UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

JUCILENE CASATI LODI

AUTOEFICÁCIA E ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO ATÉ O SEXTO MÊS DE VIDA

PIRACICABA
2020

JUCILENE CASATI LODI

AUTOEFICÁCIA E ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO ATÉ O SEXTO MÊS DE VIDA

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutora em ODONTOLOGIA, na área de SAÚDE COLETIVA.

Orientadora: Profª Drª. Rosana de Fátima Possobon

ESSE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA ALUNA JUCILENE CASATI LODI E ORIENTADA PELA PROFª. DRª. ROSANA DE FÁTIMA POSSOBON

PIRACICABA
2020

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

Lodi, Jucilene Casati, 1985-
L821a Autoeficácia e aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida / Jucilene Casati Lodi. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2020.

Orientador: Rosana de Fátima Possobon.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Autoeficácia. 2. Aleitamento materno. 3. Saúde pública. I. Possobon, Rosana de Fátima, 1968-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Self-efficacy and exclusive breastfeeding until sixth month of live
Palavras-chave em inglês:
Self efficacy
Breast feeding
Public health
Área de concentração: Saúde Coletiva
Titulação: Doutora em Odontologia
Banca examinadora:
Rosana de Fátima Possobon [Orientador]
Clarice Santana Milagres
Karina Camillo Carrascozza
Karine Laura Cortellazzi Mendes
Jaqueline Vilela Bulgareli
Data de defesa: 12-02-2020
Programa de Pós-Graduação: Odontologia

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)
- ORCID do autor: https://orcid.org/0000-0001-8663-3770
- Currículo Lattes do autor: http://lattes.cnpq.br/5883220207237904

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Odontologia de Piracicaba

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Tese de Doutorado, em sessão pública realizada em 12 de fevereiro de 2020, considerou a candidata JUCILENE CASATI LODI aprovada.

PROFª. DRª. ROSANA DE FÁTIMA POSSOBON

PROFª. DRª. CLARICE SANTANA MILAGRES

PROFª. DRª. KARINA CAMILLO CARRASCOZZA

PROFª.DRª. JAQUELINE VILELA BULGARELI

PROFª. DRª. KARINE LAURA CORTELLAZZI MENDES

A Ata da defesa, assinada pelos membros da Comissão Examinadora consta no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da Unidade

DEDICATÓRIA

Primeiramente a Deus, porque sem ELE nada disso seria possível! Obrigada meu Deus pela minha vida, saúde e por me dares muito mais do que preciso e por me abençoares muito mais do que mereço!!!

Aos meus pais, João e Joselena por sempre me apoiar e incentivar os meus estudos, desde criança, e por me fazer acreditar que a educação sim consegue mudar a vida das pessoas. Muito obrigada por sempre me auxiliar na realização dos meus sonhos, sei que os meus sonhos acabaram se transformando no de vocês também.

Aos meus irmãos Juliano e Josué por sempre estarem comigo nas horas difíceis e por sempre me incentivar quando muitas vezes o desânimo queria me tomar.

Ao meu sobrinho Rafael por sempre alegrar os meu dias, aprendo diariamente contigo a sempre buscar ser uma pessoa melhor!

Muito obrigada por tudo!!!!!

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

À Universidade Estadual de Campinas – Unicamp , na pessoa do Reitor Prof. Dr. Marcelo Knobel e à Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP, na pessoa do Diretor Prof. Dr. Francisco Haiter Neto e do diretor associado Prof. Dr. Flávio Henrique Baggio Aguiar.

À profª Drª Karina Gonzales Silvério Ruiz, coordenadora dos cursos de Pós-Graduação da FOP-Unicamp.

À profª Drª Michelle Franz Montan Braga Leite coordenadora do curso de Pós-Graduação em Odontologia, por toda colaboração e ensinamentos.

Aos docentes profª Drª Luciana Miranda Guerra e Prof. Dr. Fábio Luiz Mialhe pelas contribuições no exame de pré-qualificação que auxiliaram na realização desse trabalho.

Aos docentes prof. Dr. Fábio Luiz Mialhe, profª Drª Vanessa Gallego Arias Pecorari e profª Drª Beatriz Cristina de Freitas, pelas ricas contribuições no exame de qualificação.

Aos todos os docentes da área de Saúde Coletiva pelos ensinamentos e experiências cotidianas desde o mestrado que foram fundamentais para chegar até aqui.

A secretária da coordenadoria da Pós-Graduação, Ana Paula Carone nos esclarecimento de dúvidas.

À secretária do Departamento de Ciências da Saúde e Odontologia Infantil, Eliana Aparecida Mônaco por sempre estar disposta a nos ajudar.

À secretária do Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais – Cepae-FOP, Sirlei Marina Silva Ferezini, que pelo pouco tempo de convívio se tornou muito especial. A antiga secretária Cristiane Eleutério Tristão, pela paciência e convivência desde o período do mestrado.

As mães participantes do Grupo de Incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo – GIAME do Cepae-FOP, pela oportunidade de aperfeiçoar na prática os conhecimentos teóricos desenvolvidos durante todos esses anos.

Ao meu namorado Paulo Isidoro Palú por entender minhas ausências nos últimos tempos, obrigada por todo apoio que você me deu nesse último ano, foi fundamental para conseguir concluir esse trabalho.

À amiga e irmã Juliana Aparecida Maschietto que a vida me deu, desde a graduação, pelos momentos de alegrias, tristezas e confidencias, demonstrando que uma amizade verdadeira pode sim durar por anos. Sei que mesmo eu estando ausente nos últimos tempos,

sempre posso contar contigo. Ao meu sobrinho de coração Gustavo Henrique Maschietto Camargo por todo o amor e carinho depositado em mim, orgulho demais de ser sua “tia postiça”, perdão pelos momentos de ausência nos últimos tempos.

A todas as amigas que tive o prazer de conhecer durante esses 6 anos de FOP, em especial, a Clarice Santana Milagres, Eveline Costa Caineli, Melisa Sofia Gomes, Joyce Grazielli Buratti e Maria Cristina Rocha Pauli pelas brincadeiras, saber compartilhado e apoio nos momentos difíceis. Todos os nossos momentos ficarão para sempre guardados.

As amigas que me auxiliaram na coleta dos dados: Joyce, Jemina, Grasiela, Larissa e Fernanda, sem vocês seria muito mais difícil.

A todas as gestantes que participaram dessa pesquisa, sem a participação de vocês não seria possível a realização desse trabalho, muito obrigada!!!!!

Agradeço a todos os meus amigos e família embora não mencionado, contribuíram de alguma forma para que esse sonho pudesse ser realizado.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha orientadora Profª. Drª. Rosana de Fátima Possobon, pelo apoio e confiança depositada em mim, desde o mestrado. Agradeço por todos os ensinamentos, saber compartilhado, além dos puxões de orelhas, que foram fundamentais para o meu crescimento tanto pessoal como profissional. Sua nobreza, agilidade e clareza em saber lidar com as adversidades diárias, me estimula e me orgulha a continuar seguindo seus passos!!!

“Feliz é aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina”

Cora Coralina

“Leve conhecimento, deixe saudades”

Jucilene Casati Lodi

RESUMO

Desde a década de 80, as políticas públicas brasileiras para as práticas do aleitamento materno têm contribuído para aumentar a adesão das mulheres à prática da amamentação. Entretanto, o incentivo e a proteção legal ao aleitamento não são suficientes para garantir a adesão da nutriz. A instalação e a manutenção do ato de amamentar requer, dentre outras, um bom nível de confiança da mulher em sua capacidade para realizar com sucesso essa prática. O objetivo deste estudo foi avaliar o nível de autoeficácia das mulheres em três momentos (durante a gestação, no puerpério imediato e no momento da complementação do aleitamento materno) e sua relação com a manutenção do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança. A amostra consistiu em 505 mulheres usuárias de 25 unidades de saúde da família do município de Piracicaba-SP. Todas as unidades que mantinham grupos de gestantes foram visitadas, sendo que todas as gestantes com idade superior a 18 anos foram convidadas para participar do estudo. A pesquisa foi realizada em três fases: na primeira fase, durante a gestação, as mulheres foram abordadas no grupo de gestante da unidade, respondiam um questionário socioeconomico e demográfico e o instrumento de autoeficácia na amamentação (versão curta). Na segunda fase, de acordo com a data provável do parto, era realizado contato telefônico para aplicação novamente do instrumento de autoeficácia e coletar as informações obstétricas. Na terceira fase, ocorriam um contato telefônico mensal para verificação da manutenção do aleitamento exclusivo e aplicação do instrumentos de autoeficácia quando se constatava o desmame (parcial, com a introdução e outros alimentos além do leite materno, ou completo). Resultados: As mulheres que apresentaram nível baixo (<0,0001) e médio (0,015) de autoeficácia no puerpério imediato e nível baixo (0,015) e médio (0,0303) no momento da constação da interrupção do aleitamento exclusivo, não permaneceram em aleitamento materno exclsuvio até o sexto mês. As mulheres multíparas (<0,0001) e com experiência anterior com a amamentação (<0,0001) também não mantiveram o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês. O modelo ajustado de regressão logística, mostrou que a não manutenção do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês foi dependente da idade das mulheres (superior a 25 anos), do nível de autoeficácia baixo e médio durante o puerpério imediato e do nível baixo no momento do aleitamento materno complementado. O estudo concluiu que o nível de autoeficácia tem forte associação com a prática do aleitamento materno exclusivo no sexto mês de vida.

Palavras chaves: Autoeficácia; Aleitamento Materno; Desmame Precoce; Saúde Pública.

ABSTRACT

Since the 1980s, Brazilian public policies for breastfeeding practices have contributed to increase women's adherence to breastfeeding. However, the encouragement and legal protection of breastfeeding are not sufficient to ensure the adherence of the nursing mother. The installation and maintenance of breastfeeding requires, among other things, a good level of confidence of women in their ability to successfully perform this practice. The aim of this study was to evaluate the self-efficacy level of women at three moments (during pregnancy, in the immediate postpartum period and at the moment of breastfeeding complementation) and its relationship with the maintenance of exclusive breastfeeding until the sixth month of life of the child. The sample consisted of 505 women users of 25 family health units in the city of Piracicaba-SP. All units that had groups of pregnant women were visited, and all pregnant women over 18 years old were invited to participate in the study. The research was conducted in three phases: in the first phase, during pregnancy, women were approached in the unit's pregnant group, answered a socioeconomic and demographic questionnaire and the breastfeeding self-efficacy instrument (short version). In the second phase, according to the probable date of delivery, a telephone contact was made to apply the self-efficacy instrument again and collect the obstetric information. In the third phase, there was a monthly telephone contact to verify the maintenance of exclusive breastfeeding and application of self-efficacy instruments when weaning was found (partial, with introduction and other foods besides breast milk, or complete). Results: Women who had low (<0.0001) and medium (0.015) levels of immediate postpartum self-efficacy and low (0.015) and medium (0.0303) levels at the time of discontinuation of exclusive breastfeeding did not remain in the postpartum period. breastfeeding was excluded until the sixth month. Multiparous women (<0.0001) and previous breastfeeding experience (<0.0001) also did not maintain exclusive breastfeeding until the sixth month. The adjusted logistic regression model showed that the non-maintenance of exclusive breastfeeding until the sixth month was dependent on the women's age (over 25 years), the low and medium self-efficacy level during the immediate postpartum period and the low level at the moment. of supplemented breastfeeding. The study concluded that the level of self-efficacy is strongly associated with the practice of exclusive breastfeeding in the sixth month of life.

Key words: Self-Efficacy; Breastfeeding; Weaning; Public Health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 13

2 ARTIGO: Evolução dos níveis de autoeficácia materna e sua relação com a manutenção do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês 27

3 CONCLUSÃO 43

REFERÊNCIAS 44

ANEXOS

Anexo 1 - Certificado do Comitê em Ética em Pesquisa 47

Anexo 2 - Questionário socioeconômico, demográfico e obstétrico 48

Anexo 3 - Instrumento de Autoeficácia na amamentação – Short Form 50

Anexo 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 51

Anexo 5 – Comprovante de submissão a revista Ciência e Saúde Coletiva 54

Anexo 6 – Verificação de originalidade e prevenção de plágio 55

1. INTRODUÇÃO

Desde os primórdios da civilização humana, a prática da amamentação sofreu influências socioculturas e econômicas, da época, que ao longo da história da humanidade, foi modificando e deixando de lado sua importância para o binômio mãe-criança (Gomes et al., 2016).

Através dos dados históricos, percebe-se que nos séculos passados, o conceito de cuidar e o vínculo entre a mãe e filho, é diferente dos moldes atuais. A criança era considerada um adulto em miniatura, assim, não precisava de afeto e atenção. Não há vínculo entre a criança do passado e o amor materno dos dias atuais. A mulher tinha apenas a função de procriar (Gomes et al., 2016).

No final do século XVIII, começa o surgimento de publicações que afirmavam que a criança é um ser único, com características próprias, na qual, não podiam ser comparadas e nem exercer o mesmo comportamento do adulto, na qual, necessitava ser cuidada e alimentada por quem a gerou, para criar um ambiente de aconchego entre a mãe com seu filho. Tais pesquisas, evidenciaram que essa falta de vínculo e a não adesão do aleitamento materno por parte da mãe, favoreciam muito a mortalidade dessas crianças (Gomes et al., 2016).

Vale ressaltar que o avanço da ciência quanto ao conhecimento do que ocorre com o corpo da mulher diante da gestação e puerpério, teve uma grande parcela para a propagação do "instinto materno" tão enfatizado na época. Pois, caso a mulher não desenvolva o instinto de amar seu filho durante a gestação, ocorrerá durante o período da amamentação, devido a produção dos hormônios da oxitocina e prolactina. Entretanto, hoje sabemos que, a não adesão do vínculo com seu filho, está muito relacionado com as condições socioculturais, que sobressairá diante da atuação dos hormônios (Gomes et al., 2016).

Com o advento do século XX, o movimento feminista, a inserção da mulher no mercado de trabalho, a propagação das industrias e a crescente urbanização, foram implantados novos hábitos na alimentação da população, inclusive nas mães e filhos. Em meados do século, houve o surgimento dos leites artificiais, com uma propaganda e marketing muito forte, na qual, foi conquistando o mercado devido a sua facilidade e praticidade, levando ao declínio da adesão ao aleitamento materno (Antunes et al., 2008).

Dessa maneira, os anos 70 é marcado por elevado índices do uso de fórmulas infantis em todos os países industrializados, inclusive no Brasil. Logo, essa década é marcada pelo auge do declínio da prática da amamentação, e como consequência, piora das taxas de mortalidade materna e infantil em todo o país (Venâncio et al, 2013). Antes desse período, não conheciam os valores

nutricionais e imunológicos do leite materno para a díade mãe-criança, nem sua função fisiológica e emocional, só era de conhecimento a relação da prática da amamentação com a redução da mortalidade infantil.

Assim, campanhas a nível mundial pró-amamentação, começaram a se formar embasadas nos estudos científicos que se tornavam cada vez mais frequentes mostrando a importância da prática na saúde da criança e sua influência que se refletiam também na vida adulta e na prevenção de doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e obesidade, além dos benefícios para a autoestima das mulheres que amamentam.

No Brasil, não havia dados prévios que fossem representativos para embasar as pesquisas que estavam acontecendo sobre a real situação da amamentação no país. Venâncio e Monteiro (2008) ao analisar a tendência da taxa de aleitamento materno no Brasil, encontrou que só tinha os dados a partir da década de 70, na qual, era em torno de 74 dias e disparado a taxa de mortalidade infantil que chegava a 90 por mil nascidos vivos no país, sendo que no Norte e Nordeste representava 104 e 129 respectivamente por mil nascidos vivos.

A partir dessa constatação, o governo brasileiro começou a se preocupar com os indicadores e começou a realizar ações para incentivar a prática do aleitamento. Em 1981, o governo criou o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNAM) para sensibilizar mulheres, crianças e a sociedade como um todo, dos benefícios dessa prática, tendo apoio de órgãos do Ministério da Saúde, Previdência Social, Sociedade de Nutrição, Pediatria, Ginecologia, além da OMS e da UNICEF (Brasil, 1991), onde tais estímulos para a continuidade da prática do aleitamento materno no Brasil é praticado até os dias atuais, através da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) e Rede Cegonha.

A Rede Cegonha foi implementada em 2011, na qual, fundamenta-se nos princípios da humanização e da assistência, que asseguram às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério; e às crianças, o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, através da boa assistência ao pré-natal e no seu acompanhamento após o parto, através de visitas domiciliares (UMA-SUS, 2015; Brasil, 2012).

A EAAB foi implementada em 2013 e tem como objetivo qualificar o trabalho dos profissionais de saúde atuantes na atenção básica a fim de reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável das crianças menores de dois anos interligadas ao

Sistema Único de Saúde (SUS), através de fomração de tutores e oficinais de trabalho na atenção básica (Perillo, 2019).

Embora, os primeiros estudos sobre os benefícios do aleitamento materno, começaram a surgir na década de 70, entretanto foi na década de 80 que ganhou força, porém não era de conhecimento quanto tempo seria o ideal para manter o aleitamento materno. Feachem e Koblinsky (1984) realizaram uma meta-análise, onde constataram que amamentar exclusivamente entre quatro a seis meses protegeria a criança ao óbito por doenças infecciosas. Em 1986, liderado por Victoria et al., em uma população brasileira, demonstrou que óbitos por diarreias e pneumonias poderia ser reduzida em 1/3 se as crianças fossem amamentadas exclusivamente em vez de parcialmente nos primeiros seis meses de vida (Victora et al., 1987). Tais estudos contribuíram para que em 1990 durante a reunião da Declaração de Innocenti, fosse estipulado que os países deveriam incentivar a prática da amamentação exclusiva entre quatro a seis meses e complementados por até dois anos ou mais (Rea, 2003).

Assim, desde 2002 a OMS determinou que a prática do aleitamento materno deverá ser de forma exclusiva até a sexto mês de vida da criança e complementada até dois anos ou mais (Rea, 2002; Brasil, 2014). Assim, o aleitamento materno é classificado (Brasil, 2014; Brasil, 2010):

- Aleitamento Materno Exclusivo: quando a criança recebe apenas o leite materno diretamente da mama ou ordenhado, praticado até o sexto mês de vida da criança (180 dias);
- Aleitamento Materno: recebe o leite materno, acrescido de fórmulas infantis, água, sucos ou chás;
- Desmame precoce: ausência total de leite materno.

A prática do aleitamento materno é de fundamental importância para a saúde da mulher, da criança e para a sociedade, devendo ser sempre incentivada e protegida. Entretanto, os estudos evidenciam mais os benefícios para a saúde da criança, não dando tanto ênfase para os benefícios que podem ocorrer para a saúde da mulher (Perillo, 2019) que são: melhora nos indicadores de depressão pós-parto, involução uterina mais rápida, amnorréia lactacional, redução de peso, câncer de mama, de ovário e de ovário (Rea, 2004; Del Campo et al., 2018). Além dos benefícios econômicos, pois não precisará comprar fórmula láctea e evita gastos com utensílios adicionais como as mamadeiras e chupetas.

Tais benefícios devem ser difundidos pois, das 10 milhões de mortes de crianças que ocorrem anualmente em todo o mundo, um milhão e meio delas poderiam ser evitadas mediante ao aumento da cobertura em 90% das taxas de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida nos países emergentes, entretanto, dados divulgados pela UNICEF (2018) apontam que somente 41% das crianças menores de seis meses no mundo recebem aleitamento materno de forma exclusiva, taxa considerada baixa pela OMS e, 45% praticavam a amamentação com dois anos de vida (Brasil, 2009).

Assim, os órgão governamentais mundiais tem traçado estratégias de forma prioritárias para garantir proteção, promoção e o apoio ao aleitamento materno para garantir melhorias das condições de saúde das crianças (Brasil, 2014).

Sendo que, o ato de amamentar propicia o contato físico entre mãe e criança, estimulando o reflexo da ocitocina na liberação de sentimentos como amor e carinho, favorecendo o estabelecimento do vínculo entre mãe e filho. Estudo tem evidenciado que crianças que são amamentadas tendem a serem mais seguras e tranquilas e de fácil socialização durante a infância, do que as que não foram. Tais aspectos psicológicos estão relacionados com o desenvolvimento da personalidade e do caráter dessa criança enquanto adulto (Carvalho, 2015).

Quanto a sucção ao peito materno, proporciona um sistema equilibrado entre sugar, deglutir e respirar. Mamar não supre apenas a necessidade fisiológica de alimentar-se, mas estimula um exercício físico contínuo que propicia o desenvolvimento da musculatura e dos ossos da face e bucal, proporcionando uma harmonização facial. Quando em harmonia, a sucção e o exercício, trará satisfação emocional a criança, não tendo a necessidade de buscar aporte emocional no dedo ou na chupeta, evitando a instalação de hábitos deletérios (Carvalho, 2015; Perillo, 2019).

O leite materno possui uma alta composição imunológica, tornando-o um grande fator de proteção à criança, principalmente na primeira semana de vida. É um alimento completo e essencial adequa-se as necessidades e mudanças nutricionais, imunológicas e afetivas de acordo com o seu crescimento e desenvolvimento. Consegue suprir sozinho as necessidades nutricionais da criança nos primeiros seis meses e continua sendo uma importante fonte de nutrientes no segundo ano de vida, especialmente de proteínas, gorduras e vitaminas (Carvalho et al., 2015).

Victoria et al (2016) em seu estudo de revisão sobre as consequências a curto e longo prazo da amamentação, evidenciou que metade dos episódios de diarreia e um terço das infecções respiratórias poderiam ser evitadas pela amamentação. Ao analisar a taxa de internação hospitalar

por tais patologias, o aleitamento materno protege em até 72% por diarreia e 57% por infecções respiratórias.

O leite materno disponibiliza para a criança alta biodisponibilidade de ferro, protegendo-a contra anemia, que é a deficiência hoje mais encontrada de minerais nas crianças brasileiras. Associados a isso, há graves prejuízos para o desenvolvimento cognitivo e motor da criança, podendo comprometer seu desenvolvimento escolar (Victora et al., 2016). Dessa forma, a amamentação está associada com maior desempenho em testes de inteligência em crianças e adolescentes com um incremento de 3,4 pontos no quociente de inteligência - QI (Victora et al., 2016). No Brasil, uma coorte de 30 anos de seguimento, evidenciou que as crianças que foram amamentadas influenciaram na inteligência, escolaridade e na renda na vida adulta, onde 72% do efeito da amamentação sobre a renda estava relacionado com o aumento no QI. (Horta et al., 2013).

Mais recentemente, estudos mostraram que o leite materno e a via de parto normal são fontes de bactérias com grande potencial probiótico para o estabelecimento adequado da flora intestinal das crianças, inviabilizando a teoria do recém-nascido estéril (Perillo, 2019). No leite materno tem diversas bactérias entre as quais: *Staphylococcus, Streptococcus, Enterococcus* e diversas espécies de *Lactobacilos e Bifidobacterium.* As duas últimas bactérias, desenvolvem um papel importante na inibição competitiva com outras bactérias pela adesão à mucosa intestinal e na síntese de compostos que degradam bactérias patogênicas. Seu efeito na imunomodução da mucosa intestinal garante a estabilidade e o equilíbrio por todo trato gastrointestinal (Laursen etal., 2017).

A qualidade da colonização inicial desenvolve um papel importante na seleção dos diferentes gêneros bacterianos, trazendo consequências para toda a vida da criança, como por exemplo a obesidade (Perillo, 2019).

Quando há ausência do aleitamento, favorece o crescimento e a translocação de bactérias patogênicas para a corrente sanguínea, aumentando o risco do desenvolvimento de doenças. Além disso, como a microbiota intestinal da criança é modulada pela microbiota do leite materno, quando há a introdução de alimentos antes dos seis meses, pode afetar esse equilíbrio, interferindo na modulação benéfica da microbiota, pois o intestino não consegue degradar a enzima lactase presente na fórmula láctea infantil (Laursen et al., 2017).

Embora, tenha o conhecimento de todos esses benefícios para a díade mãe-criança do aleitamento materno e o esforço nacional através das políticas públicas de incentivo ao aleitamento, o aumento dos índices de AM dos anos 80 até os dias atuais foi pouco. Houve um aumento da

duração da amamentação entre os anos de 1974 e 1989, passando de 2,5 para 5,5 meses respectivamente (Venâncio e Monteiro, 1998). Entretanto, a primeira informação sobre a situação do AME no Brasil é proveniente de pesquisa realizada em 1986, na qual se evidenciou que apenas 3,6% das crianças entre 0 e 4 meses eram amamentadas de forma exclusiva (Monteiro, 1997).

Na Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) reforçou essa tendência, sendo que, em 1996 (Brasil, 1997) a mediana era de 7 meses de AM e subiu para 11 meses em 2006. Já as taxas de AME era de 37,1% nos menores de seis meses.

Em 1999, ocorreu a I Pesquisa de Prevalência do AM nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, durante a campanha nacional de vacinação. Verificou-se a prevalência do AME em menores de seis meses de 26,7% e com mediana de 23,4 dias (Brasil, 2001). Em 2008, ocorreu a II Pesquisa de Prevalência do AM, com a mesma metodologia do inquérito de 1999. Foi constado que houve um aumento de 41% de AME nos menores de seis meses com mediana 54,1 dias, demonstrando que houve um aumento significativo em 10 anos nas taxas de AME no país. Nessa pesquisa a taxa de AME aos seis meses era de 9,8% (Brasil, 2008).

For fim, o último dado nacional sobre as taxas de aleitamento materno no Brasil ocorreu na Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (PNS-2013), utilizou uma amostra por conglomerados, com base através dos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Souza Júnior, 2013). Foi evidenciado que, com o passar dos meses, há uma dimunição das taxas de AME nos menores de seis meses, resultando em 36,6%. A tabela 1 demonstra de forma resumida a variação das taxas de AM no país com o passar dos anos (Souza Júnior, 2013).

Tabela 1: Variação das taxas de AM no Brasil de acordo com a mediana do AM (em meses) e a prevalência do AME (%) em crianças menores de seis meses.

Ano	Abrangência	Duração mediana do AM (meses)	Prevalência do AME < 6 meses (%)
1974-1975	Brasil	2,5	-
1986	Brasil	6,8	3,1
1989	Brasil	5,5	-
1996	Brasil	7,3	-
1999	Todas as capitais brasileiras e DF	9,9	26,7%
2006	Brasil	11,9	37,1
2008	Todas as capitais brasileiras e DF	11,3	41%
2013	Brasil	10,6	36,6%

Assim, tanto no Brasil como no mundo, têm intensificado os estudos do AM sobre a importância da prática para o crescimento e desenvolvimento adequado das crianças, porém as taxas de AM não têm acompanhado o mesmo crescimento (Boccolini et al., 2015).

A razão alegada pelas mães para o desmame ou introdução de outros alimentos (água, chás) pode ser explicado pelo fato do processo de amamentação não ser apenas um atributo fisiológico materno e o reconhecimento da importância dessa prática para a interação da mãe com o seu filho, mas parte de determinantes contextuais em que a mulher está inserida, ou seja, o ato de amamentar além de ser biologicamente determinado é socioculturalmente condicionado (Carvalho, 2015).

A determinação sociocultural tende a sobressair à determinação biológica, onde amamentar sofrerá influencias conforme os costumes de um determinado grupo social. Assim, um costume culturalmente aceito e que influencia muito nas taxas de desmame precoce é o uso de bicos artificiais (chupetas e mamadeiras) (Carvalho, 2015).

O estabelecimento adequado da amamentação ocorre no decorrer do primeiro mês de vida da criança, período no qual pode surgir alguns dos principais problemas que também pode contribuir para que a mulher desista de amamentar: ingurgitamento mamário e fissura mamilar. Essas duas intercorrências mamárias, favorecerá também a introdução da chupeta. Assim, a introdução da chupeta para as crianças já nas primeiras semanas de vida deve ser considerada como um sinal de alerta para os profissionais de saúde, no sentido de que pode estar havendo dificuldades

no estabelecimento adequado da amamentação e as mães necessitam de apoio e orientações adequadas (Perilo, 2019).

Estudo realizado entre as crianças amazônicas, evidenciou que o uso de chupeta afetou negativamente a continuação do AME no final do primeiro mês de vida da criança, em torno de 33% (Mosquera et a., 2019). Numa revisão sistemática conduzida por Boccolini et al (2015) para identificar os fatores associados ao aleitamento materno exclusivo aos seis meses, dos estudos transversais e de coorte encontrados, indicaram que a exposição à chupeta foi o fator mais fortemente associado ao desmame precoce. Entretanto, os artifícios particularmente relacionados entre o uso de chupeta e a prática de amamentação, não estejam totalmente assimilados, o seu uso pode comprometer a técnica adequada de sucção da mama. Ao sugar a região areolar, a criança consegue manter um padrão adequado de respiração nasal e postura de língua, na qual no futuro, facilitará a função de mastigação, produção correta dos sons da fala e adequada transição alimentar (Rigotti et al., 2015). Somados ainda, o seu uso pode comprometer a produção de leite, sendo que, pelo uso da chupeta reduzirá as mamadas com diminuição na frequência de sucção que cria um efeito fisiológico negativo na estimulação mamária, e consequentemente, será substituído pela fórmula infantil que será oferecido na mamadeira, podendo acarretar confusão de bicos (Mosquera et al., 2019). Independente da causa e efeito, o uso da chupeta apresenta um maior risco de não receber os benefícios do leite materno nos primeiros dias de vida.

Embora, o ato de sucção a chupeta possa comprometer a prática da amamentação, faz-se necessário entender que muitas vezes elas utilizam a chupeta como forma de acalentar seu filho, devido a muitas vezes, a dificuldades encontradas no manejo da lactação. Para Victora et al (1997) sugere que o uso da chupeta seria um determinante das dificuldades na prática da amamentação e insegurança materna, não o causador direto da interrupção da amamentação.

Vale ressaltar que o contato precoce pele a pele facilita muito o reflexo da ocitocina para a ejeção do leite, ainda na sala de parto, normalmente esse contato é facilmente presente no parto normal do que no parto cesáreo. Esse contato favorecerá muito a manutenção do AME. Além dessas causas, supracitadas, a primiparidade e escolaridade baixa por parte das mães comprometem a prática da amamentação. Tais itens estão associados a falta de conhecimento e vivencia com o aleitamento, corroboradas com a insegurança materna diante do novo e a falta de apoio por pessoas do seu ciclo social.

Embora já esteja bem definido na literatura as causas do desmame precoce, entretanto, apresenta difícil compreensão. Sabe-se que a mulher está insegura, porém não sabiam como interferir nisso. Assim, nos últimos anos têm intensificado os estudos que analisam a autoeficácia materna diante do ato de amamentar, ou seja, a sua confiança para a prática. Essa teoria enfatiza que uma mulher preparada e com uma rede de apoio fortalecida (companheiro, avós, profissionais de saúde) auxiliará para que elas se sintam mais confiantes e alcancem êxito na amamentação (Dennis e Faux, 1999; Dennis, 2003; Glassman et al., 2014; Rocha et al., 2018).

A autoeficácia é um conceito que vem sendo utilizado que demonstra influência direta nos comportamentos relacionados à promoção da saúde. O conceito de autoeficácia foi elaborado e difundido por Albert Bandura a partir de 1977. Bandura é um estudioso da linha do comportamento humano e sua relação com o outro, onde atribui o entendimento de que os processos cognitivos interligam a relação entre o comportamento e sua consequência e, portanto, são indispensáveis para o estabelecimento e manutenção de um determinado comportamento, tais pensamentos difundidos na época, deu origem a Teoria Social Cognitiva (TSC) (Bandura, 1977; Bandura, 2008).

A TSC explica o comportamento humano mediante um modelo de reciprocidade triádica. Nesse modelo, as ações humanas são explicadas através da interação entre os fatores pessoais (cognitivos, afetivos e biológicos), comportamentais e ambientais. Deste modo, o indivíduo se torna agente e receptor das situações que autodetermina, e ao mesmo tempo essas situações determinarão seus pensamentos, emoções e comportamento subsequente. Como consta na figura abaixo (Bandura, 2008).

Figura 1: Modelo de reciprocidade triádica, proposto por Bandura (1977)

A partir da TSG Bandura elementou o constructo da autoeficácia, na qual é o elemento central da sua teoria, dando suporte e sentido, onde a autoeficácia é considerado o elemento chave da composição da individualidade do ser humano (autorreflexão). Bandura afirma que o ser humano consegue ter controle de suas atividades, sendo ativo e não passivo, assim, consegue ter uma autorregulação, autorreflexão, autoorganização e ação proativa, sendo competente para direcionar o seu próprio caminho, de modo a gerar as consequências que deseja para a sua vida (Bandura, 1977; Bandura, 2008).

A autoeficácia é a crença (confiança) sobre a atividade pessoal de desempenhar com sucesso determinadas tarefas ou comportamentos para garantir um resultado desejado. Ou seja, a crença que cada indivíduo deposita sobre uma determinada situação, influenciará na sua capacidade de agir de acordo com o esforço disponibilizado para obter sucesso na sua ação (Oriá, 2008).

O elemento chave da autoeficácia é a confiança da pessoa em sua habilidade, sendo o fator motivador e regulador de seu comportamento. Há dois fatores motivadores: o componente biológico (quanto de esforço o indivíduo deposita para garantir o sucesso almejado) e cognitivo (como o indivíduo sente, pensa, observa, motiva e se comporta para garantir o sucesso). Assim sendo, a autoeficácia se refere a uma análise que a pessoa faz de sua habilidade para realizar uma tarefa dentro de certo domínio (Bandura, 2008).

De forma resumida, afirma-se que a autoeficácia é a habilidade de julgar-se capaz de realizar com êxito uma determinada tarefa. Sendo, a escolha, execução e manutenção do comportamento é inserida no conceito de autoeficácia, pois é ela que atua no indivíduo, incentivando-o a desenvolver capacidades para enfrentar ou fugir das mais diversas situações impostas pelo dia-a-dia (Dennis e Faux, 1999; Oriá, 2008; Dodt, 2008).

Fica claro que é a força das convicções do indivíduo na expectativa da autoeficácia e na expectativa de resultados que influenciarão na decisão de iniciar um dado comportamento, no esforço e persistência de alguém para enfrentar aspectos do cotidiano para manter determinados comportamentos (Oriá e Ximenes, 2010).

Com base na teoria de autoeficácia, Dennis e Faux (1999) foram as pioneiras em relacionar o modelo de confiança proposto por Bandura (1977) com a amamentação. Afirmam que, é preciso compreender que não basta a mulher acreditar que determinado comportamento poderá ajuda-la a amamentar, é necessário que ela se sinta capaz e apta para executar com sucesso a prática da

amamentação. Assim, essa crença que ela é capaz de amamentar (autoeficácia) deve ocorrer antes que a amamentação seja empreendida, ou seja, ainda no pré-natal.

Para Dennis (2003), a autoeficácia em aleitamento materno modifica-se de acordo com as estratégias educativas que visam o estabelecimento da confiança materna de acordo com a realidade de cada mulher, onde, amplos conhecimentos e habilidades, muitas vezes, não consegue alcançar o resultado esperado, e, enquanto outra, com menor competência e habilidade, apresenta autoeficácia mais elevada, conseguirá melhor desempenho.

Segundo o construto da autoeficácia, todo comportamento é escolhido, realizado e mantido em função das expectativas dos resultados que poderão ser obtidos a partir deste comportamento (expectativa de resultados), e das expectativas sobre suas próprias habilidades em realizar o comportamento (expectativa de autoeficácia). (Dennis e Faux, 1999; Dennis, 2003). O resultado positivo (sucesso na amamentação) ou negativo (fracasso na amanetação) encontrado ao realizar determinada tarefa, naturalmente influenciarão as decisões de iniciar a amamentação, bem como o esforço para mantê-la (Bandura et al., 2008; Dodt, 2008; Oriá, 2008).

Dessa forma,o comportamento apresentado pelas mulheres diante do ato de amamentar, sofre influência do ambiente na qual ela está inserida, sua percepção diante desse ato e o seu comportamento que favorecerá ou não a aderir o resultado almejado. Assim, essa confiança se constrói a partir de quatro diferentes fontes de informação (antecedentes) a seguir (Bandura, 1977; Dennis e Faux, 1999; Oriá, 2008 e Dodt, 2009):

Experiência pessoal: Uma experiência positiva de amamentação (gestação anteriores) aumenta a autoeficácia, enquanto uma experiência negativa a diminui, principalmente quando o processo de aprendizagem acontece no início;

Experiência vicária ou observacional: Observar pessoas que sejam próximas a essas mulheres que amamentam, onde compartilham suas experiências ou assistir vídeos educativos enfocando a importância da amamentação, serão fontes importantes de confiança, principalmente na ausência de experiência prévia (em primíparas). Para alcançar sucesso nessa fonte de informação, é necessário que o modelo tenha características semelhantes às do observador. Assim, uma mãe que realizou uma mamoplastia redutora (redução de mama), se sente mais confiante em amamentar quando vê uma outra mãe que também realizou a cirurgia amamentando.

Persuasão verbal: O poder de convencimento de pessoas próximas a essa mulher (familiares ou profissionais de saúde), de seguir as orientações propostas, ainda no pré-natal, da

habilidade e da capacidade dela para realizar no futuro, a prática da amamentação. No grupo de pré-natal, durante a palestra e a discussão da importância do aleitamento materno, os profissionais estão tentando convencer essas futuras mães a aderir a amamentação (execução da ação).

Estado emocional e fisiológico: Está diretamente interligado na construção da autoeficácia da mulher, principalmente nas primeiras semanas após o parto, sendo o momento em que a mulher está se adaptando ao seu novo papel (mãe), somadas as dificuldades encontradas, pode ter uma repercussão negativa. De uma forma geral, elas referem dor, dificuldade na pega, ingurgitamento mamário, fissura mamilar e sensação de pouco leite, que pode ocasionar ansiedade, fadiga ou estresse que diminuirá o seu senso de autoeficácia. Assim, o que elas acreditam, idealizaram e como essa fase foi transmitida para ela durante o pré-natal, e como ela absorveu essas informações, resultará na sua autoeficácia para lidar com a amamentação, mesmo diante das dificuldades apresentadas.

Diante disso, esses quatro elementos precisarão ser assimilados cognitivamente pela mulher para que a autoeficácia seja construída, na qual irá influenciar diretamente na escolha, realização e manutenção do comportamento de amamentar. A mulher precisa ter uma firme confiança na sua capacidade (eficácia) para que possa organizar e manter um comportamento. Acreditar, crer ou confiar na sua eficácia é o gatilho para executar a ação (amamentar). Assim, a autoeficácia é a percepção que a mulher tem da sua própria capacidade de amamentar e, não necessariamente sua verdadeira capacidade (Dennis e Faux, 1999).

A partir desses pressupostos teóricos Dennis e Faux (1999) desenvolveram a Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES), pois observaram que não havia até então um instrumento que pudesse avaliar a autoeficácia para o comportamento de amamentar. No Brasil a presente escala foi traduzida e validada por Oriá (2008) como Escala de Autoeficácia na amamentação-versão Brasil (BSES-VB). Contém 33 assertivas que são pontuadas, gerando um score total. Esse score varia de 33 a 165 pontos. Baixo nível de autoeficácia: 33 a 118 pontos; Médio nível de autoeficácia: 119 a 137 pontos; Alto nível de autoeficácia: 138 a 165 pontos (Oriá, 2008; Oriá e Ximenes, 2010).

A partir da BSES-VB, foi elaborada a Breastffeding Self-Efficacy – Short Form, para ser mais fácil a aplicação da escala no puerpério imediato (até 10 dias após o nascimento da criança) (Dennis, 2003). No Brasil foi traduzida e validada como: Escala de Autoeficácia na amamentação – Short Form (BSES-SF). Onde, mantém os mesmos domínios, entretanto, com menos perguntas (Dodt, 2008).

Assim, a BSES-SF é uma escala do tipo Likert, autoaplicável, com 14 assertivas perfazendo um score mínimo de 14 e máximo de 70 pontos. Baixo nível de autoeficácia: 14 a 32 pontos; Médio nível de autoeficácia: 33 a 51 pontos; Alto nível de autoeficácia: 52 a 70 pontos (Dennis, 2003; Dodt, 2008).

As assertivas são composta por dois domínios: Técnico e Pensamento Interpessoal. No primeiro domínio (contém oito perguntas) corresponde a questões técnicas da prática da amamentação, como por exemplo a posição correta da criança durante a amamentação, reconhecimento de sinais de uma boa lactação, conforto durante o ato de amamentar entre outros (Dennis, 2003; Dodt, 2008). No segundo (contém seis perguntas), é analisado por exemplo o desejo de amamentar, motivação interna, satisfação anterior em amamentar, entre outros. As assertivas correspondentes aos domínios estão organizadas de forma aleatória, para que a mulher tenha que pensar de forma abrangente, não separadas pelos domínios, que facilitaria a resposta (Oriá, 2008).

Essa escala nos remete a enfatizar que quanto maior a pontuação, maior a confiança da mulher para a prática da amamentação e na sua habilidade para manter-la, quanto esforço ela irá gastar, se terá pensamento de autoreforço ou autodestrutivos e como ela reagirá emocionalmente às dificuldades para a prática do aleitamento. Ou seja, consegue detectar o quão autoconfiantes ela estará e qual a sua probabilidade de iniciar e manter o AME por um período maior (Dennis, 1999; Oriá, 2008).

Além disso, permite que o profissional de saúde que atua diretamente com essa mulher, conheça previamente a área (domínios) em que a mulher apresentou maior dificuldade (menor autoeficácia), possibilitando, assim, intervenções precoces para implementação de estratégias para promover o aleitamento materno de forma individualizada antes dela decidir por não amamentar. Esse conhecimento prévio, pode favorecer no aumento das taxas de AME, garantindo melhoria da qualidade do binômio mãe-filho (Dodt, 2008; Oriá e Ximenes, 2010).

Dessa forma, a BSES-SF usa-se na avaliação do cuidado individualizado e guia de práticas específicas de saúde às mães, com intervenções de educação em saúde, de promoção do aleitamento materno exclusivo de crianças até seis meses de vida (Dennis, 2003). Ao interpretar os sentimentos sobre a amamentação na autoeficácia os profissionais podem utilizar este instrumento para avaliar o desempenho da mulher para este ato. Durante a gravidez e no puerpério a mulher vivencia desgastes emocionais e o profissional de saúde deve oferecer cuidados individualizados para que a mulher consiga manter o seu desempenho e sua autoeficácia na amamentação (Chaves, 2014).

Neste contexto, evidencia-se a necessidade da utilização dessa modalidade para a identificação do desmame precoce e a realização de atividades para a promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno, baseado nas necessidades individuais da gestante e/ou nutriz. Considerando as características individuais do processo de amamentação este estudo busca entender o nível de confiança que a mulher apresenta em três momentos distintos: na gestação, puerpério imediato e no momento do aleitamento complementado.

É importante destacar que trabalhos que associam fatores relacionados com a confiança materna diante da sua capacidade de amamentar exclusivamente, desde o período gestacional até o momento do aleitamento complementado, são escassos na literatura. Os estudos existentes, que avaliam essa relação, restringem-se ao período gestacional, aos primeiros dias pós-parto e o acompanhamento por um certo período, não relacionando o nível de confiança da mulher em diferentes momentos com o passar dos dias da amamentação exclusiva. Assim, demonstra a relevância do trabalho, em relacionar o nível de confiança da mulher em três momentos distintos e sua associação com as variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas e manutenção do AME.

2. ARTIGO

Níveis de autoeficácia materna e sua relação com a manutenção do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês

Levels of maternal self-efficacy and their relationship with the maintenance of exclusive breastfeeding until the sixty month

Artigo submetido a Revista Ciência e Saúde Coletiva (anexo 5)

[1]Jucilene Casati Lodi
[2]Maria Cristina Pauli da Rocha
[3]Karine Laura Cortellazzi
[4]Rosana de Fátima Possobon

[1]Autora. Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia (Saúde Coletiva). Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas – FOP/UNICAMP. Av. Limeira, 901. Bairro Areião. Caixa Postal 52. CEP: 12414-903. Piracicaba-SP-Brasil. Emal: lodijucilene@gmail.com. Tel: (19): 98292-1011.
Contribuiu no delineamento, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica.
[2]Coautora. Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – FCM/UNICAMP.
Contribuiu no delineamento, redação do artigo e revisão crítica.
[3]Coautora. Dentista. Docente da Área de Bioestatística do Departamento de Ciências da Saúde e Odontologia Infantil. Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas – FOP/UNICAMP.
Realizou a análise crítica dos dados e a estatística.
[4]Coautora. Dentista. Docente da Área de Psicologia Aplicada do Departamento de Ciências da Saúde e Odontologia Infantil. Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas – FOP/UNICAMP.
Contribuiu no delineamento, análise, interpretação dos dados e revisão crítica.

RESUMO: O objetivo deste estudo foi avaliar níveis de autoeficácia materna e a sua associação com variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas na manutenção do aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês de vida da criança. Estudo transversal com 505 mulheres das Unidades de Saúde da Família de um município de médio porte do interior do estado de São Paulo, que foram abordadas em três momentos: durante a gestação, no puerpério imediato e mensalmente até o momento do início da complementação do aleitamento. Foram coletadas informações socioeconômicas, demográficas, obstétricas e aplicado o instrumento de Autoeficácia na Amamentação – Short Form em três momentos: durante a gestação, no puerpério imediato e no momento do aleitamento complementado. Realizou-se análise descritiva dos dados e análise de regressão simples para cada variável independente com o desfecho (aleitamento materno exclusivo). Após foi realizado regressão logística múltipla ordinal, estimando-se os Odds Ratios e os respectivos intervalos de 95% de confiança. As variáveis que apresentaram $p \leq 0,20$ na análise de regressão simples foram testadas na análise de regressão múltipla. Um modelo final foi ajustado com as variáveis que permaneceram com $p \leq 0,05$, após o ajuste das demais variáveis**.** Os resultados demonstraram que as mulheres que tinham idade superior a 25 anos, eram multíparas, tinham experiência anterior em amamentação e apresentaram nível baixo ou médio de autoeficácia no puerpério imediato, tiveram menos chances de manter o AME até o sexto mês de vida da criança. O nível de autoeficácia materna analisado nos três momentos, esteve associado à manutenção da prática do AME até o sexto mês de vida da criança.
Palavras chaves: Autoeficácia; Aleitamento Materno; Desmame Precoce; Saúde Pública.

ABSTRACT: The aim of this study was to assess levels of maternal self-efficacy and its association with socioeconomic, demographic, obstetric variables in maintaining exclusive breastfeeding (EBF) until the child's sixth month of life. Cross-sectional study with 505 women from the Family Health Units of a medium-sized municipality in the interior of the state of São Paulo, which were addressed in three moments: during pregnancy, in the immediate puerperium and monthly until the moment of breastfeeding completion. Socioeconomic, demographic, obstetric information was collected and the Breastfeeding Self-efficacy instrument - Short Form was applied in three moments: during pregnancy, in the immediate puerperium and at the time of complemented breastfeeding. Descriptive data analysis and simple regression analysis were performed for each independent variable with the outcome (exclusive breastfeeding). After that,

ordinal multiple logistic regression was performed, estimating the Odds Ratios and the respective 95% confidence intervals. The variables that presented p≤0.20 in the simple regression analysis were tested in the multiple regression analysis. A final model was adjusted with the variables that remained with p≤0.05, after adjusting the other variables. The results showed that women who were over 25 years old, were multiparous, had previous breastfeeding experience and had low or medium level of self-efficacy in the immediate puerperium, were less likely to maintain EBF until the child's sixth month of life. The level of maternal self-efficacy analyzed in the three moments, was associated with the maintenance of EBF practice until the child's sixth month of life.
Key words: Self-Efficacy; Breastfeeding; Weaning; Public Health.

Introdução

Os primeiros 1000 dias da vida da criança (do momento da concepção até os dois anos de idade) têm como característica uma rápida velocidade de crescimento e desenvolvimento, tendo a prática da amamentação um papel fundamental para garantir que esses episódios ocorram de forma adequada. Estudos têm enfatizado que as crianças submetidas ao aleitamento materno exclusivo (AME) durante os seis primeiros meses de idade, têm menos chances de desenvolver doenças crônicas na infância, adolescência e idade adulta[1,2], devido ao estabelecimento adequado da microbiota intestinal, não favorecendo a colonização de patógenos que elevariam o risco de desenvolver infecções[3]. Entretanto, apenas 34,8% das crianças no mundo recebem apenas o leite materno nesse período[4].

Sabe-se que que uma criança amamentada exclusivamente exerce diversos benefícios sobre aquela que recebe o aleitamento de forma complementada, ou seja, além do leite materno, recebe outro tipo de leite, água, sucos ou chás. O risco de uma criança que recebe o leite materno complementado (LMC) ir a óbito por diarreia, é de 8,6 maior sobre a que está em AME, quando já ocorreu o desmame (não recebe o leite materno), esse risco aumenta para 25[5].

O Brasil é conhecido, internacionalmente, como um facilitador para a implementação de políticas e programas de incentivo ao AM[6], conseguindo alcançar os três níveis de intervenção: Nível individual (relação da díade mãe-criança); Local (serviços de saúde, família, sociedade) e Estrutural (características socioculturais e marketing)[7]. Esse sucesso é decorrente de uma série de ações realizadas no país desde a década de 1980, tais como o Programa Nacional de Aleitamento Materno, a regulamentação da Comercialização de Fórmulas Infantis, a Iniciativa Hospital Amigo

da Criança, a Estratégia Alimenta e Amamenta Brasil e, mais recentemente, a Rede Cegonha. Essas políticas foram acompanhadas por campanhas em diversas mídias e grande mobilização social (Semana Mundial de Aleitamento Materno e Semana Mundial de Doação de Leite Humano) para incentivar a prática da amamentação[6].

Essas políticas públicas resultaram no aumento das taxas de aleitamento no país, evidenciando uma tendência ascendente, ou seja, indo de 2,5 meses em 1975 para 14 meses em 2006[7]. Entretanto, o último dado nacional (2013) que quantificou a prevalência do aleitamento materno no país, apontou uma relativa estabilização[8,9]. Agora, quando analisado a taxa de AME no país, o último dado disponível é referente a II Pesquisa Nacional que ocorreu em todas as capitais brasileiras e no Distrito Federal, que quantificou que era de apenas 9,8% das crianças com seis meses de vida recebiam apenas o leite materno[10].

Vale ressaltar que não basta apenas informar as mulheres sobre a importância e as vantagens do AME para que ela consiga manter essa prática; é necessário que a mãe esteja inserida num ambiente favorável ao aleitamento, que inclua uma rede de apoio composta pelo parceiro e por profissionais capacitados para ajudá-la, quando necessário[6].

Assim, a prática do AME sofre influência de fatores psicossociais. A autoeficácia na amamentação, entendida como a confiança materna para a prática da amamentação, tem sido documentada como um fator importante no comportamento das nutrizes. Mulheres com alto nível de autoeficácia apresentam maior persistência para superar as possíveis dificuldades associadas ao aleitamento, interpretadas como desafios positivos e não como razão para desistir do AM[11].

Estudo de metanálise constatou a eficiência de ações educativas iniciadas ainda no pré-natal na prevalência do AME no sexto mês da criança[12]. Sendo assim, a autoeficácia é considerada um interlocutor para a prática da amamentação, sendo capaz de ser modificada por meio de ações educativas, podendo amenizar as influências negativas das crenças maternas[13].

Assim, as expectativas de autoeficácia, construídas pela mulher podem influenciar a percepção sobre a sua habilidade para iniciar e manter o AME até o sexto mês. Essas expectativas estão interligadas com a própria experiência pessoal da nutriz em relação à amamentação, tais como, a observação de pessoas do seu círculo social amamentando, a persuasão verbal de pessoas de referência (família, companheiro e profissionais de saúde capacitados) e fatores internos (estresse, fadiga) que, juntos, interferem de forma significante na confiança da mulher no ato de amamentar, o que refletirá na manutenção ou não do AME[13].

Neste contexto, a realização deste estudo contribui para verificar a associação entre autoeficácia em três momentos distintos (gestação, puerpério imediato e no momento da introdução de complemento ao AM) e os fatores associados para a prática do AME até o sexto mês de vida da criança, entre mulheres assistidas pela estratégia de saúde da família (ESF).

Métodos

Estudo transversal realizado com 505 gestantes pertencentes às Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Piracicaba, interior do estado de São Paulo. As gestantes pertenciam a 25 USFs do total de 52 distribuídas pelas cinco regiões do município.

A pesquisa ocorreu em três momentos: na gestação, no puerpério imediato e na detecção da interrupção do aleitamento materno exclusivo (AME), no período de fevereiro de 2015 à fevereiro de 2019. Foi aplicado um questionário adaptado de Meneghim et al.[14] para coletar informações socioeconômicas, demográficas e relativas ao parto e aleitamento, sendo utilizado o Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF), que investiga o nível de confiança da mulher para realizar o aleitamento materno[15,16].

O BSES-SF foi validado no Brasil em 2008[15] e demonstrou ser um instrumento confiável (Alfa de Cronbach de 0,74). Trata-se de um instrumento autoaplicável, com 14 questões divididas em dois domínios: Técnico e Pensamento Intrapessoal. Cada questão apresenta alternativa de resposta numa escala do tipo Likert, que varia de 1 a 5 pontos, onde 1= discordo totalmente; 2= discordo; 3= às vezes concordo; 4= concordo e 5= concordo totalmente. A pontuação total deste instrumento classifica a autoeficácia em baixa (de 14 a 32 pontos), média (de 33 a 51) e alta (52 a 70).

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: mulheres a partir de18 anos de idade, que participaram de grupos de gestante da unidade, estavam no último trimestre de gestação (grantir que já tivessem recebido informações sobre a importância do aleitamento), não gemelar e não tinham complicações (maternas ou fetais) até o momento da entrevista, sendo excluídas aquelas que apresentaram algum tipo de contraindicação para amamentar. Foram considerados critérios de exclusão: gestantes que não pertenciam a nenhuma unidade de saúde e que não estavam no terceiro trimestre de gestação, descontinuidade em qualquer fase da pesquisa: complicações no parto ou pós-parto ou falecimento materno ou do recém-nascido, internação para cuidado intensivo

hospitalar por um período superior à 24 horas e impossibilidade de contato via ligação telefônica, confirmada após três tentativas, em dias e horários distintos.

Dessa forma, a coleta dos dados ocorreu em três momentos:

- Primeiro momento (durante a gestação): Durante um dos encontros do grupo de gestantes da USF, a pesquisadora explicava os objetivos e os métodos da pesquisa. As gestantes que aceitavam participar, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa e respondiam questões relativas às suas condições socioeconômica e demográfica, a saber: idade da mãe, renda familiar mensal, número de habitantes em sua casa, escolaridade materna e paterna (dicotomizados pela mediana), tipo de moradia (própria ou não própria); presença do companheiro, mãe trabalhar fora de casa, ter outros filhos e experiência anterior com a amamentação (dicotomizados em sim e não) e paridade (primípara ou multípara). A gestante também respondeu às questões do instrumento BSES-SF.
- Segundo momento (até 10 dias do pós-parto): de acordo com a data provável do parto informada na primeira fase, era feito o contato telefônico para coletar informações sobre tipo de parto (normal ou cesárea), amamentação na 1º hora de vida, experiência anterior com a amamentação, dificuldades com a mama e uso de chupeta (sim ou não). As mães respondiam, novamente, as questões do instrumento BSES-SF.
- Terceiro momento (mensalmente): Por meio de contato telefônico, era investigado se a amamentação era mantida e de que forma (exclusiva ou complementada). As ligações ocorriam a cada 30 dias até a criança completar 180 dias de vida ou até que fosse verificada a interrupção do aleitamento materno exclusivo. Ao ser interrompido o aleitamento exclusivo, novamente utilizava-se o instrumento BSES-SF e as ligações eram encerradas, independente do mês em que isso ocorresse.

Análise dos dados

Realizou-se análise descritiva por meio de tabelas de frequência e medidas de tendência central e dispersão. Análise de regressão simples foi realizada para cada variável independente com o desfecho (aleitamento materno exclusivo) e em seguida foi estimado modelo de regressão logística múltipla ordinal pelo procedimento PROC GENMOD, estimando-se os Odds Ratios e os respectivos intervalos de 95% de confiança. Avaliou-se o ajuste do modelo pelo deviance/grau de liberdade e Akaike`s information criterion (AICC). As variáveis que apresentaram $p \leq 0,20$ na

análise de regressão simples foram testadas na análise de regressão múltipla. Um modelo final foi ajustado com as variáveis que permaneceram com p≤0,05, após o ajuste das demais variáveis**.** Todas as análises foram realizadas pelo programa estatístico Statistical Analysis System (SAS)[17].

Todas as participantes foram orientadas da finalidade da pesquisa e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) quando aceitaram participar e receberam uma cópia desse termo. Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas, FOP/UNICAMP, sob protocolo 116/2014 e número CAAE: 37381714.1.0000.5418.

Resultados

A tabela 01 mostra que, das 505 participantes, mais da metade (55,64%) tinha menos de 25 anos de idade, não tinha casa própria (52,08%), morava com o companheiro (65,74%) e com até quatro pessoas na mesma casa (69,50%). A renda familiar mensal relatada por quase 2/3 da amostra (74,46%) era de até R$2500,00. O nível de escolaridade da mulher e de seu companheiro era, predominantemente, o ensino médio (83,17% e 85,74%, respectivamente), sendo que muitas (77,23%) trabalhavam para ajudar no orçamento da casa. Todas as mulheres iniciaram o pré-natal antes dos quatro meses, sendo mais da metade primíparas (51,89%) e com parto normal (50,69%). Entre as multíparas, mais da metade (57,82%) não tinha experiência anterior com amamentação. Quase todas as mães (96,63%) amamentaram na primeira hora pós-parto, sendo que 56,63% não relataram dificuldade com o manejo da lactação. Nos primeiros dias de vida, 39,60% das crianças receberam chupeta.

Ao analisar o nível de autoeficácia materna, foi observado que nos três momentos (gestação, puerpério imediato e no momento do AM complementado) as mulheres apresentaram nível alto, sendo 58,02%, 75,05% e 59,31% respectivamente.

Tabela 1. Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas, obstétricas, experiências com a amamentação, uso de chupetas e autoeficácia na amamentação, Piracicaba-SP, 2015-2019.

Variável	Categoria	n	%
Idade da mãe	≤ 25 anos	281	55,64
	> 25 anos	224	44,36
Renda familiar mensal (em reais)	≤ 2500,00	376	74,46
	> 2500,00	129	25,54
Nº de pessoas na casa	≤ 4 pessoas	351	69,50
	> 4 pessoas	154	30,50
Tipo de moradia	Própria	242	47,92
	Não própria	263	52,08
Estado civil	Com companheiro	332	65,74
	Sem companheiro	173	34,26
Escolaridade do pai	Ensino médio	433	85,74
	Ensino fundamental	72	14,26
Escolaridade da mãe	Ensino médio	420	83,17
	Ensino fundamental	85	16,83
Mãe trabalha fora	Sim	390	77,23
	Não	115	22,77
Paridade	Primípara	262	51,89
	Multípara	243	48,11
Tipo de parto	Normal	256	50,69
	Cesárea	249	49,31
Amamentação na 1º hora de vida	Sim	488	96,63
	Não	17	3,37
Experiência anterior com a amamentação	Sim	213	42,18
	Não	292	57,82
Dificuldades com a mama	Sim	219	43,37
	Não	286	56,63
Uso de chupeta	Sim	200	39,60
	Não	305	60,40
Autoeficácia durante a gestação	Baixa	12	2,38
	Média	200	39,60
	Alta	293	58,02
Autoeficácia no Puerpério imediato	Baixa	92	18,22
	Média	34	6,73
	Alta	379	75,05
Autoeficácia no momento AM complementado	Baixa	50	9,90
	Média	105	20,79
	Alta	350	69,31

*AM complementado: alimentação mista, aleitamento materno + fórmula infantil
*Puerpério imediato: até 10 dias pós-parto

Quanto à taxa de AME ao longo dos seis primeiros meses de vida, foi observado um decrécimo de 53% do quarto para o quinto mês, como pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2: Taxa de AME mês a mês entre as crianças da amostra.

Taxa de AME	%
1º mês	372 (73,66%)
2º mês	366 (72,48%)
3º mês	354 (70,01%)
4º mês	348 (68,91%)
5º mês	162 (32,08%)
6º mês	164 (32,48%)

Não houve associação entre o nível de autoeficácia durante a gestação e a manutenção do AME até 180 dias de vida da criança. Esta associação se deu com a autoeficácia no puerpério imediato e no momento da constatação do AM complementado, ou seja, as mulheres com níveis baixo e médio de autoeficácia, tem menos chances de manter o AME até o sexto mês. Quando analisado a idade materna, foi observado que as mulheres acima de 25 anos, multíparas e com experiência em amamentar, foram as que tiveram menos chances de manter o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês (tabela 3).

Tabela 3. Razões de chances (OR) brutas para o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até o 6º mês de vida da criança em funções das variáveis preditoras, Piracicaba-SP, 2015-2019.

Variáveis	Categorias	AME até o 6º mês de vida				
		Sim	Não*			
		n (%)	n (%)	OR	IC (95%)	p valor
Autoeficácia na gestação	Baixa	2 (16,67)	10 (83,33)	2,87	0,61-13,48	0,1806
	Média	73 (36,50)	127 (63,50)	ref		
	Alta	94 (32,08)	199 (67,92)	1,22	0,83-1,78	0,3091
Autoeficácia no puerpério imediato	Baixa	3 (3,26)	89 (96,74)	22,15	6,89-71,24	<0,0001
	Média	4 (11,76)	30 (88,24)	5,60	1,93-16,21	0,0015
	Alta	162 (42,74)	217 (57,26)	ref		
Autoeficácia no momento do AM complementado	Baixa	7 (14,00)	43 (86,00)	3,81	1,67-8,72	0,0015
	Média	28 (26,67)	77 (73,33)	1,71	1,05-2,77	0,0303
	Alta	134 (38,29)	216 (61,71)	ref		
Idade da mãe	≤ 25 anos	107 (38,08)	174 (61,92)	ref		
	> 25 anos	62 (27,68)	162 (72,32)	1,61	1,10-2,35	0,0180
Renda familiar mensal (em reais)	≤ 2500,00	121 (32,18)	255 (67,82)	1,25	0,82-1,90	0,3491
	> 2500,00	48 (37,21)	81 (62,79)	ref		
Nº de pessoas na casa	≤ 4 pessoas	125 (35,61)	226 (64,39)	ref		
	> 4 pessoas	44 (28,57)	110 (71,43)	1,38	0,92-2,09	0,1495
Tipo de moradia	Própria	83 (34,30)	159 (65,70)	ref		
	Não própria	86 (32,70)	177 (67,30)	1,07	0,74-1,66	0,7751
Estado civil	Com companheiro	103 (31,02)	229 (68,98)	1,37	0,93-2,01	0,1307
	Sem companheiro	66 (38,15)	107 (61,85)	ref		
Escolaridade do pai	Ensino médio	150 (34,64)	283 (65,36)	ref		
	Ensino fundamental	19 (26,39)	53 (73,61)	1,48	0,84-2,69	0,2152
Escolaridade da mãe	Ensino médio	138 (32,86)	282 (67,14)	1,17	0,72-1,91	0,6046
	Ensino fundamental	31 (36,47)	54 (63,53)	ref		
Mãe trabalha fora	Sim	127 (32,56)	263 (67,44)	1,19	0,87-1,84	0,4978
	Não	42 (36,52)	73 (63,48)	ref		
Paridade	Primípara	112 (42,75)	150 (57,25)	ref		
	Multípara	57 (23,46)	186 (76,54)	2,44	1,66-3,68	<0,0001
Tipo de parto	Normal	78 (30,47)	178 (69,53)	1,31	0,91-1,90	0,1762
	Cesárea	91 (36,55)	158 (63,45)	ref		
Amamentou na 1º hora de vida	Sim	167 (34,22)	321 (65,78)	ref		
	Não	02 (11,76)	15 (88,24)	3,90	0,88-17,26	0,0954
Experiência anterior com a amamentação	Sim	47 (22,07)	166 (77,93)	2,54	1,66-3,68	<0,0001
	Não	122 (41,78)	170 (58,22)	ref		
Dificuldades com a mama	Sim	76 (34,70)	143 (65,30)	ref		
	Não	93 (32,52)	193 (67,48)	1,10	0,76-1,60	0,6740
Uso de chupeta	Sim	65 (32,50)	135 (67,50)	1,07	0,73-1,67	0,7826
	Não	104 (34,10)	201 (65,90)	ref		

AME: Aleitamento Materno Exclusivo; ref: referência; OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de Confiança; *categoria de referência da variável dependente.

O modelo de regressão logística múltipla (Tabela 4) mostrou que a mulheres que tiveram baixo e médio nível de autoeficácia no pós-parto imediato não mantiveram o AME até 180 dias, permanecendo no modelo a associação entre nível baixo de autoeficácia no momento do da interrupção do AME antes do sexto mês.

Tabela 4. Razões de chances (OR) ajustadas para as variáveis preditoras do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até o 6º mês de vida.

Variáveis	Categorias	AME até o 6º mês de vida		OR	IC (95%)	p valor
		Sim	Não*			
		n (%)	n (%)			
Autoeficácia no puerpério imediato	Baixa	3 (3,26)	89 (96,74)	17,57	5,36-57,55	<0,0001
	Média	4 (11,76)	30 (88,24)	6,49	2,18-19,38	0,0008
	Alta	162 (42,74)	217 (57,26)	ref		
Autoeficácia no momento do AM complementado	Baixa	7 (14,00)	43 (86,00)	3,24	1,29-8,14	0,0126
	Média	28 (26,67)	77 (73,33)	1,47	0,86-2,52	0,1634
	Alta	134 (38,29)	216 (61,71)	ref		
Experiência anterior com a amamentação	Sim	47 (22,07)	166 (77,93)	2,61	1,69-4,05	<0,0001
	Não	122 (41,78)	170 (58,22)	ref		
Idade da mãe	≤ 25 anos	107 (38,08)	174 (61,92)	ref		
	> 25 anos	62 (27,68)	162 (72,32)	1,61	1,04-2,50	0,0323
Nº de pessoas na casa	≤ 4 pessoas	125 (35,61)	226 (64,39)	ref		
	> 4 pessoas	44 (28,57)	110 (71,43)	1,55	0,96-2,50	0,0706

AME: Aleitamento Materno Exclusivo; ref: referência; OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de Confiança; *categoria de referência da variável dependente.

Discussão

Neste estudo, avaliou-se a confiança materna, baseada na teoria da autoeficácia proposta por Bandura[18], que defende que o indivíduo (neste caso, a mãe) através de conhecimento prévio, tem condições para executar com êxito um determinado comportamento (o aleitamento). Desta maneira, conhecer os aspectos que influenciam a fragilidade materna em praticar a amamentação, especialmente de forma exclusiva, é de suma relevância para auxiliá-la a instalar e manter o aleitamento, uma vez que tais aspectos são modificáveis [19,20].

As mulheres desta amostra, com idade igual ou inferior a 25 anos, mantiveram a prática do AME até o sexto mês, contradizendo aos resultados de outros estudos que mostram que mulheres mais velhas mantêm o AME por mais tempo, por serem mais preparadas e por terem mais conhecimento sobre seus benefícios[21,22]. Todavia, Javorski et al.[13], apontam que a idade materna nem sempre pode ser apontada como fator coeficiente para o desmame precoce, e que o meio social influencia mais do que a idade.

Para Awaliyah et al.[23], a duração da amamentação está relacionada mais com a paridade do que com a idade. As multíparas manteriam o AME por mais tempo, graças à confiança para superar obstáculos, adquirida com a experiência prévia. Todavia, no presente estudo, as mulheres multíparas e aquelas com experiência anterior em amamentação foram as que menos mantiveram o AME até o sexto mês. Dennis e Faux[24] ressaltam que a experiência prévia em AM é apenas uma das quatro fontes de informação que embasarão as crenças de autoeficácia (experiências prévias,

experiências vicárias, persuasão verbal e reações físicas e emocionais), que podem determinar a manutenção do AME. O instrumento utilizado neste estudo (BSES-SF) permite quantificar a percepção da mulher quanto às suas habilidades em amamentar, pautadas nessas fontes de informação[15,16.]

Bizerra et al.[25], ressaltam a importância da fonte "persuasão verbal" sobre a decisão da mulher em iniciar e manter a amamentação. Essa fonte, entendida como uma estimulação contínua da mulher, reforçando a crença de que ela é capaz de executar o AM com êxito, deve ser praticado por pessoas de sua referência, como o companheiro e o profissional de saúde que a acompanha durante o ciclo gravídico-puerperal. O bom vínculo entre mulher e estimulador garantiria a confiança dela em amamentar. Entretanto, Bandura[18] afirma que, entre pessoas com crenças fracas de autoeficácia, apenas a persuasão verbal não seria suficiente para garantir a eficácia de ações pré-estabelecidas.

Diante disso, a identificação das fontes que mais afetam cada sujeito permitiria a atuação mais pontual e potencialmente mais eficiente para a modificação das habilidades e para a construção ou consolidação de crenças positivas em relação à capacidade de amamentar[26].

As nutrizes participantes deste estudo, que apresentaram média e baixa autoeficácia no puerpério imediato, tiveram mais chances de interromper o AME antes do sexto mês, evidenciando que a falta de confiança nessa fase pode impactar a manutenção do AME nos meses subsequentes[24,27]. Este achado reforça a importância de se investigar o nível de confiança da mulher, ainda no puerpério imediato, para intervir com uma assistência qualificada, possivelmente suportadas por políticas públicas, no intuito de aumentar a confiança para a prática do AME[27].

No presente estudo, todas as mulheres receberam a visita domiciliar dos profissionais de saúde na primeira semana do pós-parto, como forma de promoção e assistência individualizada, o que permite ao profissional compreender a realidade da nutriz e, ao mesmo tempo, estimular sua autoconfiança para potencializar o seu desempenho como mãe. No estudo conduzido por Carvalho et al.[28], a visita domiciliar foi fator protetor para a prática do AME. Este pode ser um momento oportuno para a identificação de possíveis dificuldades, pela aplicação do BSES-SF, da escuta qualificada e da atenção humanizada, com a disponibilização de ajuda mais precisa e, portanto, potencialmente efetiva[4]. Ressalta-se ainda, a praticidade e facilidade da aplicação do instrumento, somados ainda o baixo custo e com comprovação científica de sua eficácia para a avaliação da confiança materna.

Embora o nível de autoeficácia durante a gestação não tenha apresentado associação com a manutenção do AME até o sexto mês, ele pode ser um indicador da necessidade de intervenção precocemente. Conhecendo as fragilidades dessa mulher, é possível modificar as suas crenças antes mesmo do nascimento da criança[29].

Neste estudo, apesar de dois terços das mães da amostra terem afirmado trabalhar fora de casa, não houve associação entre esta variável e a manutenção do AME. Porém, todas elas retornaram ao trabalho após a licença maternidade, o que ocorreu por volta do 4º mês de vida da criança, o que pode explicar o declínio na taxa de AME do 4º para o 5º mês de vida. Contudo, estudos têm mostrado que quando a mulher recebe informações teóricas e práticas sobre o AM, além do suporte afetivo oferecido por uma equipe de saúde capacitada, ela tende a continuar amamentando, mesmo em face do retorno ao trabalho[30,31].

Embora o Brasil seja reconhecido internacionalmente em relação às políticas públicas de incentivo ao aleitamento, a taxa de adesão à esta prática está aquém do preconizado pelos órgãos internacionais de apoio ao aleitamento (OMS e Unicef). Siqueira et al.[32], ressaltam que, mesmo quando a mulher recebe informações sobre amamentação, se ela não for incentivada a manter essa prática, não haverá adesão. Para Al-Rabadi[33], é necessário que a equipe esteja engajada para incentivar e apoiar as nutrizes em todo o período do AM, uma vez que, apenas passar informação, sem considerar seus medos, anseios e angústias, não serão suficientes para encorajá-las. Todavia, requer do profissional de saúde conhecimento prévio e saber desenvolver na prática as habilidades que o farão escutar, ser empático, sem realizar pré-julgamentos, sabendo atuar dentro das perspectivas dessa mulher e sua rede de apoio[34].

A relevância desse estudo se faz em face da escassez da literatura que relaciona o nível de confiança da mulher em três momentos (gestação, puerpério imediato e no momento do AM complementado). Possivelmente este seja um dos primeiros a discutir a inferência da autoeficácia em diferentes momentos. Além disso, o caráter transversal do estudo, com acompanhamento desde a gestação até o sexto mês (quando não ocorria a introdução de outro tipo de leite previamente), é um ponto importante a ser enaltecido. Ademais, estudos que avaliam o nível de confiança da mulher diante da sua capacidade de amamentar geram benefícios tanto para a díade mãe-criança como para os sistemas de saúde e à economia do país.

Conclusão

A autoeficácia esteve associada à manutenção do AME ao longo dos seis primeiros meses de vida da criança. Mulheres com nível alto de autoeficácia no puerpério imediato e no momento da interrupção do AME, idade materna superior a 25 anos e inexperiência anterior com a amamentação tiveram mais chances de manter o AME até o sexto mês.

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Referências

1. Horta BL, Victora CG. Long-term effects of breastfeeding: a systematic review. Geneva: WHO; 2013.
2. Lopes WC, Marques FKS, Oliveira CF, Rodrigues JA, Silveira MF, Caldeira AP, Pinho K. Infant feeding in the first two years of life. Rev Paul Pediatr. 2018: 36 (2): 164-70.
3. Laursen MF, Bahl MI, Michaelsen KF, Licht TR. First foods and microbes. Front Microbiol. 2017; 8 (356): 1-8.
4. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21 stcentury: epidemiology, mechanisms and lifelong effect. Lancet. 2016; 387 (10017): 475-90. DOI: 10.1016/S0140-6736 (15) 01024-7.
5. WHO. Infant and young child feeding : model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Word Health Organization, 2009.
6. Perez-Escamilla R, Curry L, Minhas D, Taylor L, Bradley E. Scaling up of breastfeeding promotion programs in low- and middle-income countries: the “breastfeeding gear” model. Adv Nutr 2012;3:790–800.
7. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Breastfeeding Series Group. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? Lancet. 2016: 387 (10017):491-504. https://doi.org/10.1016/S0140-6736 (15)01044-2.
8. Santos IS, Barros FC, Horta BL, Menezes MB, Bassani D, Rodrigues LT, Lima NP, Victora CG. Breastfeeding exclusivity and duration: trends and inequalities in four population-based birth cohorts in Pelotas, Brazil, 1982–2015. Int J Epidemiol. 2019, 48 (Supp11): i72–i79. DOI: 10.1093/ije/dyy159.
9. Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Venância SI, Giugliani ERJ. Breastfedding indicators trends in Brazil for three decades. Rev Sade Publica. 2011; 51: 108. DOI: 10.11606/S1518-8787.2017051000029
10. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde da Criança. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
11. Vieira ES, Caldeira NT, Eugênio DS, Moraes di Lucca M, Silva IA. Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018; 26: e3035. [Access sep, 14, 2019] DOI: 10.1590/1518-8345.2110.3035.

12. Oliveira IB, Leal LP, Coriolano-Marinus MW, Santos AH, Horta BL, Pontes CM. Meta-analysis of the effectiveness of educational interventions forbreastefeeding promotion directed to the woman and her social network. J Adv Nurs. 2017; 73 (2): 323-35. DOI: 10.1111/jan. 13104.
13. Javorski M, Rodrigues AJ, Dodt RCM, Almeida PC, Leal LP, Ximenes LB. Effects of an educational technology on self-efficacy for breastfeeding and practice of exclusive breastfeeding. Rev Esc Enferm USP. 2018; 52: E03329. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220x2017031803329.
14. Meneghim MC, Kozlowski FC, Pereira AC, Ambrosano GMB, Meneghim ZMAP. Classificação socioeconômica e sua discussão em relação à prevalência de cárie e fluorose dentária. Ciência e Saúde Coletiva. 2007; 12 (2): 523-529.
15. Dodt RC. Aplicação e validação da Breastfeeding SelfEfficacy Scale – Short Form (BSES-SF) em puérperas [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem; 2008.
16. Dodt RCM, Ximenes LB, Almeida PC, Oriá MO, Dennis CL. Psychometric and maternal sociodemographic assessment of the breastfeeding self-efficacy scale: short form in a Brazilian sample. J Nurs Educ Pract. 2012; 2 (3): 66-73.
17. SAS Institute Inc. 2011 version 9.4, NC, USA.
18. Bandura A. Cognitive processes mediating behavioral change. J. Pers. Soc. Psychol. 1977; 33(3): 125-39.
19. Henshaw E, Fried R, Siskind E, Newhouse L, Cooper M. Breastfeeding Self-Efficacy, Mood and Breastfeeding Outcomes among Primiparous Women. J. Hum Lact. 2015. 31 (3): 511-8. Doi: 10.1177/0890334415579654.
20. Yang X, Gao LL, Ip WY, Sally Chan WC. Predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period: A cross-section study. Midwifery. 2016. 41:1-8. Doi: 10.1016/j.midw.2016.07.011.
21. Glassman ME, McKearney K, Saslaw M, Sirota DR. Impact of breastfeeding self-efficacy and sociocultural factors on early breastfeeding in an urban, predominantly Dominican community. Breastfeed Med. 2014; 9(6): 301-7. DOI: 10.1089/bfm.2014.0015
22. Ip WY, Gao LL, Choi KC, Chau JP, Xiao Y. The Short Form of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale as a Prognostic Factor of Exclusive Breastfeeding among Mandarin-Speaking Chinese Mothers. J Hum Lact. 2016; 32(4):711-720. Doi: 10.1177/0890334416658014.
23. Awaliyah SN, Rachmawati IN, Rahmah H. Breastfeeding self-efficacy as a dominant factor affecting maternal breastfeeding satisfaction. BMC Nurs. 2019. 18 (Suppl 1):30. doi: 10.1186/s12912-019-0359-6. eCollection 2019.
24. Dennis CL, Faux S. Development and psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale. Res. Nurs. Health.1999; 22(5): 399-409
25. Bizerra RL, Carnauba JP, Chaves AFL, Rocha RS, Vasconcelos HCA, Oria MOB. Breastfeeding self-efficacy among adolescents mothers. Rev Eletron Enferm [Internet]. 2015;17(3):1-8.
26. Rodrigues AP, Dodt RCM, Oriá MOB, Almeida PC, Padoim SMN, Ximenes LB. Promotion of breastfeeding self-efficacy through a group education session: randomized clinical trial. Texto Contexto Enferm. 2017; 26(4): e1220017.
27. Soares LS, Silva RF, Gouveia MTO, Brandão EC, Oriá MOB. Aplicação da escala reduzida de autoeficácia em amamentação no contexto da Estratégia Saúde da Família. Enferm. Foco 2014; 5(3/4): 49-52.

28. Carvalho MJLN, Carvalho MF, Santos CR, Santos PTF. Primeira visita domiciliar puerperal: uma estratégia protetora do aleitamento materno exclusivo. Rev Paul Pediatr. 2018; 36(1):66-73.
29. Lodi JC, Milagres CS, Giovani PA, Guerra LM. Possobon RF. Impact of maternal self-efficacy and associated factors on maintaining exclusive breastfeeding in the city of Piracicaba-SP: Cohort study. O Mundo da Saúde, São Paulo. 2019; 43(2): 326-343.
30. Borges AL, Philippi ST. Opinião de mulheres de uma unidade de saúde da família sobra quantidade de leite materno produzido. Rev Latino Am Enferm. 2003; 11:287-92.
31. Brasileiro AA, Possobon RF, Carrascoza KC, Ambrosano GMB, Moraes ABA. Impacto do incentivo ao aleitamento materno entre mulheres trabalhadoras formais. Cad. Saúde Pública. 2010. 26(9):1705-1713.
32. Siqueira PBC, Sanches MTC, Mattar MJG. Desafios e avanços na qualificação em "Aconselhamento em amamentação" de enfermeiros da ESF no município de Taubaté – SP. Instituto de Saúde - Bis. 2019; 20 (1): 74-82.
33. Al-Rabadi HS, Sharif NE. Effectiveness of timed and targeted counselling about feeding and caring practices for infants and young children to mothers in West Bank: a randomised controlled trial. The Lancet. 2017; 390 (S23).
34. Réa MF. Refexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. Cad. Saúde Pública. 2003; 19(Sup. 1): S37-S45

3. CONCLUSÃO

A autoeficácia na amamentação é um fator de grande relevância que exerce grande influência no comportamento e na intenção da mulher em começar e manter o aleitamento materno. O instrumento BSES-SF mostrou ser efetivo para prever a duração das taxas de AME, na qual, as nutrizes que mantiveram níveis baixo e médio de autoeficácia no puerpério imediato, não mantiveram o AME até o sexto mês.

A análise do nível médio de autoeficácia, é um dado que deve ser olhado de forma cuidadosa, pois mesmo no primeiro momento (puerpério imediato), a mulher permaneceu em AME, pode ser que a confiança diante da amamentação não esteja estabelecido de forma segura, que diante de possíveis dificuldades, é um fator que possa comprometer a prática do aleitamento exclusivo e impactar na introdução da fórmula infantil, ou até mesmo, praticar o desmame. Essa informação é comprovada quando essa mulher permanece com baixa e média autoeficácia no momento da introdução da fórmula infantil, demonstrando que uma intervenção no puerpério imediato, poderia impactar no aumento da sua confiança e assim, não ocorreria o aleitamento complementado.

Assim, conhecer o contexto na qual essa nutriz está inserida, garantirá um planejamento adequado das ações, em alegação da maior liberdade para o estabelecimento do vínculo, sobre as reais necessidades e dificuldades dessa mulher, onde sentirá mais encorajada e confiante, garantindo um apoio efetivo que refletirá na sua adesão a prática do AME até o sexto mês.

Ademais, é importante que os profissionais de saúde inseridos no contexto de saúde da família, utilizem o BSES-SF e saiba interpretar os resultados dos escores, para detectar precocemente as mães com risco de desmame precoce, e realizar a intervenção também precocemente, para que ocorra melhoria no desempenho na prática, resultando em aumento de sua confiança em amamentar, na qual refletirá no aumento da duração do AME.

REFERÊNCIAS*

Antunes LS, Antunes LAA, Corvino MPF, Maia LC. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 2008; 13 (1): 103-109.

Bandura A. Cognitive processes mediating behavioral change. J. Pers. Soc. Psychol. 1977; 33(3): 125-39.

Bandura A. Azzi R G. Polydoro S. Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos. Porto Alegre, 2008.

Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida no Brasil: Uma revisão sistemática. Rev Saúde Pública. 2015;49:91.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno – PNIAM. Brasília, 1991.

Brasil: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - 1996. Rio de Janeiro; 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde da Criança. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

Brasil. Lei nº11.265 de 3 janeiro de 2006. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura e correlatos. Brasília, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Área temática de Saúde da Criança e do Aleitamento Materno. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. Brasília, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº1153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa hospital Amigo da Criança como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e a saúde integral da saúde da criança e da mulher, no âmbito do sistema único de saúde. Brasília, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

Carvalho MC, Gomes CF. Bases científicas da amamentação. 4º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015.

Dennis CL, Faux S. Development and psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale. Res. Nurs. Health.1999; 22(5): 399-409.

Dennis CL. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. Jognn. 2002; 32(6): 734-44.

Dennis CL. The breastfeeding self-efficacy scale: Psychometric assessment of the short form. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing. 2003; 32(6): 734-744.

Del Ciampo LA, Del Ciampo IRL. Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women's Health. Rev Bras Ginecol Obstet. 2018;40:354–359.

Dodt RC. Aplicação e validação da Breastfeeding SelfEfficacy Scale – Short Form (BSES-SF) em puérperas [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem; 2008.

Dodt RCM, Ximenes LB, Almeida PC, Oriá MO, Dennis CL. Psychometric and maternal sociodemographic assessment of the breastfeeding self-efficacy scale: short form in a Brazilian sample. J Nurs Educ Pract. 2012; 2 (3): 66-73.

Feachem RG, Koblinsky MA. Interventions for the control of diarrhoeal diseases among young children: promotion of breast-feeding. Bulletin ofthe World Health Organization. 1984; 62 (2):; 271-291.

Gomes JMF, Carvalho MCVS, Ferreira FR, Vargas EP. Amamentação no Brasil: discurso científico, programas e políticas no século XX. In: PRADO, SD., et al. orgs. Estudos socioculturais em alimentação e saúde: saberes em rede. [online]. Sabor metrópole series. Rio de Janeiro: EDUERJ. 2016; 5. 475-491.

Horta BL, Bas A, Bhargava SK, Fall CHD, Feranil A. Infant feeding and scholl attainment in five cohorts from low – and – middle-income countries. Plos One. 2013; 8:e71548.

Laursen MF, Bahl MI, Michaelsen KF, Licht TR. First foods and microbes. Front Microbiol. 2017; 8 (356): 1-8.

Monteiro CA. O panorama da nutrição infantil nos anos 90. Brasília: UNICEF; 1997.

Mosquera OS, Lourenço BH, Gimeno SGA, Malta MB, Castro MC, Cardoso MA. Factors affecting exclusive breastfeeding in the first month of life among amazonian children. PLoS ONE. 2019; 14(7): e0219801. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219801.

Oriá MO. Tradução, adaptação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale: aplicação em gestantes [tese]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem; 2008.

Oriá MO. Ximenes LB. Tradução e adaptação cultural da Breastfeeding Self-Efficacy Scale para o português. Acta Paul Enferm 2010; 23(2):230-8.

Perillo TVC. Tratado do especialista em cuidado materno-infantil com enfoque em amamentação. Belo Horizonte: Mame Bem, 2019.

Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. Cad Saúde Pública. 2003; 19:S37-45.

Rea MF. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. J Pediatr (Rio J). 2004;80 (5 Supl):S142-S146.

Rea MF, Marcolino FF, Colameo AJ, Trevellin Filho LA. Protection of breastfeeding, marketing of human milk substitutes and ethics. In: Pickering LK, Morrow AL, Ruiz-Palacios GM, Schanler RJ, organizers. Protecting infants human milk: advancing the scientific evidence. New York (NY): Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2004. 554, p. 329-32.

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha/Consuelo Penha Castro Marques (Org.) - São Luís, 2015.

United Nations Children´s Fund (UNICEF). WHO. Capture the moment – early initiation of breastfeeding: the best start for every newborn. New York: UNICEF; 2018.

Venâncio SI, Saldiva SR, Mondini L, Levy RB, Escuder MM. Early interruption of breastfeeding and associated factors, state of São Paulo, Brazil. J Hum Lact. 2008; 24 (2): 168-74.

Venancio SI, Saldiva SRDM, Monteiro CA. Tendência secular da amamentação no Brasil. Rev Saude Publica. 2013;47(6):1205-1208. https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004676.

Venancio SI, Monteiro CA. A evolução da prática da amamentação nas décadas de 70 e 80. Rev Bras Epidemiol. 1998;1:40-9.

Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, et al. Evidence for protection by breastfeeding against Infant deaths from infections diseases in Brazil. Lancet. 1987; 2: 319-321

Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21 stcentury: epidemiology, mechanisms and lifelong effect. Lancet. 2016; 387 (10017): 475-90. DOI: 10.1016/S0140-6736 (15) 01024-7.

Souza-Júnior PRB, Freitas MPS, Antonaci GA, Szwarcwald CL. Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Epidemiol Serv Saude. 2015;24(2):207-216. https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200003

*De acordo com as normas da UNICAMP/FOP, baseadas na padronização do International Committee of Medical Journal Editors. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

Anexo 1:

Comprovante do comitê de ética em pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa **"Investigação da autoeficácia materna em relação ao ato de amamentar e sua associação com o uso de chupeta"**, protocolo nº 116/2014, dos pesquisadores Jucilene Casati Lodi, Gabriela de Godoy Jeronimo e Rosana de Fátima Possobon, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 12/12/2014, com alterações em 10/06/2015.

The Ethics Committee in Research of the Piracicaba Dental School - University of Campinas, certify that the project **"Investigation of maternal self-efficacy in relation to the breastfeeding and its association with pacifier"**, register number 116/2014, of Jucilene Casati Lodi, Gabriela de Godoy Jeronimo and Rosana de Fátima Possobon, comply with the recommendations of the National Health Council - Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee on Dec 12, 2014; with alterations on Jun 10, 2015.

Profa. Dra. Fernanda Miori Pascon
Secretária
CEP/FOP/UNICAMP

Prof. Dr. Jacks Jorge Junior
Coordenador
CEP/FOP/UNICAMP

Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição.
Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.

Anexo 2

Data:____/____/____

Questionário socioeconômico, demográfico e obstétrico

1. Qual a renda mensal da sua família, em salários mínimos?
( ) < 1 ( ) 1 ( ) 2 a 3 ( ) 4 a 5 ( ) > 5

2. Número de pessoas que moram na mesma casa: ( ) Até 2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( ) > 6

3. Sua residência é: ( ) própria quitada ( ) financiada ( ) alugada ( ) cedida pelos pais/família ( ) cedida em troca de trabalho

4. Estado civil da mãe: ( ) casada/união estável ( ) solteira ( ) separada/divorciada

5. Qual é o grau de instrução da mãe e do pai da criança?

	PAI	**MÃE**
A.	( ) NÃO ALFABETIZADO	( ) NÃO ALFABETIZADO
B.	( ) ALFABETIZADO	( ) ALFABETIZADO
C.	( ) 1ª e 4ª série incompleta	( ) 1ª e 4ª série incompleta
D.	( ) 1ª e 4ª série completa	( ) 1ª e 4ª série completa
E.	( ) 5ª e 8ª série incompleta	( ) 5ª e 8ª série incompleta
F.	( ) 5ª e 8ª série completa	( ) 5ª e 8ª série completa
G.	( ) 2º grau incompleto	( ) 2º grau incompleto
H.	( ) 2º grau completo	( ) 2º grau completo
I.	( )Superior incompleto	( ) Superior incompleto
J.	( ) Superior completo	( ) Superior completo

6. Qual a profissão: da mãe da criança:_____do pai da criança:_____

7. Número de filhos (sem considerar esta criança): _____Experiência em amamentação (ter amamentado ao menos 1 filho por 6 meses)? ( ) Sim; ( ) Não Por que?_____

8. A gravidez foi planejada? ( ) Sim ( ) Não, **mas foi aceita pela mãe**: ( ) Sim ( ) Não e pelo pai? ( ) Sim ( ) Não

9. Início do pre-natal: ( ) antes do 4º mês de gestação ( ) depois do 4º mês de gestação

---

Após o nascimento da criança (1 mês de vida)

1. Data de nascimento: ___/___/___ Gênero da criança: ( ) M ( ) F

2. Tipo de Parto: ( ) Normal ( ) Cesárea. A criança nasceu: ( ) Termo ( ) Pré-Termo. Semanas: _____Peso:_____.

3. Complicações durante o parto: mãe:_____criança:_____.

4. Permaneceu em alojamento conjunto: ( ) Sim ( ) Não, por que:_____.

5. Durante a gestação, recebeu alguma informação sobre o aleitamento materno: ( ) Sim ( ) Não

6. No hospital, você recebeu orientação (ou ajuda) sobre o manejo da lactação? ( ) Sim ( ) Não

7. Antes da criança nascer, você já tinha vontade de amamentar: ( ) Sim ( ) Não, por que? _____.

8. **Quantas horas aproximadamente, após o parto, seu filho começou a mamar**?_____.

9. Teve nesse primeiro mês de vida da criança problemas com a mama: ( ) Não ( ) Sim, qual? ( ) fissura ( ) ingurgitamento ( ) mastite ( ) outro:_____.

10. A criança mama no peito ainda: ( ) Sim ( ) Não. **Exclusivo** ( ) Sim ( ) Não. O que oferece para a criança: ( ) fórmula infantil ( )leite vaca/cabra ( ) papinha. Qtos dias mamou no peito:_____.

11. A criança usa chupeta? ( ) Sim; ( ) Não. Qdo começou_____.

12. A criança usa mamadeira? ( ) Sim; ( ) Não. Qdo começou:_____.

13. Voltou a trabalhar após o nascimento da criança: ( ) Não ( ) Sim: trabalho_____horas/dia. Com quem fica a criança?_____. A avó ajudou nos cuidados com a criança no primeiro mês de vida: ( ) Não ( ) Sim. Qual frequência:_____. Avó paterna ou materna?_____

Anexo 3

Escala de Autoeficácia na Amamentação – SHORT FORM (BSES-SF)
(Validade e traduzida no Brasil por Regina Dodt, 2008)

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

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

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

Anexo 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E EXCLARECIDO

Informação e Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa
Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP)
Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)

Título: "Investigação da autoeficácia materna em relação ao ato de amamentar e sua associação com o uso de chupeta"

Convido você a participar da pesquisa *"Investigação da autoeficácia materna em relação ao ato de amamentar e sua associação com o uso de chupeta"* que está sendo desenvolvida pela enfermeira Jucilene Casati Lodi, aluna de mestrado e pela Prof.ª Dr.ª Rosana de Fátima Possobon, sua orientadora, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/Unicamp). Este Termo que você está recebendo tem a finalidade de esclarecer você sobre os detalhes desta pesquisa para que você decida se quer ou não participar. As informações contidas neste termo foram recomendadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FOP-Unicamp. Caso aceite participar, você receberá duas cópias deste Termo, sendo que deverá assinar uma das cópias e devolver às pesquisadoras. Assim, leia atentamente os itens abaixo e tire suas dúvidas com as pesquisadoras. Agradecemos muito pela sua participação!

1. Justificativa para Pesquisa: Detectar, ainda na gestação, possíveis dificuldades que a mulher vivencia durante a amamentação e identificá-las o mais rápido possível, para evitar que ocorra o desmame precoce e a introdução de chupeta.

2. Objetivos da Pesquisa: Associar a autoeficácia da gestante relacionado ao aleitamento materno, o uso de chupeta e a forma de aleitamento no primeiro mês de vida da criança.

3. Procedimentos a serem empregados: a pesquisa será feita em duas etapas: a primeira, ainda durante a gestação (no curso de gestante que você está participando) e a segunda, um mês após o nascimento da criança, por contato telefônico. No primeiro contato, serão feitas perguntas sobre suas condições econômicas, sua idade, experiência em amamentar e etc. e você responderá a dois questionários com perguntas sobre o que você pensa sobre o aleitamento e sobre sua capacidade de amamentar. Após um mês do nascimento do bebê, será feito um novo contato com a senhora para perguntar como esta o processo do aleitamento materno, se esta com dificuldades e se houve a introdução de outras formas de alimentação e chupetas.

4. Possibilidade de inclusão em grupo controle ou placebo: não haverá grupo controle, pois será aplicado apenas questionários durante a gestação e após o nascimento da criança o contato com essa mulher será via telefone.

5. Métodos alternativos existentes para a obtenção da informação desejada: Não existe outra forma de ter estas informações, se não for perguntando para as gestantes.

6. Desconfortos e riscos previsíveis: não há risco previsível, pois só serão feitas entrevistas.

7. Benefícios diretos aos voluntários: a pesquisadora poderá sanar dúvidas das mães sobre aleitamento ou outro assunto que seja da área de trabalho da pesquisadora.

8. Acompanhamento e assistência ao sujeito: A pesquisadora acompanhará as participantes durante o primeiro mês de vida da criança e poderá ajudar com orientação, quando a mãe necessitar.

9. Garantias: As pesquisadoras garantem que você será esclarecida em relação a qualquer dúvida que tenha antes, durante ou na finalização da pesquisa.

10. Recusa de participação: Se você não quiser iniciar sua participação na pesquisa ou quiser deixar de participar no meio da pesquisa, você poderá fazer isso livremente, sem causar prejuízo a você ou comprometer o seu atendimento na Unidade de Saúde da Família.

11. Confidencialidade dos dados: Os dados serão arquivados pelas pesquisadoras que se comprometem a mantê-los sob sigilo, ou seja, só elas terão acesso a estas informações. Além disso, cada mãe receberá um código e este código será colocado em todas as fichas. Os dados são mantidos sem ter o nome da mãe nas fichas, mas as pesquisadoras, e somente elas, saberão, pelos códigos, a quem pertencem aquelas fichas. Assim, se a mãe quiser deixar de participar, as pesquisadoras conseguem localizar as fichas desta mãe e retirá-las da pesquisa.

12. Eventuais despesas decorrente da participação: Não há previsão de ressarcimento, pois a participação na pesquisa não trará despesas ao voluntário.

13. Indenização aos voluntários: Como a pesquisa não tem nenhum risco previsível, pois serão feitas apenas entrevistas, não há previsão de indenização.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa (TCLE) está presente em duas vias, sendo que uma deverá ser entregue ao pesquisador responsável, e outra ficará com o voluntário.

Eu, _____, declaro ter sido suficientemente informado (a) sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa "Investigação da autoeficácia materna em relação ao ato de amamentar e sua associação com o uso de chupeta", de responsabilidade da mestranda/pesquisadora Jucilene Casati Lodi e da Profª Drª Rosana de Fátima Possobon. Estou ciente das garantias de confidencialidade que permitem a divulgação dos resultados e dos dados, desde que não seja possível a identificação de sua origem. Minha participação possui caráter voluntário, sendo que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento. Sendo assim:

( ) **concordo** em participar da pesquisa. ( ) **discordo** em participar da pesquisa.

Assinatura: _____ Data: ____/_____/_____.

14. Todas as páginas do TCLE serão rubricadas pelo sujeito da pesquisa (ou responsável) e pesquisador.

Para contato com os pesquisadores:

Jucilene Casati Lodi – lodijucilene@gmail.com ou pelo telefone 19-98292-1011

Rosana de Fátima Possobon – possobon@fop.unicamp.br ou pelo telefone 19-2106-5275

Endereço: Av. Limeira, 901 – Piracicaba/SP CEP: 13414-900.

Telefone: (19) 2106-5363

Em caso de dúvida em relação aos seus direitos como sujeito de pesquisa contate o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-FOP-Unicamp):

Endereço: Av. Limeira, 901 - Caixa Postal 52 / Piracicaba/ SP – CEP: 13414-900 Tel/Fax: (0xx19) 2106-5349 e-mail: cep@fop.unicamp.br ou www.fop.unicamp.br/cep.

Anexo 5 – Comprovante de Submissão a Revista Ciência e Saúde Coletiva

Submission Confirmation

Print

Thank you for your submission

Submitted to	Ciência & Saúde Coletiva
Manuscript ID	CSC-2020-0043
Title	Autoeficácia e aleitamento materno exclusivo até o sexto mês.
Authors	Lodi, Jucilene Rocha, Maria Cortellazzi, Karine Possobom, Rosana
Date Submitted	07-Jan-2020

Anexo 6 – Verificação de originalidade e prevenção de plágio

AUTOEFICÁCIA E ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO ATÉ O SEXTO MÊS DE VIDA

RELATÓRIO DE ORIGINALIDADE

22%	19%	15%	%
ÍNDICE DE SEMELHANÇA	FONTES DA INTERNET	PUBLICAÇÕES	DOCUMENTOS DOS ALUNOS

FONTES PRIMÁRIAS

1	pct.capes.gov.br Fonte da Internet	2%
2	www.lume.ufrgs.br Fonte da Internet	1%
3	www.scielo.br Fonte da Internet	1%
4	bvsms.saude.gov.br Fonte da Internet	1%
5	maternoinfantil.org Fonte da Internet	1%
6	repositorio.ufpe.br Fonte da Internet	<1%
7	www.periodicoseletronicos.ufma.br Fonte da Internet	<1%
8	www.efdeportes.com Fonte da Internet	<1%
9	www.aleitamento.com Fonte da Internet	<1%