UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

GISELLE CARLOS SANTOS BRANDÃO MONTE

REDE SOCIAL DA MULHER NO CONTEXTO DO ALEITAMENTO MATERNO

RECIFE

2012

GISELLE CARLOS SANTOS BRANDÃO MONTE

REDE SOCIAL DA MULHER NO CONTEXTO DO ALEITAMENTO MATERNO

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Saúde da Família nos cenários do cuidado de Enfermagem

Grupo de Pesquisa: Enfermagem na saúde da mulher no contexto da família

Orientadora: Profa. Dra. Cleide Maria Pontes

Co-orientadora: Profa. Dra. Luciana Pedrosa Leal

RECIFE

2012

Catalogação na Publicação (CIP)
Bibliotecária: Mônica Uchôa- CRB4-1010

M772r Monte, Giselle Carlos Santos Brandão.
Rede social da mulher no contexto do aleitamento materno / Giselle Carlos Santos Brandão Monte. – Recife: O autor, 2012.
210 f. : il. ; tab.; gráf.; quad.; 30 cm.

Orientador: Cleide Maria Pontes.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2012.
Inclui bibliografia, apêndices e anexos.

1. Aleitamento materno. 2. Apoio social. 3. Relações familiares. 4. Saúde da mulher. 5. Educação em saúde. I. Pontes, Cleide Maria (Orientador). II. Título.

610.736 CDD (22.ed.) UFPE (CCS2013-022)

GISELLE CARLOS SANTOS BRANDÃO MONTE

REDE SOCIAL DA MULHER NO CONTEXTO DO ALEITAMENTO MATERNO

Dissertação aprovada em: 27/12/2012

_____
Profa. Dra. Cleide Maria Pontes – UFPE (Presidente)

_____
Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira - UFPE

_____
Profa. Dra. Tatiane Gomes Guedes - UFPE

_____
Profa. Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos - UFPE

RECIFE

2012

A Flávio, o qual foi a alegria nos momentos de tristeza, o entusiasmo nos momentos de desânimo, o apoio nos momentos de cansaço e a esperança nos momentos de desespero. Companheiro perfeito. Membro da minha rede social fundamental na minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, minha fortaleza para enfrentar os obstáculos;

Aos meus pais, Gisete Carlos e Carlos Alberto, os quais amo incondicionalmente, por terem acreditado em mim, estimulando-me sempre;

A Flávio, meu BEM, o qual sempre esteve presente me apoiando, sabendo esperar pacientemente nos momentos de ausência;

Aos meus irmãos, Zél e Toinho, os quais tenho muito orgulho. Sei que torceram bastante por mim;

À minha sogra Gilda de Albuquerque Vilela Brandão pelo incentivo e por ter realizado a revisão ortográficas, melhorando assim a compreensão da leitura.

Às profas Cleide Maria Pontes e Luciana Pedrosa Leal, verdadeiras orientadoras, as quais conduziram meu caminho com muita sabedoria. Levarei seus ensinamentos para toda a minha vida;

À Profa Marly Javorski, com seu carinho me ajudou na caminhada de toda a pesquisa;

Às minhas amigas Rafaella Satva, Emilly Moreno, Suely Bonfim, Camila Barros e suas respectivas famílias, por terem me acolhido quando precisei ficar em Recife;

À Danielle Santos Alves pela ajuda oportuna na elaboração do formulário para a etapa de validação do instrumento;

À minha querida amiga Ana Carolina Malheiros Cavalcante, pela ajuda na busca dos dados para o cálculo amostral;

Ao profº Alessandro Henrique por toda trajetória estatística, desde o cálculo amostral até a análise dos dados;

Às mulheres e peritos que fizeram parte da validação teórica dos itens, do instrumento de coleta de dados, que mesmo sem me conhecer concordaram com a participação dessa etapa da pesquisa;

Às enfermeiras do Distrito Sanitário IV, em especial à Fabíola, Cíntia, Marília, Carol, Fernanda e Cláudia das Unidades de Saúde da Família Skylab, Vila União e Brasilit, as quais me receberam tão bem e foram fundamentais na busca pelas mulheres participantes do estudo;

A toda equipe de Agentes Comunitários de Saúde do Distrito Sanitário IV que auxiliaram na coleta de dados;

Às alunas de graduação Márcia, Patrícia, Juliana e Priscila por terem sido verdadeiros anjos, ajudando na fase de coleta de dados;

A todos que fazem a Secretaria do PPGEnfermagem, especialmente a Glivson, pela presteza com que me auxiliou sempre que precisei;

Às minhas mais novas amigas, companheiras de turma do mestrado: Emilly, Suely, Dani, Adriana, Ana Luzia, Júlia, Francimar, Felicialle e Marília. Obrigada pelo carinho, amizade, entusiasmo, alegria e sabedoria. Vocês foram a minha família em Recife-PE e sem vocês não teria tido a mesma graça;

Às minhas companheiras de plantão da Maternidade Escola Santa Mônica – MESM, Maceió-AL, pelo incentivo e apoio;

Às professoras e agora companheiras de trabalho da Universidade Federal de Alagoas/UFAL, sobretudo na reta final do mestrado, pela ajuda no momento oportuno;

À família do Movimento de Cursilhos de Cristandade de Maceió – AL que sempre se mantiveram em oração para que eu concretizasse esse sonho;

Às minhas grandes amigas Gabriela Falcão, Thalianne Leal, Andressa Lopes e Fernanda Simião, por serem minha fonte de ânimo sempre que estive desmotivada, torcendo por mim, mesmo de longe;

Às professoras da banca de qualificação do projeto de pesquisa Ana Karina Bezerra Pinheiro (UFC), Silvana Maria Sobral Griz (UFPE) e Telma Marques da Silva (UFPE), por todas as contribuições pertinentes;

Aos professores da banca examinadora Pedro Israel Cabral de Lira, Tatiane Gomes Guedes e Maria Gorete Lucena de Vasconcelos pela disponibilidade e contribuição para melhoria da qualidade da dissertação;

A todos os professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco que contribuíram, cada um com seu talento e sabedoria, para a concretização dessa pesquisa;

A todas as mulheres que fizeram parte do estudo, por terem permitido que eu entrasse na intimidade dos seus lares;

A todos, de um modo geral, que participaram dessa trajetória para que eu alcançasse mais esse objetivo da minha vida: ser MESTRE EM ENFERMAGEM!

O homem é essencialmente um ser social; com maior razão pode-se dizer que é um ser familiar".

(Beato João Paulo II)

MONTE, Giselle C. S. B. **Rede Social da mulher no contexto do aleitamento materno.** Recife-PE: UFPE, 2012. 210 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, 2012.

RESUMO

A amamentação é uma prática que envolve tanto os aspectos biológicos como questões socioculturais da mulher. Assim ela precisa das pessoas de sua rede social que pode servir de incentivo ou desestímulo. Desse modo, esse estudo teve como objetivo avaliar as práticas da rede social primária e secundária da mulher na determinação da duração do aleitamento materno exclusivo. O artigo de revisão integrativa objetivou identificar as ações desenvolvidas pelos atores da rede social da mulher na amamentação. A amostra foi constituída por 28 estudos publicados em português, inglês e espanhol, entre 2002 e 2011, disponíveis na Cochrane e bases de dados MEDLINE, LILACS, IBECS, os quais evidenciaram que a influência das mães, avós e sogras fundamentada no mito do leite fraco, a presença do companheiro na divisão das atividades domésticas e as orientações e o acolhimento dos profissionais de saúde podem determinar o início e continuidade ou não da amamentação. Outros atores que poderão fazer parte desta rede não foram citados nos estudos selecionados, como a família extensiva. O artigo original objetivou avaliar a associação entre as práticas da rede social da mulher e a duração do aleitamento materno exclusivo à luz da Teoria de Rede de Sanicola. Estudo transversal e analítico, realizado com 158 mulheres em Recife-PE. Foi realizada análise multivariada a partir de um modelo hierárquico do aleitamento materno exclusivo aos seis meses de vida da criança, contemplando fatores socioeconômicos, maternos, de assistência à saúde e os tipos de apoio da rede social primária e secundária (apoio emocional, informativo, instrumental, presencial e auto-apoio), utilizando a regressão de Poisson com variância robusta. A rede social que mais apoiou a mulher foi a rede primária (p >0,001), a qual apresentou laços fortes e de proximidade, principalmente com sua mãe (22,19%) e o companheiro (16,58%). A rede social secundária, ao contrário, demonstrou ter laços fracos e estar distante da mulher. Ter amamentado filhos anteriores (p=0,021) e o apoio presencial (p=0,007) foram estatisticamente significantes para o aleitamento materno exclusivo e o apoio informativo foi associado ao desmame precoce (p=0,002). As práticas da rede social da mulher, neste estudo, não foram determinantes para o aleitamento materno exclusivo. Por isso, a educação em saúde é necessária para que haja a contextualização, o diálogo, a troca de saberes e de experiências sobre esta prática,

fomentando que todos os atores das redes sejam coparticipantes da amamentação e, assim, compreendam as nuances sociais que permeiam o aleitamento materno, transformando os paradigmas existentes. A teoria de Sanicola é um dos caminhos para envolver todos os membros da rede social primária e secundária, em especial o enfermeiro, para no cuidado de mulheres durante o processo da amamentação.

Palavras-chave: Aleitamento Materno; Apoio Social; Relações Familiares; Saúde da Mulher; Educação em Saúde.

MONTE, Giselle C. S. B. Social Network of women in the context of breastfeeding. Recife-PE: UFPE, 2012. 210 f. Dissertation (Masters in Nursing) - Graduate Program in Nursing, Federal University of Pernambuco, Recife-PE, 2012.

ABSTRACT

Breastfeeding is a practice that involves both the biological and women's sociocultural issues. So, she needs people in her social network who can serve as an incentive, although there may be some who discourage her. Thus, this study aimed to evaluate the practices of the women's social network that helps her in the duration of exclusive breastfeeding. The review article aimed to identify the actions performed by the actors of the social network of women breastfeeding. The sample consisted of 28 studies published in English, Portuguese and Spanish between 2002 and 2011, available on Cochrane and MEDLINE, LILACS, IBECS databases, which showed that the influence of mothers, grandparents and in-laws founded on the myth of weak milk, the presence of the partner in the division of household chores and the care and guidance of health professionals can determine the beginning and continuation of breastfeeding or not. Other actors that may be part of this network were not cited in the studies selected such as the extended family. The original article was to evaluate the association between the practices of the social network of women and duration of exclusive breastfeeding according to the Theory of Network by Sanicola. A cross-sectional analytical study was conducted with 158 women in Recife-PE. Multivariate analysis was performed from a hierarchical model of exclusive breastfeeding to six months of a child's life, considering socioeconomic factors, maternal health care and the types of primary and secondary support by social network (emotional, informational, instrumental , attendance and self-supporting) using Poisson regression with robust variance. The social network that most supported the woman was the primary network ($p > 0.001$), which had strong ties and proximity, especially with her mother (22.19%) and partner (16.58%). The social network secondary, on the other hand, showed to have weak ties and be distant from the woman. Having breastfed previous children ($p = 0.021$) and presence support ($p = 0.007$) were statistically significant for exclusive breastfeeding and intelligence support was associated with early weaning ($p = 0.002$). The practices of the woman social network in this study were not decisive for exclusive breastfeeding. Therefore, health education is needed so there is contextualization, the dialogue, the exchange of knowledge and experience on this practice, encouraging all actors of the networks to be co-participant of breastfeeding, and thus, understand the social nuances that permeate breastfeeding, transforming existing paradigms.

The theory Sanicola is a way to involve all members of the primary and secondary social networks, especially nurses, to care for women during breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding, Social Support, Family Relations, Women's Health, Health Education

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 Fluxograma da seleção das publicações de acordo com os critérios de inclusão. Recife-PE, 2011. 48

Figura 2 Modelo Hierárquico de determinação do aleitamento materno exclusivo, de acordo com as variáveis socioeconômicas, maternas, de assistência à saúde e tipos de apoio exercidos pela rede social da mulher. Recife-PE, 2012. 66

Figura 3 Modelo do diagrama Box Plot. Recife-PE, 2012. 67

Figura 4 Representação simbólica do mapa de rede de Rousseau. Recife-PE, 2012. 68

Figura 5 Representação dos tipos de laços estabelecidos entre os membros das redes sociais primárias e secundárias. Recife-PE, 2012. 68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Publicações pesquisadas entre os anos de 2002 e 2011, a partir do cruzamento dos descritores, segundo bases de dados e portal da Biblioteca Cochrane. Recife-PE, 2011. 47

Tabela 2 Unidades de Saúde da Família, Equipes de Saúde da Família e Área de Cobertura, de acordo com os respectivos Distritos Sanitários, da cidade de Recife-PE, 2011. 52

Tabela 3 Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário IV por Territórios de Saúde. Recife-PE, 2012. 52

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Plano Amostral. Recife-PE, 2012. 54

Quadro 2 Valores mínimo e máximo dos escores por tipo de apoio. Recife-PE, 2012 57

Quadro 3 Temas discutidos nas reuniões de capacitação dos alunos do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFPE de graduação para subsidiar a coleta de dados. Recife-PE, 2012 63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AL - Alagoas

CCS - Centro de Ciências da Saúde

CEP Comitê de Ética em Pesquisa

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

ECA - Estatuto da Criança e Adolescente

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC – Índice de Confiança

IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança

IUBAAM – Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação

MESH - Medical Subject Heading

MESM - Maternidade Escola Santa Mônica

MS - Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada em Evidências

PE - Pernambuco

PESN - Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição de Pernambuco

RP – Razão de Prevalência

SER - Sistema Eletrônico de Revistas

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TS – Território de Saúde

UFPE - Universidade Federal de Pernambuco

UNICEF - United Nations International Children's Emergency Fund (Fundo das Nações Unidas para a infância)

USF - Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 18

2 OBJETIVOS 23

2.1 Geral 23

2.2 Específicos 23

3 REVISÃO DE LITERATURA 24

3.1 Magnitude do problema 24

3.2 Políticas Públicas de Atenção ao Aleitamento Materno 25

3.3 Rede Social e Aleitamento Materno 27

3.4 Família, Aleitamento Materno e Rede Social 29

3.5 Outros autores da Rede Social e o Aleitamento Materno 30

3.5.1 Rezadeiras/Benzedeiras 30

3.5.2 Agentes Comunitários de Saúde 31

3.5.3 Ambiente de trabalho 32

3.6 Rede Social e Ações Educativas no contexto da Educação em Saúde 33

3.7 Aleitamento Materno e a Teoria da Rede Social de Sanicola – Intervenção de Rede 38

4 MÉTODO 45

4.1 Primeiro artigo: Rede Social da Mulher na Amamentação: Uma Revisão Integrativa 45

4.1.1 1ª Etapa: Identificação do problema ou delimitação da pergunta condutora do estudo 45

4.1.2 2ª Etapa: Amostragem ou busca na literatura 45

4.1.3 3ª Etapa: Categorização dos estudos ou coleta de dados 49

4.1.4 4ª Etapa: Análise dos dados 49

4.1.5 5ª Etapa: Discussão e interpretação dos achados 50

4.1.6 6ª Etapa: Apresentação da Revisão Integrativa 51

4.2 Segundo artigo: Práticas de Apoio da Rede Social da nutriz à luz da Teoria de Sanicola 51

4.2.1 Tipo de estudo 51

4.2.2 Descrição da área 51

4.2.3 População e amostra 53

4.2.4 Instrumento para coleta de dados 56
4.2.5 Definição das variáveis 57
4.2.6 Operacionalização da coleta de dados 59
4.2.7 Apresentação e Análise dos resultados 64
4.2.8 Aspectos éticos e legais – Riscos e benefícios 69
5 RESULTADOS 70
5.1 Artigo de Revisão Integrativa - REDE SOCIAL DA MULHER NA AMAMENTAÇÃO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA 71
5.2 Artigo Original - PRÁTICAS DE APOIO DA REDE SOCIAL DA NUTRIZ À LUZ DA TEORIA DE SANICOLA 88
6 CONCLUSÃO 112
REFERÊNCIAS 114
APÊNDICES 126
APÊNDICE A - Estudos que atenderam aos critérios de inclusão da revisão integrativa da literatura 127
APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista criado a partir da dissertação de Souza 135
APÊNDICE C - Instrumento para validação semântica 147
APÊNDICE D - Caracterização das mulheres participantes da validação semântica do instrumento de coleta de dados 154
APÊNDICE E - Itens do formulário que foram modificados após a análise semântica 155
APÊNDICE F - Características dos peritos participantes da Validação de Conteúdo do instrumento de coleta de dados. 158
APÊNDICE G - Modificações realizadas pelos peritos após a Validação de Conteúdo 159
APÊNDICE H - Roteiro de Entrevista 166
APÊNDICE I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE 175
APÊNDICE J – Tabelas e Quadros 176
ANEXOS 185
ANEXO A – Normas da Revista Cogitare Enfermagem 186
ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP 207
ANEXO C - Normas da Revista Journal of Family Nursing 209

1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é uma prática natural que proporciona vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança. Constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para a redução da morbimortalidade infantil. Promove impacto na promoção da saúde integral da mulher, da criança, da família, da sociedade e do ambiente, pois é gratuito, já vem na temperatura certa e diminui as chances de internações e o gasto com mamadeiras[1].

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam o aleitamento materno exclusivo por seis meses e complementado até os dois anos ou mais. No entanto, apesar desta recomendação, a promoção da amamentação ainda é uma prática pouco realizada, desde a década de 80[1,2].

Estudo comparativo das pesquisas realizadas pelo MS, no período de 1999 a 2008, confirma esse dado, mostrando que a duração mediana do aleitamento materno exclusivo foi de apenas 54,1 dias em todas as capitais brasileiras e a sua prevalência em crianças menores de seis meses de idade foi de 41%. Entre as regiões do Brasil, o Nordeste apresentou a menor taxa de aleitamento materno exclusivo, com 37%, e na cidade do Recife -PE, essa prevalência atingiu 38,3% nesse período, ficando à frente apenas de Salvador, Aracajú, Maceió e Fortaleza[3,4].

No entanto, estudo originado da III Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição de Pernambuco (PESN) revelou uma tendência de melhora da prevalência do aleitamento materno exclusivo no Estado de Pernambuco, demonstrando que em 15 anos a duração mediana do aleitamento total duplicou de 89 para 183 dias e que o aleitamento materno exclusivo aos seis meses aumentou de 1,9% em 1997 para 8,5% em 2006[5].

No estado do Ceará, embora a maioria das mulheres inicie o aleitamento materno ainda no ambiente intra-hospitalar, 60% delas começam o desmame já no primeiro mês de vida[6]. Essas pesquisas comprovam que o desmame precoce ainda é uma realidade no Brasil, especialmente na região Nordeste. Este fato pode estar relacionado com alguns fatores que influenciaram a manutenção da amamentação devido ser um fenômeno complexo que envolve não apenas os aspectos biológicos, como também os emocionais e socioculturais[7].

Ainda devem ser considerados outros aspectos: as características da personalidade da mulher e sua atitude frente à situação de amamentar; as condições de nascimento da criança; o período pós-parto; o trabalho materno; o apoio recebido pela rede social de convívio dessa mulher e as condições habituais de vida[8].

Também podem influenciar na duração do aleitamento materno o tempo transcorrido entre o nascimento e a primeira mamada, paridade materna, qualidade da assistência prestada às mulheres, rotinas hospitalares, tipo de parto, escolaridade da mulher, idade materna, situação conjugal e a situação socioeconômica[9-11].

Portanto, percebe-se que, além da qualidade de assistência prestada pelo profissional de saúde e da decisão da mulher em querer amamentar, para a manutenção da amamentação ela precisa ter o apoio das pessoas que lhe são significativas, que fazem parte da sua rede social[1].

A rede social é um conjunto de relações interpessoais que oferecem assistência material, proteção e/ou qualquer informação falada ou não a outras pessoas ou grupos, resultando em efeitos emocionais e comportamentos positivos[12]. Pode-se definir ainda como uma teia de interações entre sujeitos envolvidos em ações concretas, as quais são ligadas por pessoas que pressupõe confiança e reciprocidade[13]. Esses apoios recebidos têm apresentado vários resultados sobre a saúde mental e física dos indivíduos, influenciando na percepção e na reação a situações estressantes e no bem estar emocional e psicológico[12].

Muitas vezes as pessoas se juntam de maneira informal, formando um grupo que atende a necessidades e afinidades temporárias. Logo, os atores da rede social podem ser de diversas naturezas: amizade, parentesco, vizinhança, mercantil e de clientelismo. Não importa o modo como se apresentam; todos são aptos a prestarem auxílio em qualquer momento da vida dos indivíduos, seja nos assuntos do dia a dia, seja nos momentos de crise[13].

A rede social pode fornecer várias práticas de apoio, dependendo da necessidade do grupo ou indivíduo: apoio emocional, instrumental (ou material), informacional (ou informativo), presencial e auto-apoio. O apoio emocional está relacionado à percepção de ser cuidado, apoiado e valorizado por alguém afetivamente disponível; o apoio instrumental refere-se à assistência prática e direta

na realização de atividades concretas ou resolução de problemas; o apoio informativo diz respeito à obtenção de informações e conselhos úteis para lidar com situações ou resolver problemas; o apoio presencial consiste na disponibilidade de passar um tempo com a pessoa, partilhando interesses e atividades sociais, fazendo com que a pessoa se sinta fazendo parte do grupo e o auto-apoio é o apoio pessoal para consigo mesma, enquanto ser humano[12-14].

As pessoas da rede social da mulher que amamenta, principalmente as avós e companheiros, podem, por falta de conhecimento ou de fatos de suas vivências, transmitir às mulheres práticas que poderão contribuir para o desmame precoce (uso de água, chás e outros leites nos primeiros seis meses, dentre outras). Também podem influenciar na decisão das mulheres em manter a amamentação exclusiva, principalmente quando estas ainda são adolescentes. O ideal seria que, além do incentivo, para uma amamentação bem-sucedida, toda família não oferecesse leite artificial, mamadeiras ou chupetas à criança e auxiliasse a mulher nas atividades domésticas, para que ela possa se dedicar mais ao recém-nascido[1].

Atores do cotidiano da mulher, como vizinhos, mídia e a família extensiva (tios, primos, amigos), e que fazem parte de sua rede social, podem influenciá-la com seus costumes, valores, hábitos e crenças. Embora constituam um grupo pouco investigado nos estudos sobre aleitamento materno, também interferem na decisão da mulher em amamentar e na continuidade do aleitamento materno[15].

O município de Recife, localizado no estado de Pernambuco, utiliza estratégias para promover o aleitamento materno organizando palestras, seminários, dinâmicas e oficinas voltadas para gestantes e mulheres. Essas ações ocorrem sempre nos hospitais da rede municipal e em Postos de Saúde da Família durante a Semana Mundial da Amamentação, servindo, portanto como uma rede social de apoio positivo[16].

Ações como essas, realizadas pelos profissionais de saúde, sobretudo pela equipe de Enfermagem, proporcionam a oportunidade de partilhar, com as mulheres, informações que serão fundamentais para a prática da amamentação, além de, por meio das conversas, identificar os atores da rede social da mulher, uma vez que o profissional de Enfermagem é, dentre as equipes de saúde, aquele que está mais próximo da mulher.

A rede social da mulher é, portanto, uma fonte de incentivo/apoio ou de desestímulo ao aleitamento materno. Dessa forma, a OMS e o MS investem em estratégias de promoção e educação em saúde fornecendo o conhecimento à equipe de saúde sobre o contexto social da mulher, das pessoas do seu convívio diário e dos fatos que determinam a sua decisão em amamentar para, assim, auxiliar na melhora da prevalência do aleitamento materno exclusivo. Nesse sentido, considerando o cenário atual do aleitamento materno exclusivo na região Nordeste, torna-se relevante a realização de estudos que identifiquem práticas desenvolvidas pela rede social para a promoção do aleitamento materno exclusivo. Assim, esse estudo busca responder à seguinte pergunta: como as práticas da rede social da mulher determinam a duração do aleitamento materno exclusivo?

Como subsídio para responder a este questionamento, será utilizada a Teoria de Intervenção de Rede de Sanicola, a qual busca solucionar eventos críticos do cotidiano a partir do envolvimento e corresponsabilidade de todas as pessoas da rede social primária e secundária. Para isso, são necessárias duas fases: a fase de exploração, etapa em que se procura conhecer o ambiente da rede social para posteriormente representá-lo e descrevê-lo; e a fase de mobilização, etapa em que os membros da rede procuram se "movimentar", a partir da identificação do evento crítico na fase de exploração, para enfrentar as dificuldades[17].

Nesse estudo o termo "práticas" diz respeito aos comportamentos, às atitudes e às ações desempenhadas pelos membros da rede social em relação à amamentação. Estas práticas são fontes de estímulo para a mulher na promoção do aleitamento materno ou podem influenciar para o desmame precoce. Isso pode ocorrer por meio dos vários tipos de apoio que a rede social pode oferecer (emocional, instrumental, informativo, presencial e auto-apoio)[14].

Em consonância com o estabelecido pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, a presente dissertação foi estruturada em formato de dois artigos científicos que serão encaminhados à publicação.

Neste formato, a seção de Revisão de Literatura apresenta a fundamentação da pesquisa constituída pela temática do Aleitamento Materno atrelada à Rede

Social, Família, Educação em Saúde e a Teoria de Intervenção de Rede de Sanicola. Em seguida, a sessão de Métodos detalha a construção dos artigos científicos.

Os resultados da pesquisa serão apresentados por meio de um artigo de revisão integrativa e um artigo original. O artigo de revisão integrativa, intitulado "Rede Social da Mulher na Amamentação: uma Revisão Integrativa", submetido à Revista Cogitare Enfermagem, Qualis B1 para a Enfermagem, teve como objetivo identificar evidências científicas sobre as ações desenvolvidas pelos atores da rede social da mulher na amamentação.

O artigo original, "Práticas de Apoio da Rede Social da Nutriz à Luz da Teoria De Sanicola", será submetido à revista Journal of Family Nursing, Qualis A1 para a Enfermagem. O objetivo foi avaliar a associação entre as práticas da rede social da mulher e a duração do aleitamento materno exclusivo à luz da Teoria de Rede de Sanicola.

A partir dos resultados desses artigos, foi possível identificar o comportamento da rede social da mulher diante da amamentação e, em seguida, foram propostas ações de melhoria da prática assistencial da Enfermagem, inserindo os membros da rede primária e secundária nas atividades educativas, antes voltadas apenas para as mulheres. Ademais, este estudo trará contribuições ara o avanço científico da Enfermagem, pois poderão surgir novos estudos com o interesse em desenvolver tecnologias voltadas ao aleitamento materno.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar as práticas da rede social primária e secundária da mulher na determinação da duração do aleitamento materno exclusivo.

2.2 Específicos

- Caracterizar a rede social da mulher na prática do aleitamento materno exclusivo;
- Investigar as práticas da rede social da mulher em relação ao apoio emocional, instrumental, informativo, presencial e auto-apoio;
- Associar as variáveis demográficas, socioeconômicas, maternas, de assistência à saúde, e as práticas da rede social da mulher com o aleitamento materno exclusivo.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Magnitude do problema

Apesar do crescente incentivo ao aleitamento materno, iniciado na década de 1980, o Brasil ainda registra baixos índices de amamentação exclusiva ao sexto mês de vida da criança. Dados do Ministério da Saúde em 2009 mostram que, em média, apenas 9,3% das mulheres brasileiras amamentam seus filhos conforme o recomendado[18].

Os elementos que parecem dificultar tanto o estabelecimento quanto a manutenção da amamentação são inúmeros. A modificação da estrutura familiar para a ocorrência de mães solteiras, ausência do pai, gravidez cada vez mais precoce, a separação precoce entre mãe e bebê após o parto, a intenção e a necessidade da mãe de trabalhar fora, entre outros, são fatores sociais que interferem negativamente na amamentação[19].

O ato de amamentar é próprio e inerente à mulher e apenas ela pode oferecer leite materno ao filho por meio do seu peito. Por isso, a sociedade impõe uma responsabilidade sobre ela acerca da saúde do filho, tornando-a a única pessoa capaz de contribuir para o sucesso do aleitamento materno. No entanto, outras pessoas podem auxiliá-la nesse processo sendo corresponsáveis. Além disso, a amamentação não é apenas um ato instintivo; é uma prática que recebe influências das relações socioculturais da mulher e, portanto, da sua rede social[20].

A rede social da nutriz é identificada como um dos fatores que mais influenciam na decisão da mulher em amamentar. Seus hábitos familiares, costumes, sistemas de crenças e valores ainda prevalecem em detrimento das orientações dos profissionais de saúde[21].

No entanto, além desses, tem-se ainda que levar em consideração que a mulher é um ser autônomo, com vontades e decisões próprias. Por isso, por mais que se tenha apoio, ela pode querer ou não amamentar seu filho. Embora haja uma "obrigação natural" imputada à mulher em amamentar seu filho, arraigada à condição de ser mãe, a mulher pode decidir por não fazê-lo[22].

3.2 Políticas Públicas de Atenção ao Aleitamento Materno

No Brasil, há mais de 35 anos, devido à magnitude do problema do desmame precoce, os órgãos governamentais e não governamentais se mobilizaram para resgatar a prática do aleitamento materno. Desde a década de 70, muitas políticas públicas vêm sendo desenvolvidas para dar suporte à mulher durante essa fase da vida. Inicialmente, foram criadas estratégias direcionadas à atenção hospitalar, como o Programa Nacional de Incentivo ao aleitamento materno, em 1981. Por meio desse programa inovador, que tinha o objetivo de reverter a situação do desmame precoce já instalada no país, o Ministério da Saúde recomendou a adoção do sistema de alojamento conjunto (1983) e a criação de bancos de leite humano nas maternidades. Foi esse programa também que impulsionou, em 1988, a instituição das Normas para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NCAL), a qual combatia a suplementação alimentar para lactentes com fórmulas lácteas antes dos seis meses de idade. Mais tarde, em 1992, essa norma passou a ser denominada de Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL)[23,24].

Outras estratégias criadas foram o Método Mãe Canguru, em 1991, que tem como princípio básico o contato pele a pele entre mãe e bebê por longos períodos, favorecendo o vínculo entre ambos, a troca de calor necessária para o desenvolvimento da criança, além de proporcionar o aleitamento materno por livre demanda; e a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), com finalidade de apoiar, proteger e promover o aleitamento materno, consistindo na mobilização de profissionais de saúde e funcionários de hospitais e maternidades para mudanças em rotinas e condutas visando prevenir o desmame precoce por meio da adesão aos 10 passos: 1- Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, a qual deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de saúde; 2- Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma; 3- Informar às gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento; 4- Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto; 5- Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos; 6- Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite

materno, a não ser que seja indicado pelo médico; 7- Praticar o Alojamento Conjunto, permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia; 8- Encorajar o aleitamento sob livre demanda; 9- Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio; 10- Encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação para onde as mães devem ser encaminhadas, logo após alta do hospital ou ambulatório[24,25].

No entanto, levando em consideração o contexto social que envolve o aleitamento materno, a partir de 1999 o Governo Federal começa a propor iniciativas voltadas ao apoio do aleitamento materno na Atenção Básica. Nesse sentido, foi lançado o Programa Carteiro Amigo, onde estes, no mês de comemoração da Semana Mundial da Amamentação, distribuem folhetos informativos nos domicílios onde residem gestantes e crianças menores de um ano. Em 2002, os bombeiros surgem como mais um agente apoiador da prática da amamentação, com o projeto Bombeiros da Vida. Sua função é coletar no domicílio das mulheres leite ordenhado para aumentar os estoques de leite humano nos Bancos de Leite, além de promover apoio às lactantes no manejo da amamentação[24].

A Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM) também é criada para estimular e dar subsídios para rede básica de saúde implantar procedimentos de promoção, proteção e apoio à mulher que amamenta. A partir daí a prática do aleitamento materno começa a revelar índices mais satisfatórios, pois a duração mediana da amamentação, no Brasil, passou de 2,5 meses em 1970 para 10 meses em 1999. No entanto, o aleitamento materno exclusivo ainda não estava sendo realizado conforme recomendado pelo Ministério da Saúde[26].

Em 2004, com o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Infantil, o Ministério da Saúde teve a preocupação de desenvolver estratégias que fossem articuladas em rede, de modo que houvesse um trabalho em equipe, envolvendo todos os profissionais de saúde da atenção básica, com foco na interdisciplinaridade. Assim, em 2008, o Governo Federal lança a estratégia Rede Amamenta Brasil com o objetivo de contribuir para o aumento dos índices de Aleitamento Materno no país por meio do desenvolvimento de competências nos profissionais de saúde para que se tornem agentes de mudança no ensino e

aprendizagem do aleitamento materno e para uma prática integralizadora, considerando o contexto e as especificidades locais e regionais[23,26,27,28].

A Rede Amamenta Brasil tem como fundamento a problematização e a reflexão crítica de cada realidade da mulher e familiares participantes do processo do aleitamento materno na busca de soluções para melhorar essa prática[26,27].

Outra estratégia lançada pelo Governo Federal em 2011 foi a Rede Cegonha que apresenta várias diretrizes para reduzir a morbimortalidade infantil, dentre elas encontra-se o incentivo ao aleitamento materno exclusivo como uma das prioridades da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade[28].

3.3 Rede Social e Aleitamento Materno

Rede social é entendida como um conjunto de relações interpessoais que determinam as características de uma pessoa, tais como: hábitos, costumes, crenças e valores, e essa rede pode proporcionar ajuda emocional ou material, serviços e informação[29,30]. As pessoas estão, portanto, inseridas em uma rede de relacionamento em que elas são consideradas sujeitos sociais que interagem com o mundo que as rodeia, influenciando como também é influenciado. Estas relações podem ser importantes em determinados momentos, e irrelevantes ou ausentes em outros[31].

Esta rede pode ser compreendida também de acordo com o grau das funções estabelecido pelas relações interpessoais, as quais podem ser distintas, como por exemplo, apoio emocional, material e afetivo. Essas funções ainda podem variar em qualidade e disponibilidade dos indivíduos da rede social que a exercem[32].

O suporte social age como uma espécie de agente protetor frente ao risco de situações induzidas por estresse, além disso, há uma forte associação entre a rede social e os níveis de saúde-doença[33].

A rede social apresenta algumas variáveis, as quais podem ser do tipo objetivo ou subjetivo. As variáveis do tipo objetivo são aquelas que dizem respeito ao número, tipo de relacionamentos, duração, frequência, diversidade, densidade e reciprocidade de contatos, existência ou não de amigos íntimos e contatos sociais,

mesmo que não seja com amigos. Já as variáveis do tipo subjetivo são determinadas pela percepção que o indivíduo tem da adequação e da satisfação com a dimensão social da sua vida[12,34].

Vários são os tipos de suporte social descritos na literatura: informal, formal, percebido e recebido. O informal, representado pela família, amigos, vizinhos, clubes e grupos religiosos, fornece apoio nas atividades do dia a dia. Já o formal, abrange organizações sociais formais, como hospitais, programas governamentais, serviços de saúde e profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, etc), os quais oferecem ajuda em momentos críticos da vida[13].

O suporte social chamado de percebido, diz respeito à ajuda que o indivíduo percebe que existe quando precisa dele e o suporte social recebido relaciona-se ao suporte que o indivíduo recebe, mesmo sem perceber[13,34].

As redes sociais, portanto, oferecem proteção de confiança aos indivíduos, independente se possuem ou não laços consanguíneos. O que interessa é que sejam exercidas funções solidárias, incluindo uma relação de cuidado e lealdade entre os membros[13].

No processo de aleitamento materno, a nutriz é constantemente influenciada pela sua rede social, seja no auxílio às atividades domésticas enquanto cuida e amamenta seu bebê, seja pelo incentivo em oferecer fórmulas lácteas, o uso de mamadeiras, chá, água ou alimentos sólidos para a criança[35]. Essas técnicas inadequadas podem parecer inofensivas, porém, além de aumentar o risco de interrupção precoce do aleitamento materno, ainda podem trazer prejuízos à saúde da criança quando esta estiver na fase da adolescência ou adulta, como a obesidade, por exemplo[36,37].

No entanto, as relações estabelecidas entre as mulheres que amamentam e os membros de sua rede social transcendem os aspectos puramente biológicos, não se limitando apenas em oferecer orientações clássicas de vantagens e técnicas de aleitamento materno. Perpassam, por essas relações, questões sociais, culturais, emocionais e intrínsecas a cada mulher[38].

Dessa forma, percebe-se que o ato de amamentar não deve ser visto como uma responsabilidade apenas da mulher que amamenta, mas também devem ser

incluídas nesse processo todas as pessoas que fazem parte da sua rede social, a fim de que ela se sinta acolhida, apoiada e compreendida na sua decisão em amamentar.

3.4 Família, Aleitamento Materno e Rede Social

Para todas as pessoas, a família exerce algum tipo de influência em todas as etapas da vida, pois é no seio familiar onde há as primeiras interações sociais, desde o nascimento. No período da maternidade, em que a mulher precisa fazer muitas escolhas, não é diferente; a família torna-se referência para ela, sendo fonte de apoio e de companheirismo, principalmente das figuras femininas, como a mãe, a avó, a sogra e a irmã. Durante o período da amamentação, a mulher partilha com sua família, conhecimentos, experiências, hábitos e condutas, as quais influenciam o início e a manutenção do aleitamento materno[38].

O apoio no processo de amamentação é reconhecido pelas mulheres como essencial para o seu início e a não interrupção precoce. Esse apoio, que provém do contexto hospitalar, familiar e profissional, deve englobar a promoção e a proteção da amamentação[39].

Quando a mulher retorna ao seu contexto social, ela pode ter interferências na sua forma de pensar e agir com relação ao aleitamento materno. Uma figura familiar determinante nas ações da puérpera é a sua mãe, pois é seu principal referencial. Ela poderá transmitir tabus, crenças e proibições inerentes a um dado contexto histórico-social, atuando dessa forma como elemento desestimulador ou estimulador para a amamentação, uma vez que ela é para a família um modelo a ser seguido nos cuidados com o bebê, inclusive no aleitamento materno[8].

Geralmente as pessoas mais velhas são as principais influenciadoras do processo de amamentação, haja vista que os conhecimentos são transmitidos dentro de uma família e de geração em geração[40]. Isso acontece inclusive com as mulheres que conhecem as vantagens do aleitamento materno, demonstrando que há uma incoerência entre a percepção e a prática da amamentação, prevalecendo os hábitos familiares[41].

No entanto, outras pessoas significativas para as mulheres, como vizinhas, colegas de escola e parentes não consanguíneos podem, por meio do contato diário,

influenciar no período de amamentação, mesmo não fazendo parte da família nuclear[6].

O fato das mulheres terem uma união estável e, portanto, o apoio do companheiro, parece também exercer influência positiva na duração do aleitamento materno. Tanto o apoio social e econômico, como o emocional e o educacional parecem ser importantes, pois, nesse momento, o companheiro além de ser o provedor financeiro, auxilia a mulher nas atividades domésticas, tornando-se a pessoa que mais interfere nesses diferentes tipos de suporte[42,43].

Diversos autores mostram que a presença do companheiro é decisiva na instalação e manutenção da prática do aleitamento. Na ausência do pai, a chance de uma criança desmamar precocemente é 1,46 vezes maior, uma vez que a amamentação requer dedicação e a nutriz precisa de ajuda, para minimizar o cansaço físico e o desgaste emocional[1,43,44]. Portanto, a assistência pré-natal deve incluir nas suas atividades também o companheiro, subsidiando contribuições para a melhoria dos índices do aleitamento materno[45].

3.5 Outros atores da Rede Social e o Aleitamento Materno

3.5.1 Rezadeiras/Benzedeiras

Há atores da rede social da mulher por vezes "invisíveis", só aparecendo em momentos de dificuldade, quando há algum interesse momentâneo. São exemplos as rezadeiras/benzedeiras, as quais são bastantes populares na comunidade em que estão inseridas, estando presentes em todas as regiões do Brasil. Por acreditarem que receberam um dom de Deus para curar e proteger as pessoas por meio da reza, conseguem influenciá-las a ponto de servirem de referência para todos que ali vivem[46,47].

Não possuem, no entanto, na maioria das vezes, qualquer credibilidade por parte da equipe de saúde, sendo consideradas como mágicas, feiticeiras, macumbeiras e charlatães, uma vez que seus feitos não apresentam qualquer fundamentação científica[46].

Apesar disso, apresentam uma maior influência em detrimento das orientações dos profissionais de saúde, já que estão mais próximas do cotidiano das

mulheres e seus saberes são adquiridos através dos antepassados (mães, avós, tias, avôs), o que reforça o poder de suas ações[46].

Por outro lado, em relação à amamentação, as rezadeiras/benzedeiras quase sempre exercem um apoio negativo, uma vez que elas não confiam no leite materno como única fonte de alimento da criança até o sexto mês de vida, dificultando a prática do aleitamento materno exclusivo nas comunidades em que elas estão presentes[47]. Vale salientar que no desenvolvimento desta pesquisa, não foram encontrados estudos que retratassem essas pessoas como estimuladoras da amamentação, demonstrando uma lacuna no conhecimento o qual precisa ser explorado e compreendido.

3.5.2 Agentes Comunitários de Saúde

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) também são atores que podem contribuir para a promoção do aleitamento materno, por meio, por exemplo, das visitas domiciliares no puérperio. Mulheres que tiveram esse tipo de apoio, principalmente nos primeiros dias de pós-parto, apresentaram uma prevalência média de aleitamento materno de 45%, contra apenas 13% daquelas que não tiveram tais visitas[48].

De acordo com o MS, o ACS é o elo entre a atenção primária à saúde e a comunidade, exercendo a Educação em Saúde como função principal. Nesse sentido, suas ações voltadas para o aleitamento materno são fundamentais, pois, já que conhece os usuários e sua cultura, sabe valorizar e integrar o saber popular ao saber científico. Assim, ganha confiança e credibilidade junto às mulheres que amamentam[49].

Quando os ACS são ativos na comunidade, as mulheres iniciam o pré-natal mais precocemente, realizam o maior número de consultas e são mais orientadas sobre amamentação, aumentando as chances de exercerem a prática do aleitamento materno[50].

No entanto, uma pesquisa que procurava desvendar os conhecimentos e práticas de profissionais de saúde revelou que os ACS obtiveram um desempenho inadequado acerca da técnica de amamentação e do manejo dos principais

problemas. Este resultado é preocupante, já que o ACS está bastante próximo da comunidade e na maioria das vezes é a primeira opção de procura por parte das mulheres na ocasião do surgimento de dúvidas[51].

Com a intenção de melhorar a assistência da atenção primária com vistas a tornar o aleitamento materno uma prática universal e contribuir significativamente para a saúde e bem estar das crianças, suas mães, família e comunidade local, o MS lançou, em 1999, a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM) com o objetivo de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno por meio da mobilização das equipes de cuidado primário para a adoção dos "Dez Passos para o Sucesso da Amamentação", de forma similar à Iniciativa Hospital Amigo da Criança. A partir daí, os ACS passam a ter uma maior responsabilidade no manejo do aleitamento materno, assegurando, por meio de atividades educativas, o apoio necessário às mulheres[48,52].

Um estudo realizado em 2008 na cidade do Rio de Janeiro em uma Unidade Básica de Saúde que havia recebido o título da IUBAAM, em 2003, comprovou que a capacitação dos profissionais, incluindo os ACS, foi determinante para o aumento das taxas de aleitamento materno exclusivo naquela comunidade, demonstrando que as orientações e o incentivo dados às mulheres para o manejo da amamentação são fundamentais para a manutenção desta prática[53].

3.5.3 Ambiente de trabalho

A crescente participação da mulher no mundo de trabalho tem favorecido significativamente para a elevação da prática do desmame precoce. O fato da nutriz trabalhar fora de casa é apontado como um dos fatores dificultadores do processo de aleitamento materno[1,54,55].

Nesse sentido, o MS elaborou no ano de 2010 uma nota técnica que discorre sobre a instalação de salas de apoio à amamentação em empresas públicas e privadas. É uma forma de incentivar as trabalhadoras formais a viabilizarem a manutenção do aleitamento materno mesmo após a licença maternidade, que na maioria das vezes é até o quarto mês de vida da criança. Tais salas funcionam para que as nutrizes possam esvaziar as mamas durante a sua jornada de trabalho, para

alívio do desconforto das mamas muito cheias, mantendo, assim, a produção do leite. Além disso, tem a possibilidade de armazenar o leite para posteriormente, no domicílio, oferecer ao seu filho[56].

Outra forma das empresas tornarem-se uma rede social de apoio positiva para as nutrizes é obedecendo ao que é preconizado pelo artigo 396 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), a qual prevê que, "para amamentar o próprio filho, até que este complete 6 (seis) meses de idade, a mulher terá direito, durante a jornada de trabalho, a 2 (dois) descansos especiais, de meia hora cada um, que não se confundirão com os intervalos normais para seu repouso e alimentação"[56,57].

3.6 Rede Social e Ações Educativas no contexto da Educação em Saúde

Comumente, as mulheres identificam benefícios do aleitamento materno apenas para os seus filhos, e, muitas vezes amamentam devido a uma imposição invisível da sociedade, entendendo a amamentação como uma obrigação materna, sem levar em consideração as vantagens existentes para ela. Isso é devido à falta de informação, denotando ausência da assistência pré-natal, o qual deveria ser o momento onde as gestantes seriam esclarecidas sobre a amamentação[29]. Já foi constatado que a conduta educativa no pré-natal contribui para o aumento da duração do aleitamento materno[58,59], como observado por um grupo de parteiras da Austrália, que incentivam as gestantes a realizarem o aleitamento materno por meio de informações oferecidas nas consultas de pré-natal, aumentando assim, as taxas do aleitamento materno naquela região[60].

Quando a mulher não é orientada ou esta orientação ocorre de forma insatisfatória, ela terá maiores dificuldades em iniciar a amamentação na ocasião do nascimento da criança, por exemplo, na adequação da pega e da posição para amamentar. Esses dados só vêm reforçar a importância de se realizar atividades educativas e a necessidade de se ter uma equipe preparada para atender às necessidades e às características individuais da mulher e do seu filho[61].

No entanto, quando a mulher não foi oportunizada com tais atividades educativas, as informações sobre aleitamento materno são repassadas por suas

famílias, as quais estão imbuídas de valor cultural e nem sempre coincidem com aquilo que é preconizado pelo MS. Muitas vezes o que se encontra são aprendizados já bem arraigados acerca do uso da chupeta, da introdução de outros alimentos e líquidos antes dos seis meses de vida da criança e do mito de que o leite materno é fraco, pouco e não sustenta[40].

Desse modo, os profissionais de saúde, precisam ter a família das nutrizes como aliada no processo do aleitamento materno, transformando essas práticas não recomendadas em hábitos saudáveis para a mulher e o bebê. Isso é possível desde que a família seja incluída na assistência ao pré-natal e também as pessoas que são significativas para as mulheres (seu companheiro, a amiga, a vizinha, etc). Fazendo isso, os profissionais de saúde estarão reconstruindo a amamentação com ênfase na família, ampliando o conhecimento e identificando-a como um somatório de saberes, a qual é fruto de aspectos sociais, econômicos, culturais e políticos[40].

Os valores culturais dos familiares devem ser aliados ao conhecimento científico que é recomendado pelo MS e OMS, pois, dessa forma, torna-se mais fácil a compreensão e a adesão por parte da comunidade. Assim, os profissionais de saúde podem estar se aproximando do contexto social em que vivem as mulheres, facilitando a prática do aleitamento materno, uma vez que as intervenções serão individualizadas, de acordo com cada realidade[40,62].

O desafio maior, portanto, é desenvolver nos profissionais de saúde as habilidades para prestar o apoio de que a mulher precisa, tanto nas dimensões biológicas quanto nas culturais, sociais, emocionais e econômicas. São eles os principais agentes para a promoção, proteção e apoio à amamentação, os quais tem a responsabilidade de desenvolver atividades educativas para a mãe e a família, utilizando metodologias ativas e humanizadas, observação das mamadas, apoio verbal, construção de grupos para gestantes, oferecimento de orientações sobre as vantagens e o correto manejo da amamentação e sobre as desvantagens do uso dos substitutos do leite materno, mamadeiras e chupetas[63-65].

No entanto, nem todos os profissionais de saúde estão preparados para tal conduta. Pesquisa realizada em Montes Claros, MG, demonstrou que, apesar da assistência materno-infantil ser uma das principais ações dos profissionais na atenção básica, o incentivo ao aleitamento materno foi comprometido, uma vez que

o conhecimento sobre questões relacionadas à técnica da amamentação e o manejo dos problemas relacionados à lactação ficaram aquém do esperado. No entanto, os enfermeiros obtiveram os melhores resultados e ACS os menos satisfatórios. Isto demonstra a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde que lidam diretamente com a assistência à gestante/nutriz, sobretudo aqueles da atenção primária[51].

Um estudo realizado no Irã demonstrou o despreparo dos profissionais de saúde no manejo do aleitamento materno, uma vez que a principal razão relatada pelas mulheres para a interrupção da amamentação (54%) antes dos seis meses de vida da criança foi a recomendação médica de introduzir fórmulas lácteas. Este achado é preocupante e contraditório, pois os profissionais de saúde de um modo geral, principalmente médicos e enfermeiros, deveriam desempenhar o papel de apoio e incentivar a prática do aleitamento materno[38].

Portanto, observa-se que é necessário um maior investimento na capacitação profissional, a fim de que eles não apenas entendam a fisiologia da lactação, mas também as nuances que permeiam o aleitamento materno, como o significado da amamentação para a mulher e até mesmo o contexto social em que ela vive, o qual pode estar influenciando na sua decisão[2,66-68].

Neste sentido, outro estudo realizou essa capacitação das equipes de saúde da família, conforme recomenda IUBAAM. Os resultados dessa pesquisa demonstraram que tal estratégia é eficaz, uma vez que é de baixo custo e consegue sensibilizar os profissionais, uniformizando as informações e assegurando o apoio necessário para as mães com dificuldades para amamentarem seus filhos[52].

Além de se ter profissionais bem preparados para oferecer uma assistência de qualidade é imperativo que a política da instituição de saúde esteja voltada para a promoção do aleitamento materno. Uma pesquisa realizada em São Paulo entre 2003 e 2006 concluiu que os maiores índices de aleitamento materno ocorreram em Hospitais Amigos da Criança quando mãe e bebê permaneceram constantemente juntos após o parto, os quais foram colocados por profissionais conscientes das vantagens dessa prática[69].

A importância dessa ação é porque já se sabe que o tempo transcorrido entre o nascimento e o momento da primeira mamada está relacionado com a instalação e

com o tempo de amamentação. Nesse sentido, o tipo de parto tem determinado o início da amamentação: mães cujo parto foi cesárea tem um risco cerca de duas vezes maior de não amamentarem na primeira hora de vida, uma vez que a cesárea aumenta o tempo de separação entre mãe e bebê[19]. Ao contrário, mães que tiveram seus bebês por via vaginal, devido ao contato pele a pele mais precoce, tiveram menos chances de desmamarem mais cedo seus filhos ao receberem alta hospitalar, o que vem reforçar a relação satisfatória e eficaz entre a via de parto e o tempo de duração do aleitamento materno[70].

Da mesma forma, evidências revelam que o contato precoce, além de ser uma fonte de promoção do aleitamento materno imediatamente após o parto, também é responsável pela manutenção por dois ou três meses mais tarde. Outro benefício já estabelecido na literatura é o de auxiliar o vínculo entre mãe e bebê. Apenas na ocasião de más condições de saúde materna ou do recém-nascido é que se justificam o não cumprimento dessa prática[71].

No entanto, há certa dificuldade encontrada nos próprios profissionais de saúde em colocar o recém-nascido em contato pele a pele com sua mãe ao nascer, como a falta de conhecimento das vantagens advindas de tal prática, política da instituição, ou até falta de educação continuada[11,72].

Os profissionais precisam valorizar e auxiliar o contato pele a pele imediato entre mãe e bebê, pois a primeira meia hora de vida do recém-nascido é o momento em que ele se encontra mais alerta, assim como sua mãe. Dessa forma, proporcionar a interação entre ambos pelo contato pele a pele auxiliará a primeira sucção de forma mais natural e espontânea. Do contrário, se o estímulo ao aleitamento materno não iniciar logo após o parto, estar-se-á promovendo condições que poderão dificultar a amamentação futura[9,72,73].

A permanência da mãe e filho em alojamento conjunto é outra prática fundamental para o processo do aleitamento materno, sendo considerada como facilitadora para o estabelecimento da prática da amamentação, uma vez que a criança pode ser levada ao peito da mãe sempre que se fizer necessário, sem que tenha de seguir a rotina de horários estabelecida pela maternidade[18].

Do contrário, o afastamento priva os recém-nascidos da amamentação e favorece o oferecimento de outros líquidos, prejudicando o estabelecimento da lactação e a adequada produção de leite materno[72,73].

Para isso é fundamental a capacitação de toda a equipe que trabalha com mães e bebês, a fim de estarem aptas a dar orientações sobre o 4º passo, sobre as vantagens e o correto manejo do aleitamento materno e sobre as desvantagens do uso dos substitutos do leite materno, das mamadeiras e das chupetas, dentre outros. Estudos realizados em diferentes países têm encontrado indiferença, inconsistências, atitudes e conhecimentos inadequados por parte dos profissionais de saúde com relação à amamentação[11,63-65].

Uma estratégia adotada em uma maternidade de Ribeirão Preto foi a utilização de um jogo educativo sobre aleitamento materno entre as puérperas internadas no Alojamento Conjunto. Por meio desse jogo, aplicado na forma de pré e pós-teste, foi possível identificar que o conhecimento das mulheres ainda estava aquém do esperado, no entanto após a atividade lúdica, foi observada melhora significante nesse conhecimento, bem como permitiu a troca de experiências entre as participantes, enriquecendo ainda mais a atividade[74].

Uma proposta educativa voltada para a amamentação realizada em Fortaleza mostrou-se interessante e eficaz. Com a intenção de atingir todas as mulheres, independente da escolaridade e, levando em consideração a cultura nordestina, bastante peculiar, utilizou-se a literatura de cordel, conhecida também como poesia popular impressa[75].

Preocupados com a pós-alta hospitalar, um estudo realizado na Escócia propôs um acompanhamento das puérperas por meio da comunicação telefônica. Os resultados encontrados evidenciaram que houve melhora no padrão do aleitamento materno após o oferecimento desse suporte, além de demonstrar que pode ser aplicado em qualquer situação e localidade, devido aos baixos custos e fácil concretização e aceitação pelas mulheres[76].

Portanto, para se alcançar melhores índices de aleitamento materno exclusivo e conseguir realizar o que é preconizado pela OMS e MS, faz-se necessário que haja incentivos voltados para a Educação em Saúde, tanto para as mulheres e familiares que vivenciam o processo da amamentação, quanto para os

profissionais de saúde. Do mesmo modo, estudos de intervenção que incluam todas as pessoas da rede social da mulher como co-participantes do processo do aleitamento materno devem ser realizados, a fim de desmistificar a responsabilidade da amamentação apenas para a mulher[77].

3.7 Aleitamento Materno e a Teoria da Rede Social de Sanicola – Intervenção de Rede

A Teoria da Rede Social de Lia Sanicola propõe considerar que, para o enfrentamento dos desafios da vida, os indivíduos necessitam de ajuda dos recursos que são disponibilizados pelas suas relações sociais, não podendo fazê-lo sozinhos. Essas relações podem ocorrer por meio das redes primárias e/ou das redes secundárias[17].

As redes primárias são formadas por pessoas que estão mais próximas do sujeito, sendo representadas pelos componentes da família, de parentesco, de amizade, da vizinhança, do trabalho e do tempo livre. É essa rede que faz com que a pessoa se sinta fazendo parte de um grupo, o qual lhe confere identidade. Suas trocas se baseiam na doação, cuidado e proteção[13,17].

As redes secundárias utilizam como meio de trocas os serviços oferecidos-recebidos ou o dinheiro e são subdivididas em formais e informais. As formais são constituídas por laços formados por instituições estatais (serviços sociais, de saúde e de educação), organizações do mercado (empresas, estabelecimentos comerciais, atividades dos profissionais liberais, todas ligadas ao ato de compra e venda) e organizações de terceiro setor (organizações sem fins lucrativos, como cooperativas sociais, associações de voluntariado, fundações). Já às redes secundárias informais pertencem os grupos informais de ajuda mútua, os quais se organizam em um dado momento em prol de resolver uma necessidade imediata, como por exemplo, no caso de pais que se revezam entre si para levar seus filhos que estudam na mesma escola[13,17].

As redes, tanto primárias quanto secundárias, possuem três características fundamentais: a estrutura, que diz respeito ao tipo de laço que as pessoas estabelecem com sua rede; a função desempenhada; e a dinâmica de rede[17].

A estrutura das redes explica os tipos de redes presentes (primárias, secundárias ou ambas) e suas características de acordo com a amplitude (quantas pessoas compõe a rede), densidade (quantas pessoas se conhecem), intensidade (o que trocam, se as trocas são de qualidade), proximidade-distância afetiva e proximidade física[12,13,15,17,38].

A função revela o tipo de suporte recebido/oferecido (apoio ou contenção), os efeitos desse suporte, a distribuição do suporte (qual o membro que exerce a maior carga e aquele que detém a menor) e demonstram se as responsabilidades estão centradas na família ou em organizações de serviços[12,15,17].

A dinâmica de rede identifica os acontecimentos que ocorrem dentre das redes (o cotidiano e/ou os eventos críticos) e o que eles provocam (alianças, conflitos, descontinuidade, rupturas, desgastes, transgressões)[12,17].

O método utilizado por Sanicola denomina-se "Intervenção de Rede" a qual, diante de uma situação que foge à normalidade, motiva mudanças na qualidade dos relacionamentos entre as pessoas, sendo este o caminho mais apropriado para se conseguir solucionar o problema. Nesse sentido, as redes primárias são incentivadas a adotar uma postura de autonomia em detrimento das redes secundárias. Estas, por sua vez, permanecem exercendo suas responsabilidades institucionais, ajudando dentro de seus limites, sem substituir as redes primárias, que devem ser protagonistas na resolução das dificuldades[17].

Além disso, a "Intervenção de Rede" propõe que as pessoas pertencentes à rede social possam consolidar seus laços afetivos ou criar novas interações por meio da partilha das dificuldades, denominada de "movimento do individual para a partilha". Dessa forma, as redes são capazes de desenvolver iniciativas para enfrentar o problema, pois, ao contrário, a individualização seria uma dificuldade adicional, a qual iria gerar uma relação de dependência em relação à necessidade[17].

Do mesmo modo, a "Intervenção de Rede" estimula que as redes passem a ser autônomas e com capacidade para assumir as responsabilidades e riscos diante das suas opções. É o chamado "movimento da dependência para a autonomia"[17].

No entanto, para que a metodologia da "Intervenção de Rede" se concretize, são necessários dois estágios: o da exploração da rede e o da mobilização. A exploração é a etapa em que se procura conhecer o ambiente da rede social para

posteriormente representá-lo e descrevê-lo; a mobilização, conforme o próprio nome indica, é a etapa em que os membros da rede procuram se "movimentar", a partir da identificação do evento crítico na fase de exploração, para enfrentar as dificuldades[15,17,38].

A exploração se inicia no momento em que surge o evento crítico. Nessa fase, primeiramente procura-se identificar a natureza das redes (se primária, secundária ou ambas) e os membros que estão relacionados àquela situação específica. Assim, será possível entender quais são as redes predominantes, sua estrutura, funções que exerce e as relações estabelecidas (fraca, forte, de orientação positiva ou negativa). A partir daí, os sujeitos passam a compreender como suas relações sociais são amplas, indo além do círculo familiar, além de poderem identificar os tipos de apoio existentes ou não, os vínculos presentes e se há reciprocidade. Ocorre um reconhecimento significativo do grupo ao qual pertence, de modo que é possível enxergar quais serão os membros que poderão oferecer ajuda e quais serão responsabilizados[13,15,17,38].

Com base nessa identificação, Sanicola propõe que sejam formuladas hipóteses de compreensão (interpretação dos dados da realidade) e hipóteses de ação (o que se pretende transformar em projeto, quais as linhas de ação, o ponto de partida, as prioridades e os recursos que serão necessários), para depois serem "testadas" na fase de mobilização de redes[17].

A fase de mobilização ocorre quando as redes, de forma organizada, percebem a importância de colocar em prática um projeto de ação coletiva estabelecido na fase de exploração, a fim de solucionar o problema identificado. Aqui, a responsabilidade deve ser compartilhada entre redes primárias e secundárias, de modo que a primária detenha maior autonomia[15,17].

A intenção é potencializar o que existe de positivo nas redes, valorizando as experiências passadas; reforçando as relações existentes por meio de encontros em ambientes diferentes; possibilitando a criação de novos laços; criando espaços para que todos, ao seu modo, possam ajudar, a fim de não sobrecarregar apenas um membro e fazendo com que a responsabilidade seja compartilhada; oferecendo novas oportunidades de mudanças e orientando soluções possíveis de serem concretizadas. Desse modo, as ações estarão voltadas para a partilha e para a

autonomia dos membros da rede, os quais terão capacidade para tomar decisões na busca da solução dos problemas[15,17].

Sanicola recomenda a utilização de instrumentos para facilitar as duas etapas da Intervenção de Rede. Para a mobilização, são conhecidos seis tipos de instrumentos: 1) a lista de membros da rede, onde as pessoas que compõe a rede são relacionadas, permitindo identificar se é composta, sobretudo, pela rede primária ou secundária; 2) o diário de bordo, utilizado para registrar as observações, reflexões e anotações dos encontros dos membros da rede; 3) a grade de exploração das redes, o qual permite que sejam definidas as características das redes (a estrutura, funções, dinâmicas de redes e hipóteses para a definição das estratégias); 4) o mapa de rede ou genograma, usado para representar graficamente por meio de símbolos os diversos tipos de rede presentes e os laços estabelecidos entre seus membros; 5) a tabela de suporte e de seus efeitos, que demonstra quais as pessoas que oferecem ajuda dentro da rede e o tipo de ajuda e 6) a grade de distribuição dos cuidados da rede, que registra como a responsabilidade em relação a um cuidado se desloca de um membro para outro, como também das redes primárias para as redes secundárias, e vice-versa[15,17].

Já os instrumentos utilizados na etapa de mobilização são cinco: 1) os mapas de rede, idênticos ao já citado; 2) o encontro de rede, utilizado, como o próprio nome indica, na ocasião do encontro dos membros da rede; 3) a tabela de frases permite monitorar as passagens mais importantes da intervenção; 4) a grade de análise do movimento evidencia os movimentos existentes dentro da rede, do individual para a partilha e da dependência para a autonomia e 5) o grupo de suporte, são encontros de profissionais que utilizam essa metodologia de intervenção de rede e tem como finalidade apresentar as situações que cada um está vivenciando para o grupo as analisar metodologicamente[17].

A teoria de Sanicola também explicita que é necessário que haja um "operador de rede" para organizar as fases da intervenção. No entanto, essa operador de rede não pode ser qualquer pessoa, pois é necessário que possua características e habilidades específicas, pois ora ela precisa dar as coordenadas, principalmente na fase de exploração, ora precisa deixar que os membros da rede

sejam autônomos e tomem suas próprias decisões, como ocorre na fase de mobilização[17].

O operador de rede precisa ter algumas atitudes humanas fundamentais, como a abertura existencial (saber reconhecer e valorizar o que acontece em detrimento daquilo que foi projetado e valorizado; aceitar a forma de partilha que as redes escolhem para adotar, respeitando o ritmo dos acontecimentos e o tempo das redes), a disponibilidade e a valorização do positivo[17].

Todos os profissionais de saúde podem exercer a função de operador de rede, uma vez que possuem a responsabilidade de atender às demandas da população. No entanto, o enfermeiro é aquele que, dentro da equipe, detém as principais características, pois a habilidade de ser líder, de estar mais próximo da população e de utilizar metodologias ativas para prover educação em saúde fazem parte da sua formação profissional. O enfermeiro adquire durante o Curso de Graduação a capacidade de agir com reciprocidade e solidariedade, fazendo com que os membros da rede assumam as responsabilidades tendo competência para resolvê-las[17,78].

O enfermeiro apresenta em sua essência a característica de atender às necessidades da pessoa humana na sua integralidade, aproximando-se, desse modo, da realidade de pessoa de quem ele está cuidando. No contexto do aleitamento materno, o enfermeiro é o profissional que pode estar mais próximo da mulher durante a gestação, por meio das consultas de pré-natal, no momento do parto, no puerpério ou nas visitas domiciliares. Assim tem condições de criar laços com a mulher que amamenta, procurando fazer uma ponte entre os seus valores culturais ao conhecimento científico, apoiando-a e incentivando os outros atores da rede social a apoiá-la no aleitamento materno[40,63].

Apesar disso, o ideal seria que a mulher pudesse criar vínculos com todos os profissionais de saúde, a fim de que a função de operador de rede pudesse ser compartilhada entre todos, já que cada um apresenta uma habilidade diferente, de acordo com a suas competências profissioanais.

A teoria de Rede de Sanicola é facilmente aplicável à prática da amamentação quando se pretende identificar quais são as pessoas envolvidas nesse

processo, como estão se comportando e a partir daí, elaborar um plano de ação para a melhoria dos índices de aleitamento materno[14,15,17,22,38].

Apesar do aleitamento materno não ser essencialmente um evento crítico, o seu desmame se revela como tal. Assim a amamentação é uma prática que a mulher exercerá caso tenha consciência da sua importância para todos os envolvidos (a criança, ela própria, família, sociedade e ambiente) e, além disso, como envolve aspectos biológicos e emocionais, ela precisa do apoio das pessoas de sua confiança[1,12,13,15,17,38].

A identificação da rede social da mulher que amamenta ou tem a intenção de amamentar por meio da fase de exploração da teoria de Sanicola é uma oportunidade para o operador (profissional de saúde, entre eles o enfermeiro) entender se a responsabilidade pelo ato de amamentar está imputada apenas à mulher ou se os membros da rede exercem alguma função (de apoio ou contenção). É aí também que se observa se os laços existentes são consistentes ou fracos para enfrentar as dificuldades que possam aparecer, como dificuldade de pega, ingurgitamento mamário, fissuras mamárias, entre outras[15,17,38].

Na fase de exploração, o operador irá saber qual tipo de rede (primária ou secundária) exerce maior influência à mulher no período da amamentação e a sua qualidade, se favorecendo o aleitamento materno ou estimulando o desmame precoce. A partir dessas informações, será possível traçar metas conjuntamente com os próprios membros da rede social, a fim de que cada um assuma a sua responsabilidade, dentro de suas competências, para apoiar a mulher no período da amamentação[15,38,17].

Com base nesses dados, na fase de mobilização o operador irá motivar as pessoas a colocarem em prática sua função dentro da rede em prol do aleitamento materno: se é o companheiro, auxiliando a mulher nos cuidados com as atividades do lar e no cuidado com outros filhos; se é a avó (materna ou paterna), apoiando emocionalmente, mostrando experiências positivas; se são as amigas, irmãs ou vizinhas, incentivando, ajudando nos cuidados com a criança; se é no trabalho, proporcionando o direito da licença maternidade de 180 dias, conforme preconiza a lei ou disponibilizando salas de apoio ao aleitamento para a mulher aleitar seu filho nos horários livres ou armazenar o leite ordenhado; se são os profissionais de saúde,

apoiando e instruindo, repassando informações pertinentes ao ato de aleitar e acolhendo a mulher desde a fase do pré-natal. Dessa forma, todos participam e se corresponsabilizam[17,20,22,32,38,40,47,57].

Assim, ocorrerá uma Intervenção de Rede verdadeira, onde a ferramenta utilizada será a educação em saúde para todos os participantes da rede social, promovendo a construção de uma ideia da prática do aleitamento materno bem mais ampla, pautada no envolvimento familiar (rede primária) e não como responsabilidade apenas da mulher, saindo do individual e da dependência em direção à partilha e a autonomia, conforme sugere Sanicola em sua teoria[15,17,22,32,40].

4 MÉTODO

4.1 Primeiro artigo: Rede Social da Mulher na Amamentação: Uma Revisão Integrativa

A revisão integrativa da literatura é um método de pesquisa que busca reunir as melhores evidências científicas publicadas acerca de um tema específico, com a intenção de aprimorar a prática clínica. No entanto, para a obtenção dessas evidências, é necessário que o pesquisador saiba fazer uma avaliação crítica dos estudos para posteriormente, sintetizar os melhores resultados e inclusive apontar lacunas que precisam ser melhor exploradas[79].

Nesse sentido, para a construção da revisão integrativa da literatura, foram seguidas seis etapas distintas: 1) identificação do problema ou delimitação da pergunta condutora do estudo; 2) amostragem ou busca na literatura; 3) categorização dos estudos ou coleta de dados; 4) análise dos dados; 5) discussão e interpretação dos achados e 6) apresentação da revisão integrativa[79-81].

4.1.1 1ª etapa: Identificação do problema ou delimitação da pergunta condutora do estudo

A pergunta condutora do estudo foi: como as pessoas da rede social da mulher estão atuando no contexto da amamentação?

4.1.2 2ª Etapa: Amostragem ou busca na literatura

Para a busca dos estudos na literatura, de acordo com a pergunta condutora estabelecida, foram utilizadas as seguintes bases de dados:

- LILACS - compõe estudos científicos - ensaios clínicos controlados, estudos de coorte, estudos de caso-controle, estudos de prevalência, estudos de incidência e revisões sistemáticas (estudos validados) - provenientes da América Latina e Caribe;

- MEDLINE - base de dados bibliográficos da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América - US National Library of Medicine's - NLM que inclui artigos científicos com alto rigor metodológico relevante para a área da saúde;
- IBECS - reúne artigos científicos indexados e publicados na Espanha sobre os diversos temas da área da saúde;

Além dessas bases de dados, foi utilizado o Portal da Biblioteca Cochrane, o qual inclui revisões sistemáticas e ensaios clínicos randomizados que apresentam as melhores evidências científicas para a área da saúde.

Os estudos contidos nestas bases de dados e no Portal foram identificados no vocabulário estruturado e trilíngue dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) por meio dos descritores "Aleitamento Materno", "Apoio Social" e "Relações Familiares" e suas respectivas traduções padronizadas no Medical Subject Heading (MESH): "Breast Feeding", "Social Support" e "Family Relations".

Nesta etapa, foram definidos os critérios de inclusão e de exclusão:

4.1.2.1 Critérios de inclusão

- Estudos publicados entre os anos 2002 e 2011.
- Artigos científicos, teses, dissertações e artigos de revisão.
- Publicações em português, inglês e espanhol.
- Publicações que respondessem à pergunta norteadora.

4.1.2.2 Critérios de Exclusão

- Editoriais, resumos de pesquisas, avaliações econômicas e artigos de jornal que não apresentavam caráter científico.

A busca das publicações ocorreu entre os meses de novembro e dezembro de 2011. Primeiramente, os descritores foram pesquisados individualmente; depois, foram feitos os cruzamentos aos pares, utilizando o operador booleano *and* e o descritor aleitamento materno (aleitamento materno *and* apoio social; aleitamento materno *and* relações familiares) e por fim, os três descritores foram cruzados

conjuntamente. A tabela 1 revela o número de publicações encontradas após esses cruzamentos.

Tabela 1. Publicações pesquisadas entre os anos de 2002 e 2011, a partir do cruzamento dos descritores, segundo bases de dados e portal da Biblioteca Cochrane. Recife - PE, 2011.

Descritores Utilizados	MEDLINE	LILACS	IBECS	COCHRANE	Total
Aleitamento Materno	13627	3550	180	99	17456
Apoio Social	54059	2725	502	317	57603
Relações Familiares	14173	1982	303	14	16472
Aleitamento materno and Apoio Social	360	29	00	08	397
Aleitamento Materno and Relações Familiares	28	07	01	01	37
Aleitamento Materno and Apoio Social and Relações Familiares	00	00	00	00	00
Total	388	36	01	09	**434**

As publicações encontradas ao se realizar a busca pelos descritores individualmente não fizeram parte da amostra do estudo. Elas apenas estão descritas, pois compõe a metodologia de construção de uma revisão integrativa.

Desse modo, observam-se na tabela 1 que foram encontradas 397 publicações ao se realizar o cruzamento entre aleitamento materno e apoio social e, quando se integrou os descritores aleitamento materno e relações familiares surgiram 37 estudos, totalizando 434 estudos.

Em algumas situações, foram encontradas as mesmas publicações em mais de uma base de dados. Nesses casos, foi considerada a seguinte ordem hierárquica: Portal da Biblioteca Cochrane, MEDLINE, LILACS, e IBECS.

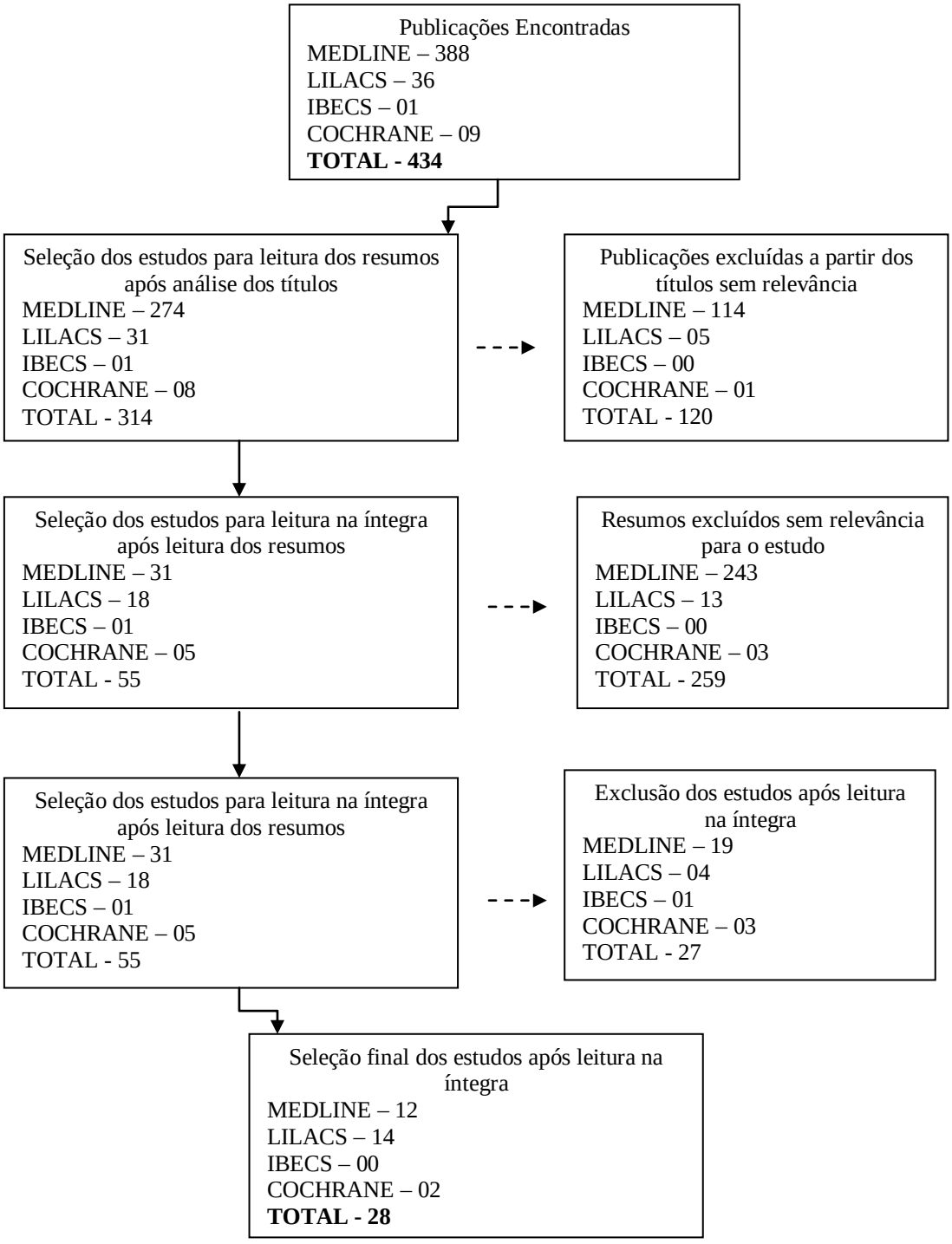
Para identificar quais as publicações que iriam compor a revisão integrativa dentre as 434 publicações encontradas, foram seguidos os seguintes passos:

1. Primeiramente foram lidos os títulos um a um. Desses, foram selecionados para leitura dos resumos 314 estudos, pois apresentaram algum descritor e/ou palavras que remetessem ao objeto da revisão;
2. Dos 314 resumos lidos, apenas 55 tinham correlação com o objetivo da revisão integrativa e por isso foram selecionados para se proceder a leitura do texto na íntegra.

3. Dos 55 estudos lidos integralmente, 27 foram excluídos por não responder à questão norteadora e nem atender aos critérios de inclusão. Assim, ao final da pesquisa foram incluídas 28 publicações, sendo 12 encontradas na MEDLINE, 14 na LILACS e duas no Portal COCHRANE.

O fluxograma descrito a seguir demonstra todos os passos adotados.

Figura 1 Fluxograma da seleção das publicações de acordo com os critérios de inclusão. Recife - PE, 2011.



Dos 28 estudos que constituíram a amostra final, 27 são artigos científicos e um compreende uma dissertação de mestrado.

4.1.3 3ª Etapa: Categorização dos estudos ou coleta de dados

Para a efetivação da coleta de dados, foi criado um instrumento adaptado do modelo proposto por Ursi[82], a fim de extrair o máximo de informações das publicações selecionadas. Esse instrumento contém título, ano, autor, objetivos do estudo, metodologia utilizada, sujeitos da pesquisa, nível de evidência e principais resultados encontrados (APÊNDICE A).

De acordo com o observado no Apêndice A, os resultados encontrados foram distintos, indo desde ações de apoio dos atores da rede social da mulher até ao desestímulo ao aleitamento materno. Assim, para facilitar a compreensão e a análise, os resultados foram agrupados em quatro categorias, de acordo com a proximidade temática:

- Categoria 1 – Cultura popular/familiar como determinante das práticas do aleitamento materno em detrimento do apoio dos profissionais de saúde;
- Categoria 2 - Rede social de apoio à mulher sendo favorecedora do processo do aleitamento materno;
- Categoria 3 - Práticas educativas exercidas pelos profissionais de saúde no pré e pós-natal como elemento favorecedor ou não para o início e manutenção do aleitamento materno;
- Categoria 4 - Fatores que levaram ao desmame precoce e/ou atores da rede social que dificultaram o aleitamento materno.

4.1.4 4ª Etapa: Análise dos dados

Após a organização dos estudos, realizada na terceira etapa, foi possível avaliar o rigor metodológico individualmente, levando em consideração se as etapas para se chegar aos resultados estavam claras e bem descritas; se havia coerência entre os sujeitos envolvidos e o objetivo da pesquisa; se os critérios de

inclusão e exclusão eram pertinentes e se houve algum tipo de intervenção e, em caso positivo, qual a forma utilizada para controlar os vieses e as limitações[82].

Para a análise dos níveis de evidências foi utilizada a classificação proposta por Galvão[83], de acordo com a abordagem metodológica encontrada nas publicações. Segundo a autora, a qualidade das evidências é classificada em seis níveis: nível 1, metanálise de múltiplos estudos controlados; nível 2, estudo individual com delineamento experimental; nível 3, estudo com delineamento quase-experimental como estudo sem randomização com grupo único pré e pós-teste, séries temporais ou caso-controle; nível 4, estudo com delineamento não-experimental como pesquisa descritiva correlacional e qualitativa ou estudos de caso; nível 5, relatório de casos ou dado obtido de forma sistemática, de qualidade verificável ou dados de avaliação de programas; nível 6, opinião de autoridades respeitáveis baseada na competência clínica ou opinião de comitês de especialistas, incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas[83].

4.1.5 5ª Etapa: Discussão e interpretação dos achados

Nessa etapa, procedeu-se a discussão dos estudos selecionados com a intenção de verificar se eles corroboravam entre si e também com outros achados da literatura. Além disso, foi identificado se os resultados encontrados estavam em consonância com o preconizado pelo MS no que se refere ao aleitamento materno[1], fazendo inferência com as ações dos atores da rede social da mulher para facilitar essa prática.

As evidências científicas dos estudos encontrados revelaram que as pessoas da rede social da mulher, principalmente as figuras femininas como a sua mãe, a avó, a sogra, além do companheiro e dos profissionais de saúde, interferem na prática da amamentação de formas distintas, atuando ora positivamente, ora negativamente.

4.1.6 6ª Etapa: Apresentação da Revisão Integrativa

A revisão integrativa será apresentada sob a forma de artigo científico, em análise pela Revista Cogitare Enfermagem, cujas normas encontram-se em anexo. (ANEXO A).

4.2 Segundo artigo: Práticas de Apoio da Rede Social da nutriz à luz da Teoria de Sanicola

4.2.1 Tipo de estudo

O presente estudo do tipo transversal e analítico é um recorte do projeto intitulado "Rede Social de Apoio a Mulher no contexto do aleitamento materno", desenvolvido no Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. Os delineamentos transversais são aqueles em que a coleta de dados ocorre em uma ocasião, durante um único período de tempo. São apropriados para descrever a situação, o status do fenômeno ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo[84]. Os estudos analíticos são utilizados quando se pretende analisar os dados sistematicamente, de modo que possam ser detectados padrões e frequências. Além de organizar, interpretar e transmitir informações numéricas, os resultados passam por testes estatísticos, a fim de extrair conclusões sobre a população a partir de dados de uma amostra[84].

4.2.2 Descrição da área

O estudo foi realizado no município de Recife, capital do estado de Pernambuco, Brasil. O município de Recife é dividido em seis distritos sanitários. Cada distrito é subdividido em territórios de saúde, de acordo com a proximidade territorial e as características da população, visando facilitar a cobertura na assistência, conforme Tabela 2.

Tabela 2 Unidades de Saúde da Família, Equipes de Saúde da Família e área de cobertura, de acordo com os respectivos Distritos Sanitários, da cidade de Recife-PE, 2011.

Distrito Sanitário	Unidades de saúde da Família (USF)	Equipes de Saúde da Família	Área de Cobertura %
I	09	16	78
II	18	43	74
III	24	46	55
IV	19	39	47
V	15	31	42
VI	34	76	66

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2011.

O presente estudo ocorreu nas Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário IV. Tal distrito, dividido em quatro Territórios de Saúde (tabela 3) e abrangendo 12 bairros (Cordeiro, Ilha do Retiro, Iputinga, Madalena, Prado, Torre e Zumbi, Engenho do meio, Torrões, Caxangá, Cidade Universitária e Várzea), totalizando uma população de 255 mil habitantes[85], foi escolhido por fazer parte da área de atuação da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), cumprindo dessa forma com seu papel social no atendimento às demandas da comunidade.

Tabela 3 Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário IV por Territórios de Saúde. Recife-PE, 2012.

Territórios de Saúde (TS)	Unidades de Saúde da Família (USF) (Continua)
I	Carangueijo Emocy Krause Sítio Cardoso
II	Casarão do Cordeiro Skylab Vila União
III	Cosirof Engenho do Meio Sítio das Palmeiras Roda de Fogo Macaé Roda de Fogo Sinos Vietnã

Territórios de Saúde (TS)	Unidades de Saúde da Família (USF) (Conclusão)
IV	Amaury Medeiros (UR7) Barreiras Brasilit Campo do Banco Cosme e Damião Jardim Teresópolis Rosa Selvagem Sítio Wanderley

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2012.

4.2.3 População e amostra

A população de estudo foi composta por mulheres com vivências do aleitamento materno do filho atual, independente de sua duração, residentes no Distrito Sanitário IV. A amostra foi constituída por mulheres cujo filho tinha de seis a oito meses de vida no momento da coleta de dados.

A amostra foi calculada por meio da equação para cálculo amostral em estudos de proporção com população finita, descrita a seguir, utilizando-se como referência o quantitativo de crianças (296) nascidas em janeiro de 2012. Para estimar a prevalência de aleitamento materno da população do estudo, foram utilizados os primeiros resultados do estudo piloto realizado no primeiro mês de coleta (agosto/2012), tomando por base o número de mulheres entrevistadas (105) até aquele momento e o número de crianças (30) que mamaram exclusivamente até o sexto mês de vida.

$$n = \frac{z^2 pqN}{d^2(N-1) + z^2 pq}$$

Na qual:

N = número de mulheres que pariram em janeiro de 2012 (N = 296)

p = prevalência de aleitamento materno exclusivo no Distrito Sanitário IV (estudo piloto decorrente do mês de agosto de 2012: 29%)

q = prevalência de amamentação não exclusiva (1 – p)

d = Margem de erro (0,05)

z = 1,96 (quantil normal para probabilidade de 0,95)

O tamanho da amostra calculada foi de 168 mulheres (sendo 153 + 10% de eventuais perdas). Para a obtenção da amostra, foi utilizado o plano amostral estratificado em que cada USF foi considerado um estrato. Dentro de cada estrato foi entrevistado um quantitativo de mulheres de acordo com o número de equipes de saúde da família cadastradas em cada USF, como mostra o quadro 1, garantindo assim a proporcionalidade para o número de mulheres. Para a escolha das mulheres que fizeram parte da amostra, foi realizada amostragem aleatória simples, dentro de cada equipe de saúde da família.

Após a estratificação para determinar o número de mulheres que iriam ser entrevistadas por equipe de saúde da família, surgiram números decimais. No entanto, como a amostra corresponde a pessoas, foi preciso arredondar os valores, ficando, portanto um n= 170.

Quadro 1 Plano Amostral. Recife-PE, 2012.

USF	**Nº de Equipes de Saúde da Família**	**% Equipes de Saúde da Família**	**Nº mulheres entrevistadas em cada USF (% Equipes x 168)**
1	04	10,3	17
2	02	5,1	09
3	03	7,7	13
4	02	5,1	09
5	02	5,1	09
6	01	2,6	04
7	01	2,6	04
8	02	5,1	09
9	02	5,1	09
10	01	2,6	04
11	02	5,1	09
12	03	7,7	13
13	02	5,1	09
14	02	5,1	09
15	02	5,1	09
16	01	2,6	04
17	03	7,7	13
18	03	7,7	13
19	01	2,6	04
TOTAL	**39**	**100,0**	**170**

Em muitas Equipes de Saúde da Família, o quantitativo de mulheres existente que fazia parte dos critérios de inclusão do estudo era igual ou inferior ao

estabelecido pelo cálculo amostral. No caso de ser igual, não foi necessário realizar sorteio aleatório simples, pois todas entraram na amostra; no caso de ser inferior ao estabelecido, tentava-se sortear em outra equipe de saúde da família da mesma USF, de forma a garantir a proporcionalidade para o número de mulheres calculadas. Quando não havia mais mulheres que entrassem nos critérios de inclusão para ser sorteada, era considerada perda amostral.

Na ocasião em que a mulher sorteada não se encontrava em casa, mesmo após o agendamento prévio, era realizado o contato telefônico com a mesma e feito mais duas tentativas de visita. Quando eram realizadas três tentativas sem sucesso, aquela mulher era descartada para fins da entrevista e feito novo sorteio, dentro da mesma equipe de saúde da família. Não existindo mais nenhuma mulher que atendessem aos critérios de inclusão, tentava-se em outra equipe de saúde da família da mesma USF. Novamente, não conseguindo, era considerada perda amostral.

Desse modo, houve um total de dez perdas: uma foi visitada três vezes sem sucesso; uma havia se mudado e não tinha mais mulheres dentro da mesma equipe de saúde da família ou USF que fizesse parte dos critérios de inclusão e as demais foi devido a não haver, na equipe de saúde da família e nem tão pouco na USF, mulheres que se enquadravam dentro dos critérios de inclusão. Assim, foram entrevistadas 158 mulheres ao final da coleta de dados.

4.2.3.1 Critérios de inclusão

- Mulheres com vivências do aleitamento materno do filho atual, independente da sua duração, cujo filho tivesse de seis a oito meses de vida, no intuito de que as mulheres pudessem rememorar a vivência do aleitamento materno mais facilmente, minimizando o viés do esquecimento.
- Mulheres que tivessem mães (ou mulheres significativas) e companheiro que residissem juntos.

4.2.3.2 Critérios de exclusão

- Mulheres com filhos acometidos por qualquer agravo à saúde que impedisse a amamentação;
- Mulheres cujos filhos tivessem nascido com idade gestacional < 37 semanas e/ou peso < 2.500g;
- Mulheres com problemas de saúde que contra-indicassem a amamentação.
- Mulheres que tivessem ficado hospitalizadas após o parto, impedindo a amamentação.

A escolha dos critérios de exclusão deu-se no intuito de minimizar situações propensas para o desmame precoce e, assim, evitar viés de pesquisa.

4.2.4 Instrumento para coleta de dados

O instrumento para a coleta de dados (APÊNDICE B) foi construído a partir de um estudo de revisão sistemática e metassíntese sobre práticas familiares e apoio à amamentação, no qual foram identificadas práticas da mãe, do pai, da avó e da rede social, os quais foram denominados como apoiadores. Tais práticas foram agrupadas em cinco categorias: 1) apoio emocional, 2) apoio instrumental, 3) apoio informativo, 4) apoio presencial e 5) auto-apoio[14].

De acordo com esta revisão, o apoio emocional está relacionado à expressão de empatia, preocupação, carinho e valorização para com a pessoa; o apoio instrumental significa ajuda direta de natureza prática nas atividades diárias ligadas à amamentação; o apoio informativo diz respeito ao oferecimento de conselhos, direção e sugestões ou retorno de como a pessoa está se sentindo; o apoio presencial consiste na disponibilidade de passar um tempo com a pessoa, partilhando interesses e atividades sociais, fazendo com que a pessoa se sinta fazendo parte do grupo e o auto-apoio é o apoio pessoal para consigo mesma, enquanto ser humano[14].

Este instrumento foi constituído por duas partes: a primeira continha as variáveis demográficas, socioeconômicas, maternas e de assistência à saúde das mulheres participantes do estudo; a segunda parte possuía as perguntas pertinentes

às práticas maternas, paternas, da avó e de outros atores da rede social da mulher, acompanhadas, cada uma, pelas categorias "Apoio Emocional", "Apoio Instrumental", "Apoio Informativo", "Apoio Presencial" e "Auto-apoio".

Para a mensuração das respostas da segunda parte do instrumento, foi utilizada a escala de Likert que apresenta cinco níveis de escores (1,2,3,4,5)[86]. No entanto a fim de facilitar a compreensão das respostas pelas entrevistadas deste estudo, esta escala foi adaptada para três níveis de escores: 1=Nunca; 3=Raramente/Às vezes; 5=Quase sempre/Sempre. Quando a pergunta não era condizente com a realidade da mulher, a resposta era "Não se aplica", sendo desconsiderada na análise estatística. E, de acordo com a quantidade de perguntas e de cada tipo de apoio, os escores variaram entre o mínimo e o máximo:

Quadro 2 Valores mínimo e máximo dos escores por tipo de apoio. Recife-PE, 2012.

TIPO DE APOIO	Nº DE PERGUNTAS	ESCORES	
		Mínimo	Máximo
Emocional	6	6	30
Instrumental	10	10	50
Informativo	3	3	15
Presencial	2	2	10
Auto-apoio	2	2	10

4.2.5 Definição das variáveis

As variáveis dependentes e independentes do estudo foram categorizadas de acordo com a classificação do MS[1], Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)[87], e o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA)[88]. Dessa forma, as variáveis estudadas e suas respectivas classificações foram assim distribuídas:

4.2.5.1 Variáveis dependentes:

- Prática do aleitamento materno exclusivo: crianças até o sexto mês de idade alimentando-se exclusivamente por meio do leite materno, não devendo ser oferecido nenhum outro alimento ou bebida[1].
- Tipos de apoio oferecidos pela rede social

- ✓ Apoio emocional: está relacionado à expressão de empatia, preocupação, carinho e valorização para com a pessoa.
- ✓ Apoio instrumental: significa ajuda direta de natureza prática nas atividades diárias ligadas à amamentação.
- ✓ Apoio informativo: diz respeito ao oferecimento de conselhos, direção e sugestões ou retorno de como a pessoa está se sentindo.
- ✓ Apoio presencial: consiste na disponibilidade de passar um tempo com a pessoa, partilhando interesses e atividades sociais, fazendo com que a pessoa se sinta fazendo parte do grupo.
- ✓ Auto-apoio: é o apoio pessoal para consigo mesma, enquanto ser humano[14].

As variáveis dependentes foram avaliadas em ocasiões diferentes, de acordo com o que se pretendia compreender, portanto, para responder aos objetivos do presente estudo, houve momentos em que elas passaram a exercer a função de variável independente.

4.2.5.2 Variáveis Independentes:

- Variáveis socioeconômicas
  - ✓ Estado Civil: solteira, casada e união estável[87]
  - ✓ Escolaridade materna: não sabe ler nem escrever e ensino fundamental incompleto; fundamental completo e médio incompleto e médio completo e superior incompleto[87].
  - ✓ Renda familiar em salários mínimos*: até 1, mais de 1 e até 2, mais de 2[87]
  - ✓ Vínculo empregatício: sim/não
  - ✓ Tipo de trabalho: fora do lar ou dentro do lar
- Variáveis Maternas
  - ✓ Idade Materna: adolescente (10 a 19 anos); adulto (a partir de 20 anos)[88].
  - ✓ Número de filhos: um, dois a três, três ou mais[87].

* Salário mínimo utilizado: R$ 622,00

- ✓ Amamentação de filhos anteriores até o sexto mês de vida da criança: sim/não/não se aplica
- ✓ Intercorrência na gestação: sim/não
- ✓ Tempo que amamentou exclusivamente: em dias (≤ 120 dias; 120 a 180 dias; > 180 dias).

- Variáveis de Assistência à Saúde
  - ✓ Consulta de pré-natal: sim/não
  - ✓ Número de consultas de pré-natal: menos de seis; seis ou mais[1].
- Tipos de apoio oferecidos pela Rede Social: apoio emocional, apoio instrumental, apoio informativo, apoio presencial e auto-apoio[14].

4.2.6 Operacionalização da coleta de dados

Para a realização da coleta de dados, foram seguidos 10 passos, a saber:

1. Assinatura das Cartas de Anuência pela Prefeitura Municipal de Recife e pelo Distrito Sanitário IV;
2. Apreciação e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco – CAAE nº 01666312.4.0000.5208 (ANEXO B);
3. Validação do Instrumento de coleta de dados - O instrumento foi validado por peritos capacitados e por mulheres com características semelhantes à amostra do estudo, para que as perguntas fossem avaliadas com rigor metodológico para saber se respondiam ao objetivo do estudo. Para tanto, foi realizada uma análise teórica dos itens, os quais correspondem às perguntas do formulário, a fim de identificar se estes eram compreensíveis (análise semântica) e pertinentes ao atributo que pretendem medir (análise de conteúdo)[89].

   Para a análise semântica foi construído um formulário dividido em duas partes. A primeira, continha os dados sócio-demográficos das mulheres participantes e a segunda parte era composta por 101 perguntas do instrumento original distribuídas em "Apoio Emocional, Apoio Instrumental, Apoio Informativo, Apoio Presencial e Auto-apoio"[14], de cada

um dos atores envolvidos com o aleitamento materno, selecionados para o estudo, os quais foram: a nutriz, o companheiro, a avó e outros atores da rede social da mulher. As possíveis respostas das mulheres foram categorizadas em "compreendeu sim", "compreendeu não" e "sugestões" (APÊNDICE C).

As mulheres foram escolhidas aleatoriamente, totalizando 10 nutrizes com características semelhantes das participantes do estudo e que estavam internadas no Alojamento Conjunto da Maternidade Escola Santa Mônica - MESM, município de Maceió-AL, durante o mês de maio de 2012 (APÊNDICE D). Inicialmente, seguiram-se as orientações propostas por Pasquali[89], no que se refere à construção de grupos de 3 a 4 mulheres para a aplicação das perguntas do instrumento. No entanto, percebeu-se que estava havendo uma interferência nas respostas, de modo que quando uma mulher respondia à pergunta, a outra mulher apenas reafirmava o que havia sido dito. Por isso, decidiu-se fazer as perguntas individualmente. A elas foram apresentadas as perguntas do instrumento do referido estudo e foi solicitado que respondessem se tais questões estavam claras ou não, pedindo que elas as reproduzissem com suas próprias palavras. Aqueles itens que estavam em consonância com o propósito do estudo permaneceram, do contrário, aqueles em que a compreensão da pergunta não estava clara, o item foi reformulado, com sugestões dadas pelas próprias mulheres[89]. Dessa forma, 25 questões foram reformuladas (APÊNDICE E).

A análise de conteúdo foi realizada após o término da análise semântica e ocorreu entre os meses de junho a julho de 2012. Foram selecionados 46 peritos, também denominados juízes, experts em aleitamento materno, caracterizados nesse estudo por profissionais que tivessem experiências práticas e/ou acadêmicas, de no mínimo 10 anos. Estes deveriam dizer se o item estava ou não adequado para o estudo.

Essa etapa foi possível por meio de um questionário on-line criado no *Google Gmail-Docs* especialmente para a realização de tal validação, o qual pode ser visualizado através do endereço eletrônico https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?fromEmail=true&formkey=

dGRsVUF0aG9XSjhHQUZIZUtfRVhFZlE6MQ. O questionário foi dividido em três partes: a primeira, a introdução, apresentava explicações sobre o objetivo da pesquisa, metodologia, a forma de responder o questionário e um termo de consentimento, onde era solicitado aos peritos para participarem como voluntários da validação do estudo. Nesse momento, eles poderiam aceitar ou não. No caso do aceite, por meio de concordância on-line, era prosseguido com o formulário, caso contrário, o próprio programa, automaticamente, já o encaminhava para a página final do questionário.

A segunda parte do questionário on-line era composta pelos dados demográficos e acadêmico-profissionais dos peritos, a fim de conhecer o perfil de cada um (APÊNDICE F). A última parte continha os itens a serem validados, os quais já haviam sido avaliados na etapa da análise semântica. Nesse momento, os peritos realizavam a avaliação, utilizando uma escala onde eles imprimiam suas opiniões da seguinte forma: "adequado", "adequado parcialmente" ou "inadequado". Ao final de cada item, havia um espaço para que eles pudessem colocar suas sugestões, caso julgassem necessário. Quando havia concordância com a pergunta em pelo menos 80% dos peritos, o item foi mantido, caso contrário, o mesmo foi retirado do estudo[89].

A seleção dos peritos ocorreu por meio de pesquisa de autoria de publicações de artigos sobre a temática nas respectivas instituições de ensino/trabalho e Currículo Lattes. Aqueles que atenderam ao critério de inclusão foram realizadas as capturas dos endereços eletrônicos desejados e posteriormente envio do questionário on-line.

Ao entrar em contato com o perito, antes de enviar o questionário online, era feito um convite formal no corpo do e-mail, solicitando sua participação como voluntário na validação de conteúdo da pesquisa. Nessa ocasião, foi feita uma breve apresentação das autoras do estudo e uma sucinta explanação da importância, objetivo e metodologia da pesquisa.

Dos 46 peritos selecionados, 19 não tiveram o seu endereço eletrônico localizado; 11 receberam o e-mail, mas não responderam; quatro

os e-mails retornaram e um não concluiu a validação, alegando que o questionário era extenso. Assim 11 peritos realizaram a validação de conteúdo, sendo número adequado de acordo com Pasquali[89].

Após a análise dos itens pelos peritos, das 101 perguntas do questionário, nove foram retiradas por não haver concordância em pelo menos 80% dos peritos; 50 foram reformuladas, sendo acatadas as sugestões propostas; três perguntas foram acrescidas através do detalhamento de outras perguntas consideradas confusas; 33 perguntas abertas foram acrescentadas, pois os peritos julgaram necessário identificar, em algumas ocasiões, o (s) ator (s) da rede social da mulher; e 42 questões foram mantidas, de acordo com a concordância de 80% ou mais dos peritos (APÊNDICE G). Portanto, ao final da validação o instrumento ficou constituído de 95 perguntas fechadas e 33 perguntas abertas (APÊNDICE H). Nesse estudo, foi utilizada a última parte do instrumento relacionada às "práticas de outros atores da rede social de apoio à amamentação";

4. Capacitação de alunos do Curso de Graduação em Enfermagem e Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde (CCS)/UFPE para auxiliar na coleta de dados;

   Essa etapa foi constituída por nove reuniões, realizadas semanalmente durante os encontros do Grupo de Pesquisa "Enfermagem na Saúde da Mulher no contexto da Família", do Departamento de Enfermagem/CCS/UFPE, nos meses de maio a julho de 2012, a fim de subsidiar a coleta de dados.

   Participaram da capacitação oito alunas, sendo quatro mestrandas e quatro estudantes do curso de graduação em Enfermagem/CCS/UFPE. Os temas discutidos nessas reuniões estão descritas no quadro 3.

   Durante a capacitação ficou determinado que a coleta de dados deveria ser realizada em dupla: uma mestranda e uma aluna da graduação. As Unidades de Saúde foram distribuídas entre as duplas, a fim de facilitar e otimizar a coleta de dados. A escolha pelas Unidades de Saúde ocorreu pela proximidade entre elas e pelo número de mulheres que deveriam ser entrevistadas em cada uma, de modo que cada dupla entrevistasse um

número equivalente de mulheres. Ao final da divisão, ficou uma média de 40 mulheres a serem entrevistadas por cada dupla.

Quadro 3 Temas discutidos nas reuniões de capacitação dos alunos do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFPE para subsidiar a coleta de dados. Recife-PE, 2012.

REUNIÃO	CAPACITAÇÃO PARA COLETA DE DADOS
1ª REUNIÃO	• Apresentação do projeto: introdução, objetivos e metodologia.
2ª REUNIÃO	• Explicação dos tipos de apoio (emocional, instrumental, informativo, presencial e auto-apoio)
3ª REUNIÃO	• Apresentação de exemplos dos tipos de apoio encontrados em artigos científicos que utilizaram a metodologia qualitativa, extraídos das falas das mulheres.
4ª REUNIÃO	• Continuação das apresentações dos exemplos dos tipos de apoio encontrados nas falas das mulheres dos artigos científicos pesquisados pelas alunas.
5ª REUNIÃO	• Apresentação de casos clínicos criados pelas alunas onde evidenciavam a existência ou a falta de apoio (s) vivido(s) por uma nutriz.
6ª REUNIÃO	• Explicação do que é uma entrevista e suas interfaces (como, quando, onde, por quê realizar) • Apresentação do instrumento de coleta de dados já reformulado de acordo com a validação semântica
7ª REUNIÃO	• Início da simulação das entrevistas – repasse das perguntas uma a uma
8ª REUNIÃO	• Finalização da simulação das entrevistas • Exposição de um filme do MS sobre aleitamento materno
9ª REUNIÃO:	• Sorteio das Unidades de Saúde e das duplas • Revisão sobre o sorteio aleatório simples das mulheres • Entrega dos crachás e dos gravadores • Retirada de dúvidas sobre a entrevista

Mesmo após o início da coleta de dados, as reuniões semanais do Grupo de Pesquisa permaneceram com o objetivo de troca de experiências, retiradas de dúvidas e solucionar problemas, caso existissem.

5. Contato com as USF, por meio das enfermeiras responsáveis, para explicação sobre a pesquisa e compartilhamento das informações com os ACS;

6. Levantamento do quantitativo de mulheres em cada equipe de saúde da família que estavam aptas a participar do estudo, de acordo com os critérios de inclusão e o cálculo amostral;
7. Seleção das mulheres que participaram da amostra por meio de sorteio aleatório simples;
8. Agendamento das entrevistas com as mulheres participantes, visando buscar um horário mais conveniente para o ACS e para as mulheres, evitando eventuais perdas;
9. Visita à residência da mulher ou encontro na Unidade de Saúde: assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelas mulheres participantes do estudo (APÊNDICE I);
10. Realização da entrevista estruturada. A entrevista é uma técnica capaz de captar dados subjetivos da população do estudo, uma vez que há a interação entre duas pessoas, ocorrendo trocas de valores, opiniões e atitudes dos sujeitos[90]. A mesma foi realizada no domicílio das puérperas, e, em algumas ocasiões, de acordo com a conveniência das mulheres, foi realizado nas Unidades de Saúde da Família, no momento da espera pelas consultas de odontologia, puericultura, ginecologia, teste da orelhinha e vacinação. Foi realizada em local reservado, sem a presença de outra pessoa além do entrevistador, visando à privacidade da mulher.

Quando a entrevista foi realizada no domicílio da mulher, o ACS acompanhou o entrevistador apenas para guiar o caminho, no entanto o mesmo não participou da entrevista em nenhum momento.

4.2.7 Apresentação e Análise dos resultados

Os dados após coletados foram digitados em dupla entrada e analisados por meio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows, versão 18.0. A análise descritiva foi realizada a fim de conhecer as características das variáveis, apresentando frequências simples e relativas, as médias e desvios-padrão. Para medir as associações entre a prevalência da amamentação e as variáveis independentes relacionadas às variáveis demográficas, socioeconômicas,

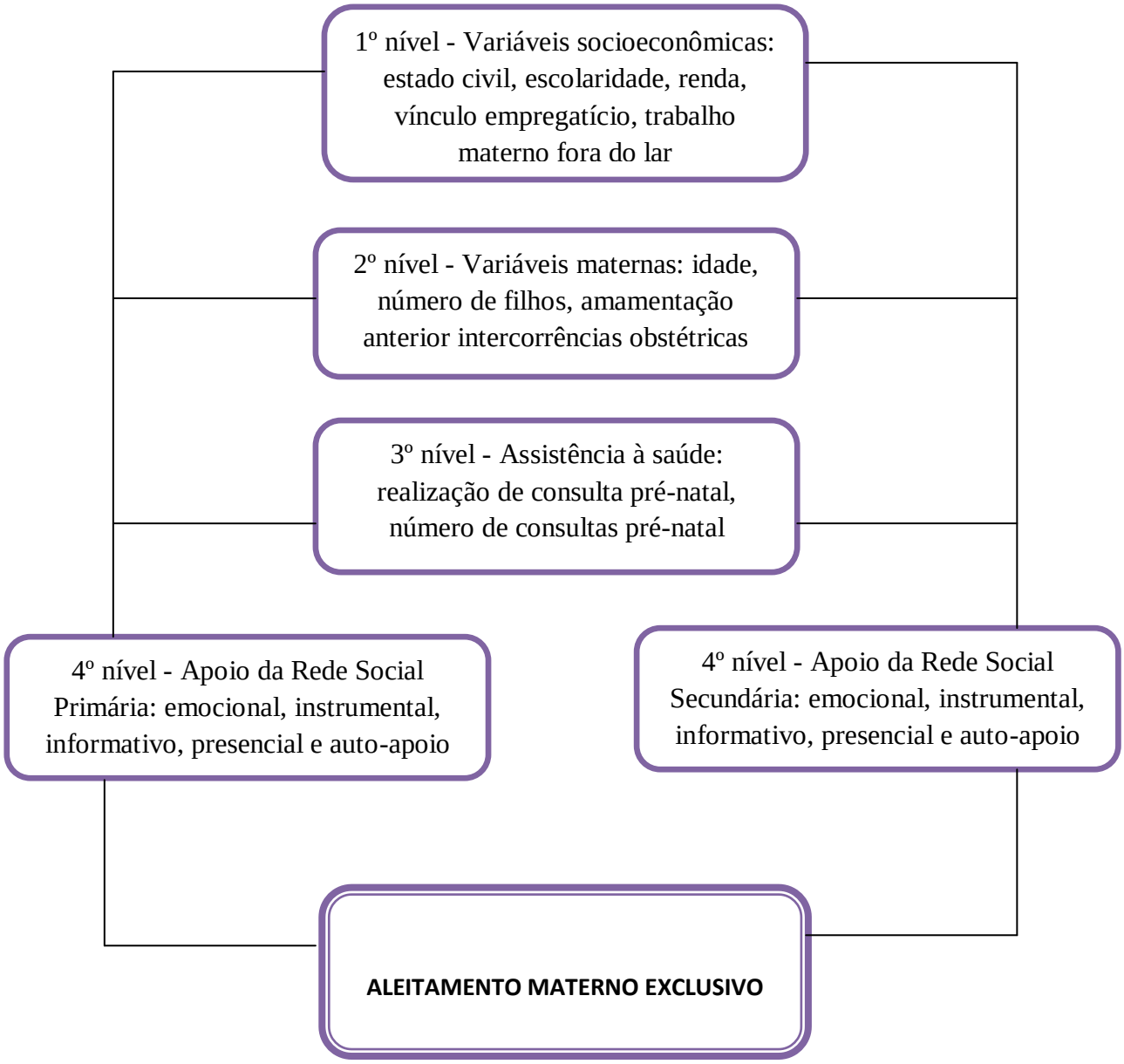
maternas e de assistência à saúde, foi utilizada a regressão de Poisson simples, estimando-se as razões de prevalência e os intervalos de confiança. A significância estatística ($p<0,05$) foi determinada pelo teste de Wald

Para comparação dos escores de apoio emocional, instrumental, informativo, presencial e auto-apoio entre as mulheres que realizaram aleitamento materno exclusivo com aquelas que não realizaram, foi aplicado o teste de Kolmogorov-smirnov, a fim de avaliar a normalidade dos escores. Para os casos em que a variável apresentou distribuição normal, foi utilizado o teste "t" de Student para comparação das médias dos escores. Nos casos em que a distribuição da variável não era normal, foi utilizado o teste de Mann-Whitney[91].

Todas as variáveis que apresentaram uma significância menor que 20% foram selecionadas para a realização da análise múltipla por meio do modelo de Regressão de Poisson com variância robusta. Além disso, para identificar a hierarquia entre as variáveis, foi utilizado o Modelo Causal proposto por Albernaz e Victora[92], de modo que elas foram organizadas do nível mais distal para o mais proximal, em relação ao aleitamento materno exclusivo, de acordo com a figura 2.

O método backward foi utilizado para a entrada das variáveis do modelo hierárquico, considerando cada nível do modelo conceitual. As variáveis do primeiro nível hierárquico foram analisadas conjuntamente, e as variáveis com $p \geq 0,20$ foram excluídas progressivamente. Em seguida, as variáveis do segundo nível hierárquico foram adicionadas ao modelo e procedeu-se da mesma maneira, com exclusão progressiva das variáveis desse nível com valor de $p \geq 0,20$. Nenhuma variável do terceiro nível fez parte do modelo, pois não apresentaram significância na análise bivariada. Todas as variáveis do nível 4 foram introduzidas no ajuste do modelo por serem variáveis proximais da amamentação exclusiva aos seis meses, independente da sua significância na análise bivariada. No modelo final as variáveis com $p < 0,05$ foram consideradas significantes. Para controle de possíveis fatores de confusão, as variáveis com $p < 0,20$ foram mantidas nos modelos em cada nível hierárquico. A significância estatística foi determinada pelo teste de Wald. Foram estimadas as razões de prevalências ajustadas e respectivos intervalos de 95% de confiança.

Figura 2 Modelo Hierárquico de determinação do aleitamento materno exclusivo, de acordo com as variáveis socioeconômicas, maternas, de assistência à saúde e tipos de apoio exercidos pela rede social da mulher. Recife-PE, 2012.



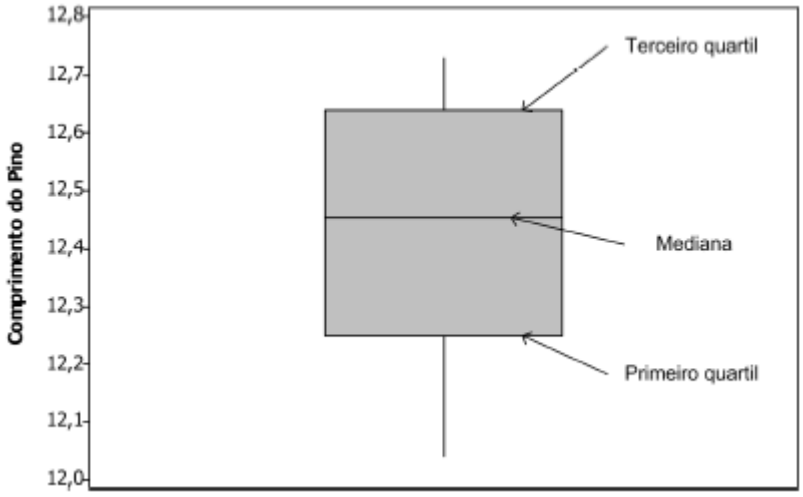
Para investigação da influência da rede social de apoio à mulher no aleitamento materno, foram consideradas estatisticamente significantes as variáveis com nível de significância de 5%.

Como fundamentação teórica para a discussão dos dados, foi utilizada a primeira etapa da Teoria da Rede Social de Sanicola[17], denominada fase da exploração. Os dados foram apresentados em forma de tabelas, diagramas tipo Box

Plot[93] e Mapas de Rede de Sanicola, também denominados genogramas[17], de acordo com os resultados do estudo (APÊNDICE J).

Os diagramas tipo Box Plot, também denominados de Diagramas de Caixas e Bigodes, são utilizados para avaliar a distribuição dos dados por meio da representação gráfica do 1º e do 3º quartil no interior de uma caixa fechada. É possível localizar a mediana por meio de uma linha posicionada na metade da caixa, assim como o valor mínimo e máximo de maior concentração dos dados, por meio dos limites inferior e superior da caixa, respectivamente[93], conforme figura 3.

Figura 3 Modelo do diagrama Box Plot. Recife-PE, 2012.

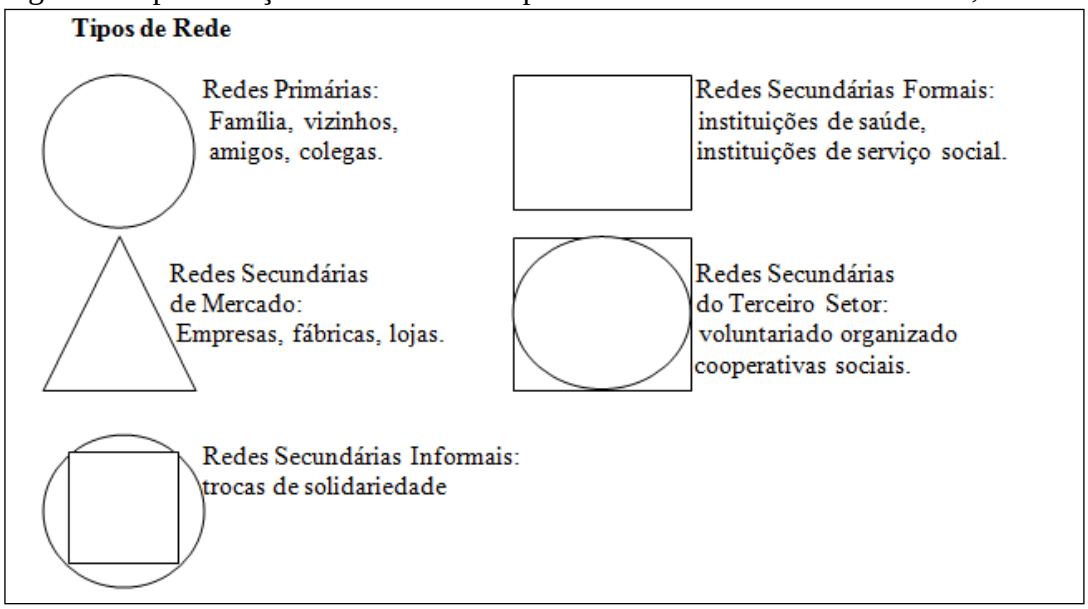


Fonte: Cunha et al., 2002.

Os mapas de Rede Social, proposto por Sanicola a partir da criação realizada por Rousseau[17], são instrumentos utilizados para representar graficamente as relações sociais, os tipos de redes presentes (primária ou secundária) e os laços que são estabelecidos entre os membros da pessoa que é objeto do estudo, no caso em particular, as mulheres do Distrito Sanitário IV do Município de Recife-PE.

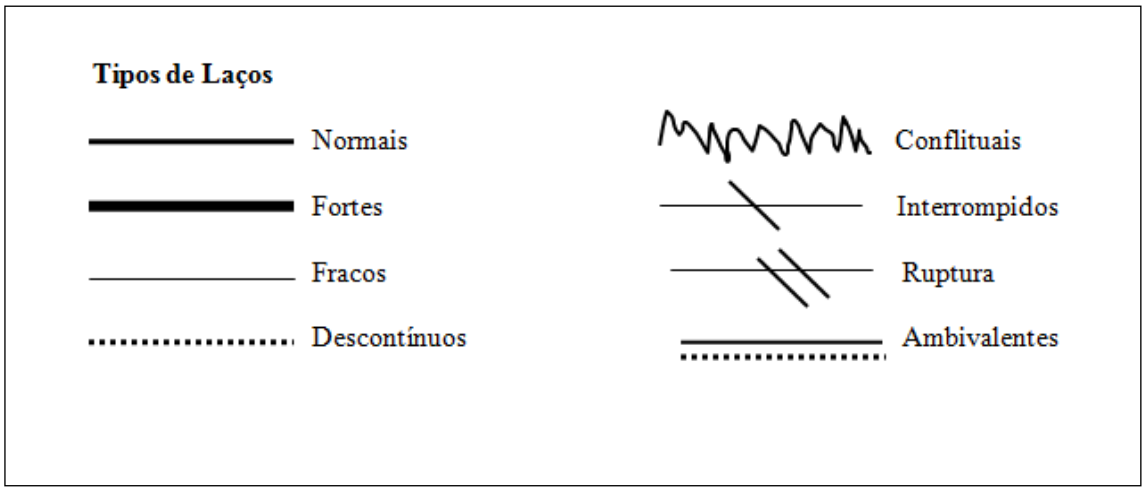
O mapa de Rousseau é representado por símbolos, de acordo com o tipo de rede, se primária ou secundária e os tipos de laços estabelecidos por seus membros, a saber:

Figura 4 Representação simbólica do mapa de rede de Rousseau. Recife-PE, 2012.



Fonte: Sanicola, 2008.

Figura 5 Representação dos tipos de laços estabelecidos entre os membros das redes sociais Primárias e secundárias. Recife-PE, 2012.



Fonte: Sanicola, 2008.

O parâmetro utilizado para medir a força dos laços entre as mulheres participantes do estudo e os membros da rede social foi a proporção de apoio oferecido por cada membro, a qual foi posteriormente agrupada em rede social primária e secundária, de acordo com Sanicola[17]. Após isso, realizou-se a divisão dos resultados em tercis, em que foi considerado vínculo fraco os valores localizados no 1º tercil, entre 0 e 33,33%; vínculo normal os valores localizados no

2º tercil, entre 33,34 e 66,66%; e vínculo forte quando os valores estiveram localizados no 3º tercil, entre 66,67 e 100%. (APÊNDICE J).

4.2.8 Aspectos éticos e legais – Riscos e benefícios

No primeiro momento, foram solicitadas as assinaturas das cartas de anuência da Prefeitura Municipal da cidade do Recife-PE e do Distrito Sanitário IV. Em seguida, o projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco e, após a sua permissão, para a coleta de dados (Parecer Consubstancial do CEP CAAE nº 01666312.4.0000.5208), foi iniciada a coleta de dados, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelas mulheres que participaram do estudo.

O presente estudo foi norteado pela Resolução 196/96 do Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde[94] que se refere à condução das pesquisas envolvendo seres humanos. Em obediência a essa resolução, o estudo incorreu em risco mínimo, uma vez que em algum momento pode ter causado constrangimentos, já que durante a entrevista alguns aspectos pessoais da vida das participantes foram questionados.

Apesar da pesquisa não trazer benefícios diretos para as mulheres do estudo, foi importante no sentido de contribuir com o coletivo, uma vez que foi possível compreender alguns dos fatores que levaram as mulheres a abandonar a prática do aleitamento materno, identificando os atores da sua rede social, visando à melhoria da assistência prestada à mulher no Distrito Sanitário IV da cidade do Recife-PE. Os resultados serão divulgados nos locais onde foi realizada a pesquisa, a fim de socializar os conhecimentos adquiridos sobre a rede social da mulher e sua relação no contexto do aleitamento materno.

As mulheres participantes do estudo foram informadas sobre o objetivo da pesquisa, a relevância e o método para a coleta dos dados. Foi assegurada a todas elas a garantia do direito de ser esclarecida sobre o estudo em qualquer etapa do processo e sobre o direito de abandoná-lo a qualquer momento, sem haver dano à sua integridade e sua assistência de saúde. Além disso, foram informadas de que os

resultados do estudo serão brevemente divulgados em eventos e revistas científicas, bem como em meios eletrônicos.

5. RESULTADOS

5.1 Artigo de Revisão Integrativa*

REDE SOCIAL DA MULHER NA AMAMENTAÇÃO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

RESUMO: Esta revisão integrativa objetivou identificar as ações desenvolvidas pelos atores da rede social da mulher na amamentação. A amostra foi constituída por 28 estudos publicados em português, inglês e espanhol, entre 2002 e 2011, disponíveis na Cochrane e bases de dados MEDLINE, LILACS, IBECS. Estes estudos evidenciaram que a influência negativa das mães, avós e sogras, fundamentada no mito do leite fraco, a presença do companheiro na divisão das atividades domésticas, o acolhimento e orientações dos profissionais de saúde, podem determinar o início e continuidade ou não da amamentação. Outros atores que poderão fazer parte desta rede não foram citados nos estudos selecionados. Assim, o enfermeiro precisa desenvolver pesquisas para investigar essas pessoas e realizar estratégias de Educação em Saúde envolvendo todos os atores da rede social de apoio à mulher para a reconstrução e/ou construção de ações que deem suporte ao sucesso da amamentação.

Palavras- chave: Aleitamento Materno; Apoio Social; Relações Familiares; Saúde da Mulher.

* Artigo de Revisão Integrativa e análise na Revista Cogitare Enfermagem – Formatação e referências pautadas nas normas da revista

INTRODUÇÃO

Todas as pessoas fazem parte de alguma rede social, de um conjunto de relações interpessoais que vinculam indivíduos a outros indivíduos. Mesmo que de forma imperceptível e informal, os seres humanos são marcados por uma interdependência entre si, que atende a interesses e afinidades que podem ser temporários ou não[1].

Essa rede social, denominada também de "suporte social" ou "apoio social", é composta por pessoas de confiança, pessoas que se mostram preocupadas com o outro, gostam dele, valorizam-no, e principalmente, têm disponibilidade para ajudá-lo [2].

No contexto da amamentação, a mulher é influenciada pela sua rede social , uma vez que ela pode receber incentivo para amamentar ou não seu filho[3]. Neste sentido, a cultura e as tradições podem prevalecer em relação às orientações dos profissionais de saúde[4].

A amamentação, portanto, não é uma prática instintiva ou automática. É uma ação guiada pela subjetividade e experiência das mulheres, influenciada pelo contexto social em que vivem[5]. Por isso, este estudo tem o objetivo de identificar as ações desenvolvidas pelos atores da rede social de apoio à mulher na amamentação.

MÉTODOS

O presente estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura, método que possibilita a síntese do conhecimento produzido acerca de um tema, além de proporcionar a aplicabilidade de diversos resultados na prática[6-7]. A sua construção foi norteada por seis etapas: elaboração da pergunta norteadora (como

as pessoas da rede social da mulher estão atuando no contexto da amamentação?), busca na literatura, coleta de dados e categorização dos estudos, análise crítica, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa[7].

Na segunda etapa, busca das publicações científicas, foram adotadas como fontes de informação o Portal da Biblioteca Cochrane e as bases eletrônicas de dados LILACS, MEDLINE, IBECS. Os critérios de inclusão para a seleção foram: artigos publicados entre 2002 e 2011, teses e dissertações, em português, inglês e espanhol, disponíveis na íntegra e que respondessem à questão norteadora. Foram excluídos editoriais, resumos de pesquisas, avaliações econômicas e artigos de jornal que não apresentavam caráter científico.

A busca das publicações ocorreu entre novembro e dezembro de 2011, utilizando a combinação dos descritores "Aleitamento Materno", "Apoio Social" e "Relações Familiares", todos incluídos nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e suas respectivas traduções padronizadas no Medical Subject Heading (MESH): Breast Feeding, Social Support e Family Relations. Inicialmente, realizou-se a busca pelos descritores individualmente. Em seguida, foram realizados os cruzamentos, utilizando o operador booleano *and*, entre os descritores: aleitamento materno e apoio social; aleitamento materno e relações familiares. Por último, os três descritores foram cruzados em conjunto, conforme a tabela 1.

Tabela 1. Publicações encontradas entre os anos de 2002 e 2011, a partir do cruzamento dos descritores, segundo bases de dados e portal da Biblioteca Cochrane. Recife-PE, 2011.

Descritores Utilizados	MEDLINE	LILACS	IBECS	COCHRANE	Total
Aleitamento materno and Apoio Social	360	29	00	08	397
Aleitamento Materno and Relações Familiares	28	07	01	01	37
Aleitamento Materno and Apoio Social and Relações Familiares	00	00	00	00	00
Total	388	36	01	09	**434**

Após os cruzamentos, foram encontradas 434 publicações. Aquelas que se repetiram foram computadas considerando a seguinte ordem hierárquica: COCHRANE, MEDLINE, LILACS e IBECS.

Para a seleção das publicações, primeiramente foram lidos todos os títulos dos estudos. Nas publicações em que os títulos possuíam algum descritor e/ou palavras que remetessem ao objeto da revisão integrativa, os resumos (314) foram analisados. Aqueles resumos que contextualizassem os objetivos do presente estudo, as publicações (55) eram lidas na íntegra. Destas, foram selecionados 28 estudos, os quais respondiam à questão norteadora e atendiam aos critérios de inclusão determinados, estando disponíveis nas bases de dados MEDLINE (12), LILACS (14) e no Portal COCHRANE (02). Portanto, das 434 publicações iniciais, constituíram a amostra final 27 artigos e uma dissertação de mestrado (tabelas 2 e 3).

Tabela 2. Publicações previamente selecionadas, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. Recife-PE, 2011.

Critérios	MEDLINE	LILACS	IBECS	COCHRANE	Total
Resumos sem relevância para o estudo	243	13	-	03	259
Fora do período estabelecido	108	-	-	-	108
Não responde à pergunta norteadora	19	04	01	03	27
Repetidos	06	05	-	01	12
Total excluído	376	22	01	07	406

Tabela 3. Seleção da amostra final, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. Recife-PE, 2011.

Bases de dados e portal da Biblioteca Cochrane	Publicações encontradas	Resumos lidos	Leitura das publicações na íntegra	Publicações selecionadas
MEDLINE	388	274	31	12
LILACS	36	31	18	14
IBECS	01	01	01	00
COCHRANE	09	08	05	02
Total	434	314	55	28

Na terceira etapa, coleta de dados, utilizou-se um instrumento adaptado do modelo proposto por Ursi, contendo: título, ano, autor, objetivos, metodologia, sujeitos, principais resultados e nível de evidência dos estudos[8]. Os resultados, provenientes do conhecimento produzido, foram agrupados por proximidade temática[7].

Na quarta etapa, análise das publicações, foi avaliada o rigor metodológico, considerando clareza na descrição dos métodos empregados, sujeitos participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultados, limitações e vieses[8].

A quinta etapa, discussão dos resultados, será apresentada de forma descritiva, possibilitando a identificação das evidências e a necessidade de outras pesquisas para subsidiar a prática do enfermeiro direcionada ao manejo do aleitamento materno.

RESULTADOS

Em relação ao idioma de publicação, o português (19) predominou seguido do inglês (8) e um foi na língua espanhola. Quanto ao ano de publicação, 2008 apresentou o maior número de estudos (8) e a maioria destes (14) foi identificada na LILACS, seguida da MEDLINE (12), conforme tabela 3. Entre os autores destes estudos destacam-se os médicos (37) e enfermeiros (30).

Nos estudos analisados observou-se o mesmo número (13) desenvolvido no método quantitativo[16,18-22,24,27,35-39] e qualitativo[10-14,17,23,26,28-31,41], além de uma revisão integrativa da literatura[25] e uma revisão bibliográfica[15]. Na abordagem quantitativa foram selecionados um artigo de revisão sistemática[18], dois estudos de avaliação de serviços[24,36], quatro estudos prospectivos[16,20,21,27] e seis ensaios clínicos randomizados[19,22,35,37-39]. Em quatro desses últimos, o enfermeiro estava entre os autores[19,22,38,39].

Dentro da classificação hierárquica metodológica proposta pela Prática Baseada em Evidências (PBE), foi classificada como estudo com nível 1 de evidência a revisão sistemática de ensaios clínicos controlados e randomizados[18]; apenas seis dos artigos[19,22,35,37-39] foram classificados no nível 2 de evidência, o qual corresponde a estudos individuais com delineamento experimental, randomizados e controlados; outros dois estudos[24,36] foram classificados como nível 5 de evidência, os quais referem-se a dados de avaliação de serviços. A maioria[10-17,20,21,23,25-31,41] apresentou nível 4, os quais são caracterizados por evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa[9].

A tabela 4 mostra os principais resultados encontrados que, de um modo geral, identificaram a mãe, a avó, o companheiro e os profissionais de saúde como principais atores da rede social de apoio à mulher.

Tabela 4. Principais resultados encontrados nas publicações selecionadas sobre as ações da rede social de apoio à mulher no processo do aleitamento materno. Recife-PE, 2011.

Agrupamento dos principais Resultados	Número de publicações	Referências
Cultura popular/familiar como determinante das práticas do aleitamento materno em detrimento do apoio dos profissionais de saúde	4	10,13,29,30

Rede social de apoio à mulher sendo favorecedora processo do aleitamento materno	11	11,12,14,15,16,17,18,23,25,31,35
Práticas educativas exercidas pelos profissionais de saúde no pré e pós-natal como elemento favorecedor ou não para o início e manutenção do aleitamento materno	10	19,20,21,22,24,36,37,38,39,41
Fatores que levaram ao desmame precoce e/ou atores da rede social que dificultaram o aleitamento materno	3	26,27,28

DISCUSSÃO

O aleitamento materno é uma atividade complexa para a mulher, pois não envolve apenas o querer amamentar; é um entrelaçamento do físico, do psíquico e do contexto social da mulher[10]. Portanto, o apoio da sua rede social é essencial para o início e continuidade do aleitamento materno exclusivo até os seis meses e com complementação até os dois anos ou mais de vida da criança[11-24], conforme preconiza o Ministério da Saúde do Brasil. Desse modo, conhecer o cenário vivenciado pela mulher, seu ciclo de convivência e os fatores que interferem na sua decisão de amamentar, deveria ser considerado em todos os momentos da assistência prestada a ela e sua família, nos serviços de saúde e domicílio, durante o ciclo gravídico-puerperal[19,25].

A rede social faz parte desse cenário, considerada um conjunto de relações que determinam as características da pessoa, tais como hábitos, costumes, crenças e valores. Esta rede, somada à maior vulnerabilidade da mulher às influências múltiplas, devido à maternidade e ao processo de lactação, exerce interferência na decisão da mulher em amamentar ou não[26].

No entanto, a análise dos artigos evidenciou que, dentro da rede social da mulher, as pessoas próximas a ela, principalmente as avós (maternas e paternas), podem exercer influência negativa na prática da amamentação, tanto na sua duração

quanto no tipo de aleitamento materno, devido à sua vivência com a amamentação, envolvida pelas crenças, mitos e tabus existentes, os quais são muito mais impactantes que as orientações recebidas dos profissionais[10,13,15,26-30], já que na maioria das vezes as suas filhas desmamam precocemente seus netos.

Isso ocorre porque uma figura feminina, que já tenha sido mãe, é percebida por outra mulher de maneira significativa, por ter vivenciado as dificuldades, os medos e os anseios à maternidade e ao aleitamento materno[27]. A filha toma a mãe como exemplo a ser seguido, copiado e transformado. Até o fato de ter leite é determinado pelas pessoas que são importantes para a mulher-nutriz, as quais podem ajudar ou não na produção láctea, devido ao tipo de apoio fornecido durante os momentos de dificuldade[27].

Outra pessoa da rede social que demonstrou ser essencial no processo do aleitar foi o pai/companheiro. A sua participação, muitas vezes considerada nula, pode ser decisória para o início e continuidade da amamentação, através do incentivo, do estar junto da mulher e até mesmo dividindo as atividades domésticas e os cuidados com os filhos mais velhos. Dessa maneira, a mulher sente-se valorizada por estar amamentando e pode ter mais tempo para se dedicar ao recém-nascido[11,14,15,17,23,25,31,32].

Além disso, a ausência de apoio oferecido pelos profissionais de saúde também foi relatada como determinante para o desmame precoce. É importante ressaltar que o profissional de saúde, incluindo o enfermeiro, deve apoiar e incentivar a lactante para a prática do aleitamento materno, preparando-a emocionalmente, informando-a sobre a fisiologia da lactação, seus benefícios, o cuidado com as mamas, o correto posicionamento dela e do bebê durante a

amamentação, devendo este preparo ser iniciado nas consultas de pré-natal e perdurar até as visitas domiciliares do pós-parto[10,11,13-15,18-25].

No entanto, no cotidiano das práticas assistenciais, os profissionais de saúde tendem a realizar orientações bancárias, as quais não permitem a construção de uma consciência crítica e de uma educação dialógica problematizadora e participante[33]; biologizantes, voltadas apenas para o corpo biológico[34]; técnicas, fundamentadas nas necessidades da criança, omitindo outras vantagens e algumas dificuldades que podem ocorrer durante a amamentação. Esta omissão pode levar as mulheres a procurar esclarecimentos com pessoas que não as orientam corretamente. Esta possibilidade pode contribuir na interrupção precoce da amamentação.

O engajamento e comprometimento desses profissionais em ações de educação em saúde, com metodologias ativas, humanizadas e integrais, podem aumentar os índices do aleitamento materno. No entanto, chama-se atenção que alguns resultados dos estudos analisados encontraram que os grupos de apoio à amamentação, principalmente aqueles realizados durante a gestação, não impulsionaram o aumento na duração do período do aleitamento materno. Isso pode estar atrelado às estratégias realizadas, as quais muitas vezes são direcionadas pela transmissão vertical das informações que desconsidera o saber prévio e não permite às usuárias a oportunidade de participar efetivamente[33-39]. É necessário que os profissionais de saúde mudem de atitude, compreendendo o processo de aleitar inserido no contexto das mulheres e de sua família, considerando as dificuldades e limitações de cada uma, para em seguida, elaborar um plano estratégico que contemple cada realidade vivenciada.

Desse modo, o diagnóstico precoce da realidade das mulheres identifica suas necessidades de saúde, sua cultura e o seu meio, sendo fundamental para a elaboração das estratégias de educação em saúde. Nesse sentido, criam-se possibilidades de maior participação e colaboração por parte das usuárias, podendo ocasionar ações mais eficazes e humanísticas[40]. Do contrário, sem esse envolvimento, não ocorrerá uma ação transformadora e sim uma ação imposta pelo profissional de saúde, para a qual, na maioria das vezes, não há continuidade.

Estratégia interessante demonstrada por um dos estudos foi a utilização da linha telefônica como meio de comunicação entre as puérperas e os profissionais de saúde para esclarecimentos de dúvidas quanto aos cuidados com o recém-nascido, a mulher e a amamentação. Os resultados positivos desta ação foram comprovados pela satisfação das mulheres alicerçada no apoio e acolhimento recebidos[21]. Além de ser uma maneira simples de aproximar a assistência hospitalar à realidade e a necessidade de cada mulher, pode colaborar para aumentar a prevalência do aleitamento materno.

Outros estudos enfatizaram que o retorno da mulher ao trabalho/estudo pode ocasionar dificuldades para a prática da amamentação. As mulheres que trabalham fora do lar, ou que têm essa intenção, não conseguem manter o aleitamento materno, pois as empresas/escolas/faculdades não possuem um ambiente adequado para a ordenha e o armazenamento do leite, nem tão pouco se preocupam com os horários que o bebê precisa mamar. Dessa forma, as mulheres oferecem outros tipos de alimentos para saciar a fome do seu filho, iniciando o desmame precocemente[11,26,41].

Assim, entende-se que o apoio da rede social é essencial para a continuidade do amamentar, servindo como suporte nesse período de vida. Portanto, toda teia de significados que envolvem esta rede deve ser valorizada, inclusive os sentimentos das pessoas que apresentam vínculo proximal com a mulher nutriz, geralmente a sua mãe, para que o ato de amamentar transcorra de forma efetiva[10,11,15-17,27,28].

CONCLUSÃO

As evidências científicas pesquisadas na literatura mostram que as pessoas da rede social da mulher, presentes no seu cotidiano, principalmente a sua mãe, a avó, a sogra e o companheiro, interferem na prática da amamentação. Essa influência é maior quanto maior for o tempo de convivência.

De acordo com os estudos selecionados, as ações desses atores, inclusive dos profissionais de saúde, podem contribuir ou não para o início e manutenção da amamentação. Entre estas ações merecem destaque a influência negativa das mães, avós e sogras, devido às suas crenças de que o leite materno é fraco; a presença do companheiro na divisão das atividades domésticas e no cuidados com os filhos mais velhos; o apoio, o acolhimento, o esclarecimento de dúvidas e as orientações dos profissionais de saúde, muitas vezes realizadas em grupos de gestantes. Por outro lado as evidências identificam que a ausência de apoio de algum desses atores poderá ocasionar o desmame precoce.

Neste contexto, este estudo contribui para a tomada de decisão do enfermeiro na realização de estratégias de educação em saúde direcionadas ao apoio à nutriz e as outras pessoas que fazem parte da rede social da mulher para aumentar a duração do período do aleitamento materno.

Esta revisão constata ainda que a família extensiva (tios, primos, agregados, amigos, vizinhos...) e outras pessoas da comunidade (líderes comunitários, benzedeiras, pastores...) não foram citadas nos estudos selecionados. Esta lacuna limita a identificação de novos indivíduos que compõem a rede social de apoio à mulher.

Assim, novas pesquisas devem ser desenvolvidas para desvendar outros atores desta rede que poderão ajudar a mulher durante a lactação. Neste sentido, estudos experimentais e quase-experimentais centrados em ações educativas, desenvolvidas no campo da saúde e da Enfermagem, precisam ser realizados para buscar as melhores evidências para envolver de forma efetiva a rede social de apoio para o sucesso do aleitamento materno.

REFERÊNCIAS

1. Braga, NA. Redes Sociais de Suporte e Humanização dos cuidados em Saúde. In: Deslandes SF, Moreira MEL, editores. Humanização dos cuidados em Saúde: Conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 163-183.

2.Gonçalves TR, Pawlowski J, Bandeira DR, Piccinini CA. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. Cienc. saude colet. [Internet] 2011;16(3):1755-69 [acesso em 03 nov 2011]. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/12.pdf

3. Turnbull-Plaza B, Escalante-Izeta E, Klunder-Klunder M. The role of social networks in exclusive breastfeeding. Rev. med. inst. mex. seguro soc. [Internet] 2006; 44(2):97-104 [acesso em 12 nov 2011]. Disponível: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16674855

4. Parizotto J, Zorzi NT. Aleitamento Materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. O Mundo da saude. [Internet] 2008;32(4):466-474 [acesso em 03 nov 2011]. Disponível: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/65/08_Aleitamento_baixa.pdf

5. Marques ES, Cotta RMM, Botelho MIV, Franceschini SCC, Araújo RMA, Lopes LL. Rede social: desvendando a teia de relações interpessoais da nutriz. Physis

Revista de Saúde Coletiva [Internet] 2010;20(1):261-281 [acesso em set 2011]. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n1/a14v20n1.pdf

6. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010;8(1):102-6.

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

8. Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

9. Galvão CM. Editorial. Níveis de evidência. Acta Paul Enferm [Internet] 2006;19(2):V. [acesso em 20 out 2012]. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a01v19n2.pdf

10. Teixeira MA, Nitschke RG, Gasperi P, Siedler MJ. Significados de avós sobre a prática do aleitamento materno no cotidiano familiar: a cultura do querer-poder amamentar. Texto & contexto enferm. [Internet] 2006;15(1):98-106 [acesso em 03 nov 2011]. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a12v15n1.pdf

11. Müller FS, Silva IA. Social representations about support for breastfeeding in a Group of breastfeeding women. Rev. latino-am. enfermagem. [Internet] 2009;17(5):651-7 [acesso em 15 2 estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. Cienc. saude colet. [Internet] 2010;15(Supl. 1): 1391-1400 [acesso em 12 nov 2011]. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/049.pdf

12. Souza MHN, Souza IEO, Tocantins FR. Abordagem da fenomenologia sociológica na Investigação da mulher que amamenta. Rev. enferm. UERJ. [Internet] 2009;17(1):52-6 [acesso em 15 dez 2011]. Disponível: http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a10.pdf

13. Braga DF, Machado MMT, Bosi MLM. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. Rev. nutr. [Internet] 2008;21(3):293-302 [acesso em 15 dez 2011]. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/rn/v21n3/a04v21n3.pdf

14. Buchala LM, Moraes MS. Amamentação vivenciada com sucesso por um grupo de Mulheres. Arq. cienc. saude. [Internet] 2005;12(4):177-82 [acesso em 15 dez 2011]. Disponível: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-12-4/03_ID131.pdf

15.Marques ES, Cotta RMM, Magalhães KA, Sant'Ana FR, Gomes AP, Batista RS. A Influência da rede social da nutriz no aleitamento materno:o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. Cienc. saude colet. [Internet] 2010;15(Supl. 1): 1391-1400 [acesso em 12 nov 2011]. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/049.pdf

16. Morgado CMC. Rede e apoio social e práticas alimentares de crianças no quarto mês de vida [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.

17. Souza MHN, Souza IEO, Tocantins FR. A Utilização do referencial metodológico de rede social na assistência de enfermagem a mulheres que amamentam. Rev. latino-am. enfermagem. [Internet] 2009;17(3):354-60 [acesso em 15 dez 2011]. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_12.pdf

18. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Apoyo para la lactancia materna. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus. [Internet] 2008; (2): 1-56 [acesso em 18 dez 2011]. Disponível em http://www.update software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD001141

19. Su L-L, Chong Y-S, Chan Y-H, Chan Y-S, Fok D, Tun K-T, Rauff M. Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breast feeding: randomized controlled trial. BMJ. [Internet] 2007;1-7 [acesso em 18 dez 2011]. Disponível: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1989016/pdf/bmj-335-7620-res-00596-el.pdf

20. Albernaz E, Araújo CL, Tomasi E, Mintem G, Giugliani E, Matijasevich A, Onis M, Barros FC, Victora CG. Influência do apoio à amamentação nas tendências das taxas de aleitamento materno da cidade de Pelotas (RS), 1982-2004. J. pediatr. [Internet] 2008;84(6):560-564 [acesso em 15 dez 2011]. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/jped/v84n6/en_v84n6a15.pdf

21. Osman H, Chaaya M, Zein LE, Naassan G, Wick L. What do first-time mothers worry about? A study of usage patterns and content of calls made to a postpartum support telephone hotline. BMC public health. [Internet] 2010;10(611):1-6 [acesso em 18 dez 2011]. Disponível: http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-10-611.pdf

22. Dennis C-L, Hodnett E, Gallop R, Chalmers B. The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial. Can. Med. Assoc. j. [Internet] 2002; 166(1):21-8 [acesso em 18 dez 2011]. Disponível: http://www.canadianmedicaljournal.ca/content/166/1/21.full.pdf
23. Machado MMT, Bosi MLM. Compreendendo a prática do aleitamento exclusivo: um estudo junto a lactantes usuárias da Rede de Serviços em Fortaleza, Ceará, Brasil. Rev. bras. saude mater. infant. [Internet] 2008; 8(2):187-196 [acesso em 09 nov 2011]. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n2/06.pdf

24. Oliveira MIC, Camacho LAB, Souza IEO. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. Cad. saude publica. [Internet] 2005;21(6):1901-10 [acesso em 15 dez 2011]. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n6/30.pdf

25. Pinto TV. Promoção, Protecção e Apoio ao Aleitamento Materno na Comunidade - Revisão das Estratégias no Período Pré-natal e Após a Alta. Arq. med. [Internet] 2008;22(2/3): 57-68 [acesso em 12 nov 2011]. Disponível: http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/am/v22n2-3/22n2-3a05.pdf

26. Ramos CV, Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. J. pediatr. [Internet] 2003;79(5):385-9 [acesso em 03 nov 2011]. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/jped/v79n5/v79n5a04.pdf

27. Susin LRO, Giugliani ERJ, Kummer SC. Influência das avós na prática do aleitamento Materno. Rev. saude publica. [Internet] 2005;39(2):141-7 [acesso em 15 dez 2011]. Disponível: http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v39n2/24034.pdf

28. Ichisato SMT, Shimo AKK. Vivência da amamentação: lactogogos e rede de suporte. Cienc. cuid. saude. [Internet] 2006;5(3):355-362 [acesso em 03 nov 2011]. Disponível: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5052/3258

29. Teixeira MA, Nitschke RG. Modelo de cuidar em enfermagem junto às mulheres-avós e sua família no cotidiano do processo de amamentação. Texto & contexto enferm. [Internet] 2008;17(1):183-91 [acesso em 13 nov 2011]. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/21.pdf

30. Machado ARM, Nakano AMS, Almeida AM, Mamede MV. O lugar da mãe na prática da amamentação de sua filha nutriz: o estar junto. Rev. bras. enferm.

[Internet] 2004;57(2):183-7 [acesso em 12 nov 2011]. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n2/a10v57n2.pdf

31. Piazzalunga CRC, Lamounier JA. O contexto atual do pai na amamentação: uma abordagem qualitativa. Rev Med Minas Gerais. [Internet] 2011;21(2):133-141 [acesso em 09 nov 2011]. Disponível: http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewFile/361/346

32. Cruz DSM, Rocha INSBS, Marques DKA, Souza IVB. Percepção da figura paterna frente ao aleitamento materno. Cogitare enferm. [Internet] 2011;16(4):702-7 [acesso em 10 abr 2012]. Disponível: http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/25441/17063

33. Freire P. A pedagogia do oprimido. 36ª ed. Rio de Janeiro: Edições Paz e Terra; 2003.

34. Chagas NR, Ramos IC, Silva LF, Monteiro ARM, Fialho AVM. Cuidado crítico e criativo: contribuições da educação conscientizadora de Paulo Freire para a enfermagem. Ciencia Y Enfermeria [Internet] 2009; XV(2): 35-40 [acesso em 09 out 2012]. Disponível em http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n2/art05.pdf.

35. Hoddinott P, Britten J, Prescott G J, Tappin D, Ludbrook A, Godden D J. Effectiveness of policy to provide breastfeeding groups (BIG) for pregnant and breastfeeding mothers in primary care: cluster randomised controlled trial. BMJ. [Internet] 2009; 338:1-10 [acesso em 15 dez 2011].Disponível:http://www.bmj.com/highwire/filestream/339898/field_highwire_article_pdf/0.pdf

36. Oliveira MIC, Camacho LAB. Impacto das Unidades Básicas de Saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. Rev. bras. epidemiol. [Internet] 2002;5(1):41-51 [acesso em 09 nov 2011]. Disponível: http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v5n1/06.pdf

37. Graffy J, Taylor J, Williams A, Eldridge S. Randomised controlled trial of support from volunteer counselors for mothers considering breast feeding. BMJ. [Internet] 2004;328:1-6 [acesso em 18 dez 2011]. Disponível: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC313903/pdf/bmj32800026.pdf

38. MacArthur C, Jolly K, Ingram L, Freemantle N, Dennis C-L, Hamburger R, Brown J, Chambers J, Khan K. Antenatal peer support workers and initiation of breast feeding: cluster randomised controlled trial. BMJ. [Internet] 2008;338:1-6

[acesso em 12 nov 2011]. Disponível: http://www.bmj.com/highwire/filestream/348396/field_highwire_article_pdf/0.pdf

39. Muirhead PE, Butcher G, Rankin J, Munley A. The effect of a programme of organised and supervised peer support on the initiation and duration of breastfeeding: a randomised trial. Br. j. gen. pract. [Internet] 2006;56:191–7 [acesso em 03 nov 2011]. Disponível: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1828262/pdf/bjpg56-191.pdf

40. Boehs AE, Monticelli M, Wosny AM, Heidemann IBS, Grisotti M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. Texto & contexto enferm. [Internet] 2007;16(2):307-14 [acesso em 09 nov 2011]. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a14v16n2.pdf

41. Silva IA. A vivência de amamentar para trabalhadoras e estudantes de uma universidade pública. Rev. bras. enferm. [Internet] 2005;58(6):641-6 [acesso em 15 dez 2011]. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a03v58n6.pdf

5.2 Artigo Original*

PRÁTICAS DE APOIO DA REDE SOCIAL DA NUTRIZ À LUZ DA TEORIA DE SANICOLA

RESUMO

O objetivo foi avaliar a associação entre as práticas da rede social da nutriz e a duração do aleitamento materno exclusivo à luz da Teoria de Rede de Sanicola. Estudo transversal, analítico realizado por meio de entrevista com 158 mulheres do Distrito Sanitário IV em Recife- PE. Foi realizada análise multivariada a partir modelo hierárquico da amamentação exclusiva aos seis meses, contemplando fatores socioeconômicos, maternos, de assistência à saúde e os tipos de apoio da rede social primária e secundária, utilizando a regressão de Poisson com variância robusta. A rede que mais apoiou foi a primária (p >0,001) e as variáveis amamentação dos filhos anteriores (p=0,021) e apoio presencial (p=0,007) foram estatisticamente significantes para o aleitamento materno exclusivo enquanto o apoio informativo foi associado ao desmame precoce (p=0,002). A teoria estudada foi uma ferramenta auxiliar no envolvimento dos membros da rede social da nutriz, em especial o enfermeiro por meio da Educação em Saúde, no manejo da amamentação.

Descritores: Apoio Social; Relações familiares; Aleitamento Materno; Enfermagem; Educação em Saúde.

INTRODUÇÃO

A Teoria da Rede Social de Sanicola, denominada “Intervenção de Rede”, parte do pressuposto de que as pessoas estão em constante interação umas com as outras e não conseguem viver isoladamente. Essa interação pode ocorrer de duas formas: como suporte, estabelecendo uma função positiva entre os membros da

* Artigo original da dissertação de mestrado, o qual será submetido ao periódico Journal of Family Nursing, Qualis A1 para Enfermagem – formatação e referências pautadas nas normas da revista: ANEXO C.

rede social; ou como contenção, quando executa um controle não saudável (Sanicola, 2008).

Na amamentação essa interação é desenvolvida pelas práticas apoiadoras ou não ao aleitar, demonstradas pelos comportamentos, atitudes e ações dos membros da rede social (Souza, 2010).

Os membros da Rede Social são distintos, de acordo com o tipo de laço existente e por isso são classificados em Primária e Secundária. Ambas exercem influência na vida das pessoas, mas de formas diversas. A rede primária é composta por familiares, parentes, amigos, vizinhos, colegas do trabalho e de tempo livre, consideradas pessoas próximas, onde o que se troca são afetos, cuidados e proteção. A rede secundária é composta pelas instituições, organizações de mercado e organizações do terceiro setor (sem fins lucrativos, como associações, cooperativas e fundações), os quais utilizam como meio de troca os serviços fornecidos-recebidos, a ajuda mútua e/ou o dinheiro (Sanicola, 2008).

A autora propõe que, na ocasião de um evento crítico ou de uma necessidade previsível ou inesperada, é necessário que se conheça as relações sociais das pessoas envolvidas, a fim de programar ações, modificando os relacionamentos entre os membros da rede na tentativa de enfrentar a situação da melhor forma possível. Por isso, a teoria possui duas etapas: a de exploração da rede e a de mobilização (Sanicola, 2008).

No campo do aleitamento materno, é pertinente a utilização desta teoria, pois, sendo o ciclo gravídico-puerperal um período de mudanças físicas e emocionais para as mulheres/nutrizes que o vivenciam, incluindo a amamentação, elas necessitam ter em sua volta todo o aporte de sua rede social, primária e

secundária, para conseguir aleitar seu filho exclusivamente até o sexto mês, conforme recomenda o Ministério da Saúde (MS) (Kang, 2007; Brasil, 2009a; Shimoda & Silva, 2010).

As redes sociais das nutrizes precisam compreender a importância da amamentação para ela, para a criança, família e sociedade, a fim de poder apoiá-la, caso contrário, exercerão a função de contenção, que poderão promover o desmame precoce (Olang, et al., 2012).

As características desta rede (primária e secundária) envolvem seus membros, a amplitude e densidade (quantas pessoas estão presentes e quantas pessoas se conhecem), a intensidade dos laços estabelecidos (se forte, fraca ou inexistente), a proximidade afetiva e física entre as pessoas e as funções que cada membro exerce. Assim, será possível envolver toda a rede na busca pelos melhores índices de aleitamento materno (Souza, et al., 2009).

Esse envolvimento será facilitado se os membros da rede social, principalmente o componente familiar, o que se encontra mais próximo, forem incluídos em programas de Educação em Saúde juntamente com a nutriz desde o pré-natal. Dessa forma eles poderão trocar experiências, dirimir dúvidas, desmistificar e reforçar práticas para compreender a necessidade do aleitamento materno para o ser humano, exercendo, portanto sua função de ajuda, de apoio, de suporte (Silva, 2001; Frota, et al., 2009).

A utilização de uma estratégia que favoreça o aleitamento materno tendo como metodologia o enfoque sociocultural, conforme a Teoria de Sanicola, é uma tentativa de incentivar a prática da amamentação superando os paradigmas tradicionais, com visão apenas biologicista. Desde a década de 70, no Brasil,

quando a duração mediana do aleitamento materno era de 2,5 meses, vem sendo criadas políticas públicas para melhorar os índices do aleitamento materno, no entanto, sem sucesso, haja vista que a última pesquisa do Ministério da saúde revelou que em 2008 a duração mediana do aleitamento materno exclusivo não chegou a dois meses (Brasil, 2009b; Brasil, 2009c). Isso é reflexo da visão, por parte dos profissionais e população, da amamentação ainda ancorada apenas na fisiologia e nos seus aspectos técnicos.

Dessa forma, as políticas públicas voltadas ao aleitamento materno têm priorizado a atenção básica por compreenderem que para o sucesso do aleitamento materno é preciso conhecer o contexto em que vive as nutrizes e envolver a rede social para apoiá-la. As ações estão voltadas para aumentar o vínculo entre profissionais de saúde e população, facilitando a percepção de como ocorre o processo da amamentação, quais são as pessoas envolvidas e de que forma as interferências acontecem, se favorecendo ou desestimulando o aleitamento materno (Brasil, 2009b).

A identificação, portanto, de como a rede social da nutriz está se comportando diante da promoção do aleitamento materno exclusivo é significativa e necessária para que as intervenções sejam eficazes promovendo a melhoria dos índices a níveis aceitáveis.

Diante do exposto o objetivo desse trabalho foi avaliar a associação entre as práticas da rede social da nutriz e a duração do aleitamento materno exclusivo à luz da Teoria de Intervenção de Rede de Sanicola.

MÉTODOS

Estudo do tipo transversal e analítico, realizado durante os meses de agosto a setembro de 2012, no Distrito Sanitário IV do município de Recife, capital do estado de Pernambuco, nordeste do Brasil. Tal Distrito possui 19 Unidades de Saúde da Família (USF) e 39 equipes de saúde da família.

A população do estudo foi composta por nutrizes com vivências do aleitamento materno do filho atual, independente de sua duração, com filho em idade de seis a oito meses, possuíssem mães ou mulheres significativas e vivessem com companheiro. A amostra foi calculada utilizando a prevalência de 29% do aleitamento materno exclusivo do Distrito Sanitário IV, estimada em estudo piloto; adotando o nível de confiança de 95%, erro de 5%, acrescida de 10% para compensar possíveis perdas, resultando em 168 mulheres. A seleção das participantes do estudo foi realizada por sorteio aleatório simples em cada equipe de saúde da família, considerando a proporcionalidade por USF, totalizando quatro mulheres entrevistadas por equipe de saúde da família.

Quando na equipe de saúde da família não havia mulheres que atendessem aos critérios de inclusão ou a mulher não era encontrada em casa após três tentativas, foi considerada perda amostral. Dessa forma, houve um total de dez perdas, totalizando 158 mulheres participantes do estudo.

O instrumento para coleta de dados foi construído baseado em estudo de revisão sistemática e metassíntese sobre práticas familiares e apoio à amamentação (Souza, 2010), composto por variáveis socioeconômicas, maternas, de assistência à saúde e os tipos de apoio da rede social primária e secundária, classificados como emocional, informativo, presencial, instrumental e auto-apoio. Para a mensuração

das respostas foi utilizada escala de Likert adaptada com três níveis de escores: 1= Nunca; 3= Raramente/Às vezes; 5= Quase sempre/Sempre. Após a construção, foi validado por meio de análise teórica dos itens, realizando-se as etapas de análise semântica e análise de conteúdo (Pasquali, 2003).

A coleta de dados ocorreu após a capacitação dos membros da equipe do grupo de pesquisa "Enfermagem na Saúde da Mulher no contexto da família" do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, utilizando a entrevista estruturada realizada no domicílio das nutrizes e em algumas ocasiões na USF, de acordo com a conveniência das participantes, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados coletados foram digitados em dupla entrada, analisados por meio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows, versão 18.0 e submetidos às análises descritivas, apresentando frequências simples e relativas, as médias e desvio-padrão. Foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov para avaliar a normalidade da distribuição dos escores de apoio. Na comparação das médias dos escores de apoio entre as mulheres que realizaram aleitamento materno exclusivo com aquelas que não realizaram foi aplicado o teste *t* de Student para os apoios com distribuição normal e, para aqueles que não possuíam distribuição normal, foi utilizado o teste de Mann-Whitney (Vieira, 2010).

A análise bivariada entre a prevalência da amamentação exclusiva aos seis meses e os fatores socioeconômicos, maternos, de assistência à saúde e de apoio à amamentação, foi realizada utilizando a regressão de Poisson simples. Todas as

variáveis que apresentaram p< 0,20 foram selecionadas para a realização da análise múltipla.

A análise múltipla foi realizada a partir de um modelo conceitual hierárquico do aleitamento materno exclusivo construído com base no conceito de modelo causal hierárquico proposto por Albernaz e Victora (2001), de modo que as variáveis foram organizadas em quatro níveis, do mais distal para o proximal, em relação à sua influência no aleitamento materno exclusivo: 1º nível - variáveis socioeconômicas (estado civil, escolaridade, renda, vínculo empregatício e trabalho materno fora do lar); 2º nível - variáveis maternas (idade materna, número de filhos, amamentação anterior, intercorrências obstétricas); 3º nível - variáveis de assistência à saúde (realização de consulta pré-natal, número de consultas pré-natal); 4ª nível - Apoio da Rede Social primária e secundária (apoio emocional, instrumental, informativo, presencial e auto-apoio).

A regressão de Poisson com variância robusta foi adotada para investigar como a prevalência da amamentação exclusiva pode ser influenciada pelos diversos fatores avaliados no estudo. Foi utilizado o método backward, considerando cada nível do modelo conceitual. As variáveis do primeiro nível hierárquico foram analisadas conjuntamente, e as variáveis com $p \geq 0,20$ foram excluídas progressivamente. Em seguida, as variáveis do segundo nível hierárquico foram adicionadas ao modelo e procedeu-se da mesma maneira, com exclusão progressiva das variáveis desse nível com valor de $p \geq 0,20$. Nenhuma variável do terceiro nível fez parte do modelo, pois não apresentaram significância na análise bivariada. Todas as variáveis do nível 4 foram introduzidas no ajuste do modelo por serem variáveis proximais da amamentação exclusiva aos seis meses, independente da sua

significância na análise bivariada. No modelo final as variáveis com $p < 0,05$ foram consideradas significantes. Para controle de possíveis fatores de confusão, as variáveis com $p < 0,20$ foram mantidas nos modelos em cada nível hierárquico. A significância estatística foi determinada pelo teste de Wald. Foram estimadas as razões de prevalências ajustadas e respectivos intervalos de 95% de confiança.

A construção do mapa de rede das mulheres do Distrito Sanitário IV ocorreu utilizando-se inicialmente a proporção de apoio dos seus membros, a qual posteriormente foi categorizada em redes primárias e secundárias, levando em consideração a classificação proposta por Sanicola (2008). Após isso, para medir a força dos laços entre as mulheres do estudo e os membros da rede social, realizou-se a divisão dos resultados em tercis, em que foi considerado vínculo fraco os valores localizados no 1º tercil, entre 0 e 33,33%; vínculo normal os valores localizados no 2º tercil, entre 33,34 e 66,66%; e vínculo forte quando os valores estiveram localizados no 3º tercil, entre 66,67 e 100%. A discussão dos dados foi alicerçada pela primeira etapa da Teoria Intervenção de Rede, denominada fase da exploração (Sanicola 2008).

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, CAAE nº 01666312.4.0000.5208, em consonância com o disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil.

RESULTADOS

Das 158 mulheres entrevistadas, quase 80% eram adultas jovens com 20 anos ou mais; 58,2% viviam em união estável; 50,6% possuíam apenas um filho, não tendo vivência anterior com amamentação; 40,8% apresentavam renda de mais

de um e até dois salários mínimos; 43,7% concluíram o ensino médio; 83,5% não possuíam vínculo empregatício; 76,7% não trabalhavam fora do lar; quase 100% realizaram pré-natal e 36,7% amamentaram exclusivamente o último filho até o sexto mês de vida.

Ao associar as características sociodemográficas, maternas e de assistência à saúde com o aleitamento materno exclusivo aos seis meses de vida, observou-se que apenas a experiência anterior em amamentar exclusivamente foi estatisticamente significante ($p<0,05$). As variáveis que apresentaram associação significante com o aleitamento materno exclusivo ($p< 0,20$) foram o trabalho materno fora do lar, possuir vínculo empregatício e amamentação exclusiva até o sexto mês do filho anterior e, portanto, foram selecionadas para a análise múltipla (Tabela 1).

Na figura 1 se observa a relação entre o aleitamento materno exclusivo e os apoios exercidos pela rede social da mulher. Em todos os casos, as medianas são muito semelhantes, bem como a relação dos escores em relação ao 1º e 3º quartil.

Ao se avaliar a associação entre os apoios possíveis exercidos pela rede social da mulher e o tipo de aleitamento materno da criança aos seis meses de vida, constatou-se que houve diferença estatisticamente significante ($p= 0,012$) apenas referente ao apoio informativo, relacionado ao aleitamento materno não exclusivo (Figura 1).

Especificamente por tipo de rede, primária e secundária, o estudo mostrou que a rede primária exerceu os apoios em maiores proporções em comparação à rede secundária, exceto em relação ao apoio informativo, em que a rede secundária ofereceu em maior quantidade. Observa-se também que houve diferença estatística

significante (p > 0,001), podendo afirmar que a rede primária determina os apoios que a mulher pode receber na amamentação (Tabela 2).

Na análise multivariada permaneceram significantemente associadas ao aleitamento materno exclusivo aos seis meses no modelo final as variáveis: nível 2 – amamentação dos filhos anteriores até o 6º mês; nível 4 - apoio informativo e apoio presencial, ajustadas pelas variáveis do nível 1 – vínculo empregatício e do nível 4 – auto-apoio (Tabela 3). Assim, ao final, observa-se que as variáveis que foram determinantes para a amamentação exclusiva aos seis meses, no presente estudo foram "amamentação dos filhos anteriores até o 6º mês" e "apoio presencial" e a variável que foi determinante para o desmamem precoce foi o "apoio informativo".

O mapa da rede social das mulheres do estudo é composto por pessoas da rede social primária (família, parentes, amigos, vizinhos e colegas do trabalho) e por atores da rede social secundária que trabalham em instituições de saúde (hospital e posto de saúde). Os membros da rede primária que mais apoiaram foram a mãe (22,19%) e o companheiro (16,58%) e o membro da rede secundária que mais apoiou foi o enfermeiro (10,59%). Os vínculos ocorreram por meio de laços de intensidade normal (⟶) entre os familiares e intensidade fraca (⟶) entre os demais membros: parentes, amigos, colegas do trabalho, profissionais do posto de saúde, vizinhos e profissionais de saúde do hospital/maternidade (Sanicola, 2008). Neste estudo não foi evidenciada a formação de nenhum vínculo forte. O mapa ainda mostra a proximidade física de cada membro da rede social, onde a família manteve-se mais perto das mulheres e os demais membros estiveram mais distantes (Figura 2).

DISCUSSÃO

Os dados evidenciaram que as mulheres participantes do estudo obtiveram apoio para amamentar principalmente da rede social primária (mães, companheiros, avós, irmãs, pais, amigas, vizinhas e colegas do trabalho), fato natural e esperado, uma vez que são essas as pessoas que detém a maior influência nas suas decisões, sendo responsáveis não apenas pelo suprimento das necessidades básicas para a manutenção da vida, mas também por auxiliar na solução de problemas do cotidiano, apoiar em momentos de dificuldade e prover aconselhamentos e compartilhamento de saberes (Carvalho, et al., 2006).

O apoio do companheiro foi relevante, estando à sua frente apenas o apoio da mãe da nutriz. A participação do pai na prática do aleitamento materno tem sido uma crescente e está relacionada com a decisão da mulher em iniciar e continuar amamentando. No entanto, ainda é preciso que esses membros da rede social da mulher se envolvam mais e detenham maior conhecimento sobre o aleitamento materno, pois a sua atuação ainda é permeada por dúvidas, preconceitos e limitações (Silva, et al., 2012).

A rede social secundária, por sua vez, demonstrou pouca influência na prática do aleitamento materno, sendo um resultado preocupante, pois se espera que esta deva exercer minimamente as suas responsabilidades institucionais (Sanicola, 2008). No estudo em questão, os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, deveriam apoiar mais as mulheres por meio da educação em saúde, promovendo encontros com seus familiares para estimular a prática do aleitamento materno e oferecendo apoio na ocasião do surgimento das

dificuldades. Muitas mulheres desmamam precocemente por relacionar a amamentação a uma prática dolorosa e desconfortável, reflexo da falta de informação e da ausência de profissionais capacitados para lidar com questões que envolvem os aspectos físicos e emocionais da mulher (Wojcicki, et al., 2010).

O manejo do aleitamento materno não é apenas tarefa da mulher; deve haver uma corresponsabilidade dos seus familiares e das instituições de saúde por meio dos profissionais de saúde. Estudo mostra que estes apresentam a competência de fornecer confiança às mulheres por meio de informações sobre os benefícios da amamentação, a importância do auto-apoio e o encorajamento para a solução dos problemas, colocando-se sempre à disposição para ajudar, a fim de que a mulher se sinta acolhida (UNICEF, 2004).

A associação entre os tipos de apoio exercidos pelas redes sociais e o aleitamento materno exclusivo, neste estudo, identificou que o apoio informativo foi direcionado ao desmame precoce. Este dado leva ao questionamento da qualidade da assistência à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal e mostra como estão sendo repassadas as orientações sobre aleitamento materno. É preciso que os profissionais de saúde, principais promotores da educação em saúde, repensem suas práticas e sejam capacitados para que possuam competência técnica suficiente para atender as necessidades da mulher que amamenta e sua família.

Estudos já comprovaram que as orientações recebidas durante a gravidez e reforçadas no puerpério são fatores de proteção para o aleitamento materno exclusivo, de modo que a falta de informações ou de intervenções de

apoio oferecidos pelos profissionais de saúde podem ocasionar o abandono da amamentação (Forster, et al., 2006; Su, et al., 2007; Roig, et al., 2010).

Outra rede secundária das mulheres do Distrito IV que não apoiou positivamente foi o ambiente de trabalho, pois foi observado que não houve diferença estatística significante com relação ao aleitamento materno exclusivo entre aquelas que possuíam vínculo empregatício e/ou trabalhavam fora de casa quando comparadas com aquelas que não trabalhavam. Esse resultado corrobora com a literatura nacional e internacional que justificam o fato pela crescente participação das mulheres no mundo de trabalho e, quando necessitam de apoio para amamentar, não encontram, pois seus direitos não são respeitados, fazendo com que elas introduzam precocemente outros leites na alimentação do filho (Abdulwadud & Snow, 2007; Merchant et al., 2011; Demetrio et al., 2012).

As mulheres brasileiras precisam de esclarecimentos sobre as garantias estabelecidas pelas leis trabalhistas de poder amamentar seus filhos sem a preocupação da perda do emprego, por meio da licença maternidade de 120 ou 180 dias, dependendo da instituição e também do direito das salas de apoio à amamentação, as quais podem ser utilizadas pelas mulheres nos momentos de intervelo de 30 minutos durante a jornada de trabalho (Brasileiro, 2012; CLT, 2012).

Já o fato das mulheres terem amamentado exclusivamente os filhos anteriores se associou significativamente com o aleitamento materno do filho atual, demonstrando que a experiência prévia influencia a continuidade da amamentação, bem como na resolução dos problemas que possam aparecer.

Esse dado também é encontrado em outros estudos, revelando a importância em se valorizar o aprendizado anterior das pessoas (Niquini, 2010; Camarotti et al, 2011).

Os membros da rede social, nos encontros com o profissional de saúde, são estimulados a conversar e expor suas habilidades na tentativa de solucionar as dificuldades em grupo. Nesse momento, a experiência anterior é muito significativa, pois poderá ajudar o evento atual (Sanicola, 2008). No caso do aleitamento materno, se esta experiência tiver sido positiva, o operador estimulará para que seja repetida, caso contrário, o grupo irá refletir e procurar novos caminhos para o desfecho ser diferente.

O que chamou a atenção é que apoios já citados em outros estudos foram determinantes para o início e a manutenção do aleitamento materno, como os apoios informativo e instrumental (Pereira, et al, 2010), os quais não foram significativos nesta pesquisa, demonstrando que a rede social da mulher, tanto primária quanto secundária não está exercendo suas funções de ajuda positiva.

Do mesmo modo, os apoios emocional e auto-apoio também não foram determinantes para a amamentação, revelando que a assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal ainda está pautada nos aspectos biológicos. No entanto, os fatores emocionais e de auto-estima da própria mulher são fundamentais para que ela consiga ter confiança em si mesma e possa amamentar exclusivamente. Os estudos mostram que o auto-apoio deve ser inerente à mulher; do contrário, se ela não tiver primeiramente essa força de

vontade e acreditar em si mesma, as chances de sucesso diminuem consideravelmente (Parkinson, 2010; Tavares et al., 2010).

O único apoio que esteve associado positivamente ao aleitamento materno exclusivo foi o apoio presencial. Nesse estudo, nem todas as mulheres amamentaram exclusivamente até o sexto mês, mesmo tendo o apoio presencial. Os estudos mostram que o ideal para a prática da amamentação é que os apoios estejam interligados e que as redes sociais das mulheres ofereçam, cada uma ao seu modo e nível de competência, os apoios emocional, instrumental, informativo, presencial e auto-apoio. Juntos, apresentarão maiores chances para que o aleitamento materno exclusivo ocorra na sua totalidade (Souza, 2010).

O mapa de rede identifica a força dos laços existentes entre os membros da rede, sendo perceptível que a ligação das mulheres com suas famílias é maior do que com os demais membros. Resultado semelhante foi encontrado em outros estudos os quais comprovaram ser a família, principalmente o companheiro e as figuras femininas (mãe, avó e sogra), a principal fonte de apoio para a mulher no período pós-parto, auxiliando-a nos cuidados com o bebê, nos afazeres domésticos e na prática da amamentação (Müller & Silva, 2009; Souza et al., 2009; Marques et al., 2010). Apesar disso, nesse estudo, nenhum membro da rede social demonstrou ter um vínculo forte com as mulheres.

Não se pode afirmar se o laço fraco estabelecido entre as mulheres e sua rede social secundária ocorreu devido à autonomia da rede primária ou se a rede secundária foi omissa e ausente e por isso não tiveram tanta

representatividade. Serão necessários novos estudos que avaliem a proximidade das redes com as mulheres e suas funções diante da amamentação para que isso fique comprovado.

CONCLUSÃO

As redes sociais das mulheres participantes do estudo estiveram presentes no período do aleitamento materno, no entanto a rede primária, principalmente a mãe e companheiro, exerceu sua função de apoio melhor do que a rede secundária. Esta se demonstrou fragilizada, principalmente em relação ao apoio informativo para o sucesso da amamentação.

Nesse estudo apenas o apoio presencial, dentre todos os tipos de apoio que a mulher poderia ter recebido (emocional, informativo, instrumental, presencial e auto-apoio), esteve associado com a manutenção do aleitamento materno exclusivo e o apoio informativo, ao contrário, esteve associado com o desmame precoce. As práticas das redes sociais das mulheres, tanto primária quanto secundária, precisam ser fortalecidas para que possam ajudá-la no manejo da amamentação e que os atores sejam coparticipantes dessa prática.

Desse modo, este estudo contribui para que a equipe de saúde, em especial o enfermeiro, repense sua prática profissional voltada ao aleitamento materno, utilizando a Teoria de Intervenção de Rede, com a finalidade de trazer para perto a mulher e todos os membros que estão envolvidos com a amamentação e, assim, construírem alternativas possíveis de serem colocadas em prática.

Ademais, novos estudos devem ser desenvolvidos com a intenção de implementar e avaliar a segunda e última fase da Teoria de Sanicola, a etapa da

mobilização. A partir daí, os membros das redes sociais (primária e secundária), poderão exercer suas funções, colocando-se a favor do aleitamento materno exclusivo e melhorando os seus índices.

Tabela 1 Associação entre fatores sociodemográficos, maternos e de assistência à saúde com o aleitamento materno exclusivo aos 6 meses. Recife-PE, Brasil, 2012.

Variáveis	**Aleitamento Materno**				**[1]RP ([2]IC=95%)**	**[3]p- valor (Continua)**
	Exclusivo		**Não exclusivo**			
	n	**%**	**n**	**%**		
Idade Materna						0,336
15 a 19 anos	14	43,8	18	56,3	1,25 (0,79; 1,98)	
20 anos ou mais	44	34,9	82	65,1	1	
Estado Civil						0,912
Solteira	7	41,2	10	58,8	1,15 (0,61; 2,16)	
Casada	18	36,7	31	63,3	1,02 (0,65; 1,62)	
União Estável	33	35,9	59	64,1	1	
Número de Filhos						0,408
1	32	39,5	49	60,5	1,33 (0,82; 2,18)	
2	16	29,6	38	70,4	1	
3 ou mais	10	43,5	13	56,5	1,47 (0,79; 2,73)	
Trabalho materno fora do lar						**0,183**
Sim	12	27,9	31	72,1	1	
Não	46	40,0	69	60,0	1,43 (0,84; 2,44)	
Renda Familiar (em salários mínimos)						0,456
Até 1	23	43,4	30	56,6	1,34 (0,77; 2,34)	
Mais de 1 a 2	21	33,9	41	66,1	1,05 (0,58; 1,87)	
Mais de 2	12	32,4	25	67,6	1	
Escolaridade						0,397
Não sabe ler nem escrever/ fundamental incompleto	16	42,1	22	57,9	1,35 (0,82; 2,24)	
Fundamental completo/ médio incompleto	19	41,3	27	58,7	1,33 (0,82; 2,16)	

Médio completo/ superior	23	31,1	51	68,9	1	
Possui vínculo empregatício						**0,153**
Sim	6	23,1	20	76,9	1	
Não	52	39,4	80	60,6	1,71 (0,82; 3,55)	
Consulta de pré-natal						**-**
Sim	57	36,3	100	63,7	-	
Não	1	100,0	0	0,0	-	
Número de consultas						0,658
< 6 consultas	6	31,6	13	68,4	1	
≥ 6 consultas	51	37,0	87	63,0	1,17 (0,58; 2,35)	
Intercorrência da última gestação						0,311
Sim	20	42,6	27	57,4	1,25 (0,82; 1,89)	
Não	38	34,2	73	65,8	1	
Amamentou os filhos anteriores até o 6º mês						**0,040**
Sim	21	43,7	27	56,3	2,45 (1,04; 5,77)	
Não	5	17,9	23	82,1	1	

[1]Razão de Prevalência; [2]Índice de Confiança; [3]p-valor do teste de Wald para homogeneidade.

Figura 1 Mediana dos escores dos apoios emocional, instrumental, informativo, presencial e auto-apoio exercidos pela rede social da mulher na prática do aleitamento materno exclusivo. Recife-PE, Brasil, 2012.

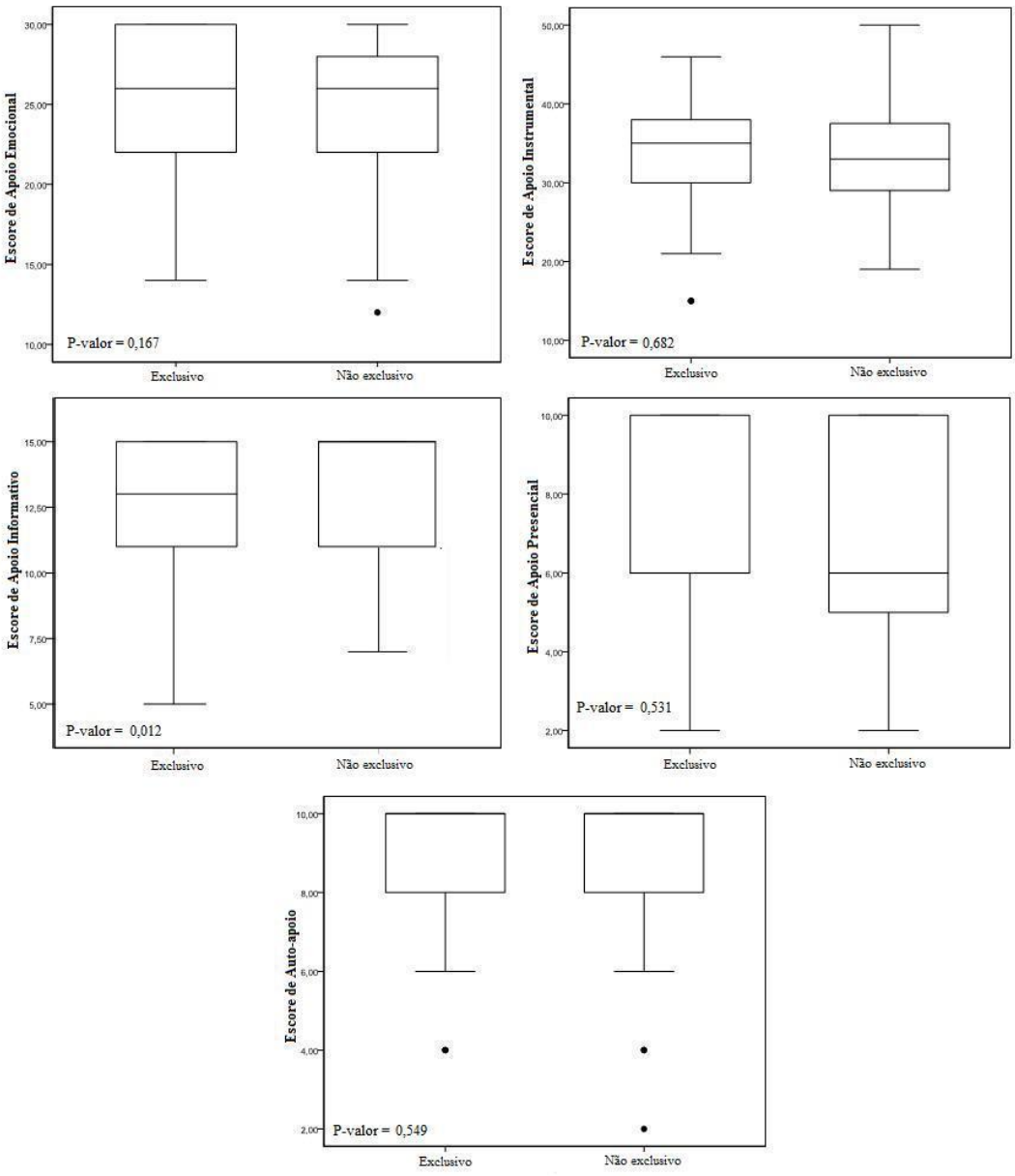


Tabela 2 Relação entre a rede primária e rede secundária das mulheres e os tipos de apoio (emocional, instrumental, informativo, presencial e auto-apoio) exercidos por elas. Recife-PE, Brasil, 2012.

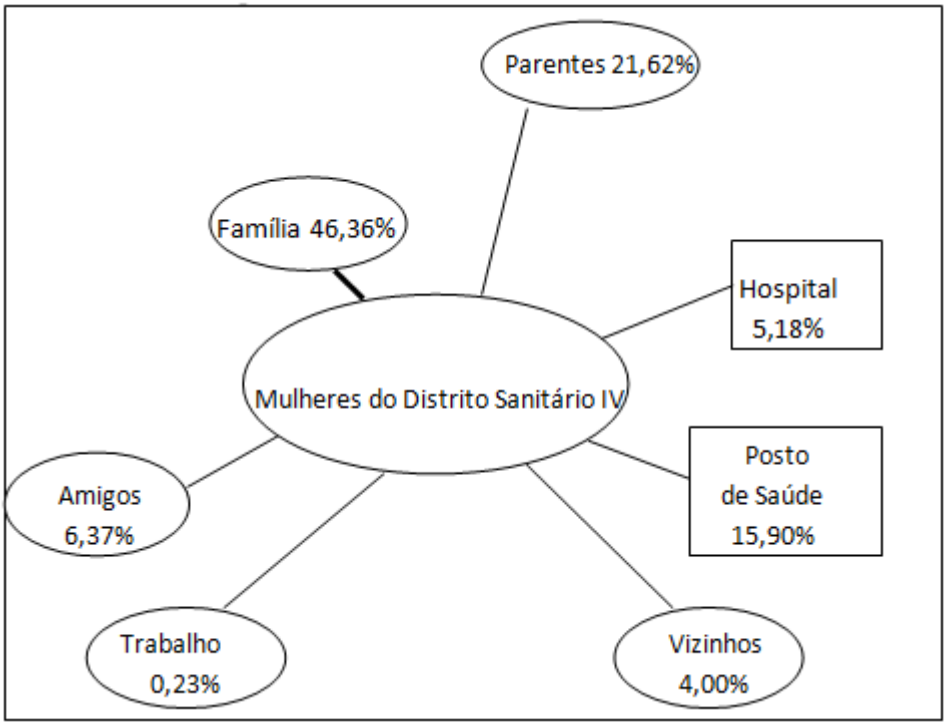
Tipo de Apoio	Rede Social		p-valor
	Primária %	Secundária %	
Emocional	68,55	31,45	<0,001
Instrumental	87,95	12,01	<0,001
Informativo	42,22	57,79	<0,001
Presencial	88,19	11,80	<0,001
Auto apoio	88,62	11,40	<0,001
Todos os apoios	78,58	21,42	<0,001

Tabela 3 Razão de prevalência dos determinantes sobre do aleitamento materno exclusivo aos seis meses. Recife-PE, Brasil, 2012.

Níveis/variáveis	Razão observada			Razão ajustada		
	RP	IC(95%)	p-valor	RP	IC(95%)	p-valor
Nível 1 - Socioeconômica						
Possui vinculo empregatício						
Sim	1,00	-	0,153	-	-	-
Não	1,71	0,82 – 3,55		-	-	-
Trabalho materno fora do lar						
Sim	1,00	-	0,183	-	-	-
Não	1,43	0,84 – 2,44		-	-	-
Nível 2 – Maternas						
Amamentou os filhos anteriores até o 6º mês						
Sim	2,45	1,04 – 5,77	0,040	2,69	1,16 – 6,26	0,021
Não	1,00	ref		1,00	ref	
Nível 3 – Assistência à saúde						
Nenhuma	-	-	-	-	-	-
Nível 4 – Apoio da rede social*						
Apoio informativo	-	-	-	0,88	0,81 – 0,95	0,002
Apoio presencial	-	-	-	1,15	1,04 – 1,27	0,007

*Ajustadas pelas variáveis "Vínculo Empregatício" e "Auto-apoio".

Figura 2 Mapa de Rede Social das mulheres do estudo. Recife-PE, Brasil, 2012.



REFERÊNCIAS

Abdulwadud OA, & Snow ME. (2007). Intervenciones en el lugar de trabajo para apoyar la lactancia materna en las mujeres que trabajan. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
Retrieved from http://www.update-software.com/pdf/CD006177.pdf

Albernaz E, & Victora C G. (2001). Impacto do apoio à lactação sobre a duração do aleitamento e o consumo de leite materno (tese). Retrieved from http://www.epidemio-ufpel.org.br/uploads/teses/tese_albernaz.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. (2009a). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica – n.º 23. Brasília: Ministério da Saúde; 112 p.

Brasil. Ministério da Saúde. (2009b). Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. Rede Amamenta Brasil. Caderno do Tutor. Brasília: Ministério da Saúde;118p. Retrieved from http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cadernotutor_amamenta.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. (2009c). Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. [acesso 21 dez

2010]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Retrieved from http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf

Brasileiro AA, Ambrosano GMB, Marba STM, Possobon RF. (2012). A amamentação entre filhos de mulheres trabalhadoras. Rev. Saúde Pública. 46 (4): 642-648. Retrieved from http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v46n4/3731.pdf

Camarotti CM, & Nakano AMS, & Pereira CR, & Medeiros CP, & Monteiro JCS. (2011). The experience of breastfeeding in a group of teenage mothers. Acta paul. enferm. 24 (1): 55-60. Retrieved from http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/en_v24n1a08.pdf

Carvalho AMA, & Bastos ACSB, & Rabinovich EP, & Sampaio SMR. (2006). Vínculos e redes sociais em contextos familiares e institucionais: uma reflexão conceitual. Psicologia em Estudo. 11 (3), 589-598. Retrieved from http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n3/v11n3a14.pdf.

Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT. (2012). Vade Mecum Acadêmico de Direito. Editora 15 ed. Atualizada e ampliada. São Paulo: Rideel. p.719.

Demetrio F, & Pinto EJ, & Assis AMO. (2012). Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública. 28 (4): 641-650. Retrieved from http://www.scielosp.org/pdf/csp/v28n4/04.pdf

Estévez GMD, & MCD, & Medina SR, & García VE, & Saavedra SP. (2002). Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. Anales Esp Pediatr. 56(2):144-50. Retrieved from http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13025684&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=37&ty=101&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=37v56n02a13025684pdf001.pdf

Forster DA, & McLachlan HL, & Lumley J. (2006). Factors associated with breastfeeding at six months postpartum in a group of Australian women. Int Breastfeed J. 12; 1:18. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1635041/pdf/1746-4358-1-18.pdf

Frota MA, & Mamede ALS, & Vieira LJES, & Albuquerque CM, & Martins MC. (2009). Práticas culturais sobre aleitamento materno entre famílias cadastradas em um programa de saúde da família. Rev Esc Enferm USP. 43(4):895-901. Retrieved from http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a22v43n4.pdf

Kang JS, & Choi SY, & Ryu EJ. (2007). Effects of a breastfeeding empowerment programme on Korean breastfeeding mothers: A quasi-experimental study. International Journal of Nursing Studies. 45; 14–23. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748907001034

Marques ES, Cotta RMM, Botelho MIV, Franceschini SCC, Araújo RMA, Lopes LL. (2010). Rede social: desvendando a teia de relações interpessoais da nutriz. Physis Revista de Saúde Coletiva. 20(1):261-281. Retrieved from http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n1/a14v20n1.pdf

Merchant S, & Hameed M, & Melck A. (2011). Pregnancy among residents

enrolled in general surgery (PREGS): a survey of residents in a single Canadian training program. Can J Surg. 54 (6): 375-380. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3238337/pdf/0540375.pdf

Müller FS, & Silva IA. (2009). Social representations about support for breastfeeding in a Group of breastfeeding women. Rev Latino-am Enfermagem. 17(5):651-7. Retrieved from http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n5/09.pdf

Niquini RP, Bittencourt SA, Lacerda EMA, Oliveira MIC, Leal MC. (2010). User embracement and maternal characteristics associated with liquid offer to infants. Rev. Saúde Pública. 44 (4): 677-685. Retrieved from http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v44n4/en_1440.pdf

Olang B, & Heidarzadeh A, & Strandvik B, & Yngve A. Reasons given by mothers for discontinuing breastfeeding in Iran. (2012). Int Breastfeed J. 7(1):7. Retrieved from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3407704/pdf/1746-4358-7-7.pdf

Parkinson J, & Russell-Bennett R, & Previte J. (2010) The role of mother-centered factors influencing the complex social behaviour of breastfeeding : social support and self-efficacy. In Australian and New Zealand Marketing Conference: Doing More With Less (ANZMAC 2010), 29 November - 1 December 2010, Christchurch, New Zealand. Retrieved from http://eprints.qut.edu.au/40864/1/c40864.pdf

Pasquali L. (2003). Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e educação. 4ª ed. Rio de Janeiro: Vozes. 106-8.

Pereira RSV, Oliveira MIC, Andrade CLT, Brito AS. (2010). Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. Cad. Saúde Pública. 26 (12): 2343-2354. Retrieved from http://www.scielosp.org/pdf/csp/v26n12/13.pdf

Roig AO, & Martínez MR, & García JC, & Hoyos SP, & Navidad GL, & Álvarez JCF, & Pujalte MMC, & González RGL. (2010). Factors Associated To Breastfeeding Cessation Before 6 Months. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 18(3): 373-80. Retrieved from http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/12.pdf

Sanicola L. (2008). As dinâmicas de rede e o trabalho social. São Paulo: Veras Editora.

Shimoda GT, & Silva IA. (2010). Necessidades de saúde de mulheres em processo de amamentação. Rev Bras Enferm. 63(1): 58-65. Retrieved from http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a10.pdf

Silva IA. (2001). O profissional re-conhecendo a família como suporte social para a prática do aleitamento materno. Fam. Saúde Desenv. 3 (1): 7-14.

Silva BT, & Santiago LB, & Lamonier JA. (2012). Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. Rev Paul Pediatr. 30(1):122-30. Retrieved from http://www.scielo.br/pdf/rpp/v30n1/18.pdf).

Souza AM. (2010). Práticas familiares e o apoio à amamentação: revisão sistemática e metassíntese. [Dissertação]. São Paulo. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. 154p. Mestrado em Ciências. [citado em 18 out 2011]. Retrieved from

www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde.../Alder_Mourao.pdf

Souza MHN, Souza IEO, Tocantins FR. (2009). The use of social network methodological framework in nursing care to breastfeeding women. Rev Latino-am Enfermagem maio-junho. 17(3):354-60. Retrieved from http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/12.pdf

Su LL, & Chong YS, & Chan YH, & Chan YS, & Fok D, & Tun KT, et al.(2007). Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breast feeding: randomised controlled trial. BMJ. September 22; 335(7620):574-5. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1989016/pdf/bmj-335-7620-res-00596-el.pdf

Tavares MC, Aires JS, Dodt RCM, Joventino ES, Oriá MOB, Ximenes LB. (2010). Application of Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form to post-partum women in rooming-in care: a descriptive study. braz. j. nurs. 9(1). Retrieved from

UNICEF. (2004). Conferência da EU. Protecção, promoção e suporte ao aleitamento materno na Europa: um projecto em acção. Retrieved from europe.iblce.org/upload/Blueprint/Blueprint%20Portuguese.pdf.

Vieira S. (2010). BIOESTATÍSTICA – Tópicos Avançados. 3ª ed. Elsevier,

Wojcicki JM, & Gugig R, & Tran C, & Kathiravan S, & Holbrook K, & Heyman MB. (2010). Early Exclusive Breastfeeding and Maternal Attitudes Towards Infant Feeding in a Population of New Mothers in San Francisco, California. Breastfeeding Medicine 5 (1): 9-15. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2936253/pdf/bfm.2009.0003.pdf

6 CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou que a prática do aleitamento materno ainda é vista como uma tarefa exclusiva e de responsabilidade apenas da mulher, arraigada aos seus aspectos biológicos. No entanto, ficou demonstrado que o contexto sociocultural é fator influenciador da decisão na mulher em amamentar por meio da sua rede social.

A rede social das mulheres do Distrito Sanitário IV é composta pela rede primária, principalmente sua mãe e companheiro e rede secundária, formada pelas instituições de saúde. Ambas interferiram no processo do aleitamento materno, sendo a primária com maior ênfase que a secundária, entretanto, estas redes não contribuíram para a duração da amamentação exclusiva até o sexto mês de vida da criança.

A rede social primária, por estar mais próxima da mulher e ter apresentado laços mais fortes entre seus membros, deveria tê-la ajudado nos aspectos emocional, instrumental e auto-apoio, estimulando a amamentação exclusiva, mas apenas o apoio presencial e as vivências em amamentar outros filhos mostraram-se determinantes.

A rede secundária, representada pelos profissionais de saúde, apresentou-se fragilizada, pois sua principal função, o apoio informativo, esteve associado ao desmame precoce, o que sugere que as informações sobre o aleitamento materno podem ter sido repassadas sem ter havido trocas de saberes e nem a utilização de metodologias ativas focadas na manutenção do aleitamento materno exclusivo.

Devido a isso, a educação continuada dos profissionais de saúde deve existir com a intenção de capacitá-los para que possam lidar com o manejo do aleitamento materno, fazendo-os partícipes e corresponsáveis por essa prática e, além disso, visando à compreensão, por parte deles, das nuances sociais que permeiam a amamentação. A partir daí, eles poderão intervir melhor nessa prática.

Portanto, a educação em saúde direcionada à amamentação deve ocorrer em rede, saindo do modelo biologicista, individual e dependente, e criando espaços para que todos os envolvidos na prática do aleitar, e não só a mulher, possam se envolver na busca dos melhores resultados, cada um exercendo sua função de acordo com suas características. Esse vínculo formado entre profissional de saúde,

mulher que amamenta e sua rede social é a melhor forma de promover uma educação crítica-reflexiva, pautada na problematização da realidade.

Nesse contexto, o enfermeiro tem a responsabilidade de ter uma visão holística da mulher no processo do aleitamento materno, apresentando, além da habilidade de conhecer os aspectos históricos, sociais, culturais e biológicos da amamentação, a capacidade de promover uma prática integralizadora, reunindo todos os membros que compõem a extensa rede social da mulher na busca de elevar os índices do aleitamento materno exclusivo.

Assim, após a identificação dos membros da rede social e suas funções, é preciso que novos estudos sejam desenvolvidos para que esses atores sejam agentes de mudanças da prática do aleitar, no sentido de acolher e cuidar da mulher nutriz durante o processo do aleitamento materno.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica – n.º 23. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 112 p.

2. Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. Rev. nutr. [Internet]. 2006 [acesso em: 05 out. 2010]; 19 (5): 623-630. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rn/v19n5/a10v19n5.pdf>.

3. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. [acesso 21 dez 2010]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf

4. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em municípios brasileiros - Situação do Aleitamento Materno em 227 municípios brasileiros, Brasília: Ministério da Saúde;2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_aleitamento_municipios_brasileiros.pdf. Acesso em 22/12/10.

5. Caminha MFC, Batista Filho M, Serva VB, Arruda IKG, Figueiroa JN, Lira PIC. Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. Rev. saúde pública. [Internet]. 2010 [acesso em 28 ago 2011]; 44(2): 240-248. Disponível em http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v44n2/03.pdf

6. Joca MT, Monteiro MAA, Barros SKS, Oliveira RL, Pinheiro AKB. Fatores que contribuem para o desmame precoce. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. [Internet] 2005 [acesso em 20 out 2011]; 9 (3): p. 356- 364. Disponível em http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1277/127715301004.pdf

7. Henry BA, Nicolau AIO, Américo CF, Ximenes LB, Bernheim RG, Oriá MOB. Factores socioculturales que influyen en la práctica de la lactancia entre mujeres de baja renta en Fortaleza, Ceará, Brasil: una perspectiva a partir del modelo del sol naciente de Leininger. Enferm. glob. [Internet]. 2010 [acesso em 15 nov 2012]; 9(2): p 1-13. Disponível em http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/clinica4.pdf).

8. Araújo OD, Cunha AL, Lustosa LR, Nery IS, Mendonça RCM, Campelo SMA. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2008 [acesso em 19 dez 2010]; 61 (4): 488-492. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n4/15.pdf

9. Basile ALO, Pinheiro MSB, Miyashita TM. Centro de Parto Normal intra-hospitalar. São Caetano do Sul: Yendis; 2007. p.53-66.

10. Pontes CM, Osório MM, Alexandrino AC. Building a place for the father as an ally for breast feeding. Midwifery. [Internet]. 2009 [acesso em 20 de ago 2011]; 25: 195–202. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17451851

11. Monte GCSB, Leal LP, Pontes CM. Avaliação do 4° passo para promoção do aleitamento materno em hospital amigo da criança. Rev. RENE. [Internet] 2012. [acesso em 30 out 2012]; 13(4):861-70. Disponível em http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1081/pdf

12. Gonçalves TR, Pawlowski J, Bandeira DR, Piccinini CA. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. Ciênc. saúde coletiva. [Internet]. 2011 [acesso em 10 out 2011]; 16(3):1755-1769. Disponível em http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/630/63018467012.pdf

13. Braga, NA. Redes sociais de suporte e humanização dos cuidados em saúde. In: Deslandes, SF, organizadores. Humanização dos cuidados em saúde. Conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 163-83.

14. Souza AM. Práticas familiares e o apoio à amamentação: revisão sistemática e metassíntese [dissertação] [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem; 2010. 154p. [acesso em 18 out 2011]. Disponível em www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde.../Alder_Mourao.pdf

15. Marques ES, Cotta RMM, Magalhães KA, Sant'ana LFR, Gomes AP, Siqueira-Batista R. A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. Ciênc. saúde coletiva. [Internet]. 2010 [acesso em 22 set 2011]; 15(Supl. 1): 1391-1400. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/049.pdf

16. Prefeitura do Recife. Atividades marcam a semana do aleitamento materno [Internet]. Recife; 2009. [acesso em 24 fev 2012]. Disponível em http://www.recife.pe.gov.br/2009/08/03/atividades_marcam_a_semana_do_aleitamento_materno_167873.php

17. Sanicola L. As dinâmicas de rede e o trabalho social. São Paulo: Veras Editora. 2008.

18. Brasileiro AA, Possobon RF, Carrascoza KC, Ambrosano GMB, Moraes ABA. Impacto do incentivo ao aleitamento materno entre mulheres trabalhadoras formais. Cad. saúde pública. [Internet]. 2010 [acesso em 19 dez 2010]; 26(9): 1705-1713 Disponível em http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n9/04.pdf

19. Silveira RB, Albernaz E, Zuccheto LM. Fatores associados ao início da amamentação em uma cidade do sul do Brasil. Rev. bras. saúde matern. infant. [Internet]. 2008 [acesso em 12 nov 2010]; 8 (1): 35-43. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n1/05.pdf

20. Silva BT, Santiago LB, Lamonier JA. Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. Rev. paul. pediatr. [Internet]. 2012 [acesso em 10 set 2012];30(1):122-30. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rpp/v30n1/18.pdf

21. Parizotto J, Zorzi NT. Aleitamento Materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. Mundo saúde [Internet]. 2008 [acesso em 12 nov 2010]; 32(4):466-474. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/65/08_Aleitamento_baixa.pdf

22. Marques ES, Cotta RMM, Araújo RMA. Representações sociais de mulheres que amamentam sobre amamentação e o uso de chupeta. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2009 [acesso em 03 out 2011]; 62(4): 562-9. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/12.pdf

23. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Série I. História da Saúde. Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007-2010). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede_amamenta_brasil_primeiros_passos.pdf

24. Reis KS, Soares FB, Lucca S, Carmo FC, Cruz NRC. Programas de incentivo ao aleitamento materno. NUTRIR GERAIS – Revista Digital de Nutrição [Internet]. 2008 [acesso em 11 dez 2012]; 2 (3). Disponível em http://www.unilestemg.br/nutrirgerais/downloads/artigos/volume3/artigo_6_rng_programas_aleitamento_materno.pdf

25. Ministério da Saúde (Brasil). Fundo das Nações Unidas para a Infância/Organização Mundial da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Iniciativa hospital amigo da criança: Revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo4.pdf >. Acesso em: 28/09/10.

26. Ministério da Saúde (Brasil). Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. Rede Amamenta Brasil. Caderno do Tutor. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 118p. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cadernotutor_amamenta.pdf

27. Moura AS. Rede Amamenta Brasil – Uma estratégia de promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção básica. 2011. Disponível em http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeon_icieon/mesas/04.pdf

28. Ministério da Saúde (Brasil). Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do DF. Plano de Ação da Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 98 p. Disponível em http://www.saude.df.gov.br/sites/100/163/00012607.pdf

29. Soares MLPV. Vencendo a desnutrição: Abordagem social. São Paulo: Salus Paulista; 2002. p. 31-51.

30. Sanicola L. L'intervento di rete. Una Innovazione nel lavoro sociale. In: Reti socialização e intervento professionale. Napoli: Liguori Editore; 1995. p. 101-11.

31. Zaccarin S, Rivellini G. Reti di relazioni e comportamento individuale: lápproccio della social network analysis [Internet] 2000. [acesso em 05 mai 2012]; 71. Working Paper. Dip.to Di Sc. Econ. E Statistiche, Università di Trieste. Disponível em: http://www2.units.it/nirdses/sito_inglese/Webpages/zaccarin.html< http://www.univ.trieste.it/

32. Simioni AS, Geib LTC. Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2008 [acesso em 22 nov 2010]; 61(5):645-51. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a03v61n5.pdf

33. Matsukura TS, Marturano EM, Oishi J. O questionário de suporte social (ssq): estudos da adaptação para o português. Rev. latinoam. enferm. [Internet]. 2002 [acesso em 12 out 2011]; 10(5):675-81. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a8.pdf

34. Ribeiro JLP. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). Anál. psicol. [Internet]. 1999 [acesso em 09 nov 2011]; 3 (XVII): 547-558 Disponível em: http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v17n3/v17n3a10.pdf

35. Turnbull-Plaza B, Escalante-Izeta E, Klunder-Klunder M. The role of social networks in exclusive breastfeeding. Rev. Méd. Inst. Mex. Seguro Soc. [Internet]. 2006 [acesso em 12 nov 2011]; 44(2):97-104. Disponível: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16674855

36. Li R, Magadia J, Fein SB, Grummer-Strawn LM. Risk of Bottle-feeding for Rapid Weight Gain During the First Year of Life. Arch. pediatr. adolesc. med. [Internet]. 2012 [acesso em 10 mai 2012]; 166(5):431-6. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22566543

37. Olang B, Heidarzadeh A, Strandvik B, Yngve A. Reasons given by mothers for discontinuing breastfeeding in Iran. Int. breastfeed. j. (Online). [Internet]. 2012 [acesso em 10 mai 2012]; 7(1):7. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3407704/pdf/1746-4358-7-7.pdf

38. Souza MHN, Souza IEO, Tocantins FR. O uso do quadro metodológico rede social na assistência de enfermagem a mulheres que amamentam. Rev. latinoam. enferm. [Internet]. 2009 [acesso em 05 mai 2012]; 17 (3): 1-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_12.pdf

39. Müller FS, Silva IA. Social representations about support for breastfeeding in a Group of breastfeeding women. Rev. latinoam. enferm. [Internet]. 2009 [acesso em 15 dez 2011];17(5):651-7. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n5/09.pdf

40. Frota MA, Mamede ALS, Vieira LJES, Albuquerque CM, Martins MC. Práticas culturais sobre aleitamento materno entre famílias cadastradas em um programa de saúde da família. Rev. Esc. Enferm. USP. [Internet]. 2009 [acesso em 05 mai 2012]; 43(4):895-901. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a22v43n4.pdf

41. Ali S, Ali SF, Imam AM, Ayub S, Billoo AG. Perception and practices of breastfeeding of infants 0-6 months in an urban and a semi-urban community in Pakistan: a cross-sectional study. J. Pak. Med. Assoc. [Internet]. 2011[acesso em 18 mai 2012]; 61(1):99-104. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22368919

42. Rivemales MC, Azevedo ACC, Bastos PL. Revisão sistemática da produção científica da enfermagem sobre o desmame precoce. Rev. enferm. UERJ. [Internet]. 2010 [acesso em 20 out 2011]; 18(1):132-7. Disponível em: http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a23.pdf

43. Pontes CM, Alexandrino AC, Osório MM. O envolvimento paterno no processo da amamentação: propostas de incentivo. Rev. bras. saúde matern. infant. [Internet]. 2009 [acesso em 16 ago 2011]; 9 (4): 399-408. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v9n4/a03v9n4.pdf

44. Issler H, Douek PC, André LM, Goldstein SR, Issa LJ, Fujinami PI, Zaia FV, Hashimoto S. Fatores socioculturais do desmame precoce: estudo qualitativo. Pediatria (São Paulo). [Internet]. 2010 [acesso em 12 nov 2011]; 32(2):113-20 Disponível: http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/1341.pdf

45. Kenosi M, Hawkes CP, Dempsey EM, Ryan CA. Are fathers underused advocates for breastfeeding? Ir. med. j. [Internet]. 2011 [acesso em 18 mai 2012]; 104(10):313-5. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22256447

46. Paulics V, Piani PP. Rezadeiras e médicos superam preconceitos e se tornam parceiros na redução da mortalidade infantil. Saúde. Programa Soro, Raízes e Rezas. Maranguape-CE. 2003. Disponível em http://www.eaesp.fgvsp.br/subportais/ceapg/Acervo%20Virtual/Cadernos/Experi%C3%AAncias/2003/CEARA-Maranguape.pdf

47. Maciel MRA, Guarim Neto G. Um olhar sobre as benzedeiras de Juruena (Mato Grosso, Brasil) e as plantas usadas para benzer e curar. Bol. Mus. Para. Emilio Goeldi Ciênc. hum. [Internet]. 2006 [acesso em 15 nov 2012]; 1 (3):61-77. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/bgoeldi/v1n3/v1n3a03.pdf

48. Coutinho SB, Lira PIC, Carvalho LM, Ashworth A. Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. Lancet. [Internet]. 2005 [acesso em 29 out 2011]; 366 (9491): 1094-1100. Disponível em: http://www.dors.it/latte/docum/comparazione%20di%202%20sistemi%20di%20promozione%20allattamento.pdf

49. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. O trabalho do agente de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 86p.

50. Cesar JA, Mendoza-Sassi RA, Ulmi EF, Dall'Agnol MM, Neumann NA. Diferentes estratégias de visita domiciliar e seus efeitos sobre a assistência pré-natal no extremo Sul do Brasil. Cad. saúde pública.

[Internet]. 2008 [acesso em 15 nov 2012]; 24(11):2614-2622. Disponível em http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n11/16.pdf

51. Caldeira AP, Aguiar GN, Magalhães WAC, Fagundes GC. Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em Equipes de Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Cad. saúde pública [Internet]. 2007 [acesso em 05 mai 2012]; 23(8):1965-1970. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n8/23.pdf

52. Martins MC, Montrone AVG. Implementação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação: educação continuada e prática profissional. Rev. eletrônica enferm. [Internet]. 2009 [acesso em 15 nov 2012];11(3):545-53. Disponível em http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n3/pdf/v11n3a11.pdf

53. Cardoso LO, Vicente AST, Damião JJ, Rito RVVF. Impacto da implementação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação nas prevalências de aleitamento materno e nos motivos de consulta em uma unidade básica de saúde. J. pediatr. (Rio J.). [Internet]. 2008 [acesso em 26 nov 2012]; 84(2): 147-153. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/jped/v84n2/v84n2a10.pdf.

54. Caldeira AP, Fagundes GC, Aguiar GN. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. Rev. saúde pública. [Internet]. 2008 [acesso em 23 out 2011]; 42 (6): 1027-33. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2009/antonio_prates_caldeira.pdf

55. Baptista GH, Andrade AHHKG, Giolo SR. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. Cad. saúde pública. [Internet]. 2009 [acesso em 18 dez 2011]; 25(3):596-604 Disponível: http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n3/14.pdf

56. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento materno. Nota técnica conjunta nº 01/2010. Anvisa e Ministério da Saúde. Assunto: sala de apoio à amamentação em empresas. 2004. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sala_apoio_amamentacao_empresas.pdf.

57. CLT Vade Mecum Acadêmico de Direito. 15 ed. São Paulo: Rideel; 2012.

58. Ministério da Saúde (Brasil), Área técnica de saúde da criança e aleitamento materno. Síntese das políticas de saúde da criança e aleitamento materno. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm_saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35137

59. Vasconcelos MGL, Lira PIC, Lima MC. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [Internet]. 2006 [acesso em 12 dez 2012]; 6 (1): 99-105. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n1/a12v6n1.pdf

60. Chapman DJ, Pérez-Escamilla R. Breastfeeding among minority women: moving from risk factors to interventions. Adv. food nutr. res. [Internet]. 2012 [acesso em 18 mai 2012];3(1):95-104. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22332107

61. Jennifer F, Elaine B, Athena S, Virginia S. We only talk about breast feeding: A discourse analysis of infant feeding messages in antenatal group-based education. Midwifery.[Internet]. 2012 [acesso em 18 mai 2012]; 26: [cerca de 8 paginas]. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Jennifer%20F%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22541692

62. Marques MCS, Melo AM. Amamentação no alojamento conjunto. Rev. CEFAC. [Internet]. 2008 [acesso em 13 set 2010]; 10 (2): 261-271. Disponível em: < http://www.revistacefac.com.br/revista102/artigo261.pdf>

63. Burns E, Fenwick J, Sheehan A, Schmied V. Mining for liquid gold: midwifery language and practices associated with early breastfeeding support. Matern. child nutr. [Internet]. 2012 [acesso em 18 mai 2012]; 9: [Cerca de 8 páginas]. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22405753

64. Junges CF, Ressel LB, Budó MLD, Padoin SMM, Hoffmann IC, Sehnem GD. Percepções de puérperas quanto aos fatores que influenciam o aleitamento materno. Rev. gaúch. enferm. [Internet]. 2010 [acesso em 03 mar 2012]; 31(2):343-50. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n2/20.pdf

65. Lamounier JA, Bouzada MCF, Janneu AMS, Maranhão AGK, Araújo MFM, Vieira GO, Vieira TO. Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mais de uma década no Brasil: repensando o futuro. Rev. paul. pediatr. [Internet]. 2008 [acesso em 08 fev 2010]; 26 (2): 161-9. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rpp/v26n2/a12v26n2.pdf>

66. Quijano FME. Promoting factors for breastfeeding: the role of health professionals. Gac. méd. Méx. [Internet]. 2011[acesso em 18 mai 2012];147 Suppl 1:32-8. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22352126

67. Araújo RMA, Almeida JAG. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. Rev. nutr. [Internet]. 2007 [acesso em 12 ago 2010]; 20 (4): 431-438. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rn/v20n4/10.pdf>.

68. Narchi NZ, Fernandes RAQ, Dias LA, Novais DH. Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. Rev. Esc. Enferm. USP. [Internet]. 2009 [acesso em 15 out 2010]; 43 (1): 87-94. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/11.pdf>

69. Audi CAF. Factors associated with infant feeding practices after hospital discharge. Rev. saúde pública. [Internet]. 2005 [acesso em 15 mai 2010]; 39 (3): 406-412. Disponível em: < http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v39n3/24794.pdf>

70. Cruz DCS, Sumam NS, Spíndola T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. Rev. Esc. Enferm. USP. [Internet]. 2007 [acesso em 09 set 2010]; 41(4): [cerca de 8 p]. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/20.pdf

71. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/agenda_compro_crianca.pdf

72. Vivancos RBZ, Leite AM, Furtado MCC, Góes FSN, Haas VJ, Scochi CGS. Feeding newborns after hospital discharge from a Baby-Friendly Health Care Institution. Acta paul. enferm. [Internet]. 2008 [acesso em 10 nov 2010]; 21(3): 439-43. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/09.pdf

73. Coutinho SB, Lima MC, Ashworth A, Lira PIC. Impacto de treinamento baseado na Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre práticas relacionadas à amamentação no interior do Nordeste. J. pediatr. (Rio J.). [Internet]. 2005 [acesso em 24 out 2011];81(6):471-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/%0D/jped/v81n6/v81n6a11.pdf

74. Fonseca LMM, Scochi CGS, Mello DF. Educação em saúde de puérperas em alojamento conjunto neonatal: aquisição de Conhecimento mediado pelo uso de um jogo educativo. Rev. latinoam. enferm. [Internet]. 2002 [acesso em 04 mai 2012]; 10(2):166-71. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/10510.pdf

75. Oliveira PMP, Rebouças CBA, Pagliuca LMF. Literatura de cordel como meio de promoção para o aleitamento materno. Esc. Anna Nery Rev. Enferm [Internet]. 2008 [acesso em 04 mai 2012];12 (2): 217-23. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a03.pdf

76. Hoddinott P, Craig L, Maclennan G, Boyers D, Vale L. Process evaluation for the FEeding Support Team (FEST) randomised controlled feasibility trial of proactive and reactive telephone support for breastfeeding women living in disadvantaged areas. BMJ (Ed. port.). [Internet]. 2012 [acesso em 10 mai 2012]; 2(2): 1-13. Disponível em: http://bmjopen.bmj.com/content/2/2/e001039.full.pdf+html

77. Fujimori M, Morais TC, FEL, Toledo OR, Honório-França AC. Percepção de estudantes do ensino fundamental quanto ao aleitamento materno e a influência da realização de palestras de educação em saúde. J. pediatr. (Rio J.). [Internet]. 2008 [acesso em 04 mai 2012]; 84 (3): [cerca de 8 páginas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jped/v84n3/v84n3a07.pdf

78. Ministério da Educação (Brasil). Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. 2001. Disponível em http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf

79. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & contexto enferm. [Internet]. 2008[acesso em 15 ago 2011]; 17(4): 758-64. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf

80. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein(São Paulo). [Internet]. 2010 [acesso em 17 mai 2011];8(1):102-6. Disponível em apps.einstein.br/revista/.../1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf

81. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. J. adv. nurs. [Internet]. 2005 [acesso em 17 nov 2011];52(5), 546–553. Disponível em http://users.phhp.ufl.edu/rbauer/EBPP/whittemore_knafl_05.pdf

82. Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura [dissertação] [Internet]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005. [acesso em 13 ago 2012]. Disponível em www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/...18072005.../URSI_ES.pdf

83. Galvão CM. Níveis de evidência [Editorial]. Acta paul. enferm. [Internet]. 2006 [acesso em 20 out 2012];19(2). Disponível: http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a01v19n2.pdf

84. Polit DF, Beck CT. Fundamentos da pesquisa em enfermagem. Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

85. Prefeitura do Recife. Distrito Sanitário IV [Internet]. Recife; 2012. [acesso em 22 out 2011]. Disponível em http://www.recife.pe.gov.br/2007/07/04/mat_144847.php

86. Brandalise LT. Modelos de medição de percepção e comportamento – Uma revisão. [S.l. : s.n.], 2005. Disponível em http://www.lgti.ufsc.br/brandalise.pdf

87. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (Brasil); 2012. [acesso em 20 out 2012]. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/

88. Presidência da República (Brasil), Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF; 1990 [acesso em 2012 out 21]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm

89. Pasquali L. Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e educação. 4ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2003. p.106-8.

90. Boni V, Quaresma SJ. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Rev em tese. [Internet] 2005 [acesso em 26 jan 2012]; 2 (3). p. 68-80. Disponível em http://www.journal.ufsc.br/index.php/emtese/article/viewFile/18027/16976

91. Vieira S. Bioestatística – Tópicos Avançados. 3ª edição. Elsevier, 2010.

92. Albernaz E, Victora C. Impacto do apoio à lactação sobre a duração do aleitamento e o consumo de leite materno [tese] [Internet]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Medicina; 2001. [acesso em 21 out 2012]. Disponível em http://www.epidemio-ufpel.org.br/uploads/teses/tese_albernaz.pdf

93. Cunha US, Machado SA, Figueiredo Filho A. Uso de Análise exploratória de Dados e de Regressão robusta e Avaliação do Crescimento de Espécies Comerciais de terra firme da Amazônia. Rev. Árvore [Internet]. 2002 [acesso em 16 nov 2012]; 26(4):391-402. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rarv/v26n4/a01v26n4.pdf

94. Ministério da Saúde (Brasil), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília, DF; 1996. [acesso em 2011 mar. 10]. Disponível em: http://www.unifesp.br/reitoria/orgaos/comites/etica/resolucoes03.php

APÊNDICES

APÊNDICE A

Quadro 1 Estudos que atenderam aos critérios de inclusão da revisão integrativa da literatura. Recife-PE, 2011.

Autor/ Ano/ Título	Objetivos	Métodos/ Sujeitos/Nível de Evidência	Principais resultados
Teixeira MA, Nitschke RG, Gasperi P, Siedler MJ[10] 2006. *Significados de avós sobre a prática do aleitamento materno no cotidiano familiar: a cultura do querer-poder amamentar.*	Compreender como os avós experienciaram e/ou vivenciaram a prática do aleitamento materno no cotidiano familiar e refletir sobre seus significados	Descritivo, qualitativo Avós Nível 4	As diferenças de cultura (valores, crenças, tabus) determinam a decisão do ato de amamentar e a ausência do apoio dos profissionais de saúde e dos familiares contribuem para o desmame precoce, mesmo as avós considerando a importância do aleitamento materno para a mãe, filho, família e sociedade.
Müller FS, Silva IA[11] 2009 *Social representations about support for breastfeeding in a Group of breastfeeding women.*	Conhecer as representações sociais sobre o apoio à amamentação e identificar quais são as ações da rede social percebidas pelas mulheres.	Descritivo, qualitativo Nutrizes Nível 4	As representações das mulheres sobre o apoio para amamentar são constituídas pelas ações disponíveis no contexto: Hospitalar – orientações sobre pega correta, massagem e ordenha e AME à livre demanda. Familiar – o companheiro como principal apoiador e incentivador, filha mais velha e irmãs (afazeres domésticos), bem como os amigos da igreja. Trabalho – falta apoio. Os direitos trabalhistas não são respeitados.
Souza MHN, Souza IEO, Tocantins FR[12] 2009. *Abordagem da fenomenologia sociológica na Investigação da mulher que amamenta.*	Compreender a ação das mulheres que amamentam ao se relacionarem com sua rede social de apoio (por que procuraram outras pessoas e para quê)	Qualitativo Nutrizes Nível 4	As mulheres encontraram 3 tipos de apoio da rede social primária (parentes, vizinhos ou amigos): apoio material; auxílio nas atividades domésticas e cuidar de filhos mais velhos.
Braga DF, Machado MMT, Bosi MLM[13] 2008. *Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros:*	Investigar percepções e vivências das mães de recém-nascidos prematuros que amamentaram exclusivamente do 4º ao 6º mês de vida.	Seccional exploratório, qualitativo. Puérperas, mães de RN prematuros.	O apoio instrumental e informativo dos profissionais de saúde (explicando a pega, posição correta e os benefícios da amamentação) foram essenciais para a decisão e permanência da prática. No entanto, ao retornarem para o domicílio, as pessoas próximas

percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado.		Nível 4	(amigas e familiares) forneciam opiniões, contrárias àquelas repassadas pelos profissionais e pouco motivadoras para o incentivo ao aleitamento materno.
Buchala LM, Moraes MS[14] 2005. *Amamentação vivenciada com sucesso por um grupo de Mulheres.*	Compreender como as mulheres que amamentam seus filhos vivenciam esse processo, mesmo diante do caráter subjetivo, social e cultural que influenciam a decisão de amamentar.	Descritivo, qualitativo. Puérperas Nível 4	A rede social (os profissionais de saúde, a família, principalmente o companheiro, e a religião) foi citada pelas mulheres como favorecedora do processo de aleitamento, assim como os sentimentos positivos em relação ao aleitar e a confiança no leite materno.
Marques ES Cotta RMM, Magalhães KA, Sant'Ana FR, Gomes AP, Batista RS[15] 2010. *A Influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde.*	Levantar e categorizar trabalhos científicos sobre a influência da rede social da lactante no contexto da amamentação.	Revisão bibliográfica. Rede social da lactante. Nível 4	Os atores que compõem a rede social da nutriz (marido, mãe, avó e os profissionais de saúde) são capazes de exercer interferência na decisão de amamentar, através de diferentes âmbitos: incentivo/apoio à iniciativa; repasse de conhecimentos, valores culturais e experiências anteriores; tradição familiar e cultivo do desinteresse/ desestímulo e da pressão exercida sobre a lactante em relação à forma de alimentar a criança.
Morgado CM[16] 2009. *Rede e apoio social e práticas alimentares de crianças no quarto mês de vida.*	Investigar a associação entre rede e apoio social e as práticas alimentares de lactentes no quarto mês de vida.	Dissertação. Seccional, coorte prospectiva. Lactentes Nível 4	Mães que referiram menor número de parentes e baixo apoio social apresentaram maior chance de introduzir o aleitamento artificial precoce, quando comparadas com aquelas que contavam com parentes ou com nível alto de apoio social. O baixo apoio social na dimensão emocional/informação apresentou associação com aleitamento materno predominante.
Souza MHN, Souza IEO, Tocantins FR[17] 2009. *A Utilização do referencial metodológico de rede social na assistência de enfermagem a mulheres que*	Discutir a contribuição do referencial metodológico de rede social na assistência de enfermagem	Descritivo, qualitativo Nutrizes Nível 4	A análise das redes sociais evidenciou a presença de vínculo "forte" dessas mulheres com membros da rede primária, especialmente com amigas, vizinhas, sua mãe ou com o pai da criança, revelando serem essas as pessoas mais envolvidas com elas durante a amamentação.

amamentam.			
Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE[18] 2008. *Apoyo para la lactancia materna.*	Avaliar a eficácia do apoio às mães que amamentam.	Revisão Sistemática da Colaboração Cochrane 34 estudos (29385 pares de mãe e recém-nascido) de 14 países. Nível 1	O apoio recebido foi significativo para o aleitamento materno total; A duração da amamentação foi mais significativa para o binômio que teve tanto o apoio dos profissionais quanto o apoio dos não profissionais; O aleitamento materno exclusivo foi mais significativo quando as mães receberam treinamento da OMS/UNICEF; A nutriz não está satisfeita com o apoio recebido.
Su L-L, Chong Y-S, Chan Y-H, Chan Y-S, Fok D, Tun K-T, Rauff M[19] 2007. *Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breast feeding: randomised controlled trial.*	Investigar se a educação no pré-natal sobre aleitamento materno e o apoio à lactação no pós-parto melhoram as taxas de aleitamento materno exclusivo em comparação com as rotinas de cuidados hospitalares.	Ensaio Clínico Randomizado Puérperas Nível 2	O estudo evidenciou que as mulheres que receberam cuidados de rotina, comparado com as mulheres do grupo de apoio pré e pós-natal que tiveram práticas educativas foram mais propensos a amamentar exclusivamente, demonstrando que os profissionais de saúde serviram como uma rede social positiva.
Albernaz E, Araújo CL, Tomasi E, Mintem G, Giugliani E, Matijasevich A, Onis M, Barros FC, Victora CG[20] 2008. *Influência do apoio à amamentação nas tendências das taxas de aleitamento materno da cidade de Pelotas (RS), 1982-2004.*	Avaliar a influência do apoio à amamentação sobre as taxas de aleitamento materno no município de Pelotas (RS).	Coorte transversal. Crianças Nível 4	Os resultados apontaram que houve influência positiva do apoio à amamentação, principalmente após as capacitações realizadas com a equipe de saúde, havendo aumento nas taxas de aleitamento materno exclusivo.
Osman H, Chaaya M, Zein LE, Naassan G, Wick L[21] 2010. *What do first-time mothers worry about? A study of usage patterns*	Testar a viabilidade de usar o telefone como uma intervenção para um suporte materno pós-parto	Prospectivo Puérperas Nível 4	As parteiras foram para as puérperas uma rede de apoio social positiva, pois ao utilizarem o telefone, tiravam muitas dúvidas sobre a amamentação, demonstrando bastante satisfação.

and content of calls made to a postpartum support telephone hotline.			
Dennis C-L, Hodnett E, Gallop R, Chalmers B[22] 2002. *The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial.*	Avaliar o efeito do apoio de pares (de mãe para mãe) sobre o aleitamento materno.	Ensaio Clínico Randomizado. Nutrizes Nível 2	Houve aumento estatisticamente significante do aleitamento materno entre as mulheres do grupo de apoio em comparação com o grupo controle. As taxas de aleitamento materno em 4, 8 e 12 semanas pós-parto foram 92,4%, 84,8% e 81,1%, respectivamente entre as mães do grupo de apoio, em comparação com 83,9%, 75,0% e 66,9% entre aqueles no grupo controle. As novas mães demonstraram satisfação com o apoio recebido.
Machado MMT, Bosi MLM[23] 2008. *Compreendendo a prática do aleitamento exclusivo: um estudo junto a lactantes usuárias da Rede de Serviços em Fortaleza, Ceará, Brasil.*	Abordar percepções e vivências de mulheres que amamentaram exclusivamente por seis meses; retratar suas atitudes e o significado que a amamentação tem para elas, esclarecendo como se originou e se sustentou no grupo a prática da amamentação exclusiva.	Qualitativo Nutrizes Nível 4	Opiniões e conselhos advindos de avós, maridos, profissionais de saúde e pessoas próximas constituem elementos de forte significado para as nutrizes. O pai é reconhecido pelas mulheres como um auxílio valioso no compartilhamento das atividades domésticas e na ajuda com o filho.
Oliveira MIC, Camacho LAB, Souza IEO[24] 2005. *Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência.*	Avaliar uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno do Estado do Rio de Janeiro.	Avaliação de serviço Gestantes e puérperas Nível 5	A política apresentada demonstrou que houve um aumento nas taxas de aleitamento materno quando as mulheres receberam orientações, apoio e ajuda pelos profissionais de saúde no manejo da amamentação. Acerca da satisfação da mulher com o apoio, surgiram 5 categorias: "nenhum apoio", "apoio dúbio", "apoio como incentivo", "apoio no manejo" e "apoio como parceria".
Pinto TV[25] 2008. *Promoção, Protecção e Apoio ao Aleitamento Materno na Comunidade - Revisão das Estratégias no*	Fazer uma revisão das estratégias cujo sucesso tenha sido comprovado na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no contexto comunitário, durante a gravidez e	Revisão Integrativa da literatura Gestantes e nutrizes Nível 4	O pai ou o companheiro e as avós, os quais influenciam a tomada de decisão da mulher em relação ao aleitamento materno. A postura do pai como parceiro na prática do aleitamento materno parece ser determinante para o seu sucesso e para a satisfação do casal. As avós,

Período Pré-natal e Após a Alta.	após a alta hospitalar.		sobretudo a materna, desempenham também uma influência importante pelo aconselhamento que prestam, o qual pode ser favorável ou não à amamentação. As sessões de educação em saúde em grupo no pré-natal, ministradas pelos profissionais de saúde foram intervenções que se mostraram eficazes. Após a alta hospitalar, as visitas domiciliares demonstraram ser a maior forma de apoio dos profissionais, uma vez que lhes permitiram conhecer o ambiente familiar *in loco*, bem como as dificuldades e potencialidades do casal/família.
Ramos CV, Almeida JAG[26] 2003. *Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo.*	Desvelar as alegações maternos sobre o desmame precoce.	Descritivo, qualitativo. Nutrizes em processo de desmame Nível 4	Além das alegações comuns sobre o leite materno, intercorrências da mama puerperal e falta de experiência, também foi enfatizado como motivo para o desmame precoce a falta de apoio exercida pelos familiares e amigos no retorno para casa, nas atividades domésticas e nos cuidados com o RN. Outros motivos foram as orientações contraditórias dadas pelas mães e irmãs das nutrizes, às quais incentivavam a introdução de outro tipo de alimento. E o trabalho foi revelado como elemento dificultador ou impeditivo para a amamentação.
Susin LRO, Giugliani ERJ, Kummer SC[27] 2005. *Influência das avós na prática do aleitamento Materno.*	Verificar a influência das avós na prática do aleitamento materno.	Quantitativo, prospectivo. Puérperas com um, dois, quatro e seis meses pós-parto. Nível 4	As seguintes variáveis mostraram associação significativa com interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês e nos seis meses: avós maternas e paternas que aconselhavam o uso de água ou chá e de outro leite. Contato não diário com a avó materna foi fator de proteção para a manutenção da amamentação aos seis meses.
Ichisato SMT, Shimo AKK[28] 2006. *Vivência da amamentação: lactogogos e rede de suporte.*	Identificar o momento e os motivos que levaram as mulheres a fazer uso de lactogogos regionais como suporte ao aleitamento materno e quais os lactogogos utilizados e os fundamentos do senso comum referidos como	Descritivo, exploratório, qualitativo. Nutrizes Nível 4	As mulheres fazem uso de lactogogos para aumentar a produção láctea, muitas vezes influenciadas pelas mães, avós e sogras, as quais transmitem para elas valores culturais e práticas familiares.

	suporte para esse uso.		
Teixeira MA, Nitschke RG[29] 2008. *Modelo de cuidar em enfermagem junto às mulheres-avós e sua família no cotidiano do processo de amamentação.*	Refletir sobre a implementação do modelo de cuidar em enfermagem junto a três mulheres-avós e sua família em processo de amamentação para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no cotidiano familiar	Descritivo, qualitativo Mulheres-avós Nível 4	A mulher-avó é herdeira de um processo cumulativo de conhecimentos provenientes de sua vivência e experiências adquiridas ao longo dos anos, por isso é respeitada e valorizada, influenciando para o desmame precoce, com suas práticas de oferecimento de líquidos e outros alimentos para crianças antes dos 6 meses de idade.
Machado ARM, Nakano AMS, Almeida AM, Mamede MV[30] 2004. *O lugar da mãe na prática da amamentação de sua filha nutriz: o estar junto.*	Compreender o significado da prática de amamentar entre mães e filhas nutrizes bem como, identificar como a mãe se percebe como suporte à sua filha nutriz e viceversa.	Descritivo, qualitativo Nutrizes e avós Nível 4	Ambas as gerações reconhecem a importância do AM para a criança, assim com a vontade e a paciência para amamentar como fundamentais para a sua eficácia. Houve um compartilhamento de experiências e valores (passado X presente) e não foi encontrada uma hierarquia e sim influências recíprocas.
Piazzalunga CRC, Lamounier JA[31] 2011. *O contexto atual do pai na amamentação: uma abordagem qualitativa.*	Compreender, sob a ótica paterna e no contexto familiar, o papel que o pai exerce durante o aleitamento materno e os fatores que facilitam ou dificultam sua participação nesse processo.	Descritivo, qualitativo Pais Nível 4	A chegada do filho promove a transformação do casal em família nuclear, com a emergência de novas responsabilidades. A colaboração em tarefas de cuidador do bebê permite não só os sentimentos tradicionais da paternidade, mas de participante ativo (não apenas observador) das relações familiares. Há um crescente interesse do pai em participar e saber mais sobre o assunto.
Hoddinott P, Britten J, Prescott G J, Tappin D, Ludbrook A, Godden D J[35] 2008. *Effectiveness of policy to provide breastfeeding groups (BIG) for pregnant and breastfeeding mothers in primary care: cluster randomised controlled trial.*	Avaliar a eficácia de um grupo de aleitamento materno	Ensaio clinico randomizado Gestantes e puérperas Nível 2	Não houve diferença estatisticamente significante entre a taxa de aleitamento materno das mulheres que participaram e não participaram de grupos de apoio.
Oliveira MIC, Camacho LAB[36] 2002. *Impacto das Unidades Básicas*	Verificar o impacto de um conjunto de procedimentos e estratégias efetivas de	Estudo de avaliação de serviço	As estratégias dos profissionais de saúde não foram efetivas, pois o desempenho foi considerado regular em 13 unidades e fraco em 11

de Saúde na duração do aleitamento materno exclusivo.	promoção, proteção e apoio à amamentação, realizadas no pré-natal e na pediatria de unidades básicas de saúde, sobre a amamentação exclusiva em bebês menores de 6 meses.	Unidades Básicas de Saúde (gestantes, puérperas, diretores das UBS e profissionais de saúde) Nível 5	unidades. Foi encontrada uma expectativa de duração do aleitamento materno exclusivo de 1,6 meses para os bebês menores de 6 meses assistidos pelo bloco de unidades de desempenho regular, e de 1,1 mês para os bebês acompanhados pelo bloco de desempenho fraco.
Graffy J, Taylor J, Williams A, Eldridge S[37] 2004. *Randomised controlled trial of support from volunteer counsellors for mothers considering breast feeding.*	Investigar se o apoio de voluntários na amamentação pode aumentar as taxas de aleitamento materno.	Ensaio Clínico Randomizado Nutrizes Nível 2	As mulheres valorizaram o apoio de um conselheiro no aleitamento materno, mas a intervenção não foi estatisticamente significante, não havendo aumento nas taxas de aleitamento materno.
MacArthur C, Jolly K, Ingram L, Freemantle N, Dennis C-L, Hamburger R, Brown J, Chambers J, Khan K [38] 2008. *Antenatal peer support workers and initiation of breast feeding: cluster randomised controlled trial.*	Avaliar um serviço de pré-natal que apóia o aleitamento materno	Ensaio Clínico Randomizado Gestantes Nível 2	O serviço de pré-natal não foi eficaz no seu apoio ao aleitamento materno, uma vez que não houve diferença estatisticamente significante entre os grupo controle e grupo de intervenção.
Muirhead PE, Butcher G, Rankin J, Munley A[39] 2006. T*he effect of a programme of organised and supervised peer support on the initiation and duration of breastfeeding: a randomised trial.*	Testar se um programa específico de apoio à amamentação interfere no início e duração do aleitamento materno	Ensaio Clínico Randomizado Gestantes e puérperas Nível 2	O programa não serviu como uma rede de apoio à amamentação, pois não houve diferença estatística entre o grupo controle e o grupo de intervenção, o qual foi acompanhado no pré-natal e até 16 semanas pós-parto, enquanto o grupo controle só recebeu apoio no pré-natal.
Silva IA[41] 2005. *A vivência*	Conhecer os principais elementos interferentes	Descritivo, qualitativo	Quando o ambiente de trabalho ou estudo não dispõe de uma área

de amamentar para trabalhadoras e estudantes de uma universidade pública.	no processo de amamentação vivenciado por trabalhadoras e estudantes de uma universidade pública do Estado de São Paulo	Puérperas Nível 4	destinada à ordenha e armazenamento do leite,ou mesmo quando a legislação trabalhista não é cumprida, ocorre mais facilmente o desmame precoce, sendo estes "não apoiadores" do aleitamento materno. Além disso, os cuidadores que ficam com os bebês (em creches ou no domicílio) não sabem manusear o leite ordenhado, dificultando ainda mais a manutenção da amamentação. O principal elemento de ajuda para essas mulheres é o apoio dos familiares e colegas que buscam incentivar o aleitamento e valorizar a ação da mulher, apesar das dificuldades encontradas por elas. O fato de ter alguém que além de cuidar da criança, valorize seu esforço ofertando o leite materno em sua ausência é de grande valia.

APÊNDICE B

Roteiro de Entrevista
(Criado a partir da dissertação de Souza[12], 2010)

VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS:
Dados de identificação da mulher: Prontuário: _____
Idade: _____
Estado civil: 1.( )Solteira 2.( ) Casada 3.( )União estável
Número de filhos: _____
Amamentou filhos anteriores até o 6º mês: 1. ( ) Sim 2.( ) Não 3.( ) Não se aplica
Profissão: _____
Religião: 1.( ) católica 2.( )evangélica 3.( )espírita 4.( )outros

VARIÁVEIS SÓCIO-ECONÔMICAS
Renda familiar: _____
Escolaridade materna: _____
Possui vinculo empregatício: 1.( ) SIM 2.( ) NÃO
Tipo de trabalho: _____ ( ) Não se aplica
Condições de moradia: 1.( )casa própria 2.( )casa alugada 3. ( ) Cedida

VARIÁVEIS MATERNAS
Realizou consulta de pré-natal? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não
Número de consultas: _____ ( ) Não se aplica
Intercorrência na última gestação? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não
Qual?_____ ( ) Não se aplica
IG do último filho ao nascer?_____
Está amamentando? 1. ( ) Sim exclusivamente 2. ( ) Sim mista 3. ( ) Não
Quanto tempo amamentou exclusivamente o filho? ( ) Não se aplica
Idade do bebê no momento da entrevista:_____

PRÁTICAS MATERNAS (NUTRIZ) DE APOIO À AMAMENTAÇÃO:

CATEGORIA I – Apoio Emocional

Você mantém/manteve a autoestima elevada na amamentação do seu filho?
1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Você acha que é/foi perseverante (insistente) na amamentação do seu filho?
1.( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Você consegue/conseguiu reconhecer as pessoas que poderiam lhe ajudar na amamentação?
1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Você sente/sentia orgulho ao amamentar?
1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Você conversa/conversava com outras mulheres que também estavam amamentando para trocar experiências?
1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Quando você precisa/precisava de ajuda à noite para amamentar seu filho, você se sentia à vontade para acordar seu companheiro?
1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

CATEGORIA II – Apoio Instrumental

Na gestação você participou de atividades (educativas) em grupo sobre amamentação?
1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

No pré-natal lhe ensinaram as posições para amamentar?
1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Se sim, você treinou essas posições em casa?
1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Você dedica/dedicava tempo para amamentar seu filho?
1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Quando você vai/ia amamentar, você deixa/deixava perto tudo que poderia precisar, como por exemplo, água e almofada?
1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Em momentos de dificuldade na amamentação, você pede/pedia ajuda?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

No caso de amamentação mista (peito e mamadeira), você descansa/descansava enquanto outra pessoa alimenta/alimentava o bebê?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

CATEGORIA III – Apoio Informativo

Você chegou a falar para alguém quais eram as pessoas que você tinha certeza que iriam lhe apoiar?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Quando tem/tinha dúvidas, você pede/pedia conselhos para amigos ou família?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Você chegou a falar para alguém seus desejos/vontades em relação ao ser mãe?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

CATEGORIA IV – Apoio Presencial

Você acha que quando está/estava amamentando, o seu tempo é/era dedicado para o seu bebê?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

CATEGORIA V – Auto-apoio

Você espera/esperava que vai/ia conseguir amamentar?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5.( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Quando você está/estava amamentando, você se sente/sentia mais próxima do seu bebê?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Você confia/confiava em você mesma em relação à amamentação?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Você deseja/desejava que dê/desse certo a amamentação?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Quando você se sente/sentia sozinha, a sua determinação em continuar amamentando era mantida?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Você fica ansiosa para voltar ao trabalho e/ou aos estudos?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Quando você for voltar ao trabalho, você acha que vai resolver facilmente a prática da amamentação?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( )Não se aplica

PRÁTICAS PATERNAS/COMPANHEIRO DE APOIO À AMAMENTAÇÃO

CATEGORIA I – Apoio Emocional

O seu companheiro lhe dá/dava atenção e conversa/conversava com você desde a gravidez sobre a amamentação?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

O seu companheiro demonstra/demonstrava afeto e carinho com você e o bebê?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

O seu companheiro procura/procurava lhe acalmar, lhe consola/consolava, tem/tinha paciência com você durante a amamentação, demonstrando alegria?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

O seu companheiro concorda/concordava com a sua decisão de amamentar e lhe elogia/elogiava?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Você se sente/sentia valorizada pelo seu companheiro por estar/quando estava amamentando?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Quando você tem/tinha dúvida sobre a amamentação, o seu companheiro lhe encoraja/encorajou para continuar?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

O seu companheiro diz ou já disse que sente orgulho de você amamentar?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

O seu companheiro faz/fez pressão para que você amamente/amamentasse?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

CATEGORIA II – Apoio Instrumental

O seu companheiro participou das consultas de pré-natal?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

O seu companheiro reivindicou o direito do bebê de mamar na primeira meia hora após o nascimento?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

O seu companheiro estava presente durante as visitas domiciliares do profissional de saúde?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

O seu companheiro proporciona/proporcionava ambiente favorável para você amamentar?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

O seu companheiro insiste/insistia para que você amamentasse?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

O seu companheiro oferece/ofereceu leite artificial (outros tipos de leite) para o seu bebê?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

O seu companheiro cuida/cuidava de você, oferecendo alimentos saudáveis e líquidos?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Quando você precisa/precisou, o seu companheiro lhe ajuda/ajudou em momentos difíceis?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

O seu companheiro lhe ajuda/ajudou a colocar o bebê corretamente no seu peito?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

O seu companheiro lhe ajuda/ajudou a colocar e retirar o bebê do seu colo?
1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

O seu companheiro lhe ajuda/ajudou a relaxar, fazendo massagens no seu corpo?
1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

O seu companheiro participa/participou dos cuidados com o bebê, segurando-o, trocando fralda ou dando banho?
1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

O seu companheiro acorda/acordava de madrugada para lhe fazer companhia durante a amamentação do seu filho?
1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

O seu companheiro lhe ajuda/ajudava na retirada do leite (ordenha)?
1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Na ocasião da amamentação mista (peito e mamadeira), o seu companheiro reveza/revezava com você o oferecimento de outro alimento para o bebê?
1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

O seu companheiro lhe ajuda/ajudava no cuidado com os filhos mais velhos?
1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( )Não se aplica

O seu companheiro lhe ajuda/ajudava nas atividades domésticas enquanto você amamentava ou descansava?
1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

O seu companheiro lhe ajuda/ajudou depois do primeiro mês pós-parto na amamentação?
1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

O seu companheiro tenta/tentava chegar mais cedo do trabalho para lhe ajudar?
1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

O seu companheiro leva/levava o seu bebê ao trabalho/escola para ser amamentado?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

CATEGORIA III – Apoio Informativo

O seu companheiro dizia que gostaria de participar da prática de amamentação?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

O seu companheiro procura/procurava conhecer os problemas sobre amamentação que aparecem/apareceram?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

O seu companheiro procura/procurava lhe ajudar durante a prática da amamentação, com conselhos?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

O seu companheiro lhe incentiva/incentivava a amamentar através de conversas sobre alimentação saudável e ingesta de bastante líquido?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

CATEGORIA IV – Apoio Presencial

O seu companheiro lhe faz/fazia companhia durante as mamadas, conversando com você?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

CATEGORIA V – Auto-apoio

O seu companheiro fala/falou que a amamentação afetará a vida dele?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

O seu companheiro mantém/mantinha expectativas positivas sobre a amamentação e de ser um bom pai?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

O seu companheiro busca/buscava informações sobre a amamentação?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

O seu companheiro fala/falou que reconhece que a amamentação é algo passageiro?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

O seu companheiro fala/falou sobre o reconhecimento de que ele só irá participar da alimentação do seu filho somente após a amamentação exclusiva?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

O seu companheiro está/estava sempre pronto para ajudar, comprometendo-se com a amamentação e apoiando sempre?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

O seu companheiro sabe (entende) que é um apoiador da amamentação?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

O seu companheiro gosta/gostava da amamentação, emociona-se/emocionava-se, sente-se/sentia-se bem, tem/tinha orgulho e alegria quando o bebê está/estava sendo amamentado?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

O seu companheiro se envolve/envolveu, dizendo: “nosso pré-natal”, “nós estamos grávidos”, “eu vou amamentar”?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Seu companheiro entende/entendeu às suas necessidades e as do bebê e as mudanças na relação entre vocês?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Você se sente/sentiu satisfeita com o apoio recebido do companheiro?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

PRÁTICAS DA AVÓ DE APOIO À AMAMENTAÇÃO

CATEGORIA I – Apoio Emocional

A sua mãe valoriza/valorizava e apóia/apoiava a amamentação, dizendo que amamentar é bom?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

A sua mãe encoraja/encorajou outras mães a amamentar além de você?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

CATEGORIA II – Apoio Instrumental

A sua mãe acompanhou o parto e permaneceu junto até você conseguir amamentar?
1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

A sua mãe participa/participava das visitas domiciliares do profissional de saúde?
1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

A sua mãe fornece/fornecia ajuda prática, ajudando a posicionar o bebê e nos cuidados com ele?
1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

A sua mãe ajuda/ajudará nos cuidados do bebê quando você voltar a trabalhar/estudar?
1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

CATAGORIA III – Apoio Informativo

A sua mãe compartilha/compartilhou os conhecimentos dela (o que ela sabe) com você sobre amamentação, aconselhando você?
1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

CATEGORIA IV – Apoio Presencial

A sua mãe permaneceu junto a você no momento do parto, pós-parto imediato e puerpério?
1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

CATEGORIA V – Auto-apoio

A sua mãe mantém-se/manteve-se aberta para aprender mais sobre a amamentação e mudar de atitudes?
1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Você se sente/sentiu satisfeita com o apoio recebido pela sua mãe?
1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

PRÁTICAS DE OUTROS ATORES DA REDE SOCIAL DE APOIO À AMAMENTAÇÃO:

CATEGORIA I – Apoio Emocional

Você recebe/recebeu comentários favoráveis ou é/foi parabenizada por estar/ter amamentado?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Quem? _____

Alguém fala/falou pra você que amamentar pode ser difícil, mas que isso é comum e que você deveria persistir?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Quem? _____

Você recebe/recebeu comentários de incentivo para amamentar?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Quem? _____

Você é/foi incentivada a adotar uma posição confortável durante a amamentação?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Quem? _____

Você se sente/sentiu cobrada ou alguém lhe culpou em algum momento difícil da amamentação?

1. ( ) Nunca 3.( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Quem? _____

Alguém valoriza/valorizou as suas tentativas de amamentação?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Quem? _____

Você é/foi incentivada a descansar/relaxar entre as mamadas?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Quem? _____

CATEGORIA II – Apoio Instrumental

Você sente/sentiu que existiam pessoas disponíveis para lhe ajudar?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Quem? _____

A sua família se preocupa/preocupou em pedir ajuda de alguém para lhe ajudar nas atividades domésticas e/ou com o bebê?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Quem? _____

Alguém sugere/sugeriu a você o uso de mamadeira e/ou de leite artificial como outras formas para a alimentação da criança?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Quem? _____

Você recebe/recebeu apoio para realizar atividades de cuidado como trocar fraldas e mostrar/ajudar o posicionamento correto do bebê?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Quem? _____

Alguém lhe oferece/oferecia água durante as mamadas ou ajudava na retirada do leite (ordenha)?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Quem? _____

Alguém lhe ajuda/ajudou com as crianças mais velhas, dando banho, comida e/ou levando-as na escola?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Quem? _____

Você recebeu ajuda depois do primeiro mês pós-parto?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Quem? _____

Você recebe/recebeu ajuda para amamentar em locais públicos?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Quem? _____

CATEGORIA III – Apoio Informativo

Alguém conversa/conversou com você, lhe dando conselhos sobre amamentação?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Quem? _____

Alguém se identifica/identificou para você como possível apoiadora?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Quem? _____

Você recebe/recebeu dicas fáceis de como lidar com a dor nos mamilos, fissuras, ingurgitamento mamário e/ou como retirar o leite das mamas?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Quem? _____

Alguém lhe obriga/obrigou a amamentar?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Quem? _____

CATEGORIA IV – Apoio Presencial

Você recebe/recebeu visitas acolhedoras no período da amamentação?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Quem? _____

Alguém está/esteve sempre perto de você com disponibilidade e tempo para lhe ouvir e conversar?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Quem? _____

CATEGORIA V- Auto-apoio

Você acha que as pessoas ao seu redor (rede social de apoio), de um modo geral, mantém/mantinham expectativas positivas em relação à amamentação do seu filho?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Quem? _____

Você se sente/sentiu satisfeita com o apoio recebido pelas pessoas ao seu redor e que são importantes para você?

1. ( ) Nunca 3. ( ) Raramente/às vezes 5. ( ) Quase sempre/sempre
4. ( ) Não se aplica

Quem? _____

APÊNDICE C

Instrumento para validação semântica

Nome: Idade: Escolaridade:
Número de filhos: Estado civil: Profissão:
Religião:

PRÁTICAS MATERNAS (NUTRIZ) DE APOIO À AMAMENTAÇÃO

CATEGORIA I – Emocional	Compreendeu SIM / NÃO		Sugestão
1.Você mantém/manteve a autoestima elevada na amamentação do seu filho?			
2.Você acha que é/foi perseverante (insistente) na amamentação do seu filho?			
3.Você consegue/conseguiu reconhecer as pessoas que poderiam lhe ajudar na amamentação?			
4.Você sente/sentia orgulho ao amamentar?			
5.Você conversa/conversava com outras mulheres que também estavam amamentando para trocar experiências?			
6. Quando você precisa/precisava de ajuda à noite para amamentar seu filho, você se sentia à vontade para acordar seu companheiro?			
CATEGORIA II – Apoio Instrumental	Compreendeu SIM / NÃO		Sugestão
1.Na gestação você participou de atividades (educativas) em grupo sobre amamentação?			
2.No pré-natal lhe ensinaram as posições para amamentar?			
Se sim, você treinou essas posições em casa?			
Você dedica/dedicava tempo para amamentar seu filho?			
Quando você vai/ia amamentar, você deixa/deixava perto tudo que poderia precisar, como por exemplo, água e almofada?			
Em momentos de dificuldade na amamentação, você pede/pedia ajuda?			
No caso de amamentação mista (peito e mamadeira), você descansa/descansava enquanto outra pessoa alimenta/alimentava o bebê?			
CATEGORIA III – Apoio Informativo	Compreendeu SIM / NÃO		Sugestão
Você chegou a falar para alguém quais eram as pessoas que você tinha certeza que iriam lhe apoiar?			
Quando tem/tinha dúvidas, você pede/pedia conselhos para amigos ou família?			
Você chegou a falar para alguém seus desejos/vontades em relação ao ser mãe?			
CATEGORIA IV – Apoio Presencial	Compreendeu		Sugestão

	SIM / NÃO		
Você acha que quando está/estava amamentando, o seu tempo é/era dedicado para o seu bebê?			
CATEGORIA V – Auto-apoio	Compreendeu SIM / NÃO		Sugestão
Você espera/esperava que vai/ia conseguir amamentar?			
Quando você está/estava amamentando, você se sente/sentia mais próxima do seu bebê?			
Você confia/confiava em você mesma em relação à amamentação?			
Você deseja/desejava que dê/desse certo a amamentação?			
Quando você se sente/sentia sozinha, a sua determinação em continuar amamentando era mantida?			
Você fica ansiosa para voltar ao trabalho e/ou aos estudos?			
Quando você for voltar ao trabalho, você acha que vai resolver facilmente a prática da amamentação?			

PRÁTICAS PATERNAS/COMPANHEIRO DE APOIO À AMAMENTAÇÃO

CATEGORIA I – Apoio Emocional	Compreendeu SIM / NÃO		Sugestão
O seu companheiro lhe dá/dava atenção e conversa/conversava com você desde a gravidez sobre a amamentação?			
O seu companheiro demonstra/demonstrava afeto e carinho com você e o bebê?			
O seu companheiro procura/procurava lhe acalmar, lhe consola/consolava, tem/tinha paciência com você durante a amamentação, demonstrando alegria?			
O seu companheiro concorda/concordava com a sua decisão de amamentar e lhe elogia/elogiava?			
Você se sente/sentia valorizada pelo seu companheiro por estar/quando estava amamentando?			
Quando você tem/tinha dúvida sobre a amamentação, o seu companheiro lhe encoraja/encorajou para continuar?			
O seu companheiro diz ou já disse que sente orgulho de você amamentar?			
O seu companheiro faz/fez pressão para que você amamente/amamentasse?			
CATEGORIA II – Apoio Instrumental	Compreendeu SIM / NÃO		Sugestão
O seu companheiro participou das consultas de pré-natal?			
O seu companheiro reivindicou o direito do bebê de mamar na primeira meia hora após o nascimento?			
O seu companheiro estava presente durante as visitas			

domiciliares do profissional de saúde?			
O seu companheiro proporciona/proporcionava ambiente favorável para você amamentar?			
O seu companheiro insiste/insistia para que você amamentasse?			
O seu companheiro oferece/ofereceu leite artificial (outros tipos de leite) para o seu bebê?			
O seu companheiro cuida/cuidava de você, oferecendo alimentos saudáveis e líquidos?			
Quando você precisa/precisou, o seu companheiro lhe ajuda/ajudou em momentos difíceis?			
O seu companheiro lhe ajuda/ajudou a colocar o bebê corretamente no seu peito?			
O seu companheiro lhe ajuda/ajudou a colocar e retirar o bebê do seu colo?			
O seu companheiro lhe ajuda/ajudou a relaxar, fazendo massagens no seu corpo?			
O seu companheiro participa/participou dos cuidados com o bebê, segurando-o, trocando fralda ou dando banho?			
O seu companheiro acorda/acordava de madrugada para lhe fazer companhia durante a amamentação do seu filho?			
O seu companheiro lhe ajuda/ajudava na retirada do leite (ordenha)?			
Na ocasião da amamentação mista (peito e mamadeira), o seu companheiro reveza/revezava com você o oferecimento de outro alimento para o bebê?			
O seu companheiro lhe ajuda/ajudava no cuidado com os filhos mais velhos?			
O seu companheiro lhe ajuda/ajudava nas atividades domésticas enquanto você amamentava ou descansava?			
O seu companheiro lhe ajuda/ajudou depois do primeiro mês pós-parto na amamentação?			
O seu companheiro tenta/tentava chegar mais cedo do trabalho para lhe ajudar?			
O seu companheiro leva/levava o seu bebê ao trabalho/escola para ser amamentado?			
CATEGORIA III – Apoio Informativo	Compreendeu SIM / NÃO		Sugestão
O seu companheiro dizia que gostaria de participar da prática de amamentação?			
O seu companheiro procura/procurava conhecer os problemas sobre amamentação que aparecem/apareceram?			
O seu companheiro procura/procurava lhe ajudar durante a prática da amamentação, com conselhos?			
O seu companheiro lhe incentiva/incentivava a amamentar através de conversas sobre alimentação			

saudável e ingesta de bastante líquido?			
CATEGORIA IV – Apoio Presencial	Compreendeu SIM / NÃO		Sugestão
O seu companheiro lhe faz/fazia companhia durante as mamadas, conversando com você?			
CATEGORIA V – Auto-apoio	Compreendeu SIM / NÃO		Sugestão
O seu companheiro fala/falou que a amamentação afetará a vida dele?			
O seu companheiro mantém/mantinha expectativas positivas sobre a amamentação e de ser um bom pai?			
O seu companheiro busca/buscava informações sobre a amamentação?			
O seu companheiro fala/falou que reconhece que a amamentação é algo passageiro?			
O seu companheiro fala/falou sobre o reconhecimento de que ele só irá participar da alimentação do seu filho somente após a amamentação exclusiva?			
O seu companheiro está/estava sempre pronto para ajudar, comprometendo-se com a amamentação e apoiando sempre?			
O seu companheiro sabe (entende) que é um apoiador da amamentação?			
O seu companheiro gosta/gostava da amamentação, emociona-se/emocionava-se, sente-se/sentia-se bem, tem/tinha orgulho e alegria quando o bebê está/estava sendo amamentado?			
O seu companheiro se envolve/envolveu, dizendo: "nosso pré-natal", "nós estamos grávidos", "eu vou amamentar"?			
Seu companheiro entende/entendeu às suas necessidades e as do bebê e as mudanças na relação entre vocês?			
Você se sente/sentiu satisfeita com o apoio recebido do companheiro?			

PRÁTICAS DA AVÓ DE APOIO À AMAMENTAÇÃO

CATEGORIA I – Apoio Emocional	Compreendeu SIM / NÃO		Sugestão
A sua mãe valoriza/valorizava e apóia/apoiava a amamentação, dizendo que amamentar é bom?			
A sua mãe encoraja/encorajou outras mães a amamentar além de você?			
CATEGORIA II – Apoio Instrumental	Compreendeu SIM / NÃO		Sugestão
A sua mãe acompanhou o parto e permaneceu junto até você conseguir amamentar?			
A sua mãe participa/participava das visitas domiciliares do profissional de saúde?			

A sua mãe fornece/fornecia ajuda prática, ajudando a posicionar o bebê e nos cuidados com ele?			
A sua mãe ajuda/ajudará nos cuidados do bebê quando você voltar a trabalhar/estudar?			
CATAGORIA III – Apoio Informativo	Compreendeu SIM / NÃO		Sugestão
A sua mãe compartilha/compartilhou os conhecimentos dela (o que ela sabe) com você sobre amamentação, aconselhando você?			
CATEGORIA IV – Apoio Presencial	Compreendeu SIM / NÃO		Sugestão
A sua mãe permaneceu junto a você no momento do parto, pós-parto imediato e puerpério?			
CATEGORIA V – Auto-apoio	Compreendeu SIM / NÃO		Sugestão
A sua mãe mantém-se/manteve-se aberta para aprender mais sobre a amamentação e mudar de atitudes?			
Você se sente/sentiu satisfeita com o apoio recebido pela sua mãe?			

PRÁTICAS DE OUTROS ATORES DA REDE SOCIAL DE APOIO À AMAMENTAÇÃO

CATEGORIA I – Apoio Emocional	Compreendeu SIM / NÃO		Sugestão
Você recebe/recebeu comentários favoráveis ou é/foi parabenizada por estar/ter amamentado? Quem?			
Alguém fala/falou pra você que amamentar pode ser difícil, mas que isso é comum e que você deveria persistir? Quem?			
Você recebe/recebeu comentários de incentivo para amamentar? Quem?			
Você é/foi incentivada a adotar uma posição confortável durante a amamentação? Por quem?			
Você se sente/sentiu cobrada ou alguém lhe culpou em algum momento difícil da amamentação? Por quem?			
Alguém valoriza/valorizou as suas tentativas de amamentação? Por quem?			
Você é/foi incentivada a descansar/relaxar entre as mamadas? Por quem?			
CATEGORIA II – Apoio Instrumental	Compreendeu SIM / NÃO		Sugestão
Você sente/sentiu que existiam pessoas disponíveis para lhe ajudar?			

Quem?			
A sua família se preocupa/preocupou em pedir ajuda de alguém para lhe ajudar nas atividades domésticas e/ou com o bebê? Quem?			
Alguém sugere/sugeriu a você o uso de mamadeira e/ou de leite artificial como outras formas para a alimentação da criança? Quem?			
Você recebe/recebeu apoio para realizar atividades de cuidado como trocar fraldas e mostrar/ajudar o posicionamento correto do bebê? De quem?			
Alguém lhe oferece/oferecia água durante as mamadas ou ajudava na retirada do leite (ordenha)? Quem?			
Alguém lhe ajuda/ajudou com as crianças mais velhas, dando banho, comida e/ou levando-as na escola? Quem?			
Você recebeu ajuda depois do primeiro mês pós-parto? De quem?			
Você recebe/recebeu ajuda para amamentar em locais públicos? De quem?			
CATEGORIA III – Apoio Informativo	Compreendeu SIM / NÃO		Sugestão
Alguém conversa/conversou com você, lhe dando conselhos sobre amamentação? Quem?			
Alguém se identifica/identificou para você como possível apoiadora? Quem?			
Você recebe/recebeu dicas fáceis de como lidar com a dor nos mamilos, fissuras, ingurgitamento mamário e/ou como retirar o leite das mamas? De quem?			
Alguém lhe obriga/obrigou a amamentar? Quem?			
CATEGORIA IV – Apoio Presencial	Compreendeu SIM / NÃO		Sugestão
Você recebe/recebeu visitas acolhedoras no período da amamentação? De quem?			
Alguém está/esteve sempre perto de você com disponibilidade e tempo para lhe ouvir e conversar? Quem?			
CATEGORIA V- Auto-apoio	Compreendeu SIM / NÃO		Sugestão
Você acha que as pessoas ao seu redor (rede social de apoio), de um modo geral, mantém/mantinham			

expectativas positivas em relação à amamentação do seu filho? Quem?			
Você se sente/sentiu satisfeita com o apoio recebido pelas pessoas ao seu redor e que são importantes para você? De quem?			

APÊNDICE D

Caracterização das mulheres participantes da validação semântica do instrumento de coleta de dados. Recife-PE, 2012.

VARIÁVEL	n	%
Idade Materna		
16 a 19	03	30,0
20 a 35	06	60,0
Acima de 35	01	10,0
Estado Civil		
Solteira	03	30,0
Casada	02	20,0
União estável	04	40,0
Viúva	01	10,0
Paridade		
Primípara	04	40,0
Secundípara	03	30,0
Tercípara	03	30,0
Escolaridade		
Ensino fundamental completo	03	30,0
Ensino médio incompleto	04	40,0
Ensino médio completo	03	30,0
Religião		
Católica	05	50,0
Evangélica	04	40,0
Sem religião	01	10,0

APÊNDICE E

Itens do formulário que foram modificados após a análise semântica

COMO ERA	COMO FICOU
PRÁTICAS MATERNAS (NUTRIZ) DE APOIO À AMAMENTAÇÃO	
Você acha que é/foi perseverante (insistente) na amamentação do seu filho?	Você acha que é/foi insistente na amamentação do seu filho?
No caso de amamentação mista (peito e mamadeira), você descansa/descansava enquanto outra pessoa alimenta/alimentava o bebê?	Quando o seu filho já estava comendo outros alimentos além do leite materno, outra pessoa alimenta-o/alimentava-o enquanto você descansa/descansava?
Quando tem/tinha dúvidas, você pede/pedia conselhos para amigos ou família?	Quando tem/tinha dúvidas sobre amamentação, você pede/pedia conselhos para amigos ou família?
Você chegou a falar para alguém seus desejos/vontades em relação ao ser mãe?	Você chegou a falar para alguém suas expectativas em relação ao ser mãe?
Quando você se sente/sentia sozinha, a sua determinação em continuar amamentando era mantida?	Quando você se sente/sentia sozinha, a sua vontade em continuar amamentando era mantida?
PRÁTICAS PATERNAS/COMPANHEIRO DE APOIO À AMAMENTAÇÃO	
O seu companheiro reivindicou o direito do bebê de mamar na primeira meia hora após o nascimento?	O seu companheiro exigiu o direito do bebê de mamar na primeira meia hora após o nascimento?
O seu companheiro estava presente durante as visitas domiciliares do profissional de saúde?	O seu companheiro estava presente durante as visitas em casa do profissional de saúde?
O seu companheiro proporciona/proporcionava ambiente favorável para você amamentar?	O seu companheiro organiza/organizava um ambiente agradável para você amamentar?
O seu companheiro lhe ajuda/ajudava na retirada do leite (ordenha)?	O seu companheiro lhe ajuda/ajudava na retirada do leite do seu peito?
Na ocasião da amamentação mista (peito e mamadeira), o seu companheiro reveza/revezava com você o oferecimento de outro alimento para o bebê?	Quando o seu filho já estava comendo outros alimentos além do leite materno, o seu companheiro também alimentava o bebê?
O seu companheiro lhe ajuda/ajudava nas atividades domésticas enquanto você amamentava ou descansava?	O seu companheiro lhe ajuda/ajudava nas atividades do lar enquanto você amamenta/amamentava ou descansa/descansava?
O seu companheiro lhe ajuda/ajudou depois do primeiro mês pós-parto na amamentação?	O seu companheiro lhe ajuda/ajudou no primeiro mês depois do parto na amamentação?
O seu companheiro dizia que gostaria de participar da prática de amamentação?	O seu companheiro dizia que gostaria de participar da amamentação?
O seu companheiro lhe	O seu companheiro lhe

incentiva/incentivava a amamentar através de conversas sobre alimentação saudável e ingesta de bastante líquido?	incentiva/incentivava a amamentar através de conversas sobre alimentação saudável e a beber bastante líquido?
O seu companheiro fala/falou que a amamentação afetará a vida dele?	O seu companheiro fala/falou que a amamentação poderá modificar o dia a dia dele?
O seu companheiro fala/falou sobre o reconhecimento de que ele só irá participar da alimentação do seu filho somente após a amamentação exclusiva?	O seu companheiro fala/falou que entende que ele só poderá alimentar o seu filho com outras comidas após os seis meses de vida da criança?
PRÁTICAS DA AVÓ DE APOIO À AMAMENTAÇÃO	
A sua mãe participa/participava das visitas domiciliares do profissional de saúde?	A sua mãe participa/participava das visitas em casa do profissional de saúde?
A sua mãe compartilha/compartilhou os conhecimentos dela (o que ela sabe) com você sobre amamentação, aconselhando você?	A sua mãe ensina/ensinou para você o que ela sabe sobre amamentação, aconselhando você?
A sua mãe permaneceu junto a você no momento do parto, pós-parto imediato e puerpério?	A sua mãe permaneceu junto a você no momento do parto, logo após o parto e no resguardo?
A sua mãe mantém-se/manteve-se aberta para aprender mais sobre a amamentação e mudar de atitudes?	A sua mãe se mantém/manteve disposta a aprender mais sobre a amamentação e a mudar comportamentos e opiniões contrárias?
PRÁTICAS DE OUTROS ATORES DA REDE SOCIAL DE APOIO À AMAMENTAÇÃO	
Alguém fala/falou pra você que amamentar pode ser difícil, mas que isso é comum e que você deveria persistir? Quem?	Alguém fala/falou pra você que amamentar pode ser difícil, mas que isso é comum e que você deveria continuar? Quem?
Alguém sugere/sugeriu a você o uso de mamadeira e/ou de leite artificial como outras formas para a alimentação da criança? Quem?	Alguém sugere/sugeriu a você o uso de mamadeira e/ou de outro tipo de leite diferente do leite materno como outras formas para a alimentação da criança? Quem?
Alguém se identifica/identificou para você como possível apoiadora? Quem?	Alguém fala/falou para você que pode/poderia lhe ajudar na amamentação? Quem?
Você recebe/recebeu dicas fáceis de como lidar com a dor nos mamilos, fissuras, ingurgitamento mamário e/ou como retirar o leite das mamas? De quem?	Você recebe/recebeu dicas fáceis de como fazer no caso de dor e rachadura no bico do peito, mama “empedrada” ou avermelhada e/ou como retirar o leite das mamas? De quem?
Você acha que as pessoas ao seu redor (rede social de apoio), de um modo	Você acha que as pessoas ao seu redor mantém/mantinham esperança de que

geral, mantém/mantinham expectativas positivas em relação à amamentação do seu filho? Quem?	você irá/iria conseguir amamentar o seu filho? Quem?

APÊNDICE F

Características dos peritos participantes da validação de conteúdo do instrumento de coleta de dados. Recife-PE, 2012.

VARIÁVEL	n	%
Sexo		
Masculino	01	9,1
Feminino	10	90,9
Idade (em anos)		
Entre 31 e 40	01	9,1
Entre 51 e 60	10	90,9
Pós-graduação*		
Especialização	09	81,8
Mestrado	11	100,0
Doutorado	07	63,6
Formação Acadêmica		
Enfermagem	05	45,5
Medicina	05	45,5
Odontologia	01	9,0
Tempo de atuação em amamentação (em anos)		
Entre 11 e 20	04	36,4
Entre 21 e 30	06	54,5
Entre 31 e 40	01	9,1

*Múltiplas respostas

APÊNDICE G

Modificações realizadas pelos peritos após a validação de conteúdo

Perguntas acrescentadas

Perguntas retiradas

PERGUNTAS ORIGINAIS APÓS VALIDAÇÃO SEMÂNTICA	PERGUNTAS APÓS A VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO
Práticas Maternas (nutriz) de Apoio à Amamentação	
Você mantém/manteve a autoestima elevada na amamentação do seu filho?	Você mantém-se/manteve-se confiante para amamentar seu filho?
Você acha que é/foi perseverante (insistente) na amamentação do seu filho?	Você acha que é/foi insistente na amamentação do seu filho?
Você consegue/conseguiu reconhecer as pessoas que poderiam lhe ajudar na amamentação?	Você consegue/conseguiu identificar as pessoas que poderiam lhe ajudar na amamentação?
Você sente/sentia orgulho ao amamentar?	Você sente/sentia orgulho ao amamentar? *Por quê*
No pré-natal lhe ensinaram as posições para amamentar?	No pré-natal lhe mostraram como colocar seu bebê no peito? *Se a resposta for 3 ou 5(escores) perguntar se ensaiou em casa como colocar o bebê no peito.* *Se a resposta for 3 ou 5(escores) pedir para mostrar como coloca/colocava o bebê no peito?* *Você acha que essa orientação lhe ajudou na amamentação do seu filho?*
Você dedica/dedicava tempo para amamentar seu filho?	**QUESTÃO RETIRADA**
Quando você vai/ia amamentar, você deixa/deixava perto tudo que poderia precisar, como por exemplo, água e almofada?	Quando você vai/ia amamentar, você deixa/deixava perto tudo que poderá/poderia precisar?
Em momentos de dificuldade na amamentação, você pede/pedia ajuda?	Em momentos de dificuldade durante a amamentação, você pede/pedia ajuda?
No caso de amamentação mista (peito e mamadeira), você descansa/descansava enquanto outra pessoa alimenta/alimentava o bebê?	**QUESTÃO RETIRADA**
Você chegou a falar para alguém quais eram as pessoas que você tinha certeza que iriam lhe apoiar?	**QUESTÃO RETIRADA**

Quando tem/tinha dúvidas, você pede/pedia conselhos para amigos ou família?	Quando tem/tinha dúvidas sobre amamentação, você pede/pedia conselhos para amigos ou familiares? *Se a resposta for 3 ou 5(escores) perguntar para quem?*
QUESTÃO ACRESCENTADA	*Você procura/procurava informação sobre amamentação?* *Se a resposta for 3 ou 5(escores) perguntar onde?*
Você chegou a falar para alguém seus desejos/vontades em relação ao ser mãe?	Você chegou a falar para alguém suas expectativas em relação a amamentação?
Você acha que quando está/estava amamentando, o seu tempo é/era dedicado para o seu bebê?	Você acha que quando está/estava amamentando, o seu tempo é/era dedicado somente para o seu bebê como gostaria?
Você espera/esperava que vai/ia conseguir amamentar?	Você acredita/acreditava que conseguirá/conseguiria amamentar?
Você confia/confiava em você mesma em relação à amamentação?	Você tem/tinha confiança em você mesma para amamentar?
Você deseja/desejava que dê/desse certo a amamentação?	**QUESTÃO RETIRADA**
Quando você se sente/sentia sozinha, a sua determinação em continuar amamentando era mantida?	Quando você se sente/sentia sozinha, você ainda continua/continuava com vontade de amamentar?
Você fica ansiosa para voltar ao trabalho e/ou aos estudos?	Você fica/ficava ansiosa quando pensa/pensava em voltar ao trabalho e/ou aos estudos?
Quando você for voltar ao trabalho, você acha que vai resolver facilmente a prática da amamentação?	Quando você (for) voltar/voltou ao trabalho, você acha/achou que vai/ia conciliar facilmente a prática da amamentação?
Práticas Paternas/Companheiro de Apoio À Amamentação	
O seu companheiro lhe dá/dava atenção e conversa/conversava com você desde a gravidez sobre a amamentação?	O seu companheiro lhe dá/dava atenção e conversa/conversava com você sobre amamentação desde a gravidez?
O seu companheiro demonstra/demonstrava afeto e carinho com você e o bebê?	O seu companheiro demonstra/demonstrava afeto e carinho em relação a você e ao bebê?
O seu companheiro procura/procurava lhe acalmar, lhe consola/consolava, tem/tinha paciência com você durante a amamentação, demonstrando alegria?	O seu companheiro procura/procurava lhe acalmar ou lhe consola/consolava e tem/tinha paciência com você durante a amamentação, demonstrando boa vontade?
O seu companheiro concorda/concordava com a sua decisão de amamentar e lhe elogia/elogiava?	O seu companheiro concorda/concordava com a sua decisão de amamentar?

Quando você tem/tinha dúvida sobre a amamentação, o seu companheiro lhe encoraja/encorajou para continuar?	Quando você tem/tinha dúvida sobre a amamentação, o seu companheiro lhe incentiva/incentivou a continuar?
O seu companheiro diz ou já disse que sente orgulho de você amamentar?	O seu companheiro diz ou já disse que sente/sentia orgulho de você por estar amamentando?
O seu companheiro faz/fez pressão para que você amamente/amamentasse?	O seu companheiro insiste/insistia (fazer pressão) para que você amamente/amamentasse?
O seu companheiro participou das consultas de pré-natal?	O seu companheiro teve tempo para acompanhá-la nas consultas de pré-natal?
O seu companheiro reivindicou o direito do bebê de mamar na primeira meia hora após o nascimento?	**QUESTÃO RETIRADA**
O seu companheiro estava presente durante as visitas domiciliares do profissional de saúde?	O seu companheiro estava presente em casa durante as visitas do profissional de saúde? *Se a resposta for 1(escore), perguntar por quê?*
O seu companheiro proporciona/proporcionava ambiente favorável para você amamentar?	O seu companheiro se preocupa/preocupava em organizar um ambiente agradável para que você amamente/amamentasse?
O seu companheiro insiste/insistia para que você amamentasse?	**QUESTÃO RETIRADA**
O seu companheiro cuida/cuidava de você, oferecendo alimentos saudáveis e líquidos?	O seu companheiro cuida/cuidava de você, preocupando-se em oferecer alimentos saudáveis e líquidos?
Quando você precisa/precisou, o seu companheiro lhe ajuda/ajudou em momentos difíceis?	O seu companheiro lhe ajuda/ajudou em momentos difíceis da amamentação?
O seu companheiro lhe ajuda/ajudou a colocar o bebê corretamente no seu peito? O seu companheiro lhe ajuda/ajudou a colocar e retirar o bebê do seu colo?	O seu companheiro lhe ajuda/ajudou a colocar o bebê para amamentar e/ou a retirá-lo do seu colo no final da mamada?
O seu companheiro lhe ajuda/ajudou a relaxar, fazendo massagens no seu corpo?	O seu companheiro lhe ajuda/ajudou a relaxar entre as mamadas/durante a amamentação, fazendo massagens no seu corpo, por exemplo?
O seu companheiro acorda/acordava de madrugada para lhe fazer companhia durante a amamentação do seu filho?	Quando você precisa/precisava de ajuda para amamentar de madrugada, o seu companheiro acorda/acordava para lhe fazer companhia?
O seu companheiro lhe ajuda/ajudava na retirada do leite (ordenha)?	O seu companheiro lhe ajuda/ajudava na retirada do leite do seu peito?

	Se a resposta for 3 ou 5(escores), perguntar de que forma?
Na ocasião da amamentação mista (peito e mamadeira), o seu companheiro reveza/revezava com você o oferecimento de outro alimento para o bebê?	**QUESTÃO RETIRADA**
O seu companheiro lhe ajuda/ajudava nas atividades domésticas enquanto você amamentava ou descansava?	O seu companheiro lhe ajuda/ajudava nas atividades do lar enquanto você amamenta/amamentava ou descansa/descansava?
O seu companheiro lhe ajuda/ajudou depois do primeiro mês pós-parto na amamentação?	Em relação à amamentação, o seu companheiro lhe ajuda/ajudou no primeiro mês depois do parto?
O seu companheiro dizia que gostaria de participar da prática de amamentação?	O seu companheiro diz/dizia que gostaria de participar da amamentação?
O seu companheiro procura/procurava conhecer os problemas sobre amamentação que aparecem/apareceram?	O seu companheiro procura/procurava conhecer os problemas sobre amamentação que (podem) aparecer/apareceram?
O seu companheiro procura/procurava lhe ajudar durante a prática da amamentação, com conselhos?	O seu companheiro procura/procurava lhe ajudar durante a amamentação, aconselhando-a?
O seu companheiro lhe incentiva/incentivava a amamentar através de conversas sobre alimentação saudável e ingesta de bastante líquido?	O seu companheiro conversa com você sobre alimentação saudável e a beber bastante líquido?
O seu companheiro fala/falou que a amamentação afetará a vida dele?	O seu companheiro comenta/comentou que a amamentação poderá/poderia modificar o dia-a dia dele?
O seu companheiro mantém/mantinha expectativas positivas sobre a amamentação e de ser um bom pai?	O seu companheiro mantém/mantinha expectativas positivas (confiante) sobre a amamentação?
O seu companheiro busca/buscava informações sobre a amamentação?	O seu companheiro busca/buscava informações sobre a amamentação? *Se a resposta for 3 ou 5(escores), perguntar onde?*
O seu companheiro fala/falou que reconhece que a amamentação é algo passageiro?	O seu companheiro comenta/comentou que a amamentação é algo passageiro?
O seu companheiro fala/falou sobre o reconhecimento de que ele só irá participar da alimentação do seu filho somente após a amamentação exclusiva?	O seu companheiro comenta/comentou que ele só poderá alimentar o seu filho com outras comidas após os seis meses de vida da criança?
O seu companheiro está/estava sempre pronto para ajudar, comprometendo-se com a amamentação e apoiando sempre?	O seu companheiro está/estava sempre pronto para ajudar com a amamentação?

O seu companheiro sabe (entende) que é um apoiador da amamentação?	O seu companheiro comenta/comentava que apóia/apoiava a amamentação?
O seu companheiro gosta/gostava da amamentação, emociona-se/emocionava-se, sente-se/sentia-se bem, tem/tinha orgulho e alegria quando o bebê está/estava sendo amamentado?	O seu companheiro demonstra/demonstrava que sente/sentia satisfação ou fica/ficava feliz quando o bebê está/estava sendo amamentado?
Seu companheiro entende/entendeu às suas necessidades e as do bebê e as mudanças na relação entre vocês?	Seu companheiro entende/entendeu às suas necessidades e as do bebê e as mudanças na relação entre vocês durante a amamentação?
Práticas da Avó de Apoio à Amamentação	
A sua mãe valoriza/valorizava e apóia/apoiava a amamentação, dizendo que amamentar é bom?	A sua mãe valoriza/valorizava e apóia/apoiava a amamentação?
A sua mãe acompanhou o parto e permaneceu junto até você conseguir amamentar?	A sua mãe acompanhou o parto e permaneceu junto até você conseguir amamentar? *Se a resposta for 1 ou 3(escores), perguntar por quê?*
A sua mãe participa/participava das visitas domiciliares do profissional de saúde?	A sua mãe participa/participava das visitas em casa do profissional de saúde?
A sua mãe fornece/fornecia ajuda prática, ajudando a posicionar o bebê e nos cuidados com ele?	A sua mãe fornece/fornecia ajuda que você precisa/precisava durante a amamentação? (Ex.: ajudando a posicionar o bebê no peito e nos cuidados com ele)
A sua mãe ajuda/ajudará nos cuidados do bebê quando você voltar a trabalhar/estudar?	Você acha que sua mãe ajudará nos cuidados com o bebê quando você voltar a trabalhar/estudar? A sua mãe ajuda nos cuidados com o bebê enquanto você trabalha/estuda?
A sua mãe compartilha/compartilhou os conhecimentos dela (o que ela sabe) com você sobre amamentação, aconselhando você?	A sua mãe ensina/ensinou para você o que ela sabe sobre amamentação?
A sua mãe permaneceu junto a você no momento do parto, pós-parto imediato e puerpério?	A sua mãe permaneceu junto a você no momento do parto, logo após o parto e no resguardo?
A sua mãe mantém-se/manteve-se aberta para aprender mais sobre a amamentação e mudar de atitudes?	A sua mãe se mantém/manteve disposta a aprender mais sobre a amamentação e a mudar comportamentos e opiniões contrárias?
Você se sente/sentiu satisfeita com o apoio recebido pela sua mãe?	Você se sente/sentiu satisfeita com o apoio recebido pela sua mãe?

	Se a resposta for 1 ou 3(escores), perguntar por quê?
Práticas de outros atores da Rede Social de Apoio à Amamentação	
Você recebe/recebeu comentários favoráveis ou é/foi parabenizada por estar/ter amamentado?	Você recebe/recebeu elogios ou comentários de incentivo (ex.: parabéns!) por estar/ter amamentado?
Alguém fala/falou pra você que amamentar pode ser difícil, mas que isso é comum e que você deveria persistir?	Alguém fala/falou pra você que amamentar pode ser difícil, mas que isso é comum e que você deveria continuar?
Você recebe/recebeu comentários de incentivo para amamentar?	**QUESTÃO RETIRADA**
Você é/foi incentivada a adotar uma posição confortável durante a amamentação?	Você é/foi incentivada a adotar uma posição confortável durante a amamentação? (como, por exemplo, colocando apoio nos pés, ficando recostada na cama/cadeira).
A sua família se preocupa/preocupou em pedir ajuda de alguém para lhe ajudar nas atividades domésticas e/ou com o bebê?	A sua família se preocupa/preocupou em lhe ajudar ou pedir ajuda de alguém para lhe auxiliar nas atividades de casa?
Alguém sugere/sugeriu a você o uso de mamadeira e/ou de leite artificial como outras formas para a alimentação da criança?	Alguém sugere/sugeriu a você o uso de mamadeira e/ou de outro tipo de leite diferente do leite materno como outras formas para a alimentação da criança?
Você recebe/recebeu apoio para realizar atividades de cuidado como trocar fraldas e mostrar/ajudar o posicionamento correto do bebê?	Você recebe/recebeu apoio nos cuidados com o bebê? Alguém lhe ajuda/ajudou mostrando como colocar corretamente o bebê no seu peito?
Alguém lhe oferece/oferecia água durante as mamadas ou ajudava na retirada do leite (ordenha)?	Alguém lhe oferece/oferecia água durante as mamadas quando você precisava? Alguém lhe ajudava na retirada do leite do seu peito?
Alguém conversa/conversou com você, lhe dando conselhos sobre amamentação?	Alguém conversa/conversou com você, aconselhando-a sobre amamentação?
Alguém se identifica/identificou para você como possível apoiadora?	**QUESTÃO RETIRADA**
Você recebe/recebeu visitas acolhedoras no período da amamentação?	Você recebe/recebeu visitas de pessoas que lhe ajudam/ajudaram na amamentação?
Alguém está/esteve sempre perto de você com disponibilidade e tempo para lhe ouvir e conversar?	Alguém está/esteve sempre perto de você com disponibilidade e tempo para lhe ouvir e conversar sobre

	amamentação?
Você acha que as pessoas ao seu redor (rede social de apoio), de um modo geral, mantém/mantinham expectativas positivas em relação à amamentação do seu filho?	Você acha que as pessoas ao seu redor acreditam/acreditavam que você irá/iria conseguir amamentar o seu filho?
Você se sente/sentiu satisfeita com o apoio recebido pelas pessoas ao seu redor e que são importantes para você?	Você se sente/sentiu satisfeita com o apoio recebido das pessoas ao seu redor e que são importantes para você?

APÊNDICE H

Roteiro de Entrevista

Formulário

nº_____

Prontuário: _____ 1ª entrada ☐

2ª entrada ☐

VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS

Idade_____

Estado civil: 1.( )Solteira 2.( ) Casada 3.( )União estável

Número de filhos: _____

Amamentou filhos anteriores até o 6º mês:

1. ( ) Sim 2.( ) Não 3.( ) Não se aplica

Profissão: _____

Religião: 1.( ) católica 2.( )evangélica 3.( )espírita 4.( )outros

VARIÁVEIS SÓCIO-ECONÔMICAS

Renda familiar: _____

Escolaridade materna: _____

Possui vinculo empregatício: 1.( ) Sim 2.( ) Não

Tipo de trabalho: _____

( ) Não se aplica

Condições de moradia: 1.( )casa própria

2.( )casa alugada 3. ( ) Cedida

VARIÁVEIS MATERNAS

Realizou consulta de pré-natal? 1. ( ) Sim

2. ( ) Não

Número de consultas: _____

( ) Não se aplica

Intercorrência na última gestação? 1. ( ) Sim

2. ( ) Não

Qual?_____ ( ) Não se aplica

IG do último filho ao nascer?_____

Está amamentando? 1. ( ) Sim exclusivamente

2. ( ) Sim mista 3. ( ) Não

Quanto tempo amamentou exclusivamente o filho? _____ ( ) Não se aplica

Idade do bebê no momento da entrevista:_____

PRÁTICAS MATERNAS (NUTRIZ) DE APOIO À AMAMENTAÇÃO

CATEGORIA I - Emocional	1	3	5	Não se aplica
1. Você mantém-se/manteve-se confiante para amamentar seu filho?				
2.Você acha que é/foi insistente na amamentação do seu filho?				
3.Você consegue/conseguiu identificar as pessoas que poderiam lhe ajudar na amamentação?				
3.1 Quem?				
4.Você sente/sentia orgulho ao amamentar?				
4.1 *Se a resposta for 1 ou 3, perguntar por quê?*				
5.Você conversa/conversava com outras mulheres que também estão/estavam amamentando para trocar experiências?				
6.Quando você precisa/precisava de ajuda à noite para amamentar seu filho, você se sente/sentia à vontade para acordar seu companheiro?				
CATEGORIA II – Apoio Instrumental	1	3	5	Não se aplica
1.Na gestação você participou de atividades (educativas) em grupo sobre amamentação?				
2.No pré-natal lhe mostraram como colocar seu bebê no peito?				
2.1 *Se a resposta for 3 ou 5, perguntar se ensaiou em casa como colocar o bebê no peito.*				
2.2 *Se a resposta for 3 ou 5, pedir para mostrar como coloca/colocava o bebê no peito?*	a - Adequado b – Inadequado ( )			
2.3 *Você acha que essa orientação lhe ajudou na amamentação do seu filho?*				
3. Quando você vai/ia amamentar, você deixa/deixava perto tudo que poderá/poderia precisar?				
4. Em momentos de dificuldade durante a amamentação, você pede/pedia ajuda?				
CATEGORIA III – Apoio Informativo	1	3	5	Não se aplica
1. Quando tem/tinha dúvidas sobre amamentação, você pede/pedia conselhos para amigos ou familiares?				
1.1 *Se a resposta for 3 ou 5, perguntar para*				

quem?				
2. Você procura/procurava informação sobre amamentação?				
2.1 Se a resposta for 3 ou 5 perguntar onde?				
3. Você chegou a falar para alguém suas expectativas em relação a amamentação?				
CATEGORIA IV – Apoio Presencial	1	3	5	Não se aplica
1.Você acha que quando está/estava amamentando, o seu tempo é/era dedicado somente para o seu bebê como gostaria?				
CATEGORIA V – Auto-apoio	1	3	5	Não se aplica
1.Você acredita/acreditava que conseguirá/conseguiria amamentar?				
2. Quando você está/estava amamentando, você se sente/sentia mais próxima do seu bebê?				
3. Você tem/tinha confiança em você mesma para amamentar?				
4. Quando você se sente/sentia sozinha, você ainda continua/continuava com vontade de amamentar?				
5. Você fica/ficava ansiosa quando pensa/pensava em voltar ao trabalho e/ou aos estudos?				
6. Quando você (for) voltar/voltou ao trabalho, você acha/achou que vai/ia conciliar facilmente a prática da amamentação?				

PRÁTICAS PATERNAS/COMPANHEIRO DE APOIO À AMAMENTAÇÃO

CATEGORIA I – Apoio Emocional	1	3	5	Não se aplica
1.O seu companheiro lhe dá/dava atenção e conversa/conversava com você sobre amamentação desde a gravidez?				
2. O seu companheiro demonstra/demonstrava afeto e carinho em relação a você e ao bebê?				
3. O seu companheiro procura/procurava lhe acalmar ou lhe consola/consolava e tem/tinha paciência com você durante a amamentação, demonstrando boa vontade?				
4. O seu companheiro concorda/concordava com a sua decisão de amamentar?				

5. O seu companheiro lhe elogia/elogiava pela sua decisão em amamentar?				
6. Você se sente/sentia valorizada pelo seu companheiro por estar/quando estava amamentando?				
7. Quando você tem/tinha dúvida sobre a amamentação, o seu companheiro lhe incentiva/incentivou a continuar?				
8. O seu companheiro diz ou já disse que sente/sentia orgulho de você por estar amamentando?				
9. O seu companheiro insiste/insistia (fazer pressão) para que você amamente/amamentasse?				
CATEGORIA II – Apoio Instrumental	1	3	5	Não se aplica
1.O seu companheiro teve tempo para acompanhá-la nas consultas de pré-natal?				
2. O seu companheiro estava presente em casa durante as visitas do profissional de saúde?				
2.1 Se a resposta for 1, perguntar por quê?				
3. O seu companheiro se preocupa/preocupava em organizar um ambiente agradável para que você amamente/amamentasse?				
4. O seu companheiro oferece/ofereceu leite artificial (outros tipos de leite) para o seu bebê?				
5. O seu companheiro cuida/cuidava de você, preocupando-se em oferecer alimentos saudáveis e líquidos?				
6. O seu companheiro lhe ajuda/ajudou em momentos difíceis da amamentação?				
7. O seu companheiro lhe ajuda/ajudou a colocar o bebê para amamentar e/ou a retirá-lo do seu colo no final da mamada?				
8. O seu companheiro lhe ajuda/ajudou a relaxar entre as mamadas/durante a amamentação, fazendo massagens no seu corpo, por exemplo?				
9. O seu companheiro participa/participou dos cuidados com o bebê? (segurando-o, trocando fralda ou dando banho)				
10. Quando você precisa/precisava de ajuda para amamentar de madrugada, o seu companheiro acorda/acordava para lhe fazer				

companhia?				
11. O seu companheiro lhe ajuda/ajudava na retirada do leite do seu peito?				
11.1 Se a resposta for 3 ou 5, perguntar de que forma?				
12. O seu companheiro lhe ajuda/ajudava no cuidado com os filhos mais velhos?				
13. O seu companheiro lhe ajuda/ajudava nas atividades do lar enquanto você amamenta/amamentava ou descansa/descansava?				
14. Em relação à amamentação, o seu companheiro lhe ajuda/ajudou no primeiro mês depois do parto?				
15. O seu companheiro tenta/tentava chegar mais cedo do trabalho/escola para lhe ajudar?				
16. O seu companheiro leva/levava o seu bebê ao seu/sua trabalho/escola para ser amamentado?				
CATEGORIA III – Apoio Informativo	1	3	5	Não se aplica
1.O seu companheiro diz/dizia que gostaria de participar da amamentação?				
2. O seu companheiro procura/procurava conhecer os problemas sobre amamentação que (podem) aparecer/apareceram?				
3. O seu companheiro procura/procurava lhe ajudar durante a amamentação, aconselhando-a?				
4. O seu companheiro conversa com você sobre alimentação saudável e a beber bastante líquido?				
CATEGORIA IV – Apoio Presencial	1	3	5	Não se aplica
1.O seu companheiro lhe faz/fazia companhia durante as mamadas, conversando com você?				
CATEGORIA V – Auto-apoio	1	3	5	Não se aplica
1.O seu companheiro comenta/comentou que a amamentação poderá/poderia modificar o dia-a dia dele?				
2. O seu companheiro mantém/mantinha expectativas positivas (confiante) sobre a amamentação?				
3. O seu companheiro busca/buscava informações sobre a amamentação?				
3.1 Se a resposta for 3 ou 5, perguntar onde?				

4. O seu companheiro comenta/comentou que a amamentação é algo passageiro?				
5. O seu companheiro comenta/comentou que ele só poderá alimentar o seu filho com outras comidas após os seis meses de vida da criança?				
6. O seu companheiro está/estava sempre pronto para ajudar com a amamentação?				
7. O seu companheiro comenta/comentava que apóia/apoiava a amamentação?				
8. O seu companheiro demonstra/demonstrava que sente/sentia satisfação ou fica/ficava feliz quando o bebê está/estava sendo amamentado?				
9. O seu companheiro se envolve/envolveu, dizendo, por exemplo: "nosso pré-natal", "nós estamos grávidos", "eu vou amamentar"?				
10. Seu companheiro entende/entendeu às suas necessidades e as do bebê e as mudanças na relação entre vocês durante a amamentação?				
11. Você se sente/sentiu satisfeita com o apoio recebido do companheiro?				

PRÁTICAS DA AVÓ DE APOIO À AMAMENTAÇÃO

CATEGORIA I – Apoio Emocional	1	3	5	Não se aplica
1.A sua mãe valoriza/valorizava e apóia/apoiava a amamentação?				
2. A sua mãe encoraja/encorajou outras mães a amamentar além de você?				
CATEGORIA II – Apoio Instrumental	1	3	5	Não se aplica
1.A sua mãe acompanhou o parto e permaneceu junto até você conseguir amamentar?				
1.1 Se a resposta for 1 ou 3, perguntar por quê?				
2. A sua mãe participa/participava das visitas em casa do profissional de saúde?				
3. A sua mãe fornece/fornecia ajuda que você precisa/precisava durante a amamentação? (Ex.: ajudando a posicionar o bebê no peito e nos cuidados com ele)				

4. Você acha que sua mãe ajudará nos cuidados com o bebê quando você voltar a trabalhar/estudar? 4. A sua mãe ajuda nos cuidados com o bebê enquanto você trabalha/estuda?				
CATAGORIA III – Apoio Informativo	1	3	5	Não se aplica
1.A sua mãe ensina/ensinou para você o que ela sabe sobre amamentação?				
CATEGORIA IV – Apoio Presencial	1	3	5	Não se aplica
1.A sua mãe permaneceu junto a você no momento do parto, logo após o parto e no resguardo?				
CATEGORIA V – Auto-apoio	1	3	5	Não se aplica
1.A sua mãe se mantém/manteve disposta a aprender mais sobre a amamentação e a mudar comportamentos e opiniões contrárias?				
2.Você se sente/sentiu satisfeita com o apoio recebido de sua mãe?				
2.1 Se a resposta for 1 ou 3, perguntar por quê?				

PRÁTICAS DE OUTROS ATORES DA REDE SOCIAL DE APOIO À AMAMENTAÇÃO

CATEGORIA I – Apoio Emocional	1	3	5	Não se aplica
1.Você recebe/recebeu elogios ou comentários de incentivo (ex.: parabéns!) por estar/ter amamentado?				
1.1 Se a resposta for 3 ou 5, perguntar de quem?				
2. Alguém fala/falou pra você que amamentar pode ser difícil, mas que isso é comum e que você deveria continuar?				
2.1 Se a resposta for 3 ou 5, perguntar quem?				
3. Você é/foi incentivada a adotar uma posição confortável durante a amamentação? (como, por exemplo, colocando apoio nos pés, ficando recostada na cama/cadeira).				
3.1 Se a resposta for 3 ou 5, perguntar por quem?				
4. Você se sente/sentiu cobrada ou alguém lhe				

culpou em algum momento difícil da amamentação?				
4.1 Se a resposta for 3 ou 5, perguntar por quem?				
5. Alguém valoriza/valorizou as suas tentativas de amamentação?				
5.1 *Se a resposta for 3 ou 5, perguntar quem?*				
6. Você é/foi incentivada a descansar/relaxar entre as mamadas?				
6.1 *Se a resposta for 3 ou 5, perguntar por quem?*				
CATEGORIA II – Apoio Instrumental	1	3	5	Não se aplica
1.Você sente/sentiu que existem/existiam pessoas dispostas a lhe ajudar?				
1.1 Se a resposta for 3 ou 5, perguntar quem?				
2. A sua família se preocupa/preocupou em lhe ajudar ou pedir ajuda de alguém para lhe auxiliar nas atividades de casa?				
2.1 Se a resposta for 3 ou 5, perguntar quem?				
3. Alguém sugere/sugeriu a você o uso de mamadeira e/ou de outro tipo de leite diferente do leite materno como outras formas para a alimentação da criança?				
3.1 Se a resposta for 3 ou 5, perguntar quem?				
4. Você recebe/recebeu apoio nos cuidados com o bebê?				
4.1 *Se a resposta for 3 ou 5, perguntar de quem?*				
5. Alguém lhe ajuda/ajudou mostrando como colocar corretamente o bebê no seu peito?				
5.1 Se a resposta for 3 ou 5, perguntar de quem?				
6. Alguém lhe oferece/oferecia água durante as mamadas quando você precisava?				
6.1 Se a resposta for 3 ou 5, perguntar quem?				
7. Alguém lhe ajudava na retirada do leite do seu peito?				
7.1 *Se a resposta for 3 ou 5, perguntar quem?*				
8. Alguém lhe ajuda/ajudou com as crianças mais velhas, dando banho, comida e/ou levando-as na escola?				
8.1 Se a resposta for 3 ou 5, perguntar quem?				
9. Você recebeu ajuda depois do primeiro mês pós-parto?				
9.1 Se a resposta for 3 ou 5, perguntar de quem?				

10. Você recebe/recebeu ajuda para amamentar em locais públicos?				
10.1 Se a resposta for 3 ou 5, perguntar de quem?				
CATEGORIA III – Apoio Informativo	1	3	5	Não se aplica
1.Alguém conversa/conversou com você, aconselhando-a sobre amamentação?				
1.1 *Se a resposta for 3 ou 5, perguntar quem?*				
2. Você recebe/recebeu dicas fáceis de como fazer no caso de dor e rachadura no bico do peito, mama "empedrada" ou avermelhada e/ou como retirar o leite das mamas?				
2.1 *Se a resposta for 3 ou 5, perguntar de quem?*				
3. Alguém lhe obriga/obrigou a amamentar?				
3.1 *Se a resposta for 3 ou 5, perguntar quem?*				
CATEGORIA IV – Apoio Presencial	1	3	5	Não se aplica
1.Você recebe/recebeu visitas de pessoas que lhe ajudam/ajudaram na amamentação?				
1.1 Se a resposta for 3 ou 5, perguntar de quem?				
2. Alguém está/esteve sempre perto de você com disponibilidade e tempo para lhe ouvir e conversar sobre amamentação?				
2.1 Se a resposta for 3 ou 5, perguntar quem?				
CATEGORIA V- Auto-apoio	1	3	5	Não se aplica
1.Você acha que as pessoas ao seu redor acreditam/acreditavam que você irá/iria conseguir amamentar o seu filho?				
1.1 Se a resposta for 3 ou 5, perguntar quem?				
2. Você se sente/sentiu satisfeita com o apoio recebido das pessoas ao seu redor e que são importantes para você?				
2.1 Se a resposta for 3 ou 5, perguntar de quem?				

Legenda:

1. Nunca
3. Raramente/às vezes
5. Quase sempre/sempre

Cor da fonte:

- Apoio positivo
- Apoio negativo

APÊNDICE I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

UNVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO/PROPESQ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, de um estudo relacionado às pessoas importantes para você que interferem (ou interferiram) na sua decisão de amamentar ou continuar o aleitamento materno. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte deste estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de não querer participar, não acontecerá nada com você. Em caso de dúvida você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável e/ou com a Coordenação do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da UFPE

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título: **Rede social de apoio à mulher no contexto do aleitamento materno**
Pesquisadora Responsável: Profª. Drª. Cleide Maria Pontes (081) 2126-8543
Endereço da Coordenação do Mestrado em Enfermagem: Av. Prof. Moraes Rego, s/n, 2º piso do bloco A, anexo ao Hospital das Clínicas/UFPE, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP 50670-901. Tel: (81) 2126-8566.
Endereço do Comitê de ética: Centro de Ciência da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco - Avenida da Engenharia, s/n – 1º andar, CEP: 50740-600, Cidade Universitária. Recife-PE, Brasil. Fone: (081) 2126-8588. E-mail: cepccs@ufpe.br.

O objetivo principal deste estudo é analisar a relação da sua rede social de apoio na prática do aleitamento materno. A rede social nada mais é do que aquelas pessoas que foram importantes para você no momento do alcitamento materno e que participam de alguma forma da sua vida diária.

Para alcançar este objetivo, após você aceitar participar do estudo, será realizada uma entrevista utilizando um roteiro com as perguntas sobre o assunto. Ninguém saberá que foi você que respondeu as perguntas e também não haverá nenhum tipo de procedimento que cause dor. Porém, em alguns momentos você poderá ficar com vergonha de responder as perguntas durante a entrevista, pois serão levantados aspectos da sua privacidade, mas você não será obrigada a responder. Você tem a liberdade de tirar dúvidas ou desistir de participar da pesquisa em qualquer fase do estudo.

Espera-se que as informações conseguidas possam ajudar o estudo, a fim de que seus objetivos sejam alcançados, como também contribuir para compreender alguns dos fatores que levam as mulheres a deixarem de amamentar, identificando as pessoas da sua rede social de apoio, visando à melhoria da assistência prestada à mulher para elevar a prevalência do aleitamento materno no Distrito Sanitário V de Recife-PE. Pretende-se divulgar os resultados nos locais onde for realizada a pesquisa, a fim de socializar os conhecimentos adquiridos sobre a rede social da mulher e sua relação no contexto do aleitamento materno.

Esclarecemos também que os resultados desta pesquisa serão utilizados exclusivamente para fins acadêmicos, na elaboração de trabalhos para apresentação em congressos/eventos científicos e publicação em revista científica, porém, sua identidade jamais será revelada.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Li e entendi todas as informações deste estudo, sendo devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos envolvidos, assim como, os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso desistir da pesquisa a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer problema para mim. Dou livremente meu consentimento para participar do estudo até que decida pelo contrário.

Assinando este termo de consentimento, concordo em participar desse estudo e não desisto, na condição de participante de um estudo de pesquisa, de nenhum dos direitos legais a que me cabe.
Recife,____ de _____ de 2012

Cleide Maria Pontes _____
Nome da pesquisadora — Assinatura da pesquisadora

_____ _____
Nome do (a) entrevistado (a) — Assinatura (a) entrevistado (a)

_____ _____
Nome da testemunha — Assinatura da testemunha

_____ _____
Nome da testemunha — Assinatura da testemunha

APÊNDICE J

Tabelas e Quadros provenientes dos resultados, mas não constam nos artigos científicos.

Tabela 1 Perfil sociodemográfico das mulheres do estudo. Recife-PE, 2012.

Variável	n	%	p-valor[1]
Idade Materna			
15 a 19 anos	32	20,3	<0,001
20 ou mais	126	79,7	
Mínimo	15		-
Máximo	39		-
Média±Desvio padrão	25,0±5,8		-
Estado Civil			
Solteira	17	10,8	
Casada	49	31,0	<0,001
União Estável	92	58,2	
Número de filhos			
1	80	50,6	<0,001
2	53	33,5	
3 ou mais	25	15,8	
Mínimo	1		-
Máximo	6		-
Média±Desvio padrão	2,0±1,0		-
Amamentou os filhos anteriores até o 6º mês			
Sim	48	30,4	
Não	28	17,7	<0,001
Não se aplica	82	51,9	
Trabalho materno fora do lar			
Sim	35	23,3	<0,001
Não	115	76,7	
Religião			
Católica	83	52,5	
Evangélica	39	24,7	<0,001
Outra/sem religião	36	22,8	
Renda familiar			
Até 1 SM	53	34,9	
Mais de 1 a 2	62	40,8	
2 ou mais	37	24,3	0,042
Mínimo	R$100,00		
Máximo	R$3000,00		
Média±Desvio padrão	R$995 ± R$600		
Escolaridade			
Sem instrução/fundamental incompleto	38	24,1	0,001

Fundamental completo/médio incompleto	46	29,1	
Médio completo/superior	74	46,8	
Possui vinculo empregatício			
Sim	26	16,5	<0,001
Não	132	83,5	
Condições de moradia			
Própria	117	74,1	<0,001
Alugada	28	17,7	
Cedida	13	8,2	

[1]p-valor do teste de comparação de proporção. (se p-valor < 0,05 as proporção dos níveis das variáveis em avaliação são diferentes).

Tabela 2 Variáveis maternas. Recife-PE, 2012.

Variáveis	n	%	p-valor[1]
Realizou consulta de pré-natal			
Fez pré-natal	157	99,4	<0,001
Não fez pré-natal	1	0,6	
Número de consultas			
< 6 consultas	19	12,1	<0,001
>= 6 consultas	138	87,9	
Mínimo	3		
Máximo	20		
Média±Desvio padrão	8,0±2,5		
Intercorrência na última gestação			
Teve intercorrência	47	29,7	
Não teve intercorrência	111	70,3	
Tipo de intercorrência			
ITU	14	29,8	
HAS gestacional	12	25,5	
Diabetes gestacional	5	10,6	
Eclampsia	4	8,5	
Progesterona baixa	2	4,3	
Cardiopatia	2	4,3	
DPP	2	4,3	-
Prolapso uterino	1	2,1	
Varicela	1	2,1	
Ameaça de aborto	1	2,1	
Perda de sangue	1	2,1	
Anemia	1	2,1	
Meningite	1	2,1	
Idade gestacional do ultimo filho			
37 semanas	9	5,7	
38 semanas	28	17,7	<0,001
39 semanas	28	17,7	
40 semanas	50	31,6	

41 semanas	33	20,9	
42 semanas	10	6,3	
Tipo de amamentação			
Exclusivamente	25	15,8	
Mista	98	62,0	<0,001
Não está amamentando	35	22,2	
Tempo de amamentação exclusiva			
< 120 dias	49	31,0	
120 a <180 dias	51	32,3	0,654
180 dias ou mais	58	36,7	
Mínimo	1 dia		-
Máximo	240 dias		-
Média±Desvio padrão	128 dias ± 57 dias		-
Idade do bebe na entrevista			
6 meses	68	43,0	
7 meses	38	24,1	0,014
8 meses	52	32,9	

[1]p-valor do teste de comparação de proporção. (se p-valor < 0,05 as proporção dos níveis das variáveis em avaliação são diferentes).

Tabela 3 Tabela de contingência dos fatores sociodemográficos da mãe versus o tipo de aleitamento aos 6 meses. Recife-PE, 2012.

Fator Avaliado	**Tipo de aleitamento aos 6 meses**		**RP**	**p-valor[2]**
	Exclusivo	**Não exclusivo**		
Religião				
Católica	25(30,1)	58(69,9)	1,00	
Evangélica	15(38,5)	24(61,5)	1,28	0,100
Outra/sem religião	18(50,0)	18(50,0)	1,66	
Condições de moradia				
Própria	42(35,9)	75(64,1)	1,00	
Alugada	11(39,3)	17(60,7)	1,09	0,935
Cedida	5(38,5)	8(61,5)	1,07	

[1]p-valor do teste Qui-quadrado para associação. (se p-valor < 0,05 o fator avaliado influencia na amamentação exclusiva aos 6 meses). [2]p-valor do teste de Wald para homogeneidade.

Tabela 4 Práticas de Apoio Emocional da rede social de apoio à mulher na amamentação. Recife-PE, 2012.

CATEGORIA I – Apoio Emocional	**Nunca n/%**	**Raramente/ às vezes n/%**	**Quase sempre/ Sempre n/%**
1. Elogios por estar amamentado	13(8,2)	23(14,6)	122(77,2)
2. Incentivo para continuar amamentando, mesmo nas dificuldades.	18(11,3)	32(20,3)	108(68,4)
3. Incentivo a adotar uma posição confortável durante a amamentação	20(12,7)	22(13,9)	116(73,4)
4. Cobrança ou culpabilização em algum momento difícil da amamentação*	130(84,4)	8(5,2)	16(10,4)
5. Valorização pelas tentativas de amamentação	24(15,2)	15(9,5)	119(75,3)
6. Incentivo a descansar/relaxar entre as mamadas	38(24,1)	21(13,2)	99(62,7)

*O número de observações não coincide com o tamanho da amostra, pois algumas mulheres não responderam a questão avaliada ou a questão não era cabível para a mesma.

Tabela 5 Práticas de Apoio Instrumental da rede social de apoio à mulher na amamentação. Recife-PE, 2012.

CATEGORIA II – Apoio Instrumental	**Nunca n/%**	**Raramente/ às vezes n/%**	**Quase sempre/ Sempre n/%**
1.Existência de pessoas dispostas a ajudar	8(5,0)	20(12,7)	130(82,3)
2. Preocupação da família em ajudar ou pedir ajuda para auxiliar nas atividades de casa	54(34,2)	24(15,2)	80(50,6)
3. Incentivo ao uso de mamadeira e/ou de outro tipo de leite diferente do leite materno	53(33,5)	38(24,1)	67(42,4)
4. Apoio nos cuidados com o bebê	12(7,6)	17(10,8)	129(81,6)
5. Ajuda no posicionamento correto do bebê no peito	24(15,2)	16(10,1)	118(74,7)
6. Oferecimento de água à mulher durante as mamadas	47(29,7)	23(14,6)	88(55,7)
7. Ajuda na retirada do leite do peito*	63(56,8)	8(7,2)	40(36,0)
8. Ajuda com as crianças mais velhas, dando banho, comida e/ou levando-as na escola*	5(7,0)	7(9,9)	59(83,1)
9. Ajuda prática depois do primeiro mês pós-parto	19(12,0)	10(6,3)	129(81,7)
10. Ajuda para amamentar em locais públicos	90(58,1)	17(10,9)	48(31,0)

*O número de observações não coincide com o tamanho da amostra, pois algumas mulheres não responderão a questão avaliada ou a questão não era cabível para a mesma.

Tabela 6 Práticas de Apoio Informativo da rede social de apoio à mulher na amamentação. Recife-PE, 2012.

CATEGORIA III – Apoio Informativo	Nunca n/%	Raramente/ às vezes n/%	Quase sempre/ Sempre n/%
1. Apoio verbal na forma de aconselhamento	25(15,8)	22(13,9)	111(70,3)
2. Dicas fáceis para resolução de problemas mamários*	17(11,4)	17(11,4)	115(77,2)
3. Cobrança/obrigação a amamentar	143(91,1)	3(1,9)	11(7,0)

*O número de observações não coincide com o tamanho da amostra, pois algumas mulheres não responderão a questão avaliada ou a questão não era cabível para a mesma.

Tabela 7 Práticas de Apoio Presencial da rede social de apoio à mulher na amamentação. Recife-PE, 2012.

CATEGORIA IV – Apoio Presencial	Nunca n/%	Raramente/ às vezes n/%	Quase sempre/ Sempre n/%
1. Visitas de pessoas para ajudar na amamentação	60(38,0)	22(13,9)	76(48,1)
2. Existência de pessoas por perto com disponibilidade e tempo para ouvir e conversar sobre amamentação	45(28,5)	31(19,6)	82(51,9)

Tabela 8 Práticas de Auto-Apoio da rede social de apoio à mulher na amamentação. Recife-PE, 2012.

CATEGORIA V- Auto-apoio	Nunca n/%	Raramente/ às vezes n/%	Quase sempre/ Sempre n/%
1. Pessoas com expectativas positivas sobre a amamentação	21(13,3)	19(12,0)	118(74,7)
2. Satisfação com o apoio recebido	2(1,3)	12(7,6)	144(91,1)

Tabela 9 Relação entre os tipos de apoio recebido e a ocorrência ou não de aleitamento materno exclusivo. Recife-PE, 2012.

Área de apoio	Tipo de aleitamento aos 6 meses		p-valor[1]
	Exclusivo	Não exclusivo	
Apoio Emocional	25,7(4,2)	24,7(4,5)	0,167
Apoio Instrumental	33,5(7,0)	33,5(6,2)	0,682
Apoio Informativo	12,1(2,9)	13,2(2,4)	0,012
Apoio Presencial	6,9(2,9)	6,6(2,9)	0,531
Auto-apoio	8,9(1,9)	9,1(1,7)	0,549

[1]p-valor do teste de Mann-Whitney para comparação de distribuição (se p-valor < 0,05 a distribuição do escore é diferente nos dois grupos de amamentação).

Tabela 10 Ajuste do modelo de Poisson para os apoios recebidos pelas mulheres do estudo. Recife-PE, 2012.

Tipo de apoio	Ajuste do modelo		
	RP	IC(95%)	p-valor
Apoios emocional	1,04	0,99 – 1,09	0,155
Apoio instrumental	1,00	0,97 – 1,03	0,996
Apoio informativo	0,91	0,86 – 0,97	0,005
Apoio presencial	1,02	0,952 – 1,10	0,527
Auto-apoio	0,95	0,86 – 1,06	0,361

Tabela 11 Razão de prevalência dos determinantes sobre do aleitamento materno exclusivo aos seis meses. Recife-PE, 2012.

Níveis/variáveis	Razão observada			Razão ajustada		
	RP	IC(95%)	p-valor	RP	IC(95%)	p-valor
Nível 1 - Socioeconômica						
Possui vinculo empregatício						
Sim	1,00	-	0,153	-	-	-
Não	1,71	0,82 – 3,55		-	-	-
Trabalho materno fora do lar						
Sim	1,00	-	0,183	-	-	-
Não	1,43	0,84 – 2,44		-	-	-
Nível 2 – Maternas						
Amamentou os filhos anteriores até o 6º mês						
Sim	2,45	1,04 – 5,77	0,040	2,69	1,16 – 6,26	0,021
Não	1,00	ref		1,00	ref	
Nível 3 – Assistência à saúde						
Nenhuma	-	-	-	-	-	-
Nível 4 – Apoio da rede social						
Apoio informativo	-	-	-	0,88	0,81 – 0,95	0,002
Apoio presencial	-	-	-	1,15	1,04 – 1,27	0,007

Quadro 1 Membros das redes sociais primárias e secundárias e sua relação com o tipo de apoio exercido para a mulher no aleitamento materno. Recife-PE, 2012.

Pessoas	Emocional	Instrumental	Informativo	Presencial	Auto apoio	Geral
Mãe	16,57	27,64	16,08	19,1	23,96	22,19
Companheiro	12,92	21,57	3,02	12,08	20,73	16,58
Enfermeiro(s)	16,17	5,53	28,39	5,06	5,96	10,59
Irmã(s)	4,22	8,23	4,27	7,58	7,25	6,54
Sogra	6,42	7,03	3,52	3,93	7,25	6,33
Amiga(s)	8,77	2,76	4,02	16,29	6,22	6,24
ACS	6,42	2,16	11,56	5,9	3,63	4,75
Tia (o/as/os)	4,63	4,81	1,51	6,46	3,76	4,41
Vizinha(s)	5,61	2,94	1,76	5,06	3,37	3,82
Médico(s)	6,42	2,1	10,3	0,28	1,68	3,82
Cunhada(s)	2,68	3,67	2,01	3,65	4,15	3,33
Prima(s)	1,87	2,76	1,01	6,18	2,85	2,65
Família toda (pessoas da casa)	1,06	1,38	1,01	2,25	3,76	1,74
Profissional do hospital	1,14	1,44	4,27	0	0,13	1,27
Avó da nutriz	1,3	0,48	1,51	1,69	1,81	1,13
Pai da nutriz(avô da criança)	0,65	1,26	0,25	0	1,17	0,88

Filho (a/os/as)	0	0,96	0	1,12	0,65	0,57
Irmão	0,41	0,6	0	0,28	0,26	0,41
Profissionais do posto	0,41	0,3	1,26	0,56	0	0,38
Palestrante	0,65	0,24	1,01	0	0	0,36
Sobrinha(s/o/os)	0,16	0,48	0	0,56	0,13	0,29
Comadre	0,16	0,36	0	0	0,13	0,2
Estranho	0,08	0,42	0	0	0	0,18
Madrinha	0,24	0,06	0,25	0,56	0,13	0,18
Colega de trabalho(s)	0,24	0	0,25	0,28	0,26	0,16
Avó do marido	0	0,24	0	0,28	0,13	0,14
Outras mães	0,08	0	0,75	0	0	0,09
Assistente social	0	0,12	0,5	0	0	0,09
Grupo de gestante	0,08	0,06	0,5	0	0	0,09
Sogro	0,16	0	0	0	0,13	0,07
Ela mesma	0,08	0,06	0	0	0,13	0,07
Bisavó	0,08	0,06	0	0,28	0	0,07
Patroa	0,08	0	0	0	0,13	0,05
Tias do marido	0	0,06	0	0	0,13	0,05
Tec. De enfermagem	0,08	0,06	0	0	0	0,05
Prima do esposo	0,08	0	0	0,28	0	0,05
Estudante do posto	0,08	0	0	0	0	0,02
Secretária do Lar	0	0,06	0	0	0	0,02
Madrasta	0	0	0,25	0	0	0,02
Irmã da sogra	0	0,06	0	0	0	0,02
Avô	0	0	0,25	0	0	0,02
Alguém que esteja perto	0	0	0,25	0	0	0,02
Esposa do tio	0	0	0,25	0	0	0,02
Tias da sogra	0	0	0	0	0,13	0,02
Mãe de amiga	0	0	0	0,28	0	0,02
Ex-namorada do irmão	0	0	0	0	0	0,00
Esposa do tio do marido	0	0	0	0	0	0,00
Pré-natal	0	0	0	0	0	0,00
Mídia e TV	0	0	0	0	0	0,00

ANEXOS

ANEXO A

Normas da Revista Cogitare Enfermagem

INSTRUÇÕES AOS AUTORES PARA PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DE MANUSCRITO

Atualizado em março de 2012

1- INFORMAÇÕES GERAIS

O manuscrito submetido à Cogitare Enfermagem passa por um processo de análise, em duas etapas distintas, após ser-lhe atribuído um protocolo numérico de identificação, o qual é informado ao autor correspondente, juntamente com a Carta de Recebimento de Manuscrito.

O relator da Cogitare Enfermagem realiza a análise da observação das Normas da Revista (apresentação e documentação), utilizando o instrumento próprio de avaliação e, se necessário, o manuscrito é devolvido aos autores para adequações. Uma vez adequado, o manuscrito é encaminhado para dois consultores ad hoc para a análise do texto e do conteúdo, juntamente com o instrumento próprio de avaliação. Se houver discordância entre os pareceres dos consultores, o manuscrito é enviado a um terceiro consultor.

O relator do manuscrito gerencia o fluxo entre os consultores e o autor correspondente. Durante todo o processo de avaliação (peer review) é omitida a identificação dos consultores e dos autores.

Durante o processo de análise e antes do envio do manuscrito para a publicação, o autor correspondente pode retirar o manuscrito, mediante solicitação formal e assinada por todos os autores.

Após a análise dos pareceres e da versão final, o manuscrito poderá ser Recusado ou Aceito, de acordo com a deliberação do Conselho de Editoração, sendo o resultado comunicado ao autor correspondente pelo e-mail informado na submissão. Os manuscritos ficarão arquivados por cinco anos a contar do ano de sua submissão.

Cabe ao Conselho de Editoração a composição dos volumes para a publicação.

2- NORMAS EDITORIAIS

As normas da Cogitare Enfermagem estão baseadas no documento "Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas" do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (www.icmje.org)

O manuscrito deve destinar-se, exclusivamente, à Cogitare Enfermagem, não devendo ser submetido a outro periódico, à exceção de resumos ou relatórios publicados em reuniões científicas.

Os autores são responsáveis por declarar conflitos de interesse, apoio financeiro, técnico, institucional ou pessoal, relacionados ao estudo; e por agradecimentos.

Os conceitos, opiniões e conclusões emitidos nos artigos, bem como a exatidão e procedência das citações e referências, são de responsabilidade exclusiva dos autores, não refletindo, obrigatoriamente, a opinião do Conselho de Editoração.

A publicação do manuscrito dependerá do cumprimento das normas da revista e da apreciação pelo Conselho de Editoração, que dispõe de plena autoridade para decidir sobre sua aceitação, podendo, inclusive, apresentar sugestões aos autores para alterações que julgar necessárias.

Em acordo com a Licença Criative Commons CC BY-NC-AS 2.5 (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/) - Atribuição não comercial, a qual a Cogitare Enfermagem adota, é permitido acessar, fazer download, copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir artigos publicados, desde que citados os autores e a fonte. Deste modo, os autores mantêm a propriedade dos direitos autorais de seu artigo, quando publicado na Cogitare Enfermagem, não sendo necessária permissão ou autorização por parte da revista.

Artigos de pesquisas clínicas devem apresentar o número de identificação em um dos registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde e pelo International Committee of Medical Journal Editors (http://www.icmje.org) e informado pelos autores.

3- CATEGORIA DE ARTIGOS

- Editorial - Limite máximo de 2 páginas. Matéria de responsabilidade do Conselho de Editoração.

- Artigos originais - Limite máximo de 15 páginas. Estudo relativo à pesquisa científica inédita e concluída. Inclui: Introdução e Objetivos; Método; Resultados; Discussão; Conclusão ou Considerações Finais.
- Revisão - Limite máximo de 15 páginas. Avaliação crítica sistematizada da literatura a respeito de tema específico. Inclui: Introdução; Método - incluindo o tipo de revisão realizada; Análise dos resultados; Conclusão ou Considerações Finais.
- Reflexão - Limite máximo de 8 páginas. Texto reflexivo ou análise de temas que contribuam para o aprofundamento do conhecimento relacionado à área da saúde. Inclui: Procedimentos adotados; Delimitação do tema.
- Atualização - Limite máximo de 5 páginas. Texto descritivo e interpretativo, com fundamentação teórica sobre a situação global de determinado tema.
- Relato de experiência/caso - Limite máximo de 8 páginas. Relato de experiência, acadêmica ou profissional, relevante para a área da saúde.
- Resumo de tese/dissertação - Limite máximo de 3 páginas. Texto destinado à divulgação de tese ou dissertação concluída. Indicar no rodapé da página de identificação, o nome do orientador, programa, instituição e ano da apresentação.
- Carta ao Editor - Limite máximo de 1 página. Comentário de artigo recentemente publicado na Cogitare Enfermagem, pesquisa ou achado científico relevante para a área da saúde.

4- NORMAS PARA SUBMISSÃO DO MANUSCRITO

A Cogitare Enfermagem não cobra taxas para a submissão de manuscritos. Em caso de Aceite para publicação, o autor correspondente receberá carta contendo as informações adicionais necessárias para sua publicação.

O manuscrito pode ser submetido ao Sistema Eletrônico de Revistas – SER no site www.ser.ufpr.br/cogitare uma única vez; ou enviado para o e-mail cogitare@ufpr.br. Deve conter, obrigatoriamente, os seguintes documentos:

4.1 Check-list de submissão

Check-list de submissão preenchido (ver modelo ao final do texto).

4.2 Documento de submissão

Este documento inclui a declaração de responsabilidade, de participação no manuscrito de todos os autores e de conflito de interesses. Deve ser preenchido individualmente e assinado por todos os autores (ver modelo ao final do texto).

4.3 Cópia do Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

Para artigo de pesquisa que envolva seres humanos, enviar cópia do parecer de aprovação, com o respectivo número do protocolo, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa e de acordo com a legislação do país de origem do manuscrito.

5- NORMAS PARA A APRESENTAÇÃO DO MANUSCRITO

5.1 Formatação

- Digitado em formato ".doc".
- Tamanho A4, com 2,5 cm nas quatro margens.
- Redigido em ortografia oficial, fonte Times New Roman, tamanho 12. Para citação direta com mais de 3 linhas usar fonte 10.
- Espaço duplo entre linhas no texto, inclusive no resumo.
- Espaço simples para título, nomes dos autores, citação direta com mais de três linhas e depoimento.
- As referências devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto pela primeira vez.
- Palavras ou expressões em idioma diferente do qual o manuscrito foi redigido deverão estar em itálico.
- Para as notas de rodapé, a partir da segunda página, usar os seguintes símbolos e nesta sequência: †,‡,§,††,‡‡, §§, †††, etc.

5.2 Sequência do texto e conteúdo

5.2.1 Primeira página (página de identificação)

Esta página é considerada para fins de contagem do número total de páginas do manuscrito e deve conter as seguintes informações na sequência a seguir apresentada:

TÍTULO

- Deve ser conciso e refletir a ideia principal do manuscrito, com no máximo 16 palavras e excluindo a localização geográfica da pesquisa.
- Digitado em caixa alta, negrito, espaço simples, centralizado.

- Em caso do manuscrito ter origem em tese, dissertação, monografia ou disciplina de programa de pós-graduação, deverá conter asterisco (*) ao final do título e a respectiva informação em nota de rodapé na primeira página.

AUTORIA

- Limitado a seis autores.
- Nomes completos e a primeira letra de cada nome em caixa alta; nomes dos autores separados por vírgula; espaço simples entre linhas.
- Nomes apresentados mediatamente abaixo do título, alinhados à direita e numerados com algarismos arábicos sequenciais e sobrescritos.
- Em nota de rodapé, na primeira página, devem constar as informações correspondentes a cada autor: formação e maior titulação acadêmica, cargo ocupado, nome da instituição à qual está vinculado, endereço completo, telefone e e-mail. É importante informar se pertence a grupo de pesquisa e programa de pós-graduação.

CATEGORIA DO ARTIGO

- Informar a categoria do manuscrito (Item 3das instruções para autores).

AUTOR CORRESPONDENTE

- Informar o nome e e-mail do autor correspondente.
- Autor correspondente é aquele para o qual a Cogitare Enfermagem encaminhará os comunicados a respeito do processo de análise do manuscrito. É responsável por representar os demais autores quanto às alterações no texto, fluxo do manuscrito e aceite formal da versão final do manuscrito para publicação.
- O nome do autor correspondente constará como tal por ocasião da publicação do artigo. É sua responsabilidade comunicar à Cogitare Enfermagem qualquer mudança no endereço e/ou problemas com o e-mail a fim de evitar atrasos no processo de análise do manuscrito.

5.2.2 Segunda página e subsequentes (corpo do manuscrito)

As palavras “Resumo”, ”Introdução”, ”Metodologia” e demais que iniciam as seções do corpo do manuscrito devem ser digitadas em caixa alto, negrito e alinhadas à esquerda do texto

TÍTULO

- Repetir o título apresentado na primeira página e com a mesma formatação.

RESUMO

- Texto limitado a 150 palavras, no idioma no qual o artigo foi redigido, contendo resumo informativo.

- Incluir, de forma não estruturada, informações de acordo com a categoria do artigo. Para artigos originais, por exemplo, inclui objetivos da pesquisa, método, resultados e conclusão.

- Não é necessário incluir o resumo em outro idioma, somente naquele em que o manuscrito foi redigido. Posteriormente, se aprovado para publicação, a Cogitare Enfermagem se responsabilizará pela tradução do resumo.

PALAVRAS-CHAVE

- Apresentadas imediatamente abaixo do resumo e no mesmo idioma deste.

- Limitadas de 3 a 5, separadas por ponto e vírgula, e a primeira letra de cada palavra-chave em caixa alta. Espaço simples entre linhas

Exemplo: Educação; Cuidados de enfermagem; Aprendizagem.

- As palavras-chave devem identificar ou refletir os principais tópicos do artigo. Para determiná-las, consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde – DECS (http://decs.bvs.br); também poderão ser usados descritores do Medical Subjetc Headings – MeSH (www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html).

INTRODUÇÃO

- Deve conter justificativa, fundamentação teórica, e objetivos. A justificativa deve definir claramente o problema, destacando sua importância, lacunas do conhecimento, e o referencial teórico utilizado quando aplicável.

MÉTODO

- Deve conter o método empregado, período e local em que foi desenvolvida a pesquisa, população/amostra e critérios de inclusão, fontes e instrumentos de coleta de dados, método de análise de dados.

- Para pesquisa que envolva seres humanos os autores deverão explicitar a observação de princípios éticos em acordo com a legislação do país de origem do manuscrito e i nformar o número do protocolo de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa e de acordo com a legislação vigente.

RESULTADOS

- Informações limitadas aos resultados da pesquisa. O texto deve somente complementar informações contidas em ilustrações apresentadas, não repetindo os dados.

DISCUSSÃO

- Apresentação de aspectos relevantes e interpretação dos dados obtidos. Relação e discussão com resultados de pesquisas, implicações e limitações do estudo. Não devem ser reapresentados dados que constem nos resultados.

CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Fundamentadas nos objetivos, resultados e discussão, evitando afirmações não relacionadas ao estudo e/ou novas interpretações. Incluir as contribuições do estudo realizado.

AGRADECIMENTOS, APOIO FINANCEIRO OU TÉCNICO, DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE FINANCEIRO E/OU DE AFILIAÇÕES

- É responsabilidade dos autores as informações e autorizações relativas aos itens mencionados acima.

REFERÊNCIAS

- Limite máximo de 30 referências. Sugere-se incluir as estritamente pertinentes à problemática abordada, evitando incluir número excessivo de referências em uma mesma citação. Exclusivamente para Artigo de Revisão não há limite quanto ao número de referências.

- As referências devem ser atuais e pertinentes à temática abordada; deve ser evitado incluir número excessivo de referências em uma mesma citação.

- Recomenda-se citação de publicações da Cogitare Enfermagem, preferencialmente na versão eletrônica.

As referências devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecerem no texto pela primeira vez e apresentadas de acordo com o estilo Vancouver.

ANEXOS

Os anexos, quando indispensáveis, devem ser citados no texto e inseridos após as referências. Em caso de ilustrações, devem ser observadas as orientações do item 5.3.

5.3 ORIENTAÇÕES PARA ILUSTRAÇÕES

- Por ilustrações entendem-se tabelas, quadros e figuras (gráficos, diagramas, fotos).

- São permitidas, no máximo, 5 ilustrações e devem ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos e apresentadas com o respectivo título e nota explicativa no rodapé da ilustração (quando aplicável).

- Devem ser indicadas no texto com a primeira letra maiúscula.

Exemplo: Tabela 2, Quadro 1, Figura 3.

- A fonte das informações da ilustração, quando resultante de outra pesquisa, deve ser citada e constar nas referências.

- As ilustrações devem ser designadas como Figuras, exceto para Tabela e Quadros.

Tabelas e quadros

- Dimensão máxima de 22 cm de altura por 16,5 cm de largura.

- Devem ser indicados no texto e inseridas o mais próximo possível da indicação e desenhadas com ferramenta apropriada do Microsoft Word for Windows 98 ou compatíveis.

- O título de tabelas e quadros deve ser colocado imediatamente acima destes, separado por ponto final do nome da cidade e ano das informações, quando resultantes de pesquisa. Esses últimos separados por vírgula e sem ponto final.

Exemplo: Quadro 1 - Intervenções de enfermagem. Belo Horizonte, 2010

- Os títulos das colunas devem ser curtos; quando abreviados devem constar por extenso na legenda.

Figuras (Gráficos, Diagramas, Fotos)

- Dimensão máxima de 22 cm de altura por 16,5 cm de largura.

- Devem ser indicadas e apresentadas no texto e anexadas em arquivo separado, com qualidade necessária à publicação. Preferencialmente, no formato JPEG, GIF ou TIFF, com resolução mínima de 300 dpi.

- O título da figura deve ser colocado imediatamente abaixo desta, separado por ponto do nome da cidade e ano das informações. Esses últimos separados por vírgula e sem ponto final.

Exemplo: Figura 1 - Estilos de liderança segundo a Teoria do Grid Gerencial. São Paulo, 2011

- Não são publicadas fotos coloridas e fotos de pessoas.

5.4 ORIENTAÇÕES PARA CITAÇÕES E DEPOIMENTOS

Citação indireta ou paráfrase

- Informar o número da referência imediatamente ao término do texto, entre parênteses, e antes do sinal gráfico.

Exemplo: O enfermeiro contribui para a prevenção de condições incapacitantes(1).

Citação sequencial/intercalada

- Separar os números de cada referência por traço, quando for sequencial.

Exemplo: (8-10) - a informação refere que as referências 8, 9 e 10 estão inclusas.

- Separar os números de cada referência por vírgula, quando for intercalada.

Exemplo: (8,10) - a informação refere que as referências 8 e 10 estão inclusas.

Citação direta com até três linhas

- Inserida no corpo do parágrafo e entre aspas. O número e página correspondentes à citação literal devem constar sobrescritos, entre parênteses e separados por dois pontos.

Exemplo: (8:13) – a informação se refere à referência 8, página 13.

Citação direta com mais de três linhas

- Constar em novo parágrafo, justificado à direita e com recuo de 4 cm da margem esquerda, digitada em fonte Times New Roman 10, espaço simples entre linhas, sem aspas.

- O número e página correspondentes à citação diretal devem constar sobrescritos, entre parênteses e separados por dois pontos.

Exemplo: (8:345-9) - o número 8 se refere à referência e o 345-9 às páginas.

Depoimento

- A transliteração de depoimento deverá constar em novo parágrafo, digitada em fonte Times New Roman 12, itálico, espaço simples entre linhas, sem aspas.

- Comentários do autor devem estar entre colchetes e sem itálico. A identificação do sujeito deve ser codificada, entre parênteses, sem itálico e separada do depoimento por ponto.

Exemplo: [Comunicação] é você expressar algo, dizer alguma coisa a alguém, é o ato de se comunicar [...]. (Familiar 2)

5.5 ORIENTAÇÕES PARA REFERÊNCIAS

Disponibilizamos abaixo exemplos de apresentação de referências, baseados no estilo Vancouver. Para outros exemplos consultar o site: www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Os títulos dos periódicos devem estar abreviados e de acordo com o Catálogo Coletivo Nacional (www.ccn.ibict.br/busca.jsf) ou informação na página oficial eletrônica do periódico.

ARTIGO

- Autoria Pessoal com até Seis Autores

Lenardt MH, Hammerschmidt KSA, Modesto AP, Borghi ACS. O sistema de conhecimento e de cuidado dos idosos em hemodiálise concernente a terapia medicamentosa. Cogitare enferm. 2008;13(2):165-72.

- Autoria Pessoal com mais de Seis Autores

Leopardi MT, Capella BB, Rodrigues E, Faraco MM, Schimitz LM, Souza LA, et al. Construção e implementação de modelo informatizado do trabalho de enfermagem para a qualidade da assistência. Texto contexto enferm. 2002;11(1):274-8.

- Autoria de Organização

European Society of Hypertension (ESH), European Society of Cardiology (ESC). Guidelines for the management of arterial hypertension. J. hypertens. 2007;25:1105-87.

- Autoria Pessoal e de Organização

Margulies EH, Blanchette M, NISC Comparative Sequencing Program, Haussler D, Green ED. Identification and characterization of multi-species conserved sequences. Genome res. 2003; 13(12):2507-18.

- Sem Indicação de Autoria

21st century heart solution may have a sting in the tail. BMJ. 2002;325(7357):184.

- Com Sub-título

Sato L, Bernardo MH. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. Cienc. saude colet. 2005;10(4):23-46.

- Com números em Algarismos Romanos

Chadwick R, Schuklenk U. The politics of ethical consensus finding. Bioethics. 2002;16(2):iii-v.

- Volume com Suplemento

Geraud G, Spierings EL, Keywood C. Tolerability and safety of frovatriptan with short- and long-term use for treatment of migraine and in comparison with sumatriptan. Headache. 2002;42 Suppl 2:S93-9.

- Número com Suplemento

Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. Neurology. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12.

- Volume ou Número com Partes

Abend SM, Kulish N. The psychoanaytic method from an epistemological viewpoint. Int. forum psychoanal. 2002;83(Pt 2):491-5.

- Número Considerado no Todo

Pediatric Critical Care Medicine. Society for Critical Care Medicine. Hagerstown (MD) 2003;4(2).

- Número Especial

Cruz EDA, Moreira I, Quiquio ZF. Prevenção de infecções associadas a cateter venoso central em pacientes neutropênicos. Cogitare enferm. 2000;5(n.esp):46-55.

- Artigo sem Número e/ou Volume

Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. Clin. orthop. relat. res. 2002;(401):230-8.

- Artigo Indicado de Acordo com a Categoria da Publicação

Tor M, Turker H. International approaches to the prescription of long-term oxygen therapy [letter]. Eur. respir. j. 2002;20(1):242.

Lacerda MR. A prática profissional de enfermagem nos aspectos sociais e políticos [editorial]. Cogitare enferm. 2006;11(1):7.

- Artigo no Prelo

Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. J. bras. pneumol. No prelo 2009.

- Artigo publicado na Internet

Roehrs H, Maftum MA, Stefanelli MC. A comunicação terapêutica sustentando a relação interpessoal entre adolescente e professor do ensino fundamental. Online braz. j. nurs. [Internet] 2007;6(3) [acesso em 30 out 2006]. Disponível: http://www.uff.brobjnnursing/index.php/nursing/articleviewArticle/j.1676-4285.2007.1

- Artigo Provido de DOI

Castillo BAA, Marziale MHP, Castillo MMA, Facundo FRG, Meza MVG. Situações estressantes de vida, uso e abuso de álcool e drogas em idosos de Monterrey, México. Rev. latino-am. enfermagem. [Internet] 2008 [acesso em 11 nov 2009];16(n.esp). Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000700002&lng=pt. doi: 10.1590/S0104-11692008000700002.

LIVRO

- Livro Padrão

Wall ML. Tecnologias educativas: subsídios para a assistência de enfermagem a grupos. Goiânia: AB; 2001.

Mendes EV. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde: uma agenda para a saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

- Capítulo de Livro (quando o autor do capítulo não é o mesmo do livro)

Nascimento SR, Meier MJ. Uma visão tecnológica do exame físico. In: Westphalen MEA, Carraro TE, organizadores. Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB; 2001. p. 57-76.

- Capítulo de Livro (quando o autor do capítulo é o mesmo do livro)

Veronesi R. Doenças infecciosas. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1982. Eritema infeccioso. p. 32-4.

- Livro cujo Autor é Editor ou Organizador

Lefréve F, Lefréve AMC, Teixeira JJV, organizadores. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica na pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS; 2000.

Hoskins LM. Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses research. In: Carrol Johnson RM, editors. Classification of nursing diagnoses: proceedings of the eighth conference, 1989. Philadelphia: Lippincott; 1989. p. 126-31.

- Livro com Autor Cooperativo

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). População recenseada e estimada, segundo os municípios de São Paulo em 2007. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2007.

- Livro com Indicação de Tradutor

Teorias de enfermagem. Trad. de Regina Machado Garces. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

- Livro com Data Desconhecida ou Estimada

Marcuzzi A. Alimentazione: risorse e possibilità. Bologna: Malipiero S.p.A; [data desconhecida]. 72 p.

- Livro na Internet

Killings DB, ed. Anglo-Saxon chronide [Internet]. Berkeley: Berkeley Digital Library; 1995 July [acesso em 03 nov 1998] Disponível: www.sunsite.berkeley.edu.

- Parte de Livro em Internet

MedlinePlus health topics [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US). Alzheimer's disease [acesso em 29 dez 2009]; [aproximadamente 8 p.]. Disponível: http://www.nlm.nih.
gov/medlineplus/alzheimersdisease.html

- Livro de Série

Kleinman A. Patients and healers in the context of the culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1980. (Comparative studies of health systems and medical care; 3).

- Livro Eletrônico, CD, DVD

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

Texas Heart Institute. Aortic valve replacement [CD-ROM]. West Hartford (CT): ORlive; c2005. 1 CD-ROM: sound, color, 4 3/4 in.

Maftum MA, Reichembch MT, Canabrava DS, Sanglard TS. O cuidado à saúde de familiares de pessoas em sofrimento mental [CD-ROM]. Rio de Janeiro: UFRJ; 2005.

TESE E DISSERTAÇÃO*

Wyatt TH. Pilot testing Okay with Asthma(TM): a digital story for psychosocial asthma management [dissertation]. Charlottesville (VA): University of Virginia; 2003. 109 p. Disponível: http://okay-with-asthma.org/.

Maftum MA. O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Paraná [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2004.

Kalinowski CE. O trabalho da enfermeira na rede básica de saúde: um estudo de caso [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.

*Dar preferência para artigos derivados do estudo

RELATÓRIO

Ministério da Saúde (BR). III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não - efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Saúde; 2002. 211 p. Relatório final.

JORNAL

Chiaradia T. Obesidade e câncer de mama: uma relação perigosa. 2007. [acesso em 20 out 2008]. Disponível:http://dietaja.uol.com.br/Edicoes/154/artigo67009-1.asp

Inscrições para o Enem podem ser feitas. Folha de S. Paulo [Internet] São Paulo; 2001 [acesso em 17 abr 2001]. Disponível: www.uol.com.br/folha/ (14 Mar 2001).

Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. The Washington Post. 2002 Aug 12;Sect. A:2 (col. 4).

LEGISLAÇÃO

Ministério da Saúde (BR). Decreto n. 1948, de 3 de julho de 1996: regulamenta a Lei n. 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, [Internet] 05

jan 1994 [acesso em 08 mar 2009]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8842.htm

Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1:1.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado;1988.

Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Brasília; 1996.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 272, de 27 agosto 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro: COFEN; 2002.

HOME PAGE

Associação Nacional de Empresas de Pesquisa [Internet]. Belo Horizonte: Associação Nacional de Empresas de Pesquisa; [acesso em 13 dez 2005]. Critério de Classificação Econômica Brasil; [3 telas]. Disponível: http://www.anep.org.br/codigosguias/CCEB.pdf

Hooper JF. Psychiatry & the Law: Forensic Psychiatric Resource Page [Internet]. Tuscaloosa (AL): University of Alabama, Department of Psychiatry and Neurology; 1999 Jan 1 [atualizada em 08 jul 2006; acesso em 23 fev 2007]. Disponível: http://bama.ua.edu/~jhooper/

BASE DE DADOS

Haynes RB, Mcdonald H, Garg AX, Montague P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Oxford: Update Software; 2004.

TRABALHO APRESENTADO E PUBLICADO EM EVENTO

Souza SRRK, Fiewski MFC, Reisdorfer MCT. A gestante trabalhadora em enfermagem: um estudo ergonômico da atividade. In: 1º Seminário Internacional sobre o Trabalho na Enfermagem; 2003 Ago. p. 7-9; Florianópolis, Brasil. Florianópolis: ABEn; 2003.

Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do câncer - INCA. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama – Viva Mulher. 2008 [acesso em 10 out 2008]. Disponível: http://www.inca.gov.br.

TRABALHO APRESENTADO EM EVENTO E NÃO PUBLICADO

Philippi Jr A. Transporte e qualidade ambiental [apresentação ao Seminário Riscos do Cotidiano no Espaço Urbano: Desafios para a Saúde Pública; 20 set 1994; Rio de Janeiro,Brasil].

DOCUMENTOS DIVERSOS

- Verbete de Dicionário

Ferreira ABH. Aurélio, século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999. Colono; p. 504.

- Apostila e Similares

Rodrigues JG. Orientação à pesquisa bibliográfica. Rio de Janeiro; 2002. [apostila da disciplina Orientação à Pesquisa Bibliográfica - Curso de Pós-Graduação - Instituto Oswaldo Cruz].

- Documento publicado na Internet

Organização Internacional do Trabalho (OIT). A eliminação do trabalho infantil: um objetivo ao nosso alcance. Suplemento - Brasil Relatório Global - 2006. 2006. [acesso em 17fev 2009]. Disponível: http://www.oitbrasil.org.br/info/download/GR_2006_Suplemento_Brasil.pdf

6 NORMAS APÓS ACEITE DO ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO

A Cogitare Enfermagem encaminhará ao Autor Correspondente a versão final do artigo, por ocasião do seu aceite. Este é responsável por consultar os demais autores e, em caso de aceite da versão final, encaminhar à Cogitare Enfermagem os documentos solicitados.

As solicitações de correções, após a publicação online do artigo, deverão ser encaminhadas no prazo de 15 dias da publicação.

O autor correspondente deverá manifestar o aceite da versão final para publicação quando solicitado.

7 ASSINATURA ANUAL

A taxa de assinatura da Cogitare Enfermagem para o ano de 2012 é:

PESSOA FÍSICA – Assinatura anual .....R$ 100,00
PESSOA JURÍDICA – Assinatura anual .....R$ 170,00

Os assinantes deverão preencher o Cadastro de Assinante e recolher a Taxa de Assinatura Anual por meio de depósito bancário e enviar o comprovante de pagamento juntamente com o cadastro para o e-mail cogitare@ufpr.br

BANCO ITAÚ (Número do Banco 341) – AGÊNCIA 4012 - CONTA CORRENTE 11691-1 - RAZÃO SOCIAL: Fundação da Universidade Federal do Paraná - CNPJ: 78.350.188/0001-95.

8 MODELOS DE DOCUMENTOS

8.1 Checklist (download)

Título do Artigo:

CHECKLIST DE SUBMISSÃO À COGITARE ENFERMAGEM Sim Não Não se aplica

Documentação

Check-list de submissão

Documento de submissão do manuscrito individual e assinado

Cópia do Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), registrado na CONEP, com nº de protocolo

Categoria dos artigos e formatação

Categoria

Atualização - limite de 5 páginas

Artigo original/Revisão - limite de 15 páginas

Carta ao editor - limite de 1 página

Resumo/Nota prévia - limite de 3 páginas

Reflexão/Relato de experiência - limite de 8 páginas

Formatação geral

Digitado em formato .doc

Tamanho A4, com 2,5cm nas quatro margens

Redigido na ortografia oficial, fonte Times New Roman

Itálico para palavras de idioma diferente do manuscrito

Fonte tamanho12 no corpo do manuscrito

Fonte tamanho 10 para citação direta com mais de 3 linhas

Espaço duplo entre linhas no corpo do manuscrito

Nota de rodapé, a partir da segunda página, está com os símbolos e nesta sequência: †,‡,§,††,‡‡, §§,†††, etc

Resultados e discussão estão apresentados separadamente

Primeira página (identificação)

Título

Título com no máximo 16 palavras

Digitado em caixa alta, negrito, centralizado, espaço simples

Autoria

Máximo de seis autores

Nome completo imediatamente abaixo do título, espaço simples e alinhado à direita do texto….

Numerados com algarismo arábico sequencial e sobrescrito

Informações correspondentes a cada autor (formação e maior titulação acadêmica, cargo ocupado, nome da instituição à qual está vinculado, endereço completo, telefone, fax e e-mail) no rodapé

Categoria do artigo

Informada a categoria do artigo

Autor correspondente

Indicação e nome completo do autor corrspondente, endereço completo, telefone, fax e e-mail

Segunda página e subsequentes (Corpo do manuscrito)

Título

Digitado em caixa alta, negrito, centralizado, espaço simples e no idioma em que o manuscrito foi redigido

Resumo

Limite máximo de 150 palavras, abaixo do título e no mesmo idioma deste

Descritores

Apresentados imediatamente abaixo do resumo e no mesmo idioma deste

Mínimo de 3 e máximo de 5 e de acordo com o DeCS/MeSH

Separados por ponto e vírgula, a primeira letra de cada descritor em caixa alta

Ilustrações

Máximo de 5 ilustrações, numeradas consecutivamente em algarismos arábicos, com título

Nota explicativa quando aplicável e abaixo da ilustração

Fonte informada após a ilustração e consta nas referências

Segunda página e subsequentes (Corpo do manuscrito)

Tabelas e Quadros

Indicados no corpo do texto, com a primeira letra maiúscula

Dimensão máxima de 22 cm (altura) x 16,5 cm (largura)

Título imediatamente acima, separado por ponto final do nome da cidade e ano. Vírgula entre cidade e ano,sem ponto final

Títulos de cada coluna curtos (se abreviados, constam na legenda imediatamente abaixo do quadro ou tabela)

Tabela desenhada com a ferramenta apropriada do Microsoft Word

Figuras

Indicadas no corpo do texto e anexadas em arquivo separado

Formato JPEG, GIF ou TIFF, com resolução mínima de 300 dpi

Dimensão máxima de 22 cm (altura) x 16,5 cm (largura)

Título imediatamente abaixo da figura

Citações

Número da referência imediatamente ao término do texto e antes do sinal gráfico

Citações não revelam os nomes dos autores

Citações diretas com o número da referência e página entre parênteses, sobrescrito, separados por dois pontos

Citação sequencial tem números separados por traço

Citações intercaladas têm números separados por vírgula

Citações diretas com até 3 linhas inseridas no corpo do parágrafo, entre aspas

Citações diretas commais de três linhas estão emnovo parágrafo, recuo de 4 cm, alinhadas à direita, fonte 10, espaço simples, sem aspas

Depoimento

Em novo parágrafo, fonte 12, itálico, espaço simples, sem aspas

Comentários do autor entre colchetes, sem itálico

Identificação do sujeito codificada, entre parênteses, sem itálico, separada do depoimento por ponto

Referências

Estão citadas no texto de forma consecutiva

Estão identificadas com números arábicos, entre parênteses e sobrescritos

Não há espaço entre a referência sobrescrita e o texto

A Cogitare Enfermagem está citada

Possui limite de 20 referências, estão de acordo com o modelo Vancouver

Os 6 primeiros autores estão citados

Os títulos dos periódicos estão abreviados de acordo com o IBCT

A fonte está informada completa e corretamente

Está em espaçamento duplo entre linha, fonte 12

8.2 Documento de Submissão (download)

DOCUMENTO DE SUBMISSÃO DO MANUSCRITO À COGITARE ENFERMAGEM

Eu, _____, autor do manuscrito "_____", declaro que minha contribuição foi:

____ concepção e planejamento do projeto de pesquisa

____ coleta e/ou análise e interpretação dos dados

____ redação do manuscrito

____ revisão do manuscrito

____ outra (especificar)

Declaro que se trata de manuscrito original e que esta versão, integral ou parcial, não foi publicada ou está sendo considerada para publicação em outro periódico, seja no formato impresso ou eletrônico.

Declaro não haver conflito de interesses financeiro e/ou de afiliações*.

Confirmo que as pessoas que contribuíram neste manuscrito, mas que não atendem aos critérios para autoria, foram mencionadas nos agradecimentos. As pessoas ou organizações citadas nos agradecimentos permitiram por escrito a referida menção.

Declaro que, caso seja solicitado, estou à disposição para fornecer dados sobre os quais o manuscrito está fundamentado, para exame do Conselho de Editoração.

_____, _____ de _____de _____.

_____

Assinatura do autor

*Em caso de haver conflito de interesses financeiro e/ou de afiliações, este item deve ser suprimido deste texto e informado no corpo do manuscrito, de acordo com as Normas para Publicação de Artigos da Cogitare Enfermagem.

8.3 Cadastro de Assinante (download)

Cadastro de assinatura cogitare enfermagem - 2011

Nome: _____
CPF:_____
Profissão:_____
Endereço comercial: _____
Cep: _____cidade: _____ UF: _____
País: _____telefone comercial: _____
Endereço residencial: _____
Cep: _____ cidade: _____UF _____
País: _____ telefone residencial: _____
Telefone celular: _____
e-mail:_____

_____

Assinatura do autor

ANEXO B

Parecer Consubstancial do Comitê de Ética e Pesquisa

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Parecer do Relator (Provisório)

PROJETO DE PESQUISA

Título: Rede Social de Apoio a Mulher no contexto do aleitamento materno

Área Temática:

Pesquisador: Cleide Maria Pontes **Versão:** 2

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco - **CAAE:** 01666312.4.0000.5208

PARECER DO RELATOR

Número do Parecer: 52430

Data da Relatoria: 01/08/2012

Apresentação do Projeto:

A população de estudo será composta por 170 mulheres com vivências do aleitamento materno do filho atual, independente de sua duração, residentes no distrito sanitário IV do município de Recife-PE. A amostra será constituída por mulheres cujo filho tenha de seis a oito meses de vida.
No método quantitativo, na elaboração das estratégias de intervenção serão selecionados os grupos experimental e controle por meio de amostragem aleatória. O resultado esperado o presente estudo tem a expectativa de encontrar as melhores formas de apoiar à mulher
durante o processo do aleitamento materno, bem como oferecer subsídios as pessoas da rede social de apoio para identificar a melhor abordagem à nutriz.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a proponente, "o objetivo principal deste estudo é analisar a relação da sua rede social de apoio na prática do aleitamento materno. A rede social nada mais é do
que aquelas pessoas que foram importantes para você no momento do aleitamento materno e que participam de alguma forma da sua vida diária".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora apresentou os riscos e benefícios no novo projeto submetido.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- O título do trabalho reflete o conteúdo da pesquisa e a introdução explica claramente porque a pesquisa foi realizada.
- A revisão da literatura é adequada, pertinente e fundamenta o trabalho.
- Os objetivos estão claramente definidos.
- O presente trabalho traz boa contribuição científica para área de conhecimento.
- A metodologia é coerente e bem estruturada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- O Currículo dos pesquisadores envolvidos estão disponíveis na Plataforma Lattes;
- A pesquisa não está sendo financiada por órgãos de fomento, o orçamento está estimando no valor de R$ 3.393,50 e será de responsabilidade da pesquisadora do estudo;
- Foi apresentada a carta de anuência da Instituição participante.
- O cronograma está adequado e a pesquisadora afirma que o estudo somente será iniciado após aprovação deste comitê.
- Foi apresentado o formulário de perguntas para coleta de dados.
- Critérios de inclusão e exclusão foram apresentados e estão bem estruturados.
- As pendências foram atendidas nesta nova submissão.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

RECIFE, 09 de Julho de 2012

Assinado por:
Gisele Cristina Sena da Silva Pinho

ANEXO C

Normas da Revista Journal of Family Nursing

Revista de Enfermagem da Família é de propriedade da Sage Publications, Inc. Janice M. Bell, RN, PhD, (Universidade de Calgary) é o fundador e editor da revista. A primeira edição da revista trimestral começou em fevereiro de 1995.

O Jornal de Enfermagem da Família é um jornal peer-reviewed que publica trabalhos acadêmicos sobre pesquisa em enfermagem, prática, educação e questões políticas relacionadas com as famílias na saúde e na doença. A missão da revista é ampliar a compreensão sobre as relações entre as famílias, doenças e saúde, e como cuidar práticas com base nesse entendimento pode servir para diminuir o sofrimento e melhorar a saúde nas famílias. Além disso, os artigos apropriados de análises empíricas e teóricas sobre o tema da saúde da família será publicado. Tanto "família como contexto" e "família como unidade" é representado. Além disso, há um forte mandato para representar a diversidade cultural e as famílias em todo o ciclo de vida. Perspectivas interdisciplinares e colaborativa são incentivados, como são contribuições internacionais.

O Jornal de Enfermagem da Família é classificado no Thomson-Reuters Scientific Journal Citation Reports.

Os trabalhos serão selecionados por seu mérito científico e tratamento criativo de questões importantes no campo. Um dos objetivos da revista é estabelecer um fórum no qual os profissionais, educadores e pesquisadores em diversas especialidades clínicas e campos pode estender o debate vivo e iniciar um diálogo mais crítico sobre a família na saúde e na doença.

Os artigos devem ser 15-25 datilografadas em espaço duplo páginas (não incluindo lista de referências e tabelas). Os resumos devem ter no máximo 150 palavras. Para o estilo, siga o Manual de Publicação da American Psychological Association (6 ª edição). Apresentação do Jornal de Enfermagem da Família implica que o manuscrito não foi publicado em outro lugar, nem é sob consideração por outra revista.

Apresentar todos os manuscritos eletronicamente para: http://mc.manuscriptcentral.com/jfn

Para mais informações consulte o site da revista: http://jfn.sagepub.com.

Assinaturas podem ser solicitados: SAGE Publications, Inc., PO Box 5084, Thousand Oaks, CA, EUA 91359. Telefone: 805-499-9774, Fax: 805-499-0871; site: www.sagepub.com.

Journal of Family Office Editorial Enfermagem
Email: jfn@ucalgary.ca

Editor: Janice M. Bell, RN, PhD
Email: jmbell@ucalgary.ca
Website: http:// www.janicembell.com