (2) Não (3) Não lembro/Não sei (8) NSA		BUSCA <input type="text"/>

48. Você participou de grupo de gestantes? <i>[anotar o número de vezes que compareceu no parênteses correspondente ao "Sim"]</i> () Sim (00) Não (77) Não lembro/Não sei	GRUGEST <input type="checkbox"/>
49. Você participou de curso para gestantes? <i>[anotar o número de vezes que compareceu no parênteses correspondente ao "Sim"]</i> () Sim (00) Não (77) Não lembro/Não sei	CURGEST <input type="checkbox"/>
50. Você recebeu informações de profissional de saúde sobre seus direitos como gestante e na hora do parto, como, por exemplo, do direito a ter um acompanhante da sua escolha? (1) Sim, o suficiente (2) Sim, mas gostaria de ter tido mais (3) Não (4) Não sei/ Não lembro	INFDIR <input type="checkbox"/>
51. Algum profissional de saúde falou com você sobre o local onde você iria ter o parto? (1) Sim, o suficiente (2) Sim, mas gostaria de ter tido mais informação (3) Não (4) Não lembro	INFLOC <input type="checkbox"/>
52. Você recebeu orientações de algum profissional de saúde sobre amamentação? <i>[ler as opções de respostas]</i> (1) Sim, bastante (o suficiente) (2) Sim, mais ou menos (3) Sim, pouca (4) Não (5) Não lembro/ Não sei	ORAMA <input type="checkbox"/>
53. Você buscou informações sobre gestação, parto e amamentação em outras fontes, exceto profissionais de saúde (internet, livros, amigos/as, familiares, grupos de apoio)? (1) Sim <i>[especificar]:</i> _____ (2) Não (3) Não lembro/ Não sei	INFOUT <input type="checkbox"/>
54. Você visitou a maternidade em que ganhou o "nome do bebê" antes do parto? (1) Sim, agendada pelo profissional ou serviço de saúde do pré-natal (2) Sim, por conta própria (3) Não	VIMAT <input type="checkbox"/>
55. Algum profissional de saúde lhe falou sobre "plano de parto" durante o pré-natal? (1) Sim (2) Não (3) Não lembro/Não sei	PROPLA <input type="checkbox"/>
56. Você fez seu "plano de parto"? (1) Sim, com ajuda/incentivo de profissional /doula (2) Sim, sem ajuda/incentivo de profissional/doula (3) Não	PLAPAR <input type="checkbox"/>
57. Você teve acompanhamento do parceiro ou de outra pessoa de sua escolha nas consultas pré-natais? (1) Sim, sempre (2) Sim, em algumas consultas (3) Não, por impossibilidade do acompanhante (4) Não, por não ter sido permitido pela equipe de saúde (5) Não lembro/Não sei	ACOPRE <input type="checkbox"/>
58. Você se sentiu à vontade para fazer perguntas, esclarecer dúvidas e participar das decisões durante as consultas de pré-natal? <i>[ler as opções de respostas]</i> (1) Sim, totalmente (2) Mais ou menos (3) Não (4) Não sei /Não lembro (8) NSA	PERPRE <input type="checkbox"/>
59. No início da gestação, que tipo de parto você desejava ter? (1) Parto normal/vaginal Motivo: _____ (2) Cesárea Motivo: _____ (3) Não tinha preferência (4) Não tinha pensado sobre isso (5) Não lembro/ Não sei	INGEST <input type="checkbox"/>
60. Ao longo do pré-natal, a sua vontade em relação ao tipo de parto mudou? (1) Sim, passei a desejar um parto normal (2) Sim, passei a desejar uma cesárea (3) Sim, passei a acreditar que a decisão não era minha, mas dos profissionais (4) Sim, outra situação <i>[especificar]:</i> _____	PREPAR <input type="checkbox"/>

(5) Não	(6) Não lembro/Não sei	
61. Qual a sua satisfação com relação aos cuidados recebidos ao longo da gestação? <i>[ler as opções de respostas]</i> (1) Muito satisfeita (2) Satisfeita (3) Nem satisfeita, nem insatisfeita (4) Insatisfeita (5) Muito insatisfeita Se quiser, comente a sua resposta: _____ _____		SATGEST <input type="checkbox"/>
INFORMAÇÕES SOBRE O ÚLTIMO PARTO		
62. O seu parto foi realizado: (1) No sistema público (2) No sistema privado (plano de saúde ou pagamento particular) (3) Outro <i>[especificar]</i> : _____		ONDPAR <input type="checkbox"/>
63. Antes do "nome do bebê" nascer, já havia sido definido o local do parto? (1) Sim (2) Não (8) NSA		ESCLOPA <input type="checkbox"/>
<i>[Se a resposta foi "Não", pular para a pergunta "65"]</i>		
64. O seu parto ocorreu no local definido? (1) Sim (2) Não (8) NSA		LOCDEF <input type="checkbox"/>
65. Na hora do parto, você precisou ir a mais de uma maternidade até ser atendida? (1) Sim (2) Não		OUTMAT <input type="checkbox"/>
<i>[Se a resposta da questão "62" foi "SISTEMA PRIVADO" pular para a pergunta "68"]</i>		
66. O seu parto ocorreu na maternidade vinculada ao posto de saúde de sua referência? (1) Sim (2) Não (8) NSA		MATVIN <input type="checkbox"/>
<i>[Se a resposta foi "Sim" ou "NSA", pular para a pergunta "68"]</i>		
67. Por que não foi para o hospital de referência? (1) Porque o hospital de referência tinha pouca estrutura (2) Porque não tinha leito para mim ou para o bebê quando precisei (3) Porque me encontrava longe do hospital de referência no momento em que precisei (4) Porque não tinha boas referências do hospital (5) Por indicação de profissional de saúde (6) Outro <i>[especificar]</i> : _____ (8) NSA		PQNREF <input type="checkbox"/>
68. A entrada para o hospital foi feita pela emergência? (1) Sim (3) Não		EMERG <input type="checkbox"/>
<i>[Se a resposta foi "Não" pular para a pergunta "72"]</i>		
69. Você foi classificada quanto ao risco no momento da internação? (1) Sim (2) Não (3) Meu parto foi agendado (4) Não sei/Não lembro (8) NSA		CLASRISC <input type="checkbox"/>
<i>[Se a resposta foi "Não", pular para a pergunta "72"]</i>		
70. Qual foi a cor da pulseira que você recebeu no momento da internação? (1) Vermelha (2) Laranja (3) Amarela (4) Verde (5) Azul (6) Não sei/ Não lembro (8) NSA		CLASCOR <input type="checkbox"/>
71. Em quanto tempo você foi atendida na emergência?		TEMPEM <input type="checkbox"/>

(1) Imediatamente (2) Antes de 10 minutos (3) de 10 a 60 minutos (4) De 1 a 2 horas (5) Mais de 2 horas (6) Meu parto foi agendado (7) Não sei/Não lembro (8) NSA	
72. Quanto tempo demorou para você ganhar o “nome do bebê” depois de ter chegado à maternidade? (1) Menos de 1 hora (2) De 1 a 4 horas (3) De 4 a 8 horas (4) De 8 a 12 horas (5) Entre 12 e 24 horas (6) Mais de 24 horas (7) Não sei/Não lembro (8) NSA	TEMPAM <input type="checkbox"/>
73. No hospital, você foi incentivada a ter um acompanhante de sua escolha durante a internação, desde a admissão até o pós-parto? (1) Sim, em todos os momentos (2) Sim, em alguns momentos (3) Não, em nenhum momento (4) Não sei/ Não lembro	INCEACO <input type="checkbox"/>
No hospital, você teve acompanhante de sua escolha durante:	
74. O pré-parto? (1) Sim (2) Não, não foi permitido (3) Não, por situação pessoal	TEACOPRE <input type="checkbox"/>
75. O parto? (1) Sim (2) Não, não foi permitido (3) Não, por situação pessoal	TEACOPA <input type="checkbox"/>
76. O pós-parto imediato? (1) Sim (2) Não, não foi permitido (3) Não, por situação pessoal	TEACOPOS <input type="checkbox"/>
77. A internação, após o parto? (1) Sim (2) Não, não foi permitido (3) Não, por situação pessoal	TEACOIN <input type="checkbox"/>
78. Você sabia que existe uma lei garantindo à mulher um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, o parto e toda a internação? (1) Sim (2) Não	PORTACO <input type="checkbox"/>
79. Você teve o acompanhamento de uma doula durante o trabalho de parto (em casa ou no hospital)? (1) Sim (2) Não	DOUTP <input type="checkbox"/>
80. O hospital permitia a entrada de uma doula no Centro Obstétrico? (1) Sim, junto com um acompanhante (2) Sim, mas no lugar de outro acompanhante (3) Não (4) Não sei/Não lembro	PERDOU <input type="checkbox"/>
81. Você se sentiu à vontade para fazer perguntas, esclarecer dúvidas e participar nas decisões durante a internação? <i>[ler as opções de respostas]</i> (1) Sim, totalmente (2) Mais ou menos (3) Não (8) Não sei/Não lembro	PARDEC <input type="checkbox"/>
82. Você entendia as informações que lhe davam durante toda a sua internação? <i>[ler as opções de respostas]</i> (1) Sim, totalmente (2) Nem todas (3) Não	ENTINF <input type="checkbox"/>
83. Qual foi o tipo de parto? (1) Normal/Vaginal (2) Cesariana	TIPPAR2 <input type="checkbox"/>
<i>[Se a resposta foi Normal/Vaginal, pular para a questão “86”]</i>	
84. Você chegou a entrar em trabalho de parto, antes da cesárea? (1) Sim (2) Não (3) Não Sei (8) NSA	CESTP <input type="checkbox"/>
85. A sua cesariana foi: (1) Programada por minha opção ou por opção do médico (2) Programada por indicação médica (3) Não programada (emergência/intercorrência) (8) NSA	TIPOCES <input type="checkbox"/>
<i>[Se a mulher NÃO ENTROU EM TRABALHO DE PARTO pular para a questão “111”]</i>	
86. Durante o trabalho de parto foi utilizado algum método para alívio da dor? (1) Sim (2) Não (3) Não sei (8) NSA	ALIDOR <input type="checkbox"/>
<i>[Se a resposta foi “Não” ou “NSA”, pular para a pergunta “97”]</i>	
Durante o trabalho de parto, quais dos seguintes métodos não farmacológicos foram utilizados para	

alívio da dor?							
87. Banheira e/ou chuveiro:	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei	(8) NSA	ALIBAC	<input type="checkbox"/>	
88. Massageadores e/ou massagens:	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei	(8) NSA	ALIMA	<input type="checkbox"/>	
89. Bola de pilates e/ou bola de trabalho de parto:	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei	(8) NSA	ALIBO	<input type="checkbox"/>	
90. Compressas quentes e/ou frias:	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei	(8) NSA	ALICOM	<input type="checkbox"/>	
91. Espaldar/barras na parede	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei	(8) NSA	ALIBA	<input type="checkbox"/>	
92. Outro[<i>especificar</i>]: _____	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei	(8) NSA	ALIOUT	<input type="checkbox"/>	
Durante o trabalho de parto, qual dos seguintes métodos farmacológicos foi utilizado para alívio da dor?							
93. Medicamento por via oral:	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei	(8) NSA	ALIMEO2	<input type="checkbox"/>	
94. Medicamento injetável:	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei	(8) NSA	ALIMEI2	<input type="checkbox"/>	
95. Anestesia peridural ou raquidiana:	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei	(8) NSA	ANESTPR2	<input type="checkbox"/>	
96. Anestesia local (no períneo/na região vaginal):	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei	(8) NSA	ANESTLO2	<input type="checkbox"/>	
97. No seu parto, você foi consultada quanto à realização da anestesia?	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei/ Não lembro	(8) NSA	CONSUAN	<input type="checkbox"/>	
98. Aconteceu de você pedir analgesia ou anestesia e não ser atendida?	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei/ Não lembro	(8) NSA	PEDAN	<input type="checkbox"/>	
99. Durante o trabalho de parto, na maternidade, lhe ofertaram algum líquido (água, chás, sucos, leite) ou alimentos leves?	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei/ Não lembro	(8) NSA	LIQALI	<input type="checkbox"/>	
100. Durante o trabalho de parto, na maternidade, você foi incentivada a caminhar e a se movimentar?	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei/ Não lembro	(8) NSA	INCECA	<input type="checkbox"/>	
101. Quanto tempo você ficou em trabalho de parto? [<i>considerar o tempo total, em casa e/ou no hospital</i>] ___ horas	(77) Não sei			(88) NSA	TEMPTP	<input type="checkbox"/>	
102. No seu parto, foi realizada tricotomia (raspagem de pelos pubianos) na maternidade?	(1) Sim, fui consultada sobre o procedimento	(2) Sim, mas não fui consultada sobre o procedimento	(3) Não	(4) Não sei/ Não lembro	(8) NSA	TRICOT2	<input type="checkbox"/>
103. No seu parto, foi realizado enema (lavagem intestinal)?	(1) Sim, fui consultada sobre o procedimento	(2) Sim, mas não fui consultada sobre o procedimento	(3) Não	(4) Não sei/ Não lembro	(8) NSA	ENEMA2	<input type="checkbox"/>
104. No seu parto, foi realizada indução do parto com soro de ocitocina?	(1) Sim, fui consultada sobre o procedimento	(2) Sim, mas não fui consultada sobre o procedimento	(3) Não	(4) Não sei/ Não lembro	(8) NSA	INDOCI2	<input type="checkbox"/>
105. No seu parto, foi realizada amniotomia (rompimento artificial da bolsa)?	(1) Sim, fui consultada sobre o procedimento.	(2) Sim, mas não fui consultada sobre o procedimento.	(3) Não	(4) Não sei/ Não lembro	(8) NSA	AMNIOT	<input type="checkbox"/>
106. No seu parto, foram realizadas manobras de empurrar a barriga [<i>tipo Kristeller</i>]?	(1) Sim, fui consultada sobre o procedimento	(2) Sim, mas não fui consultada sobre o procedimento	(3) Não	(4) Não sei/ Não lembro	(8) NSA	MANOB	<input type="checkbox"/>

107. No seu parto, foi realizada episiotomia (corte no períneo/região vaginal)? (1) Sim, fui consultada sobre o procedimento (2) Sim, mas não fui consultada sobre o procedimento (3) Não (4) Não sei/ Não lembro (8) NSA	EPISIO2 <input type="checkbox"/>
108. No seu parto, foi utilizado fórceps (aparelho de ferro)? (1) Sim, fui informada antes do procedimento (2) Sim, mas não fui informada antes do procedimento (3) Não (4) Não sei/ Não lembro (8) NSA	FORCEP <input type="checkbox"/>
[Se a mulher não teve parto normal/vaginal, pular para a questão "111"]	
109. O parto foi em que posição? (1) Deitada ou semideitada (2) Cócoras (apoiada ou não), em pé, sentada ou ajoelhada (3) Outra [especificar] : _____ (8) NSA	POSPV <input type="checkbox"/>
110. Você escolheu a posição do seu parto? (1) Sim (2) Não, mas estou satisfeita com a posição utilizada (3) Não, gostaria de outra posição (8) NSA	ESCPOS <input type="checkbox"/>
111. Quem cortou o cordão umbilical? (1) A equipe (2) O pai (3) Eu mesma (4) Outro acompanhante (5) Não sei/ Não lembro	QUEUM <input type="checkbox"/>
112. Quando o cordão umbilical foi cortado?: [ler as opções de respostas] (1) Imediatamente após o parto (2) A equipe esperou um pouco para cortar o cordão. (3) Não sei	QUAUM <input type="checkbox"/>
113. Quando você viu o " nome do bebê " pela primeira vez? (1) Na sala de parto, imediatamente após o parto (2) Na sala de parto, após procedimentos realizados no bebê pela equipe (3) Não vi o meu bebê na sala de parto	VIUBB <input type="checkbox"/>
114. Quando você segurou o " nome do bebê " pela primeira vez? (1) Na sala de parto, imediatamente após o parto (2) Na sala de parto, após procedimentos realizados no bebê pela equipe (3) Não segurei meu bebê na sala de parto	QSEGBB <input type="checkbox"/>
115. O " nome do bebê " ficou com você na sala de parto enquanto você permaneceu lá? (1) Sim, o tempo todo (2) Sim, mas não o tempo todo (3) Não (4) Não sei/Não lembro (8)NSA	BBSALA <input type="checkbox"/>
[Se a resposta foi "Sim, o tempo todo", pular para a pergunta "118"]	
116. Alguém lhe explicou por que o " nome do bebê " não ficou com você na sala de parto? (1) Sim (2) Não (8) NSA	EXLEBB <input type="checkbox"/>
117. Você sabe por que o " nome do bebê " não ficou com você na sala de parto após o nascimento? (1) Eu estava sem condições (2) O " nome do bebê " precisou de cuidados (3) Sem nenhum motivo especial / rotina do hospital (4) Não sei (8) NSA	MOLEBB <input type="checkbox"/>
118. Você teve contato pele a pele com o " nome da criança " na sala de parto? (1) Sim, imediatamente após o parto (2) Sim, após procedimentos realizados no bebê pela equipe (3) Não (4) Não sei/Não lembro	CONPEL <input type="checkbox"/>

<p><i>[Se a resposta foi “Não”, pular para a pergunta “120”]</i> <i>[Se a resposta foi “Sim”, PULAR A QUESTÃO “120”]</i></p>	
<p>119. Quanto tempo ficou em contato pele a pele com o “<i>nome do bebê</i>”? (1) Por menos de 10 minutos (2) Entre 10 e 30 minutos (3) Entre 30 e 59 minutos (4) Uma hora ou mais (5) Não sei/Não lembro (8) NSA</p>	TEMPEL <input type="checkbox"/>
<p><i>[Se a resposta foi “Uma hora ou mais” ou “Não sei/Não lembro”, pular para a pergunta “121”]</i></p>	
<p>120. Por que o “<i>nome da criança</i>” não ficou em contato pele a pele com você por pelo menos uma hora? (1) Por minha vontade (2) Por iniciativa da equipe, tendo justificativa (3) Por iniciativa da equipe, sem justificativa (8) NSA</p>	MOTPEL <input type="checkbox"/>
<p>121. O “<i>nome do bebê</i>” foi colocado no seio para mamar na primeira hora de vida? (1) Sim (2) Não (3) Não sei /Não lembro</p>	SEIOBB <input type="checkbox"/>
<p><i>[Se a resposta foi “Sim”, pular para a pergunta “124”]</i></p>	
<p>122. Alguém lhe explicou por que não colocaram o “<i>nome do bebê</i>” para mamar logo depois do parto? (1) Sim (2) Não (3) Não sei/Não lembro (8) NSA</p>	EXNMAM <input type="checkbox"/>
<p>123. Você sabe por que não colocaram o “<i>nome do bebê</i>” para mamar na sala de parto? (1) Eu estava sem condições (2) Meu filho precisou de cuidados (3) Sem nenhum motivo especial / rotina do hospital (4) Não sei (8) NSA</p>	MONMAM <input type="checkbox"/>
<p><i>[Para aquelas cujos filhos “não foram colocados para mamar na sala de parto”, pular para a pergunta “126”]</i></p>	
<p>124. O “<i>nome do bebê</i>” mamou na primeira hora de vida? (1) Sim (2) Não (3) Não sei/Não lembro (8) NSA</p>	BBMAM <input type="checkbox"/>
<p>125. Você se sentiu apoiada para iniciar a amamentação do “<i>nome do bebê</i>” ainda na sala de parto? <i>[Ler as opções de resposta]</i> (1) Sim, bastante (2) Mais ou menos (3) Pouco (4) Não (5) Não sei/Não lembro (8) NSA</p>	APAMA <input type="checkbox"/>
<p>126. Como você sentiu o ambiente do local do parto do “<i>nome do bebê</i>”? <i>[Ler as opções de respostas]</i> (1) Tranquilo (2) Agitado/pesado/tenso/estressante (3) Nem tranquilo, nem estressante (4) Não sei /Não lembro</p>	COLOPA <input type="checkbox"/>
<p>127. Como você sentiu o ambiente do local de parto com relação ao acolhimento? <i>[Ler as opções de respostas]</i> (1) Bastante acolhedor (2) Mais ou menos acolhedor (3) Pouco acolhedor (4) Nada acolhedor (5) Não sei / Não lembro</p>	LOPACOL <input type="checkbox"/>
<p>128. Como você se sentiu física e psicologicamente no ambiente do local de parto? <i>[Ler as opções de respostas]</i> (1) Segura (2) Nem segura, nem insegura (3) Insegura (4) Não sei/Não lembro</p>	LOPASE <input type="checkbox"/>
<p>129. Qual a sua impressão com relação à limpeza do ambiente do local de parto? <i>[Ler as opções de respostas]</i> (1) Limpo (2) Nem sujo, nem limpo (3) Sujo (4) Não sei/Não lembro</p>	LOPALI <input type="checkbox"/>

130. Qual a sua impressão com relação à sua privacidade no local de parto? <i>[Ler as opções de respostas]</i>	PRIVPAR <input type="checkbox"/>
(1) Houve privacidade (2) Houve pouca privacidade (3) Não houve privacidade (4) Não sei / Não lembro	
131. O que você achou da iluminação do local do parto? <i>[Ler as opções de respostas]</i>	ILUPAR <input type="checkbox"/>
(1) Suave (2) Nem suave, nem muita iluminado (3) Muito iluminado (4) Não sei / Não lembro	
132. A sua expectativa em relação ao parto foi atendida? <i>[Ler as opções de respostas]</i>	EXPEPA <input type="checkbox"/>
(1) Sim, plenamente (2) Sim, em parte (3) Não (4) Não sei / Não lembro	
133. Qual a sua satisfação geral em relação ao atendimento ao seu parto (incluindo pré-parto, parto e pós-parto imediato)? <i>[Ler as opções de respostas]</i>	SATPAR <input type="checkbox"/>
(1) Muito satisfeita (2) Satisfeita (3) Nem satisfeita, nem insatisfeita (4) Insatisfeita (5) Muito insatisfeita	
134. Qual a melhor descrição para a experiência do seu parto? <i>[Ler as opções de respostas]</i>	DEXPPAR <input type="checkbox"/>
(1) Maravilhosa (2) Boa (3) Mais ou menos (4) Ruim (5) Péssima	
Se quiser, comente a sua resposta: _____	

INFORMAÇÕES SOBRE O PÓS-PARTO (ALOJAMENTO CONJUNTO)	
135. Por quanto tempo você permaneceu internada <i>[da chegada até a alta]</i> ? _____ h Do dia _____, _____ h até o dia _____, _____ h	TEINT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
136. Você teve alguma complicação no pós-parto?	COMPP <input type="checkbox"/>
(1) Sim <i>[especificar]</i> : _____ (2) Não (3) Não sei / Não lembro	
137. Você e o <i>“nome do bebê”</i> ficaram em alojamento conjunto?	JUNBB <input type="checkbox"/>
(1) Sim, o tempo todo (2) Sim, mas não todo o tempo (3) Não	
<i>[Se a resposta foi “Sim, o tempo todo”, pular para a pergunta “140”]</i>	
138. Por quanto tempo você e o <i>“nome do bebê”</i> ficaram separados?	SEPBB <input type="checkbox"/>
(1) Menos de 2 horas (2) Entre 2 em 12 horas (3) Entre 12 e 24 horas (4) Mais de 24 horas (5) Não sei / Não lembro (8) NSA	
139. Por que você e o <i>“nome do bebê”</i> foram separados?	MOSEBB <input type="checkbox"/>
(1) Eu não tinha condições de cuidar do meu filho (2) O meu filho necessitou de cuidados especiais (3) Para eu descansar (4) Sem nenhum motivo especial / rotina do hospital (5) Não sei / Não lembro (8) NSA	
140. Você amamentou o <i>“nome do bebê”</i> na maternidade (exceto em sala de parto)?	AMAIINT <input type="checkbox"/>
(1) Sim (2) Não (8) NSA	
141. O <i>“nome do bebê”</i> usou bico/chupeta na maternidade?	BICO <input type="checkbox"/>
(1) Sim (2) Não (3) Não sei / Não lembro	
142. Você utilizou bico intermediário de silicone na maternidade?	BISILI <input type="checkbox"/>
(1) Sim (2) Não (3) Não sei / Não lembro	

<p>143. Durante a internação, você se sentiu apoiada pelos profissionais de saúde em relação à amamentação? <i>[Ler as opções de resposta]</i> (1) Sim, bastante (2) Mais ou menos (3) Pouco (4) Não (5) Não sei/Não lembro</p>	<p>APOAM <input type="checkbox"/></p>
<p>144. Durante a internação, você recebeu orientação quanto à amamentação? (1) Sim, e ajudaram bastante (2) Sim, mas não fez diferença (3) Sim, mas atrapalharam (4) Não</p>	<p>ORIAM <input type="checkbox"/></p>
<p><i>[Se a resposta foi "Não", pular para a pergunta "149"]</i></p>	
<p>145. Você recebeu orientação de qual profissional? _____ (8) NSA</p>	<p>ORIPROF ____</p>
<p>Você recebeu orientação com relação a:</p>	
<p>146. Como amamentar (pega e posicionamento)? (1) sim (2) Não (3) Não sei /Não lembro (8) NSA</p>	<p>ORIEG <input type="checkbox"/></p>
<p>147. Horários para amamentar? (1) Sim, livre demanda (2) Sim, horários pré-estabelecidos (3) Não (4) Não sei /Não lembro (8) NSA</p>	<p>ORIHOR <input type="checkbox"/></p>
<p>148. Como ordenhar o seu leite? (1) sim (2) Não (3) Não sei /Não lembro (8) NSA</p>	<p>ORIODR <input type="checkbox"/></p>
<p>149. Você usou o banco de leite durante a sua permanência na maternidade?</p>	<p>BANLEI <input type="checkbox"/></p>
<p>(1) Sim, para doar leite (2) Sim, para receber atendimento (3) Sim, para ambos. (4) Não (8) NSA</p>	
<p>150. Foi sugerido outro leite que não o leite materno para o "nome do bebê"?</p>	<p>PRESCFL 2 <input type="checkbox"/></p>
<p>(1) Sim (2) Não (3) Não sei/ Não lembro</p>	
<p>151. O "nome do bebê" recebeu outro leite durante a internação?</p>	<p>RECFL 2 <input type="checkbox"/></p>
<p>(1) Sim (2) Não (3) Não sei/ Não lembro</p>	
<p><i>[Se a resposta foi "Não", pular para a pergunta "154"]</i></p>	
<p>152. Alguém lhe consultou para dar outro leite ao "nome do bebê"?</p>	<p>CONFOR <input type="checkbox"/></p>
<p>(1) Sim (2) Não (3) Não sei/ Não lembro (8) NSA</p>	
<p>153. Por que o "nome do bebê" recebeu outro leite? <i>[se houver mais de uma razão, considerar a principal].</i></p>	<p>PQFOR <input type="checkbox"/></p>
<p>(1) Eu não tinha leite suficiente (2) Por razões médicas (hipoglicemia, icterícia, etc...) (3) Para eu descansar (4) Sem nenhuma razão especial/rotina do hospital (5) Ninguém me informou (8) NSA</p>	
<p>154. Você saiu da maternidade com alguma receita de leite?</p>	<p>RECFOR <input type="checkbox"/></p>
<p>(1) Sim (2) Não (3) Não sei/ Não lembro</p>	
<p>155. Como o "nome do bebê" estava se alimentando quando saiu da maternidade:</p>	<p>TIPOLE <input type="checkbox"/></p>
<p>(1) Só com leite materno (2) Leite materno + outro leite (3) Só outro leite (4) Não sei/ Não lembro</p>	
<p>[NÃO PERGUNTAR]</p>	
<p>156. Situação do Aleitamento Materno na alta da maternidade:</p>	<p>SITAM <input type="checkbox"/></p>
<p>(1) Aleitamento materno exclusivo (2) Aleitamento materno misto (3) Sem aleitamento materno</p>	
<p>157. Considerando os cuidados gerais recebidos no hospital, após o parto, você se sentiu apoiada durante a internação? <i>[Ler as opções de respostas]</i></p>	<p>CUIAPO <input type="checkbox"/></p>
<p>(1) Sim, bastante (2) Mais ou menos (3) Pouco (4) Não (5) Não sei/Não lembro</p>	
<p>158. Qual a sua satisfação geral em relação à internação após o parto? <i>[Ler as opções de respostas]</i></p>	<p>SATINT <input type="checkbox"/></p>
<p>(1) Muito satisfeita</p>	

(2) Satisfeita (3) Nem satisfeita, nem insatisfeita (4) Insatisfeita (5) Muito insatisfeita [As perguntas a seguir referem-se a todos os períodos da internação (pré-parto, parto e pós-parto)]	
159. Em algum momento você se sentiu desrespeitada, humilhada ou maltratada por parte dos profissionais de saúde? [Ler as opções de respostas] (1) Sim (2) Não (3) Não sei/Não lembro	SENDESR <input type="checkbox"/>
[Se a resposta foi “Não”, pular para a pergunta “170”]	
Colocar aqui em que momento :	
160. Pré-parto: (1) Sim (2) Não (3) Não sei	DESPRE <input type="checkbox"/>
161. Parto: (1) Sim (2) Não (3) Não sei	DESPAR <input type="checkbox"/>
162. Pós-parto: (1) Sim (2) Não (3) Não sei	DESPOS <input type="checkbox"/>
Que tipo de violência você sofreu?	
163. Verbal (gritos, xingamentos, impropriedades): (1) Sim (2) Não (8) NSA	VIOVE <input type="checkbox"/>
164. Psicológica (ameaças, humilhações, julgamentos, negar atendimento): (1) Sim (2) Não (8) NSA	VIOPSI <input type="checkbox"/>
165. Física (empurrões, brutalidade no exame de toque): (1) Sim (2) Não (8) NSA	VIOFI <input type="checkbox"/>
166. Outra : (1) Sim [especificar]: _____ (2) Não (8) NSA	VIOUO <input type="checkbox"/>
A violência foi praticada:	
167. Por alguém da equipe médica: (1) Sim (2) Não (3) Não sei/Não lembro (8) NSA	VIOMED <input type="checkbox"/>
168. Por alguém da equipe de enfermagem: (1) Sim (2) Não (3) Não sei/Não lembro (8) NSA	VIOENF <input type="checkbox"/>
169. Por outra pessoa ou profissional (1) Sim [especificar]: _____ (2) Não (3) Não sei/Não lembro (8) NSA	VIOPESS <input type="checkbox"/>
170. Em algum momento você percebeu que o “nome do bebê” foi maltratado/desrespeitado por parte dos profissionais de saúde? [Ler as opções de respostas] (1) Sim (2) Não (3) Não sei/Não lembro	VIOBB <input type="checkbox"/>
[Se a resposta foi “Não”, pular para a “pergunta aberta”]	
Que tipo de violência o “nome do bebê” sofreu?	
171. Verbal (xingamentos, impropriedades): (1) Sim (2) Não (8) NSA	BBVERB <input type="checkbox"/>
172. Física (brutalidade): (1) Sim (2) Não (8) NSA	BBFIS <input type="checkbox"/>
173. Outra : (1) Sim (especificar): _____ (2) Não (8) NSA	BBUO <input type="checkbox"/>
A violência foi praticada:	
174. Por alguém da equipe médica: (1) Sim (2) Não (3) Não sei/Não lembro (8) NSA	BBVMED <input type="checkbox"/>
175. Por alguém da equipe de enfermagem: (1) Sim (2) Não (3) Não sei/Não lembro (8) NSA	BBVENF <input type="checkbox"/>
176. Por outra pessoa: (1) Sim (especificar): _____ (2) Não (3) Não sei/Não lembro (8) NSA	BBVPES <input type="checkbox"/>
Você gostaria de fazer algum comentário sobre a sua experiência na maternidade? _____ _____ _____	
INFORMAÇÕES SOBRE O PRIMEIRO MÊS	
177. De maneira geral, como você está se sentindo no momento? [Ler as opções de respostas]: (1) Ótima (2) Bem (3) Mais ou menos (4) Mal (5) Péssima (6) Não sei definir	SENTI <input type="checkbox"/>
178. Você está trabalhando ou estudando fora?	TRABEST <input type="checkbox"/>

(1) Sim, trabalhando	(2) Sim, estudando	(3) Sim, ambos	(4) Não	
[Se a resposta foi "Não", pular para a pergunta "180"]				
179. Quanto tempo fica longe de casa?				TEFOCA <input type="checkbox"/>
(1) Até 4 horas	(2) 4-8 horas	(3) > 8 horas	(4) Leva sempre o bebê	(8) NSA
180. Você já levou o "nome do bebê" para fazer revisão de saúde?				BBSAUDE <input type="checkbox"/>
(1) Sim, no sistema público (UBS, posto de saúde, hospital)				
(2) Sim, no sistema privado (plano de saúde ou particular)				
(3) Sim, sistema público e privado				
(4) Sim, outro [especificar]: _____				
(5) Não				
181. O "nome do bebê" usa bico/chupeta? (1) Sim (2) Não				BBCHUP <input type="checkbox"/>
[Se a resposta foi "Não", pular para a pergunta "186"]				
182. Quando o "nome do bebê" começou a usar bico/chupeta? _____ dias de vida				(888) NSA CHUPINT <input type="checkbox"/>
183. Com que frequência o "nome do bebê" usa bico/chupeta?				CHUPFRE <input type="checkbox"/>
(1) A maior parte do tempo, dia e noite (muito frequente)				
(2) De vez em quando (pouco frequente)				
(3) Só para dormir				(8) NSA
184. Se já parou de chupar bico, quando parou? _____ dias				(888) NSA CHUPAR <input type="checkbox"/>
185. [Preencher depois da entrevista, pelo coordenador de campo]				
Duração do uso de chupeta: _____ dias				(888) NSA DUCHUP <input type="checkbox"/>
186. Você está amamentando o "nome do bebê"? (1) Sim (2) Não				AMALT <input type="checkbox"/>
[Se a resposta foi "Não", pular para a pergunta "189"]				
187. Quantas vezes ao dia o "nome do bebê" mama no peito? _____ (77) Não sabe (88) NSA				NUAMA <input type="checkbox"/>
[Se ainda está amamentando, pular para a pergunta "189"]				
188. Por quanto tempo o "nome do bebê" mamou no peito? _____ dias				(888) NSA TEMAMA <input type="checkbox"/>
O "nome do bebê" recebe:				
189. Água? (1) Sim (2) Não				BBAGUA <input type="checkbox"/>
190. Quando introduziu? _____ dias de vida				(88) NSA AGUINT <input type="checkbox"/>
191. Chá? (1) Sim (2) Não				BBCHA <input type="checkbox"/>
192. Quando introduziu? _____ dias de vida				(88) NSA CHAINT <input type="checkbox"/>
193. Suco? (1) Sim (2) Não				BBSUCO <input type="checkbox"/>
194. Quando introduziu? _____ dias de vida				(88) NSA SUCINT <input type="checkbox"/>
195. Outro leite? (1) Sim (2) Não				BBLEIT <input type="checkbox"/>
196. Quando introduziu? _____ dias de vida				(88) NSA LEITINT <input type="checkbox"/>
197. Qualquer outro alimento? (1) Sim [especificar] _____ (2) Não				BBALI <input type="checkbox"/>
198. Quando introduziu? _____ dias de vida				(88) NSA ALINT <input type="checkbox"/>
199. Você recebeu alguma amostra de fórmula láctea neste primeiro mês?				AMOST <input type="checkbox"/>
(1) Sim, na maternidade (2) Sim, depois que sai da maternidade				
(3) Sim, na maternidade e depois (4) Não				
[Se a resposta foi "Não", pular para a pergunta "207"]				
Recebeu amostra de fórmula:				

200. Do pediatra?	(1) Sim	(2) Não	AMPED <input type="checkbox"/>		
201. Da enfermeira?	(1) Sim	(2) Não	AMENF <input type="checkbox"/>		
202. De outro profissional de saúde?	(1) Sim	(2) Não	AMPROF <input type="checkbox"/>		
203. De outro [especificar]?	(1) Sim	(2) Não	AMOUT <input type="checkbox"/>		
204. [Preencher depois da entrevista, pela coordenadora de campo] Tipo de alimentação atual: (1) Aleitamento materno exclusivo (2) Aleitamento materno predominante (3) Aleitamento materno misto (LM + outro leite) (4) Aleitamento materno complementado (AM + alimentos complementares) (5) Aleitamento misto complementado (AM misto + alimentos complementares) (6) Sem aleitamento materno			ALIATU <input type="checkbox"/>		
205. [Preencher depois da entrevista, pela coordenadora de campo] Duração do aleitamento materno exclusivo: _____ dias (888) NSA			DUAME <input type="checkbox"/>		
206. [Preencher depois da entrevista, pela coordenadora de campo] Duração do aleitamento materno: _____ dias (888) NSA			DUAM <input type="checkbox"/>		
Você recebe ou recebeu incentivo/apoio para amamentar o “nome do bebê”? [Ler as opções de respostas]					
207. Do seu companheiro?	(1) Sim, bastante	(2) Mais ou menos	(3) Pouco	(4) Não	APOCOM <input type="checkbox"/>
208. De sua mãe?	(1) Sim, bastante	(2) Mais ou menos	(3) Pouco	(4) Não	APOMAE <input type="checkbox"/>
209. De sua sogra?	(1) Sim, bastante	(2) Mais ou menos	(3) Pouco	(4) Não	APOSOGRA <input type="checkbox"/>
210. De algum outro familiar/vizinha/amiga (significativo)? (1) Sim [especificar]: _____				(2) Não	APOUT <input type="checkbox"/>
211. Você recebe ou recebeu apoio profissional para a amamentação? (1) Sim, bastante	(2) Mais ou menos	(3) Pouco	(4) Não		AOPRO <input type="checkbox"/>
Você teve ou está tendo alguma das seguintes dificuldades para amamentar o “nome do bebê”?					
212. Ingurgitamento mamário (mama empedrada):	(1) Sim	(2) Não			INGMA <input type="checkbox"/>
213. Dor para amamentar:	(1) Sim	(2) Não			DORMA <input type="checkbox"/>
214. Rachaduras nos mamilos:	(1) Sim	(2) Não			RACHMA <input type="checkbox"/>
215. Mastite:	(1) Sim	(2) Não			MASTITE <input type="checkbox"/>
216. Pouco leite:	(1) Sim	(2) Não			POULEI <input type="checkbox"/>
217. Excesso de leite:	(1) Sim	(2) Não			EXCLEI <input type="checkbox"/>
218. Dificuldade do “nome do bebê” (não pega, não quer mamar, suga pouco, entre outros): (1) Sim		(2) Não			BBDIF <input type="checkbox"/>
219. Problemas anatômicos nos mamilos (plano, curto, invertido): (1) Sim		(2) Não			PLOBMA <input type="checkbox"/>
220. Você usou algum banco de leite após ter saído da maternidade? (1) Sim, para doar leite	(2) Sim, para receber atendimento	(3) Sim, para ambos	(4) Não		BLALTA <input type="checkbox"/>
221. Você doa ou doou leite? (1) Sim, continuo doando regularmente	(2) Sim, mas sem regularidade	(3) Sim, mas já parei de doar	(4) Não		DOALEI <input type="checkbox"/>
222. Antes do “nome do bebê” nascer, quais eram os seus planos com relação à duração da amamentação exclusiva? _____ meses (777) Não sei					PLANAME <input type="checkbox"/>
[Se a mulher não está mais amamentando exclusivamente, pular para a pergunta “224”]					
223. Houve mudança com relação ao tempo pretendido para o aleitamento materno exclusivo? (1) Sim, pretendo amamentar por mais tempo					TEMU DOE <input type="checkbox"/>

(2) Sim, pretendo amamentar por menos tempo (3) Não (4) Não sei (8) NSA	
224. Antes do “ <i>nome do bebê</i> ” nascer, quais eram os seus planos com relação à duração da amamentação? _____ meses (777) Não sei	PLANAM <input type="checkbox"/>
[Se a mulher não está mais amamentando, pular para a pergunta “231”]	
225. Houve mudança com relação ao tempo pretendido para o aleitamento materno? (1) Sim, pretendo amamentar por mais tempo (2) Sim, pretendo amamentar por menos tempo (3) Não (4) Não sei (8) NSA	TEMUDO <input type="checkbox"/>
226. Você já pensou em parar de amamentar? (1) Sim, muitas vezes (2) Sim, de vez em quando (3) Não (8) NSA	PARAMA <input type="checkbox"/>
Você já sentiu pressão para parar de amamentar?	
227. Do seu companheiro? (1) Sim, muitas vezes (2) Sim, de vez em quando (3) Não (8) NSA	PRESO <input type="checkbox"/>
228. Da sua mãe? (1) Sim, muitas vezes (2) Sim, de vez em quando (3) Não (8) NSA	PRESMAE <input type="checkbox"/>
229. Da sua sogra? (1) Sim, muitas vezes (2) Sim, de vez em quando (3) Não (8) NSA	PRESSO <input type="checkbox"/>
230. De outra pessoa [<i>especificar</i>]?: _____ (1) Sim, muitas vezes (2) Sim, de vez em quando (3) Não (8) NSA	PRESOUT <input type="checkbox"/>
231. Como você está se sentindo com relação à amamentação? [<i>Ler as opções de respostas</i>] (1) Muito satisfeita (2) Satisfeita (3) Nem satisfeita, nem insatisfeita (4) Insatisfeita (5) Muito insatisfeita	SATAMA <input type="checkbox"/>
232. Qual a melhor descrição para a sua experiência de amamentação do “ <i>nome do bebê</i> ” [<i>Ler as opções de respostas</i>] (1) Maravilhosa (2) Boa (3) Mais ou menos (4) Ruim (5) Péssima	EXPAMA <input type="checkbox"/>
233. Você atribui a que a descrição da sua experiência como a amamentação? _____ _____ _____	
Você gostaria de fazer algum comentário sobre a sua experiência de amamentação? _____ _____ _____	
CLASSIFICAÇÃO SOCIOECONOMICA	
233. ESCORE DE CLASSIFICAÇÃO ECONOMICA A) Quantos cômodos ou peças têm na sua casa? _____ B) A sua casa possui energia elétrica? (1) Sim (2) Não C) Qual o tipo de abastecimento de água? (1) Rede pública (2) Poço ou nascente (3) Cisterna (4) Carro pipa (5) Água engarrafada (6) Outro: _____ D) Qual o destino das fezes e urina no domicílio? (1) Sistema de esgoto (rede geral) (2) Fossa (3) Céu aberto E) Como é o trecho da rua onde se encontra a sua casa? (1) Asfaltado/pavimentado (2) Terra/cascalho [Itens de conforto - No domicílio tem]: F) Quantidade de automóveis para uso particular: ____ G) Quantidade de motocicletas para uso particular: ____	CLASOCIO <input type="checkbox"/>

<p>H). Quantidade de empregados mensalistas (considerando apenas os que trabalham pelo menos 5 dias por semana): ____</p> <p>I) Quantidade de máquinas de lavar roupa: ____</p> <p>J) Quantidade de máquinas de secar roupa (considerar máquinas que lavam e secam): ____</p> <p>L) Quantidade de banheiros: ____</p> <p>K) Dispositivos que leem DVD (desconsiderar se no automóvel): ____</p> <p>M) Quantidade de geladeiras: ____</p> <p>I) Quantidade de freezers (independentes ou parte da geladeira) ____</p> <p>O) Quantidade de computadores (desconsiderar tablets, palms ou smartphones): ____</p> <p>P) Quantidade de lavadoras de louças: ____</p> <p>Q) Quantidade de fornos de micro-ondas: ____</p> <p>234. Renda familiar [considere os rendimentos de todas as pessoas que moram na casa]:</p> <p>(0) Sem rendimento</p> <p>(1) Até 1 salário mínimo (R\$ 788,00)</p> <p>(2) Entre 1 e 2 salários mínimos (de R\$ 789 a 1576 reais)</p> <p>(3) Entre 2 e 3 salários mínimos (de R\$ 1577 a 2365 reais)</p> <p>(4) Entre 3 e 5 salários mínimos (de R\$ 2366 a 3940 reais)</p> <p>(5) Entre 5 e 10 salários mínimos (de R\$ 3941 a 7880 reais)</p> <p>(6) Mais de 10 salários mínimos (mais de R\$ 7881 reais)</p> <p>(7) Não declarada</p> <p>(8) Não sei/ Não lembro</p> <p>235. Renda <i>per capita</i>: _____</p>	<p>RENDA <input type="checkbox"/></p> <p>RENDA <input type="checkbox"/></p>
--	---

APÊNDICE D – ESCALA DE AVALIAÇÃO MATERNA DA AMAMENTAÇÃO (MBFES/BRASIL)

Escala de Avaliação Materna da Amamentação – MBFES/BRASIL

Se já amamentou filhos anteriores, baseie as suas respostas na experiência mais recente/atual. Considere toda a experiência de amamentação e, por favor, responda a todas as perguntas. Indique se esta de acordo ou desacordo colocando um círculo na resposta que considerar mais adequada para a sua situação.

	Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
1. A amamentação deu-me satisfação interior	DT	D	SO	C	CT
2. A amamentação proporcionou-me momentos especiais com o meu bebê	DT	D	SO	C	CT
3. O meu bebê não tinha qualquer interesse em mamar	DT	D	SO	C	CT
4. O meu bebê adorou mamar	DT	D	SO	C	CT
5. Para mim foi um fardo (pesado) ser a principal fonte de alimentação do meu bebê	DT	D	SO	C	CT
6. Senti-me extremamente ligada ao meu bebê quando o amamentei	DT	D	SO	C	CT
7. O meu bebê mamava avidamente (com muita vontade)	DT	D	SO	C	CT
8. A amamentação foi fisicamente esgotante	DT	D	SO	C	CT
9. Para mim foi importante poder amamentar	DT	D	SO	C	CT
10. Durante a amamentação o crescimento do meu bebê foi excelente	DT	D	SO	C	CT
11. Eu e o meu bebê trabalhamos em conjunto para que a amamentação ocorresse calmamente	DT	D	SO	C	CT
12. A amamentação foi uma experiência muito afetiva e maternal	DT	D	SO	C	CT
13. Enquanto amamentei senti constrangimento em relação ao meu corpo	DT	D	SO	C	CT
14. Enquanto amamentei senti-me demasiadamente presa todo o tempo	DT	D	SO	C	CT
15. Enquanto amamentei preocupei-me com o aumento de peso do meu bebê	DT	D	SO	C	CT
16. A amamentação acalmava o meu bebê quando ele estava aborrecido ou chorava	DT	D	SO	C	CT
17. A amamentação era como uma espécie de êxtase (realização)	DT	D	SO	C	CT
18. O fato de poder produzir alimento para alimentar o meu bebê foi muito gratificante	DT	D	SO	C	CT
19. No princípio o meu bebê teve problemas com a amamentação	DT	D	SO	C	CT
20. A amamentação fez-me sentir uma boa mãe	DT	D	SO	C	CT
21. Gostei muito de amamentar	DT	D	SO	C	CT
22. Enquanto amamentei ansiava por retomar a minha forma física	DT	D	SO	C	CT
23. A amamentação fez-me sentir mais confiante como mãe	DT	D	SO	C	CT
24. O meu bebê desenvolveu-se muito bem com a amamentação	DT	D	SO	C	CT
25. A amamentação fez com que o meu bebê se sentisse mais seguro	DT	D	SO	C	CT
26. Pude ajustar facilmente a amamentação do meu bebê com as minhas outras atividades	DT	D	SO	C	CT
27. O meu bebê não relaxava enquanto mamava	DT	D	SO	C	CT
28. A amamentação foi emocionalmente desgastante	DT	D	SO	C	CT
29. A amamentação foi uma sensação maravilhosa para mim	DT	D	SO	C	CT

APÊNDICE E – MANUAL DO ENTREVISTADOR

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCÊNCIA

**“FATORES ASSOCIADOS À SATISFAÇÃO DAS MULHERES COM O
ATENDIMENTO AO SEU PARTO E COM O ALEITAMENTO MATERNO”**

MANUAL DO ENTREVISTADOR

Nome do Entrevistador: _____

Nome do Coordenador: _____

Telefone do Coordenador: _____

PARTE I**Sobre a pesquisa**

Esta pesquisa pretende identificar os fatores associados à satisfação das mulheres em relação ao atendimento ao pré-natal, ao parto, ao aleitamento materno e à depressão pós-parto em maternidades das redes pública e privada em Porto Alegre. Faremos isso através da seleção de puérperas, nas maternidades do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Hospital Moinhos de Vento (HMV) e Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC).

Durante a seleção das mulheres, deverá ser preenchido um questionário com dados do prontuário na maternidade, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pela puérpera. Serão realizadas entrevistas em domicílio com 1 mês, 6 meses e 12 meses do pós-parto. Aos 2 meses, 4 meses e 24 meses será realizado contato telefônico. As entrevistas e os contatos telefônicos serão feitos através da aplicação de questionários, que deverão ser completados com as respostas das mães e também com os dados registrados nas carteiras de pré-natal. Nas entrevistas domiciliares, além do questionário, deverão ser aplicados 2 instrumentos autoaplicáveis. Os entrevistadores serão supervisionados por um coordenador de campo, que ficará responsável por visitar e selecionar os domicílios onde serão feitas as entrevistas, recolher os questionários aplicados pelos entrevistadores e preencher o banco de dados. Para o bom andamento da pesquisa, é fundamental ter um bom trabalho em equipe, saber trabalhar em grupo, resolvendo dúvidas e dificuldades através do diálogo e demonstrando muito respeito com os colegas.

Outro ponto muito importante é NUNCA transmitir informações falsas. Um dos valores importante em um trabalho como este é ser sempre muito honesto e transparente. Uma informação falsa pode prejudicar um trabalho que levou tanto esforço para ser realizado e pode gerar resultados falsos para a população. É preferível dizer que não conseguiu realizar uma entrevista do que inventar dados para completar o questionário, isso jamais deve ser feito. Outra questão muito importante é que apesar de sabermos do objetivo do estudo não podemos nunca forçar uma resposta positiva. Devemos manter sempre a imparcialidade em relação às perguntas, sem induzir respostas que não reflitam exatamente a realidade só para favorecer os resultados do nosso trabalho.

Os ingredientes principais para o sucesso desse trabalho são

UNIÃO e MOTIVAÇÃO.

Vamos JUNTOS fazer essa mistura acontecer!

PARTE II

Sobre a operacionalização da pesquisa

Para o sucesso do nosso trabalho, várias providências são necessárias. É preciso cuidar de cada detalhe para que possamos colher bons frutos de todas as tarefas empreendidas. Vamos seguir o passo a passo.

PRIMEIRO PASSO

Preparação para o Trabalho

Antes de sair para as visitas, é importante checar se está levando todo o material que irá precisar para o trabalho. Para não esquecer nada é só conferir os itens abaixo:

- Jaleco
- Pasta
- Prancheta para escrever
- Caneta
- Lápis, borracha e apontador
- Manual do entrevistador
- Cópias dos questionários e instrumentos em branco (levar no mínimo três por dia)
- Celular
- Água para beber
- Cédula de identidade
- Algum dinheiro para qualquer situação de emergência

As cópias dos Questionários, dos Instrumentos (autoaplicáveis) e dos Termos de Consentimento em branco serão entregues pelo coordenador de campo, que também irá recolher os questionários junto com os termos preenchidos nas reuniões semanais de equipe.

Seja pontual na chegada ao local combinado.

SEGUNDO PASSO

O contato inicial

O segundo passo inicia quando você chegar à maternidade, dirija-se ao posto de enfermagem e apresente-se à enfermeira ou à secretária de posto, solicite gentilmente uma lista com os nomes das puérperas das últimas 24h. Sorteie o nome de uma paciente e informe que você precisa do prontuário para coletar algumas informações a fim de certificar-se que a dupla mãe-bebê se insere nos critérios de inclusão da pesquisa. Dirija-se ao leito da puérpera, confirme o nome completo e apresente-se. As pessoas são livres para decidir se querem ou não participar da pesquisa. Quanto mais informações a pessoa tiver sobre o objetivo da pesquisa e sua importância para a sociedade como um todo, mais ela terá condições de decidir. É durante este contato inicial que você deverá fazer todos os esclarecimentos para que a pessoa possa se sentir à vontade para participar da pesquisa, pois é somente a partir do consentimento da pessoa, feito de forma livre e esclarecida, que você poderá prosseguir com o seu trabalho. Ao obter o aceite da participação colete todos os números de telefone móveis e fixos, endereços e referências para realização dos próximos contatos.

Após prestar todos os esclarecimentos, você poderá se deparar com duas situações:

SITUAÇÃO 1 – Casos de RECUSA em participar da entrevista:

Se inicialmente a pessoa recusar, insista com educação. Saliente a importância da pesquisa para as pessoas da comunidade, explique com cautela os objetivos e como será a participação dela na pesquisa. Se a pessoa, mesmo após sua explanação, recusar em participar da pesquisa, agradeça, com educação e volte ao posto de enfermagem e sorteie outra puérpera.

SITUAÇÃO 2 – Casos de ACEITAÇÃO em participar da entrevista:

Havendo a disposição da pessoa em participar, o passo seguinte é obter o consentimento informado, ou seja, a pessoa deverá assinar um documento informando que decidiu participar da pesquisa.

Para isso, é necessário explicar para a pessoa o objetivo do documento “**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**” e a importância da sua assinatura.

O Termo de Consentimento possui informações importantes sobre essa pesquisa e garante o direito de que todas as informações fornecidas são **estritamente sigilosas**. Isso quer dizer que as respostas dadas na entrevista serão analisadas sem os nomes, sendo cada pessoa identificada apenas por um número.

Para isso você deve prosseguir com a leitura em voz alta do Termo de Consentimento. Ao final da leitura, pergunte se a puérpera tem alguma dúvida sobre as informações que foram lidas e responda a todas as perguntas que surgirem.

Esclareça ainda sobre algumas responsabilidades assumidas pela coordenação da pesquisa:

1. A pessoa que responde não assume nenhum compromisso, nem qualquer custo.
2. Os coordenadores da pesquisa são profissionais de saúde; caso seja identificada alguma situação de urgência em relação à saúde da criança ou da mãe, os coordenadores avaliarão o caso e, se necessário, encaminharão ao posto ou centro de saúde.

Após estas explicações, pergunte à pessoa se ainda há alguma dúvida sobre sua participação na pesquisa e disponibilize para responder. Caso não haja mais nenhuma pergunta, você poderá finalmente solicitar que a pessoa assine o termo (lembre-se que são duas vias). A entrevistada ficará com uma cópia deste termo, que contém o contacto da pessoa responsável por esta pesquisa, caso ela queira tirar alguma dúvida a qualquer momento. Uma segunda cópia do termo fica com o entrevistador.

Ao obter o aceite da participação colete todos os números de telefone móveis e fixos, endereços e referências para realização dos próximos contatos.

Em seguida, dirija-se ao posto da enfermagem e colete as informações do prontuário da paciente, utilizando o instrumento “Questionário de Coleta de Dados da Maternidade”.

TERCEIRO PASSO

A visita domiciliar

Alguns cuidados são importantes:

Em relação ao primeiro contato:

1. Bata palmas ou use a campainha. Use sempre uma expressão de respeito para chamar a pessoa.
2. Ao ser atendido, espere ser convidado para entrar na casa da pessoa.
3. Apresente-se, mostre seu crachá e informe o motivo da visita, conforme sugerimos.

Motivo da Visita:

Realizar uma pesquisa sobre a satisfação das mulheres com o atendimento ao seu parto e com o aleitamento materno.

*Reforce que você **NÃO** trabalha para o hospital onde foi realizado o parto. Diga à entrevistada que ela tem toda a liberdade para manifestar suas opiniões, tanto as negativas, como as positivas.*

4. Esse primeiro momento é muito importante para criar um ambiente favorável. Seja simpático. O questionário é longo e seu preenchimento dependerá de sua empatia inicial com a entrevistada. Reforce o valor da contribuição da pessoa para a pesquisa, que tem objetivo de obter informação para ajudar a melhorar os serviços de saúde da comunidade.
5. Procure manter um clima alegre e cordial com a entrevistada, tratando-a com respeito e atenção. Se oferecerem algo para beber ou comer, pode aceitar, pois demonstra educação e delicadeza.
6. Caso a pessoa esteja trabalhando em casa (ex: lavando roupa), ofereça-se para fazer as perguntas enquanto ela trabalha.

7. Caso perceba algo que possa colocar você em situação de perigo (ex: morador alcoolizado), pergunte se pode voltar outra hora e siga para outro local.

Lembre-se:

Se houver qualquer PROBLEMA chame o coordenador de campo.

Tenha sempre o telefone do coordenador de campo responsável em mãos, para o caso de ter que acessá-lo com rapidez.

QUARTO PASSO

Aplicação do questionário

O nosso questionário está dividido em várias partes. São elas:

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO E DA ENTREVISTADA
2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS
3. INFORMAÇÕES DE SAÚDE DA MULHER
4. INFORMAÇÕES SOBRE A ÚLTIMA GESTAÇÃO E ATENÇÃO PRÉ-NATAL
5. INFORMAÇÕES SOBRE O ÚLTIMO PARTO
6. INFORMAÇÕES SOBRE O PÓS-PARTO (ALOJAMENTO CONJUNTO)
7. INFORMAÇÕES SOBRE O PRIMEIRO MÊS
8. CLASSIFICAÇÃO SÓCIOECONÔMICA

Somente após ler com atenção e compreender bem todas as perguntas que compõem cada parte do questionário é que você poderá iniciar as entrevistas.

O sucesso da entrevista depende principalmente de dois fatores:

a) Compreensão do Questionário

O entrevistador deve conhecer bem todo o questionário, compreendendo a importância de cada pergunta que vai fazer. Cada uma delas tem uma razão de ter sido formulada. Compreender bem o porquê de você estar fazendo cada pergunta vai lhe trazer segurança, ajudando para que, no momento da entrevista, você transmita confiança para a mãe.

b) Abordagem às mães

A forma como você irá abordar as mães durante as entrevistas é condição fundamental de sucesso para o seu trabalho. Lembre-se que a comunicação não é feita somente com a nossa

fala, mas também pelo tom da voz, pelos gestos e pelo olhar. Tudo isso influenciará no sucesso da sua entrevista.

Após conhecer todas as perguntas, podemos passar adiante. Procure não ficar com dúvidas, e lembre-se que os coordenadores da pesquisa estarão sempre dispostos a esclarecer todas as perguntas a qualquer momento.

Seguem agora as orientações sobre como deverá fazer as perguntas no momento da entrevista:

- 1- É importante que você busque fazer a pergunta para a mãe exatamente como está escrito. Fale devagar, sem pressa. Se perceber que não foi compreendido, repita calmamente exatamente como está escrito.
- 2- Se perceber que realmente a mãe não compreendeu as palavras, procure, então, fazer-se entender. Solicite à mãe que explique o que ela não entendeu na pergunta e reformule sem modificar o sentido da pergunta. Explique o significado de alguma palavra e/ou utilize alguns exemplos para auxiliar na compreensão da pergunta.
- 3- Não esqueça que temos algumas perguntas em que é necessário que você leia as alternativas de resposta para a mãe. Quando for o caso, esta orientação estará indicada na própria pergunta.
- 4- Se você perceber dúvidas nas respostas, repita a pergunta de forma mais enfática, tendo o cuidado para não parecer que está duvidando das respostas da mãe. Repita, na intenção de buscar esclarecer a resposta.
- 5- Você deve solicitar à mãe a carteira de pré-natal, informando que precisa vê-la porque contém as informações que foram registradas pelos profissionais do pré-natal ou posto e que são importantes para a pesquisa.
- 6- Ao registrar as informações das carteiras de pré-natal, concentre-se para não se esquecer de apontar todos os dados necessários.
- 7- Algumas perguntas têm dados para o coordenador responder. Esses espaços estão indicados com a frase “preencher depois da entrevista, pela coordenadora de campo”, deixe-os em branco e siga adiante.
- 8- Faça sempre uma pergunta de cada vez, escutando toda a resposta. Somente após preencher a resposta da pergunta feita é que você deve seguir adiante. Procure não ficar preenchendo a resposta enquanto faz a próxima pergunta, cada resposta exige a sua atenção. Esses cuidados são importantes para transmitir tranquilidade, não atropelar respostas e evitar erros e enganos.
- 9- Não passe para a pergunta seguinte se você tiver alguma dúvida sobre a questão que acabou de ser respondida. Se precisar, solicite à pessoa que repita a resposta e só escreva quando não tiver mais nenhuma dúvida sobre a resposta que vai registrar.
- 10- Ao final, revise todo o questionário folheando página por página para verificar se não ficou nenhuma pergunta esquecida.

Seguem agora algumas orientações sobre situações que podem ocorrer no momento da entrevista e que precisam ser contornadas.

Existem algumas situações com as quais você irá se deparar e que precisa contornar com sucesso no momento da entrevista, veja algumas sugestões sobre como superar algumas dificuldades:

- 11- Muitas vezes as mães costumam esquecer sobre alguns fatos de sua vida, e muito frequentemente sobre suas gestações e partos, principalmente, quando ela tem muitos filhos. Procure não demonstrar surpresa através de gestos ou expressões. Isso poderá ser compreendido como censura, transformando-se em motivo de timidez ou vergonha por parte da mãe. Você pode ajudar a mãe a lembrar de datas através da sugestão de datas importantes, como aniversários, Natal, Ano Novo, entre outras.
- 12- É fato que somente pelo tom da nossa voz podemos induzir respostas. Isso acontece facilmente quando estamos com pressa. Procure fazer todas as perguntas calmamente e sem pressa de finalizar a entrevista.
- 13- Pode acontecer que a mãe fique com receio de responder alguma pergunta sobre o que realmente pensa sobre algum profissional ou membro da família. Neste momento, fale novamente para ela sobre o sigilo das respostas e o quanto a sinceridade poderá ajudar na avaliação e que a intenção da pesquisa é contribuir com a melhoria dos cuidados de saúde.
- 14- Algumas pessoas gostam de conversar e costumam se prolongar bastante nas respostas contando histórias e desviando o assunto. Estas situações exigem cuidado para retomada do assunto sem ser indelicado. Use sua sensibilidade para perceber o momento de interromper educadamente o assunto e retomar as perguntas da entrevista.

PARTE III

Orientações específicas para o preenchimento do Questionário

Cuidados para o preenchimento do Questionário

Com este item, pretendemos que no final das entrevistas tenhamos tudo bem organizado para preenchimento do banco de dados. Para o seu melhor manuseio, é fundamental termos em atenção os seguintes pormenores:

1. Devemos ter o máximo cuidado para manter o questionário em bom estado, evitando dobrá-lo, amassá-lo ou colocá-lo em contato com líquidos e alimentos.
2. No momento do preenchimento do questionário dê preferência que seja feito com letra de Imprensa. Por exemplo: **MARINA CORREA** e não Marina Correa.
3. Preencher de maneira a que todos os números fiquem posicionadas no interior de cada quadradinho.
4. Em casos de equívoco, caso tenha assinalado duas opções de resposta, devemos destacar a verdadeira, ou seja carregar com a esferográfica o maior número de vezes possível na questão que achamos correta de modo a distinguirmos da errada de forma clara.

5. Quando o entrevistado se recusar a responder alguma questão, anotar ao lado da questão: “Não quis responder”.

Em relação às perguntas:

1. As questões possuem orientações ao entrevistador em negrito e itálico, entre colchetes, não leia essas informações ao entrevistado, apenas atente-se a elas para melhor aplicação do instrumento.
2. Quando a questão diz “[*Ler as opções de respostas*]”, isso quer dizer que você deve ler as alternativas para a mãe em voz alta.
3. Quando aparecer a expressão “*nome do bebê*”, entenda que você deve falar o nome do bebê. Exemplo: quando você viu o “*nome do bebê*” pela primeira vez? , lê-se: Quando você viu o **PEDRO** pela primeira vez?
4. Atentar-se para as instruções de pular algumas questões, elas encontram-se entre colchetes, em negrito e itálico. Exemplo: [*Se a resposta foi “Sim”, pular para a pergunta “X”*]
5. A codificação (preenchimento da coluna à direita no questionário) será feita pelo Coordenador de Campo.
6. Em algumas questões há a opção de resposta – NSA (Não se Aplica), ela sempre será codificada com o numero (8), (88) ou (888), atente-se para não se esquecer de preenchê-la quando for o caso.
7. Em algumas questões há a opção de resposta – Não sabe/Não lembra com a codificação (77).
8. A codificação IGNORADA (9) ou (99) será utilizada SOMENTE quando não for respondida a questão por esquecimento.
9. Algumas questões em que não há número dentro do paranteses do “Sim”, anotar o numero de vezes correspondente. Exemplo: [*anotar o numero de visitas no parenteses correspondente ao “Sim”*]
10. Se ao decorrer da aplicação do questionário, você tiver alguma dúvida aobre a resposta da entrevistada, anote à lápis ao lado da questão.

Então, vamos ao questionário!

PARTE IV**Orientações específicas para compreensão do Questionário****QUESTIONÁRIO DA MATERNIDADE**

Esta é a primeira parte do questionário, que será preenchida na maternidade, após o preenchimento do TCLE.

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Coletar os dados do prontuário e as informações que não forem encontradas, perguntar à puérpera.

Procure colocar o maior número possível de contatos telefônicos e referências do local da residência.

2. DADOS DO PARTO/PERIPARTO

Questão 7. Perguntar quando iniciaram as contrações (dor) frequentes (1 a cada 5 min). Calcular em minutos!

Questão 8. Coletar do prontuário o horário da entrada na maternidade e o horário do parto. Caso esta informação não esteja disponível, perguntar para a entrevistada. Calcular em minutos!

Questão 23. Ao preencher a idade gestacional dê preferência para idade gestacional obstétrica calculada por ECO precoce (até 14 semanas), se não constar em prontuário procure a idade gestacional obstétrica calculada por “DUM” (data da última menstruação), se também não for encontrada esta informação, procure a idade gestacional calculada pelo pediatra (CAPURRO). Marque com um X no questionário o método correspondente à idade gestacional que foi preenchida.

QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO COMPLETO – Visita Domicilar

3. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Esta parte do questionário contempla questões sobre dados pessoais da entrevistada e membros da família.

Questão 8. [autorreferida] Não leia as opções de resposta, deixe que a entrevistada se expresse.

Questões 11, 13 e 15. Perguntar até que série completa a entrevistada, o pai e/ou chefe da família estudou e depois (após a entrevista) calcular em anos completos de estudo para preencher a lacuna.

Questões 12, 14 e 16. Se a entrevistada possui ensino superior e/ou pós-graduação, especificar quantos anos de estudo.

Questão 22. Colocar a opção **(8) NSA** quando a mulher não tiver outros filhos.

4. INFORMAÇÕES DE SAÚDE DA MULHER

Esta parte contempla as perguntas referentes à saúde da mulher de forma geral.

Questões de 30 a 36. Colocar a opção **(88) NSA** quando a mulher for primigesta (primeira gestação).

Questão 31. Refere-se a qualquer tipo de parto: cesárea ou normal/vaginal.

Questão 34. Atentar-se para que quando se tratar de vários partos, deve ser considerado o intervalo entre os dois últimos partos (o do bebê que nasceu atualmente e do irmão mais novo). Lembrar de transformar em meses, caso a informação tenha sido dada em anos.

5. INFORMAÇÕES SOBRE A ÚLTIMA GESTAÇÃO E ATENÇÃO PRÉ-NATAL

As perguntas seguintes são relacionadas à última gestação e à atenção pré-natal.

Questão 39 a 45. Colocar a opção **(8) ou (88) NSA** se a mulher não fez pré-natal.

Questão 40. A idade gestacional da primeira consulta deve ser preenchida em semanas, portanto, caso a entrevistada responda em meses deve-se calcular em semanas.

Questão 48. O grupo de gestantes, em geral, é realizado em posto de saúde ou em hospitais públicos. Mais comumente no dia em que as consultas de pré-natal ocorrem na unidade, antes ou após as consultas. São vários encontros e costumam ter duração que independe do tempo gestacional das pacientes.

Questão 49. Os cursos para gestantes são oferecidos, geralmente, por hospitais privados ou organizações privadas, não governamentais, etc. Possuem um cronograma com início e fim e a duração pode ser uma semana ou mais, pode vincular as participantes em outras atividades com objetivo de preparação para o parto, conhecer maternidades, entre outras.

Questão 55. O plano de parto é uma descrição, geralmente, escrito pela gestante e entregue à equipe assistente, de como ela gostaria que fosse seu parto, quais procedimentos ela não gostaria de ser submetida, quem ela gostaria que a acompanhasse, como ela desejaria que o

bebê fosse recebido, quem cortaria o cordão umbilical e qual procedimentos ela não gostaria que fossem realizados no RN.

Questão 58. Marcar (8) NSA se ela não realizou pré-natal.

6. INFORMAÇÕES SOBRE O ÚLTIMO PARTO

Essa subdivisão corresponde às informações apenas sobre o último parto e têm como objetivo verificar dados sobre o atendimento na maternidade, desde a chegada, trabalho de parto ou não, percepções da mulher, enquanto parturiente, sobre o local, a assistência que recebeu de toda a equipe e satisfação da mulher com relação ao parto.

Questão 79. Doulas são mulheres que dão suporte físico e emocional a outras mulheres antes, durante e após o parto. Não são profissionais da saúde.

Questões 87 a 96. Marcar (8) NSA se a mulher não entrou em trabalho de parto.

Questão 85. Indicações médicas para cesariana: criança pélvica (sentada), indicação do médico ortopedista, cesariana prévia há menos de 1 ano, cirurgia uterina prévia, etc.

Indicações por emergência/intercorrência: gestante com duas cesarianas prévias ou mais e trabalho de parto ativo, criança pélvica e trabalho de parto ativo, estado fetal não tranquilizador (sofrimento fetal), descolamento prematuro de placenta, sangramento do terceiro trimestre, síndrome de HELLP, etc.

Questões 86 a 96. Se na questão 86 a resposta for “Não”, marcar (8) NSA se não recebeu nenhum método para alívio da dor, tanto não farmacológico, quanto farmacológico.

Questão 93. Analgesia pode ser um medicamento injetável na veia ou por via oral. Anestesia é realizada antes de algum procedimento cirúrgico, exemplo, antes de realizar episiotomia é realizada uma anestesia no local da incisão pelo obstetra. Antes da cesariana é realizada pelo anestesista a infusão de anestésico no espaço aracnóide ou epidural ou ainda, menos frequente, a anestesia geral. Existe também a chamada analgesia de parto que é realizada por anestesista e é indicada pelo obstetra, em geral, quando a mulher está em trabalho de parto com dilatação avançada e apresenta muita dor.

Questão 97 a 101. Marcar (8) NSA se não entrou em trabalho de parto.

Questão 117. Se a resposta da mãe não se encaixar nas alternativas, leia as opções de resposta.

7. INFORMAÇÕES SOBRE O PÓS-PARTO (FORA DA SALA DE PARTO)

As questões relativas a essa seção referem-se aos dados da internação materna e do RN.

Questão 135. A resposta final deve ser preenchida em horas, se a entrevistada não souber, logo a baixo foi colocado: Do dia ____, __h até o dia ____, __h para auxiliar o entrevistador a calcular o número aproximado de horas de internação.

Questão 137. Alojamento conjunto é um quarto de hospital onde fica o leito da mãe e um berço para o bebê, geralmente estão internadas mais de uma dupla por quarto.

Questão 149. Marcar (8) NSA se não houver banco de leite naquele hospital.

Questão 156. Não perguntar para a entrevistada.

Aleitamento materno exclusivo: A criança recebe somente leite materno, pode ser de banco de leite.

Aleitamento materno misto: A criança recebe leite materno e outro tipo de leite (fórmula láctea, leite de saquinho ou embalagem tetra pak).

Sem aleitamento materno: A criança não recebe leite materno.

8. INFORMAÇÕES SOBRE O PRIMEIRO MÊS

Essa parte do questionário busca conhecer algumas atividades que a entrevistada está realizando no seu cotidiano e condutas de cuidado com o bebê.

Questões 185, 204, 205 e 206. Atenção! Preencher após a entrevista

9. CLASSIFICAÇÃO SOCIOECONÔMICA

Questão 233. Na letra “A” não se deve levar em conta banheiros ou lavabos

Lembre-se que os ingredientes principais para o sucesso do trabalho são UNIÃO e MOTIVAÇÃO. Se você estiver desmotivado, procure conversar com os colegas entrevistadores com quem você tem maior proximidade, ou com algum dos coordenadores ou outras pessoas da equipa. O diálogo é muito importante para que todos se entendam bem e consigam solucionar os problemas. Você pode estar desmotivado um dia, precisando de um conselho ou de palavras de ânimo. No dia de amanhã, pode ser o seu colega que está desmotivado, e será a sua vez de ajudá-lo a ter força e seguir em frente.

**BOM TRABALHO PARA TODOS NÓS!
MUITO OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO!**

ANEXO A – MATERNAL BREASTFEEDING EVALUATION SCALE (MBFES ORIGINAL)

Appendix 1. Maternal Breastfeeding Evaluation Scale (MBFES) *

If you breastfed more than one baby, base your answers on the most recent experience. Consider the overall breastfeeding experience, and please do not skip any questions.

Indicate your agreement or disagreement with each statement by circling the best answer:

SD = strongly disagree

D = disagree

N = no opinion or unsure

A = agree

SA = strongly agree

	Strongly Disagree				Strongly Agree
1. With breastfeeding I felt a sense of inner contentment.	SD	D	N	A	SA
2. Breastfeeding was a special time with my baby.	SD	D	N	A	SA
3. My baby wasn't interested in breastfeeding.	SD	D	N	A	SA
4. My baby loved to nurse.	SD	D	N	A	SA
5. It was a burden being my baby's main source of food.	SD	D	N	A	SA
6. I felt extremely close to my baby when I breastfed.	SD	D	N	A	SA
7. My baby was an eager breastfeeder.	SD	D	N	A	SA
8. Breastfeeding was physically draining.	SD	D	N	A	SA
9. It was important to me to be able to nurse.	SD	D	N	A	SA
10. While breastfeeding, my baby's growth was excellent.	SD	D	N	A	SA
11. My baby and I worked together to make breastfeeding go smoothly.	SD	D	N	A	SA
12. Breastfeeding was a very nurturing, maternal experience.	SD	D	N	A	SA
13. While breastfeeding, I felt self-conscious about my body.	SD	D	N	A	SA
14. With breastfeeding, I felt too tied down all the time.	SD	D	N	A	SA
15. While breastfeeding, I worried about my baby gaining enough weight.	SD	D	N	A	SA
16. Breastfeeding was soothing when my baby was upset or crying.	SD	D	N	A	SA
17. Breastfeeding was like a high of sorts.	SD	D	N	A	SA
18. The fact that I could produce the food to feed my own baby was very satisfying.	SD	D	N	A	SA
19. In the beginning, my baby had trouble breastfeeding.	SD	D	N	A	SA
20. Breastfeeding made me feel like a good mother.	SD	D	N	A	SA
21. I really enjoyed nursing.	SD	D	N	A	SA
22. While breastfeeding, I was anxious to have my body back.	SD	D	N	A	SA
23. Breastfeeding made me feel more confident as a mother.	SD	D	N	A	SA
24. My baby gained weight really well with breastmilk.	SD	D	N	A	SA
25. Breastfeeding made my baby feel more secure.	SD	D	N	A	SA
26. I could easily fit my baby's breastfeeding with my other activities.	SD	D	N	A	SA
27. Breastfeeding made me feel like a cow.	SD	D	N	A	SA
28. My baby did not relax while nursing.	SD	D	N	A	SA
29. Breastfeeding was emotionally draining.	SD	D	N	A	SA
30. Breastfeeding felt wonderful to me.	SD	D	N	A	SA

* Copyright, 1992 by Ellen W. Leff, Sandra C. Jefferis, Margaret P. Gagne. For permission to use this tool, contact Ellen Leff.

**ANEXO B – ESCALA DE AVALIAÇÃO MATERNA DA AMAMENTAÇÃO –
VERSÃO PORTUGUESA**

ESCALA DE AVALIAÇÃO MATERNA DA AMAMENTAÇÃO
(Ellen W. Leff, 1994. Versão portuguesa de Garcia Galvão, 2000)

Número

Cara mãe

Se amamentou mais de um bebé, baseie as suas respostas na experiência mais recente. Considere toda a experiência de amamentação e por favor responda a todas as perguntas.

Indique o seu acordo ou desacordo, assinalando com um X, na quadricula que melhor expresse a sua experiência.

	Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
1. A amamentação deu-me satisfação interior					
2. A amamentação proporcionou-me momentos especiais com o meu bebé					
3. O meu bebé não tinha qualquer interesse em mamar					
4. O meu bebé adorou mamar					
5. Para mim foi um fardo ser a principal fonte de alimentação do meu bebé					
6. Senti-me extremamente ligada ao meu bebé quando o amamentei					
7. O meu bebé mamava avidamente					
8. A amamentação foi fisicamente esgotante					
9. Para mim foi importante poder amamentar					
10. Durante a amamentação o crescimento do meu bebé foi excelente					
11. Eu e o meu bebé trabalhámos em conjunto para que a amamentação corresse calmamente					
12. A amamentação foi uma experiência muito afectiva e maternal					
13. Enquanto amamentei senti constrangimento em relação ao meu corpo					
14. Enquanto amamentei senti-me demasiado presa todo o tempo					
15. Enquanto amamentei preocupei-me com o aumento de peso do meu bebé					
16. A amamentação acalmava o meu bebé quando este estava aborrecido ou chorava					
17. A amamentação era como uma espécie de êxtase					
18. O facto de produzir alimento para alimentar o meu bebé foi muito gratificante					
19. No princípio o meu bebé teve problemas com a amamentação					

20. A amamentação fez-me sentir uma boa mãe					
	Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
21. Gostei muito de amamentar					
22. Enquanto amamentei ansiava por retomar a minha forma física					
23. A amamentação fez-me sentir mais confiante como mãe					
24. O meu bebé desenvolveu-se muito bem com a amamentação					
25. A amamentação fez com que o meu bebé se sentisse mais seguro					
26. Pude ajustar facilmente a amamentação do meu bebé com as minhas outras actividades					
27. A amamentação fez-me sentir como se fosse uma vaca					
28. O meu bebé não relaxava enquanto mamava					
29. A amamentação foi emocionalmente desgastante					
30. A amamentação foi uma sensação maravilhosa para mim					

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO PARA USO DO MBFES

MBFES

Ellen Leff <leffellen@gmail.com>
Para: andreaaks@gmail.com

1 de junho de 2016 19:41

Dear Ms. Kroll de Senna,

Thank you for your interest in the MBFES. You have permission to use the MBFES in your research. The MBFES is attached to this message.

The MBFES is appropriate for use after breastfeeding is completed or after the first two or three months of breastfeeding. It is intended to measure the mother's evaluation of breastfeeding, considering the breastfeeding experiences of both mother and infant.

The Maternal Enjoyment/Role Attainment Subscale consists of items 1,2,6,9,11,12,16,17,18,20,21,23,25, and 30. The Infant Satisfaction/Growth Subscale consists of items 3,4,7,10,15,19,24, and 28. The Lifestyle/Maternal Body Image Subscale consists of items 5,8,13,14,22,26,27, and 29. For analysis, I used a score of 1 for strongly disagree, up to 5 for strongly agree. Items worded negatively are reflected for scoring. These are items 3,5,8,13,14,15,19,22,27,28, and 29. To transform (reflect) the scores, subtract each participant's rating from 6 (i.e., 1 becomes 5, 2 becomes 4, etc.). Each participant's scores can be added for a total MBFES score as well as subscale totals.

Please contact me if you have any questions about the MBFES or its development. I can be reached by e-mail at leffellen@gmail.com.

Ellen W Leff, MS, RN

Dear Mrs Ellen Leff

Our research group at the Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS)/Brazil, coordinated by Dr. Elsa Giugliani, has studied aspects related to Maternal and Child Health. We intend to validate the Maternal Breastfeeding Evaluation Scale for the Brazilian population. For this reason, we are respectfully asking your permission to use the instrument in our study population. According to your paper published in Journal Human Lactation in 1994, the MBFES includes positive and negative items in the Likert scale. We would like to know if there are issues of reverse tabulation in its structure. In case of reverse tabulation, could you tell us in which questions this occurs? It would be an honour to use an instrument developed by your team.

Please accept my kindest regards,

Andrea F Kroll de Senna

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Porto Alegre, Brazil

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DO HMV



HOSPITAL MOINHOS DE
VENTO - HMV

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS À SATISFAÇÃO DAS MULHERES COM O ATENDIMENTO AO SEU PARTO

Pesquisador: Camila Giugliani

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46775115.0.3002.5330

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.204.288

Apresentação do Projeto:

Introdução: Apesar das recomendações da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde, as boas práticas de assistência ao parto e nascimento seguem sendo subutilizadas no Brasil. Além disso, são escassas as publicações que avaliem a percepção das mulheres sobre as práticas conduzidas, e os resultados desses poucos estudos são preocupantes, pois expressam vivências negativas das mulheres sobre o próprio parto e destacam fatores relacionados à relação profissional/parturiente influenciando a sua satisfação, levando à reflexão de como a qualidade das relações tem impacto na assistência às mulheres e fazendo pensar em que outros fatores ainda não pesquisados podem influenciar a vivência destas sobre o nascimento de seus filhos. Já a satisfação materna com a amamentação é influenciada por uma complexa associação de fatores, incluindo sentimentos, valores culturais, satisfação com os serviços de saúde e até mesmo satisfação com o parto.

Metodologia: Estudo transversal para investigar o desfecho satisfação com o parto, com seguimento (estudo de coorte) para averiguar aspectos relacionados ao aleitamento materno. Serão incluídas 276 mulheres que tiveram parto com recém-nascido vivo nas três maternidades com maior volume de partos na cidade (duas públicas e uma privada). O cálculo do tamanho da amostra foi realizado utilizando dados de estudos prévios, considerando nível de significância de

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 910 - Bloco D

Bairro: Floresta

CEP: 90.035-001

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3314-3537

E-mail: cep.iep@hmv.org.br



Continuação do Parecer: 1.204.288

5% e poder de 80%. As mulheres serão selecionadas nas maternidades e entrevistadas no seu domicílio após 30 dias. Contatos de seguimento (com 2, 4, 6, 12 e 24 meses), por telefone ou presenciais, serão realizados para coleta de informações sobre amamentação. Este projeto tem recursos do CNPq – Edital Universal 2014.

Contribuição esperada: Esperamos contribuir para identificar, dentre os fatores associados com a percepção positiva das mulheres (fatores sociodemográficos, características de saúde das mulheres, atenção recebida no pré-natal, parto e pós-parto), aqueles que podem ser modificados ou fortalecidos na rede de atenção à saúde. Pretende-se ainda reforçar a base de evidências para sustentar as estratégias de qualificação da assistência ao parto no Brasil. O estudo originará pelo menos uma dissertação de mestrado e duas teses de doutorado. Pretendemos publicar os artigos em revistas nacionais e internacionais.

Critério de Inclusão:

- Residir no município de Porto Alegre na data do parto. - Recém-nascido vivo. - Recém-nascido a termo (idade gestacional 37 semanas, de acordo com Capurro).- Recém-nascido único (não gemelar).

Critério de Exclusão:

- Complicações neonatais e/ou obstétricas ou malformações que resultem em óbito materno e/ou neonatal precoce ou internação do recém-nascido ou da mãe em unidade de terapia intensiva.
- Presença de alguma doença materna que contraindique a amamentação (por exemplo, HIV/AIDS).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar os fatores associados à satisfação das mulheres em relação ao atendimento ao parto recebido em maternidades das redes pública e privada em Porto Alegre, RS.

Objetivo Secundário:

- Descrever as características da atenção pré-natal recebida e das práticas de assistência ao parto e ao pós-parto nos diferentes serviços estudados, segundo a percepção das mulheres.
- Descrever aspectos relacionados ao aleitamento materno, tais como padrão, grau de satisfação e dificuldades em diferentes momentos.
- Conhecer o grau de satisfação das mulheres em relação ao atendimento ao seu parto.
- Investigar a associação das características sociodemográficas, da atenção pré-natal, de assistência ao parto e ao pós-parto com a satisfação das mulheres em relação ao seu parto.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 910 - Bloco D
Bairro: Floresta **CEP:** 90.035-001
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3314-3537 **E-mail:** cep.iep@hmv.org.br



Continuação do Parecer: 1.204.288

- Investigar a associação entre satisfação das mulheres em relação ao seu parto com aspectos da amamentação, incluindo satisfação com essa prática.
- Investigar a associação entre satisfação das mulheres em relação ao seu parto e depressão pós-parto.
- Investigar a associação entre a satisfação com o aleitamento materno em diferentes momentos e sua duração.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A utilização da entrevista presencial como técnica de coleta de dados não representa um risco significativo para as participantes. No entanto, caso alguma participante indique desconforto ou constrangimento, seja pela duração ou conteúdo da entrevista, está assegurada a sua desistência, sem qualquer ônus e a qualquer momento.

Benefícios:

Há benefícios associados à participação nesta pesquisa, como a contribuição para a qualificação no atendimento às mulheres ao longo do ciclo gravídico-puerperal, com a intenção de melhorar a sua satisfação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto se encontra bem escrito, com uma boa introdução justificando adequadamente a proposta de pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos necessários foram devidamente anexados.
Existem algumas recomendações referentes ao TCLE.

Recomendações:

Sugere-se adequar o TCLE ao HMV, incorporando os contatos dos responsáveis e CEP do Moinhos ou fazer um TCLE único contendo os contatos de todos os Centros Coparticipantes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto encontra-se sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 910 - Bloco D
Bairro: Floresta **CEP:** 90.035-001
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3314-3537 **E-mail:** cep.iep@hmv.org.br



Continuação do Parecer: 1.204.288

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Carta anuencia ufrgs.pdf	15/05/2015 18:10:59		Aceito
Outros	carta anuencia HMV.pdf	18/05/2015 09:28:48		Aceito
Outros	carta anuencia GHC.jpg	28/05/2015 16:11:21		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto satisfacao parto 28.05.15.pdf	28/05/2015 16:11:40		Aceito
Outros	delegacao funcoes HCPA.pdf	29/05/2015 16:31:07		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE rev 28.05.15.docx	29/05/2015 16:33:33		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_513370.pdf	29/05/2015 16:36:41		Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto parto HCPA.pdf	05/06/2015 14:36:03		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_513370.pdf	05/06/2015 14:36:21		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto satisfacao parto rev autores 15.06.15.docx	15/06/2015 11:50:00		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_513370.pdf	15/06/2015 11:50:30		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto satisfacao parto rev autores 19.06.15.docx	19/06/2015 13:35:08		Aceito
Outros	Lattes (Camila Giugliani) JUNHO 2015.pdf	19/06/2015 13:53:04		Aceito
Outros	Lattes (Elsa Regina Justo Giugliani) JUNHO 2015.pdf	19/06/2015 13:53:29		Aceito
Outros	Lattes (Andrea Francis Kroll de Senna) JUNHO 2015.pdf	19/06/2015 13:53:47		Aceito
Outros	Lattes (Juliana Castro de Avilla Lago) JUNHO 2015.pdf	19/06/2015 13:54:04		Aceito
Outros	Lattes (Agnes Meire Branco Leria Bizon) junho 2015.pdf	19/06/2015 13:54:21		Aceito
Outros	termo compromisso relatorio GHC0001.pdf	21/06/2015 12:03:45		Aceito
Outros	Delegação de funções HCPA.jpg	25/06/2015 18:25:01		Aceito
Outros	Integrantes projeto de pesquisa GHC.jpg	25/06/2015 18:26:20		Aceito

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 910 - Bloco D
Bairro: Floresta **CEP:** 90.035-001
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3314-3537 **E-mail:** cep.iep@hmv.org.br



Continuação do Parecer: 1.204.288

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_513370.pdf	25/06/2015 19:48:22		Aceito
Outros	carta alteracoes CEP 29.07.15.doc	29/07/2015 19:07:10		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto satisfacao parto alteracoes 29.07.15.docx	29/07/2015 19:07:35		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE rev 29.07.15.docx	29/07/2015 19:09:09		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_513370.pdf	29/07/2015 19:09:31		Aceito
Outros	termo compromisso dados HVM.pdf	31/07/2015 09:50:14		Aceito
Outros	termo responsabilidade HVM.pdf	31/07/2015 09:50:33		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_513370.pdf	31/07/2015 09:51:09		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE aprovado_46775115.0.0000.5327.pdf	04/08/2015 08:59:09		Postado
Outros	Marco Aurélio TelöKen 01_07_2015.pdf	10/08/2015 13:45:35		Postado
Outros	Marcos Wengrover Rosa 02_06_2015.pdf	10/08/2015 13:46:41		Postado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 27 de Agosto de 2015

Assinado por:
Sérgio Luís Amantéa
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 910 - Bloco D
Bairro: Floresta **CEP:** 90.035-001
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3314-3537 **E-mail:** cep.iep@hmv.org.br

ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DO HCPA

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS À SATISFAÇÃO DAS MULHERES COM O ATENDIMENTO AO SEU PARTO E COM O ALEITAMENTO MATERNO

Pesquisador: Camila Giugliani

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 49938015.3.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.288.088

Apresentação do Projeto:

Este projeto de pesquisa está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia e Saúde da Criança e Adolescência. Visa identificar os fatores associados à satisfação das mulheres em relação ao atendimento ao seu parto em maternidades das redes pública e privada em Porto Alegre, RS.

Trata-se de estudo transversal para investigar o desfecho satisfação com o parto, com seguimento (estudo de coorte) para averiguar aspectos relacionados ao aleitamento materno. Serão incluídas 276 mulheres que tiveram parto com recém-nascido vivo nas três maternidades com maior volume de partos na cidade (duas públicas e uma privada). O cálculo do tamanho da amostra foi realizado utilizando dados de estudos prévios, considerando nível de significância de 5% e poder de 80%. As mulheres serão selecionadas nas maternidades e entrevistadas no seu domicílio após 30 dias. Contatos de seguimento (com 2, 4, 6, 12 e 24 meses), por telefone ou presenciais, serão realizados para coleta de informações sobre amamentação. Este projeto tem recursos do CNPq – Edital Universal 2014.

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.288.088

Identificar os fatores associados à satisfação das mulheres em relação ao atendimento ao parto recebido em maternidades das redes pública e privada em Porto Alegre, RS.

Específicos:

- Descrever as características da atenção pré-natal recebida e das práticas de assistência ao parto e ao pós parto nos diferentes serviços estudados, segundo a percepção das mulheres.
- Descrever aspectos relacionados ao aleitamento materno, tais como padrão, grau de satisfação e dificuldades em diferentes momentos.
- Conhecer o grau de satisfação das mulheres em relação ao atendimento ao seu parto.
- Investigar a associação das características sociodemográficas, da atenção pré-natal, de assistência ao parto e ao pós-parto com a satisfação das mulheres em relação ao seu parto.
- Investigar a associação entre satisfação das mulheres em relação ao seu parto com aspectos da amamentação, incluindo satisfação com essa prática.
- Investigar a associação entre satisfação das mulheres em relação ao seu parto e depressão pós-parto.
- Investigar a associação entre a satisfação com o aleitamento materno em diferentes momentos e sua duração.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A utilização da entrevista presencial como técnica de coleta de dados não representa um risco significativo para as participantes. No entanto, caso alguma participante indique desconforto ou constrangimento, seja pela duração ou conteúdo da entrevista, está assegurada a sua desistência, sem qualquer ônus e a qualquer momento.

Benefícios:

Há benefícios associados à participação nesta pesquisa, como a contribuição para a qualificação no atendimento às mulheres ao longo do ciclo gravídico-puerperal, com a intenção de melhorar a sua satisfação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto com delineamento adequado para alcançar os objetivos e responder suas questões de pesquisa. Serão incluídos 276 participantes recrutadas no período de aproximadamente 12 meses conforme cálculo de amostra.

Perguntas da pesquisa

- A satisfação com o parto está relacionada às práticas de assistência ao parto e ao pós-parto?

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.288.088

- A satisfação com o parto está relacionada com as características da atenção pré-natal?
- A satisfação com o parto está relacionada com características sociodemográficas e de saúde das mulheres?
- A satisfação com o parto está relacionada com a amamentação no primeiro mês de vida, aos 6 meses e aos 12 meses?
- A satisfação com o parto está relacionada com a depressão pós-parto?
- A satisfação com a amamentação está relacionada com a sua duração?

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCLE.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de projeto já aprovado no HCPA sob o CAAE 46775115.0.0000.5327, parecer 1.175.921.

Esta nova versão encaminhada, sob o CAAE 49938015.3.0000.5327 visa atender solicitações do centro coparticipante Hospital Nossa Senhora da Conceição (GHC).

Considerações Finais a critério do CEP:

Trata-se de projeto já aprovado no HCPA sob o CAAE 46775115.0.0000.5327, parecer 1.175.921.

Esta nova versão encaminhada, sob o CAAE 49938015.3.0000.5327 visa atender solicitações do centro coparticipante Hospital Nossa Senhora da Conceição (GHC).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_602272.pdf	07/10/2015 17:30:47		Aceito
Outros	Lattes_Juliana_Avilla_JUNHO_2015.pdf	07/10/2015 17:27:18	Camila Giugliani	Aceito
Outros	Lattes_Andrea_Senna_JUNHO_2015.pdf	07/10/2015 17:26:59	Camila Giugliani	Aceito
Outros	Lattes_Agnes_Bizon_junho_2015.pdf	07/10/2015 17:26:35	Camila Giugliani	Aceito

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.288.088

Outros	Lattes_Elsa_Regina_Justo_Giugliani_JU NHO_2015.pdf	07/10/2015 17:26:17	Camila Giugliani	Aceito
Outros	Lattes_Camila_Giugliani_JUNHO_2015. pdf	07/10/2015 17:25:46	Camila Giugliani	Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_ CEP_1244546_GHCpdf.pdf	07/10/2015 17:21:48	Camila Giugliani	Aceito
Outros	carta_alteracoes_CEP_GHC_290915.do c	07/10/2015 17:20:33	Camila Giugliani	Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_ CEP_1204288_HMV.pdf	07/10/2015 17:19:16	Camila Giugliani	Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_ CEP_1175921.pdf	07/10/2015 17:17:48	Camila Giugliani	Aceito
Outros	termo_compromisso_relatorio_GHC.pdf	07/10/2015 17:16:15	Camila Giugliani	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_aprovado_46775115000005327.p df	07/10/2015 17:15:35	Camila Giugliani	Aceito
Outros	relacao_integrantes_GHC.pdf	07/10/2015 17:13:46	Camila Giugliani	Aceito
Outros	carta_anuencia_GHC.jpg	07/10/2015 17:12:58	Camila Giugliani	Aceito
Outros	delegacao_funcoes_HCPA.pdf	07/10/2015 17:12:31	Camila Giugliani	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_HMV_071015.docx	07/10/2015 17:11:47	Camila Giugliani	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GHC_07102015.docx	07/10/2015 17:11:27	Camila Giugliani	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_satisfacao_parto_290915_CEP_ GHC.docx	07/10/2015 17:11:04	Camila Giugliani	Aceito
Outros	carta_aos_CEPs_071015.docx	07/10/2015 17:06:46	Camila Giugliani	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_nova_071015.pdf	07/10/2015 17:05:40	Camila Giugliani	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.288.088

PORTO ALEGRE, 20 de Outubro de 2015

Assinado por:
Marcia Mocellin Raymundo
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br