



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**  
**Faculdade de Odontologia de Piracicaba**

JUCILENE CASATI LODI

**AUTOEFICÁCIA E FATORES ASSOCIADOS À  
MANUTENÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO ATÉ  
O PRIMEIRO MÊS DE VIDA DA CRIANÇA**

**SELF-EFFICACY AND FACTORS ASSOCIATED WITH BREAST  
FEEDING MAINTENANCE EXCLUSIVE TO THE FIRST CHILD LIFE  
MONTH**

PIRACICABA

2016

JUCILENE CASATI LODI

**AUTOEFICÁCIA E FATORES ASSOCIADOS À MANUTENÇÃO DO  
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO ATÉ O PRIMEIRO MÊS DE VIDA  
DA CRIANÇA**

**SELF-EFFICACY AND FACTORS ASSOCIATED WITH BREAST FEEDING  
MAINTENANCE EXCLUSIVE TO THE FIRST CHILD LIFE MONTH**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestra em Odontologia, na área de Saúde Coletiva.

Dissertation presented to the Piracicaba Dental School of the University of Campinas in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master in Dentistry, in Public Health area.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Rosana de Fátima Possobon

Este exemplar corresponde à versão final da dissertação defendida pela aluna Jucilene Casati Lodi orientada pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosana de Fátima Possobon.

PIRACICABA

2016

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): CNPq, 132567/2014-8

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

L821a Lodi, Jucilene Casati, 1985-  
Autoeficácia e fatores associados à manutenção do aleitamento materno exclusivo até o primeiro mês de vida da criança / Jucilene Casati Lodi. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2016.

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

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

Informações para Biblioteca Digital

**Titulo em outro idioma:** Self-efficacy and factors associated with breast feeding maintenance exclusive to the exclusive to the first child life month

**Palavras-chave em inglês:**

Self efficacy

Breastfeeding

**Área de concentração:** Saúde Coletiva

**Titulação:** Mestra em Odontologia

**Banca examinadora:**

Rosana de Fátima Possobon [Orientador]

Eucia Beatriz Lopes Petean

Glaucia Maria Bovi Ambrosano

**Data de defesa:** 22-02-2016

**Programa de Pós-Graduação:** Odontologia



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado, em sessão pública realizada em 22 de Fevereiro de 2016, considerou a candidata JUCILENE CASATI LODI aprovada.

PROFª. DRª. ROSANA DE FÁTIMA POSSOBON

PROFª. DRª. EUCIA BEATRIZ LOPES PETEAN

PROFª. DRª. GLAUCIA MARIA BOVI AMBROSANO

A Ata da defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

**“A vida não é fácil para nenhum de nós, mas e daí? Nós devemos ter persistência e acima de tudo confiança em nós mesmos. Devemos acreditar que nascemos com um dom para realizar algo especial e que essa missão tem que ser realizada”**

**Marie Curie**

## **DEDICATÓRIA**

Primeiramente à Deus, pela minha saúde, força, vida e sempre acompanhar meus passos!

Aos meus pais, João e Joselena por sempre me apoiar, incentivar e auxiliar na realização dos meus sonhos e acreditar em mim quando muitas vezes nem eu mesma acreditava.

Aos meus irmãos Juliano e Josué por sempre estarem comigo nas horas difíceis.

Ao meu sobrinho Rafael por sempre alegrar meus dias quando muitas vezes eu estava triste.

Muito obrigada por tudo!!!!

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

À minha orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosana de Fátima Possobon, pelo apoio e confiança depositada em mim, dando o suporte necessário e ensinamentos que levarei para toda a minha vida.

## AGRADECIMENTOS

À Universidade Estadual de Campinas – Unicamp , na pessoa do Reitor Prof. Dr. José Tadeu Jorge e à Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP, na pessoa do Diretor Prof. Dr. Guilherme Elias Pessanha Henriques e do diretor associado Prof. Dr. Francisco Haiter Neto.

À profª Drª Cíntia Pereira Machado Tabchoury coordenadora dos cursos de Pós-Graduação da FOP-Unicamp.

À profª Drª Juliana Trindade Clemente Napimoga coordenadora do curso de Pós-Graduação em Odontologia, por toda colaboração e ensinamentos.

À CNPq pela concessão da bolsa de mestrado que foi fundamental para a concretização desse trabalho.

Aos docentes Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira 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 Luciane Miranda Guerra e Profª. Drª Marília Jesus Batista pelas contribuições no exame de qualificação, em especial a Profª. Drª Luciane Miranda Guerra, pelo apoio e contribuições disponibilizados durante a elaboração desse trabalho.

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

Aos secretários da coordenadoria da Pós-Graduação, Ana Paula Carone e Domingos José De Muno, por nunca medir esforços em nos ajudar.

À secretária do Departamento de Odontologia Social, Eliana Aparecida Mônaco por sempre estar disposta a nos ajudar.

À secretária do Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais – Cepae-FOP, Cristiane Eleutério Tristão, pela sua contribuição diária nesses anos de 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 esses anos.

A Profª Drª Francis Solange Vieira Tourinho, hoje na Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, pela amizade compartilhada, por mostrar-me o mundo maravilhoso da pesquisa, desde a minha graduação em Enfermagem como aluna de Iniciação Científica.

À amiga e irmã Juliana Aparecida Maschietto que a vida me deu, desde a graduação, pelos momentos de alegrias, tristezas e confidências, 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 dois anos de mestrado, em especial, a Clarice Santana Milagres, Eveline Costa Caineili, Melisa Sofia Gomes e Joyce Buratti 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 e Larissa, 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, embora não mencionado, contribuíram de alguma forma para que esse sonho pudesse ser realizado.

## RESUMO

A autoeficácia refere-se a um dos fatores que norteia os comportamentos de saúde, uma vez que os indivíduos precisam ter a convicção de que poderão realizar com êxito determinada tarefa ou comportamento, acreditando que irá atingir o resultado de saúde esperado. A finalidade deste estudo foi verificar o nível de confiança materna frente a sua capacidade de amamentar através do instrumento de autoeficácia e conhecer as possíveis variáveis que possam contribuir para o desmame precoce. Esta dissertação foi realizada no formato alternativo, sendo que o primeiro artigo refere-se a uma revisão sistemática sobre a autoeficácia na amamentação, e o segundo artigo foi de coorte observacional prospectivo e utilizou o instrumento de Autoeficácia na Amamentação (BSES-VB) aplicada durante a gestação e o instrumento de Autoeficácia – Short Form (BSES-SF) aplicada no puerpério imediato, além de um questionário sobre variáveis socioeconômicas, demográficas e obstétricas. As gestantes foram abordadas durante o último trimestre gestacional, na primeira semana e no 30<sup>a</sup> dia do pós-parto. Os dados foram analisados pela estatística bivariada, no nível de significância de 5% para testar a associação entre a variável dependente (aleitamento materno exclusivo) e as variáveis independentes (socioeconômicas, demográficas, obstétricas e escalas de autoeficácia na amamentação). No capítulo 1 refere-se à uma revisão sistemática da literatura sobre a aplicabilidade dos dois instrumentos de avaliação da autoeficácia na amamentação e, destaca que as práticas hospitalares de incentivo ao aleitamento materno e a disponibilização de apoio à mãe após a alta da maternidade contribuem para aumentar a autoeficácia da mulher, refletindo-se na manutenção do aleitamento materno por um período de tempo mais prolongado. O Capítulo 2 discute sobre os resultados da associação entre autoeficácia na amamentação, utilizando a forma original do instrumento (BSES-VB), ainda no período gestacional e o instrumento de autoeficácia – Short Form (BSES-SF) com a manutenção do aleitamento materno mensurada na primeira semana do pós-parto obteve associação com o aleitamento materno exclusivo (AME) no 30<sup>o</sup> de vida. Conclui-se que a disponibilização de apoio informativo, instrumental à gestante e puérpera contribuem sobremaneira para a manutenção da prática do aleitamento materno e o aumento da autoeficácia frente a sua capacidade de amamentar.

**Palavras chaves:** Autoeficácia, Autoeficácia na Amamentação; Aleitamento Materno Exclusivo; Desmame precoce; Saúde Pública.

## ABSTRACT

The self-efficacy refers to a factor that guide health behavior, since individuals need to have the belief that they can successfully perform a given task or behavior, believing that will achieve the result expected health. The purpose of this study was to determine the level of maternal ahead trust your ability to breastfeed through self-efficacy instrument and know the possible variables that can contribute to early weaning. This work was carried out in an alternative format, and the first article refers to a systematic review of self-efficacy in breastfeeding, and the second article was a prospective observational cohort and used the Self-efficacy instrument on Breastfeeding (BSES-VB) applied for pregnancy and Self-efficacy instrument - Short Form (BSES-SF) applied immediately postpartum, and a questionnaire on socioeconomic, demographic and obstetric. The women were addressed during the last trimester of pregnancy, in the first week and 30th day postpartum. The data were analyzed using bivariate statistics, at the 5% significance level to test the association between the dependent variable (exclusive breastfeeding) and independent variables (socioeconomic, demographic, obstetric and self-efficacy scales in breastfeeding). Chapter 1 refers to a systematic review of the literature on the applicability of the two assessment tools of self-efficacy in breastfeeding and emphasizes that hospital practices to encourage breastfeeding and providing support to the mother after discharge from maternity contribute to increase self-efficacy woman, reflecting on the maintenance of breastfeeding for a longer period of time. Chapter 2 discusses the between self-efficacy association results in breastfeeding, using the original instrument shape (BSES-VB), even during pregnancy and self-efficacy instrument - Short Form (BSES-SF) with maintaining the measured breastfeeding in the first week postpartum obtained association with AME with 30 of life. We conclude that providing information support, instrumental to pregnant and postpartum women contribute greatly to the practice of maintaining breastfeeding and increased self-efficacy compared to their ability to breastfeed.

**Key words:** Self-efficacy, Self-efficacy in breastfeeding; Exclusive Breastfeeding; Early weaning; Public health.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 ARTIGOS	19
2.1 Artigo: Influência da autoeficácia materna na duração do aleitamento materno exclusivo: Uma Revisão Sistemática	19
2.2 Artigo: Autoeficácia e Aleitamento Materno: Fatores associados para a manutenção do aleitamento materno exclusivo no 30º dia	38
3 DISCUSSÃO	57
4 CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS	60
ANEXOS	
Anexo 1 - Certificado do Comitê em Ética em Pesquisa	65
Anexo 2 - Questionário socioeconômico, demográfico e obstétrico	66
Anexo 3 - Instrumento de Autoeficácia na amamentação	68
Anexo 4 - Instrumento de Autoeficácia na amamentação – Short Form	69
Anexo 5 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	70
Anexo 6 – Comprovante de submissão – Artigo 2	73

## INTRODUÇÃO

Desde o ano de 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio da Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância (WHO, 2002), e o Ministério da Saúde do Brasil (2004), recomendam que todas as crianças sejam amamentadas até dois anos ou mais, sendo que, de forma exclusiva, até o sexto mês de vida. Entretanto, observa-se que essa recomendação está distante da realidade brasileira (OMS, 2009).

A última pesquisa em âmbito nacional, realizada em 2008, para verificação da taxa de aleitamento materno no país (Brasil, 2009), verificou que apenas 9,3% das crianças estavam em aleitamento materno exclusivo no sexto mês de vida, demonstrando índices insatisfatórios quando comparados com a determinação da OMS, que para ser considerado índice classificado como “muito boa”, 89% das crianças deveriam estar em aleitamento exclusivo ao completar 180 dias de vida (WHO, 2008).

Os benefícios do aleitamento materno são amplamente conhecidos e divulgados nos meios de comunicação. Ele é o único alimento ofertado para a criança que garante tanto a qualidade quanto a quantidade em proporções ideais de proteínas, açúcares, gorduras, nutrientes e vitaminas, que são fundamentais para o crescimento e o desenvolvimento adequado do neonato até a vida adulta (Ferreira et al., 2010; Silveira, et al., 2013).

Inúmeros trabalhos foram realizados com o intuito de promover e incentivar o aleitamento materno (Toma *et al.*, 2008; Brasileiro *et. al.*, 2010; Junges et al., 2010; Nascimento et al., 2013; Machado et al., 2014; Caminha et al., 2015). Estes estudos defendem que o aleitamento materno é um importante aliado na redução da mortalidade infantil, além de reduzir consideravelmente a incidência de desnutrição, bronquite, infecções e alergias, quando comparadas aos bebês alimentados artificialmente (Brasil, 2009; Ramos et al., 2010; Perez-Escamilla et al., 2011; Boccolini et al., 2013). Além destes benefícios, é sabido que o esforço de sucção e o movimento da musculatura da mandíbula favorecem o desenvolvimento adequado da arcada dentária (Araújo et al., 2007; Ferreira et al., 2010; Moimaz et al., 2013; Silveira et al., 2013).

Embora seus benefícios sejam amplamente divulgados (Chaves, 2007; Brasileiro et al., 2010; Carrascoza et al., 2011, Silveira et.al., 2013), a interrupção precoce (antes do sexto mês de vida) do aleitamento materno é um dos grandes desafios a serem superados no Brasil.

Diversas variáveis podem contribuir para o desmame precoce, tais como o retorno ao trabalho (Brasileiro, 2012), nível socioeconômico materno (Takuski, 2008), condições do parto (Caldeira, 2000), intenção da mãe em querer ou não amamentar (Rea, 2002) e o uso da chupeta

(Silveira et al., 2013). A introdução da chupeta nas primeiras semanas de vida constitui um sinal de alerta para os profissionais de saúde, uma vez que, seu uso pode indicar dificuldades no processo de aleitamento (Chaves *et al.*, 2007).

Pesquisas apontam que o primeiro mês de vida da criança constitui-se um momento fundamental para o estabelecimento adequado e ponderal para a manutenção do aleitamento materno (Soares et al., 2003; Araújo et al., 2007; Azevedo et al., 2013). O desmame não repercute apenas na saúde física da criança, mas, também, pode influenciar o aspecto psicológico, pela interrupção abrupta do vínculo mãe-criança. Além disso, retarda o retorno da mulher às suas condições físicas anteriores à gravidez (aspectos físicos e biológico) e afeta o orçamento familiar, devido ao custo das fórmulas lácteas (aspecto econômico) (Oriá, 2010).

Por todas estas implicações, e por tentar resgatar a prática do aleitamento materno, em todo o mundo, frente a propaganda maciça de estímulo à fórmulas infantis, foi regulamentada, durante a Assembléia Mundial de Saúde em 1981, a Norma de Regulamentação do Código de Substitutos do Leite Humano. Nessa Assembléia, o Brasil firmou compromisso, diante de órgãos internacionais, para o desenvolvimento de políticas nacionais de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (Zurayk et al., 1981).

Diversas estratégias foram adotadas, pelo governo brasileiro para fortalecer essa prática, principalmente no âmbito hospitalar, como por exemplo, a normatização do alojamento conjunto, da aprovação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), aberturas de bancos de leite humano, e a implementação do Hospital Amigo da Criança (IHAC). Em um momento inicial, observou-se resistência na implantação dessas estratégias, decorrentes das mudanças de rotinas que os serviços necessitariam realizar (Brasil, 2011).

No ano 2000, após o compromisso firmado diante dos Objetivos das Metas do Milênio, propostas pela Organização das Nações Unidas (ONU, 2000), para a redução da mortalidade infantil (crianças de 0 a 5 anos), o governo brasileiro, começou a estimular o desenvolvimento de políticas públicas para incentivar a adesão maior ao aleitamento materno, visto que as taxas de aleitamento exclusivo, no país até então, variava de 47,5%, no final do primeiro mês de vida, para apenas 7,7% no sexto mês (Sena et al., 2007).

Em 2008, o governo lançou a Rede Amamenta Brasil, que reforça o compromisso de aumentar os índices de aleitamento materno no país, com ações voltadas para as unidades básicas de saúde (UBS), com proposta de revisão e supervisão do processo de trabalho interdisciplinar nas UBS, para conscientizar os profissionais da importância do seu papel para auxiliar as mães diante desse processo (Brasil, 2011).

Mais recente, em, 2011, foi lançada a Rede Cegonha, para fortalecer o trabalho da Rede Amamenta Brasil, assegurando a garantia de acompanhamento e suporte para as mulheres, direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto, aborto e puerpério; e para, às crianças, o direito ao nascimento seguro e crescimento e desenvolvimento saudáveis (Brasil, 2011).

Com foco nesses programas, em 2012, foi proposta a integração da Rede Amamenta Brasil com a Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) devido a complementaridade desses programas (Brasil, 2012). A Rede Amamenta e Alimenta Brasil, inserida na Rede Cegonha, reforça e incentiva a promoção da amamentação e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Com esta integração, pretende-se que as UBS estejam mais preparadas para receber, orientar e apoiar as famílias na promoção do Aleitamento Materno e da alimentação complementar (Brasil, 2012).

Os estudos de Vitolo et al. (2010) e Batista et al. (2013) verificaram a importância da unidade de saúde da família para o estímulo ao aleitamento materno e encontraram que o papel do agente comunitário de saúde, somado a visitas domiciliares dos profissionais de saúde, tem trazido resultados satisfatórios para melhorar os índices de aleitamento materno em determinadas comunidades.

Dessa forma, é altamente recomendada a atuação de uma equipe de saúde preparada para apoiar o aleitamento materno, atuando junto às mulheres, tanto no período gestacional quanto no puerperal, a fim de auxiliar no processo de implementação e manutenção do aleitamento. A intenção é que essa prática reflita positivamente no crescimento e no desenvolvimento da criança, com impacto na morbidade e na mortalidade infantil. Além disso, a atuação desses profissionais está, cada vez mais, mudando do modelo biomédico para o psicossocial, trazendo a mulher que amamenta como protagonista da ação e não apenas como cuidadora de criança (Sydronio et al., 2006).

Ao entender a mulher como protagonista da ação de amamentar, considerando as diversas variáveis psicossociais envolvidas nesta prática, é importante identificar quais são os elementos que podem influenciar na sua escolha de amamentar. A intervenção profissional deveria, então, partir desta identificação e, assim, o planejamento das estratégias seria pontual e específico a cada mulher ou grupo de mulheres. Dentre os elementos que podem contribuir para a instalação de manutenção da prática do aleitamento materno, tem destaque a percepção que a mulher apresenta sua autoeficácia para amamentar, traduzida pela sua confiança de que ela possui conhecimentos e habilidades suficientes para amamentar sua criança com êxito (Oriá

e Ximenes, 2010). A falta de confiança em amamentar é estudada dentro do construto das crenças de autoeficácia (Oriá, 2008; Rodrigues et al., 2014).

O construto de autoeficácia refere-se a um dos fatores que norteia os comportamentos de saúde, uma vez que os indivíduos precisam ter a convicção de que poderão realizar com êxito determinada tarefa ou comportamento, acreditando que irá atingir o resultado de saúde esperado. Assim, é preciso compreender que não basta o indivíduo acreditar que determinado comportamento pode ajudá-lo a atingir um objetivo específico, é preciso que ele se sinta capaz de executar pessoalmente tal comportamento (Bandura, 1977).

Dennis e Faux (1999) afirmam que tal confiança se constrói a partir de diferentes fontes de informação, tais como: experiências positivas anteriores (experiência pessoal), observação de outras mães amamentando, assistir a vídeos com orientações relacionadas à amamentação (experiência vicária), apoio e encorajamento de pessoas próximas e respeitadas pela mulher (persuasão verbal) e reações psicológicas diante do ato de amamentar (estado emocional e fisiológico). Estes elementos vão influenciar diretamente na escolha, realização e manutenção do comportamento de amamentar. Sendo que, a autoeficácia é uma variável que se modifica ao longo do tempo, sofrendo influências de fatores relacionados à própria mulher e ao ambiente no qual ela está inserida (Oriá, 2008). Assim, Dennis e Faux (1999) observaram que não havia até então, estudos envolvendo o constructo da autoeficácia, com o comportamento da mulher diante do ato de amamentar.

Foi realizado revisões da literatura e análise criteriosa do conceito da autoeficácia para o desenvolvimento de assertivas para compor a escala de mensuração da autoeficácia frente a amamentação (Dennis e Faux, 1999). O conteúdo que constituiria as assertivas da escala emergiu dos problemas relacionados à prática e duração da amamentação presentes na literatura. Assim, foi desenvolvido em 1999 no Canadá, a escala, Breastfeeding Self-Efficacy Scale – BSES, contendo 33 assertivas, com dois domínios: Técnicos (referentes a questões técnicas da amamentação, como por exemplo: eu sempre sinto quando o meu bebê esta mamando o suficiente) e domínio Intrapessoal (referente a questões psicoafetivas, como por exemplo: eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer) (Dennis e Faux, 1999).

A BSES foi desenvolvida para ser aplicada ainda na gestação, preferencialmente no último trimestre gestacional (a partir de 35 semanas), devido estar mais próxima a enfrentar as possíveis dificuldades que possa aparecer frente a amamentação (Dennis e Faux, 1999). O uso desta escala, auxilia o profissional de saúde conhecer previamente a área em que a mulher tem menor autoeficácia (confiança) de acordo com a pontuação de cada assertiva, possibilitando, assim, a implementação de estratégias de cuidado e promoção do aleitamento materno

personalizado, antes dela decidir por não amamentar ou desmamar precocemente. Tal fato pode levar em médio e longo prazo à auxiliar a redução das taxas de desmame precoce e, conseqüentemente, à melhoria da qualidade de vida do binômio mãe-filho (Oriá, 2008). A BSES foi validada e traduzida no Brasil como Escala de Autoeficácia na Amamentação – Versão Brasil (BSES-VB).

Em 2003, foi desenvolvido a Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF) para ser aplicado ainda na maternidade ou no puerpério imediato (até 10 dias após o parto), para conhecer, agora na prática, quais os domínios que a mulher apresenta maior dificuldade na adesão, para receber auxílio mais precocemente (Dennis, 2003). Assim, é considerada a forma curta da escala anterior, contendo 14 assertivas com os mesmos domínios da BSES (Dennis, 2003). No Brasil foi traduzida e validada com o nome de Escala de Autoeficácia na Amamentação – Short Form (BSES-VB) (Dodt, 2008).

Alguns estudos já evidenciam a associação entre autoeficácia e a prática do aleitamento materno (Dennis e Faux, 1999; Oriá e Ximenes, 2010; Dodt et al., 2012; Joventino et al., 2013; Rodrigues *et al.*, 2014). Buxton *et al.*(1991) mostraram que 27% das mulheres com baixa autoconfiança na amamentação durante o período pré-natal interromperam o aleitamento materno dentro da primeira semana de vida do bebê. No estudo de O’Campo *et. Al.*(1992), mulheres com baixo nível de confiança no aleitamento materno tiveram 3,1 vezes mais risco de interromper a amamentação do que aquelas que tinham total confiança.

Montrone et al. (2000) verificaram que a ajuda disponibilizada às mães, principalmente no primeiro mês após o parto, é essencial para sanar as suas dúvidas e auxiliá-las nas dificuldades com a criança. Segundo os autores, estas ações educativas no pré-natal, na sala de parto, no alojamento conjunto e no atendimento ambulatorial pós-parto, auxiliam no aumento das taxas de aleitamento materno exclusivo.

Assim, o presente estudo teve a finalidade de investigar a influência da autoeficácia na amamentação e fatores associados, verificada tanto no período gestacional quanto no puerpério, na manutenção do aleitamento materno exclusivo, entre mulheres usuárias das Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Piracicaba – SP.

## ARTIGO 1

### **Influência da autoeficácia materna na duração do aleitamento materno exclusivo: Uma revisão sistemática**

### **Influence of maternal self-efficacy on the duration of exclusive breastfeeding: A systematic review**

<sup>1</sup>Jucilene Casati Lodi

<sup>2</sup>Clarice Santana Milagres

<sup>3</sup>Luciane Miranda Guerra

<sup>4</sup>Rosana de Fátima Possobon

<sup>1</sup>Autora. Mestranda em Odontologia (Saúde Coletiva). Faculdade de Odontologia de Piracicaba/Universidade Estadual de Campinas FOP/UNICAMP. Departamento de Odontologia Social. Av. Limeira, 901 – Bairro Areião. Caixa Postal 52. CEP: 13414-903. Piracicaba-SP-Brasil. E-mail: lodijucilene@hotmail.com. Tel: (19) 98292-1011/2106-5200. Contribuiu no delineamento, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica.

<sup>2</sup>Coautora. Doutoranda em Odontologia (Saúde Coletiva). Faculdade de Odontologia de Piracicaba/Universidade Estadual de Campinas FOP/Unicamp. Departamento de Odontologia Social. Av. Limeira, 901 – Bairro Areião. Caixa Postal 52. CEP: 13414-903. Piracicaba-SP-Brasil. E-mail: claricemilagres01@gmail.com.

Contribuiu no delineamento, análise e interpretação dos dados, redação do artigo.

<sup>3</sup>Coautora. Professora da FOP/UNICAMP. Doutora em Odontologia (Saúde Coletiva). Faculdade de Odontologia de Piracicaba/Universidade Estadual de Campinas FOP/Unicamp. Departamento de Odontologia Social. Av. Limeira, 901 – Bairro Areião. Caixa Postal 52. CEP: 13414-903. Piracicaba-SP-Brasil. E-mail: lumiranda1302@gmail.com.

Contribuiu na análise e interpretação dos dados e revisão crítica.

<sup>4</sup>Coautora. Professora da FOP/UNICAMP. Doutora em Odontologia (Saúde Coletiva). Faculdade de Odontologia de Piracicaba/Universidade Estadual de Campinas FOP/Unicamp. Departamento de Odontologia Social. Av. Limeira, 901 – Bairro Areião. Caixa Postal 52. CEP: 13414-903. Piracicaba-SP-Brasil. E-mail: possobon@fop.unicamp.br.

Análise e interpretação dos dados e revisão crítica.

## RESUMO

O objetivo foi identificar a influência da autoeficácia na amamentação com a manutenção do aleitamento materno exclusivo. Métodos: Foi uma revisão sistemática, sendo selecionados 10 estudos que utilizaram dois tipos de instrumentos de autoeficácia na amamentação (durante a gestação e no puerpério imediato). Houve predomínio da utilização do instrumento Short Form, sendo que, mulheres confiantes, que apresentaram alta autoeficácia amamentaram por mais tempo, quando comparadas com mulheres que apresentaram baixa autoeficácia. Conclui-se que elevado índice de autoeficácia na amamentação, principalmente no pós-parto, favorece a manutenção do aleitamento materno por um período de tempo mais prolongado.

**Palavras-chaves:** Autoeficácia, Autoeficácia na amamentação, Aleitamento materno Exclusivo.

## ABSTRACT

The objective was to identify the influence of self-efficacy in breastfeeding with the maintenance of exclusive breastfeeding. Methods: This was a systematic review, we selected 10 studies that used two types of self-efficacy instruments breastfeeding (during pregnancy and immediately postpartum). There was a predominance of use of the instrument Short Form, and, confident women who had high self-efficacy breastfed longer compared with women who had low self-efficacy. It concludes that high self-efficacy rate in breastfeeding, especially postpartum, favors the maintenance of breastfeeding for a longer period of time.

**Key words:** Self-efficacy, Self-efficacy in breastfeeding; Exclusive Breastfeeding.

## INTRODUÇÃO

O apoio, a proteção e a promoção do aleitamento materno têm sido uma das estratégias mundiais dos governos para juntar esforços, a fim de melhorar as condições de saúde das crianças e, assim, reduzir a taxa de morbimortalidade infantil<sup>1</sup>.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) têm dado atenção especial à nutrição infantil, por reconhecerem que a adesão ao aleitamento materno tem impacto direto no adequado crescimento e no desenvolvimento das crianças. Dessa forma, recomenda-se o aleitamento exclusivo até o sexto mês de vida e complementado até dois anos ou mais<sup>2</sup>.

No Brasil, estratégias para a promoção do aleitamento já são aplicadas pelo Sistema Único de Saúde desde a década de 1980, com vista para o aumento dessa prática<sup>3</sup>. Embora esteja em ascensão, o índice de aleitamento ainda é menor do que é recomendado pela OMS.

De acordo com os últimos dados da II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno, realizado em todas as capitais brasileiras e Distrito Federal, em 2008<sup>4</sup>, apenas 9,3% das crianças brasileiras estavam em aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida. Segundo classificação da OMS<sup>5</sup>, essa baixa taxa é considerada “muito ruim”, no qual, para ser classificada como “boa” e “muito boa”, deveria estar entre 50% e 89% respectivamente de crianças menores de seis meses amamentando de forma exclusiva. Dentre esses fatores deste reduzido percentual, destaca-se a ausência de apoio – tanto familiar quanto da equipe de saúde para que a mulher sinta-se segura para iniciar e manter a prática do aleitamento materno. Como consequência, essa falta de apoio pode levar a uma diminuição da confiança e da autoestima da nutriz, fazendo com que a mesma possa ser capaz de interferir no aleitamento<sup>6</sup>. Essa confiança pode ser estudada dentro do constructo da autoeficácia.

O conceito de autoeficácia, proposto primeiramente por Albert Bandura<sup>7</sup>, remete à habilidade pessoal de desempenhar, com sucesso, determinada atividade ou comportamentos que produzem um resultado aceitável. Também pode ser definida como a convicção pessoal (autoconfiança) de ser capaz de produzir resultados desejáveis em determinada situação, mesmo na superação de obstáculos<sup>8</sup>.

Com base neste constructo, Dennis e Faux<sup>9</sup> desenvolveram um instrumento chamado *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* – BSES, para detectar o nível de autoeficácia na amamentação ao analisar a confiança da mulher na gestação frente às possíveis dificuldades com o aleitamento. Esta escala foi traduzida e validada para o Brasil por Oriá<sup>10</sup>. A versão brasileira (BSES-VB) é do tipo *Likert*, de cinco pontos (que varia de concordo totalmente a

discordo totalmente), contendo 33 assertivas divididas em domínio técnico e pensamento intrapessoal. Quanto maior a pontuação, maior a confiança da mulher em seu potencial de amamentar, o que indicaria maior probabilidade de iniciar e manter o aleitamento materno exclusivo por um período mais longo<sup>11</sup>. Em 2003<sup>12</sup>, Dennis desenvolveu a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form* (BSES-SF), com menor número de questões que a primeira escala, tornando-a mais fácil de ser aplicada ainda na maternidade ou até no puerpério imediato. Esta escala, mesmo sendo do tipo *Likert*, contém apenas 14 assertivas e foi traduzida para o país por Dodt<sup>13</sup>.

Empregando estas escalas, foram realizados estudos no Brasil e no mundo, a fim de contribuir para a detecção de mulheres vulneráveis ao desmame precoce<sup>14,15,16,17,18</sup>.

Diante deste contexto exposto, os fatores relacionados à falta de adesão ao aleitamento materno têm sido motivos de estudos nos últimos anos<sup>19,20,21</sup>. Assim, investigar a confiança materna em relação à prática do aleitamento pode contribuir para a detecção de mulheres com maior risco ao desmame precoce, o que possibilitaria a intervenção mais pontual e potencialmente mais eficiente para adesão ao aleitamento materno. Neste sentido, o constructo de autoeficácia pode contribuir para a compreensão do fenômeno da autoconfiança em gestantes e puérperas<sup>13</sup>.

Dessa forma, esta revisão sistemática tem por objetivo examinar os estudos que investiguem o efeito da autoeficácia na amamentação associado à manutenção do aleitamento materno exclusivo por um período maior. A ênfase dada na discussão dos resultados é sobre questões metodológicas referentes à confiabilidade das escalas que medem o nível de autoeficácia, que utilizaram estas duas escalas durante os últimos 15 anos.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

A presente revisão sistemática seguiu as recomendações propostas no guia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*, o PRISMA<sup>22</sup>. O método de revisão sistemática consiste na revisão retrospectiva de artigos científicos, neste caso sobre a associação entre a manutenção do aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo com o seguinte desfecho: autoeficácia na amamentação. Os artigos foram identificados por meio de busca na base de dados MEDLINE versão PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, referentes aos anos de 1999 (ano que surgiu a expressão autoeficácia na base de dados) à setembro de 2015. O diagrama da seleção dos artigos, encontra-se na figura 1.

## **Estratégia de busca de artigos**

Na BVS/BIREME, foram utilizados os descritores, padronizados em consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), aleitamento materno, aleitamento materno exclusivo, autoeficácia na amamentação, seguindo critérios da população (enfermagem obstétrica, enfermagem pediátrica, enfermagem saúde pública, enfermagem materno-infantil, enfermagem neonatal), exposição (aleitamento materno, aleitamento materno exclusivo) e desfecho (autoeficácia na amamentação).

Para a pesquisa no PubMed-Medline, foram realizados os descritores localizados no *Medical Subject Headings* (MeSH). Para pesquisa da população foram utilizados os termos maternal-child nursing\*, obstetric nursing\*, pediatric nursing\*, health personnel\*, nurse\*. A exposição foi delimitada pelos termos breastfeeding\*, exclusive breastfeeding\*, enquanto para o desfecho utilizou-se a expressão breastfeeding *self-efficacy*. Utilizou-se a expressão booleana “OR” para os documentos que continham as palavras ou expressões inseridas nos campos de pesquisa avançada ou, ainda, documentos que pudessem apresentar todas as palavras e/ou expressões inseridas. A expressão “AND” foi utilizada a fim de serem localizados os registros onde ocorressem simultaneamente os descritores referidos. As expressões booleanas foram utilizadas em ambas. O símbolo de truncagem\* (asterisco) foi utilizado para pesquisar palavras com a mesma expressão.

## **Critérios de inclusão e exclusão e seleção dos estudos**

Os critérios iniciais de inclusão adotados para a seleção dos artigos foram: publicações entre janeiro de 1999 (ano em que ocorreu o surgimento da expressão “autoeficácia” no vocabulário controlado do MeSH, utilizado para a indexação de artigos) à setembro de 2015. Foram incluídos estudos com amostras compostas por mulheres com idade entre 18 a 44 anos. O idioma foi restrito à língua portuguesa do Brasil e à língua inglesa. Era necessária a utilização do instrumento de autoeficácia na amamentação para ser incluído o estudo na pesquisa.

Quanto aos critérios de exclusão, foram considerados os seguintes: 1) relatos de caso; 2) capítulos de livros; 3) estudo com amostra composta por adolescentes; 4) artigos de validação de instrumentos; 5) gravidez que foi de alto risco; 6) gemelaridade; 7) recém-nascido pré-termo e 8) estudos com animais. Para fins de seleção, também foram descartadas as publicações com dupla entrada nas bases de dados e artigos em duplicata. Para a elegibilidade, os textos foram

lidos na íntegra. Foram excluídos textos completos quando não utilizaram o instrumento de autoeficácia na amamentação para analisar a autoeficácia das mulheres.

### **Seleção de Estudos e Obtenção dos Dados**

A pesquisa inicial foi realizada por dois pesquisadores independentes, que localizaram e selecionaram os artigos. A seleção dos trabalhos, com base nos títulos e resumos, foi realizada de forma independente e em duplicata, obedecendo aos critérios de inclusão estabelecidos. Caso o título do artigo não fornecesse informações suficientes para a sua seleção, os pesquisadores liam o resumo. No caso de repetição de artigo, sua cópia era excluída. Estes procedimentos foram feitos em ambas as bases de dados, conforme o fluxograma apresentado na figura 1.

### **ASPECTOS ÉTICOS**

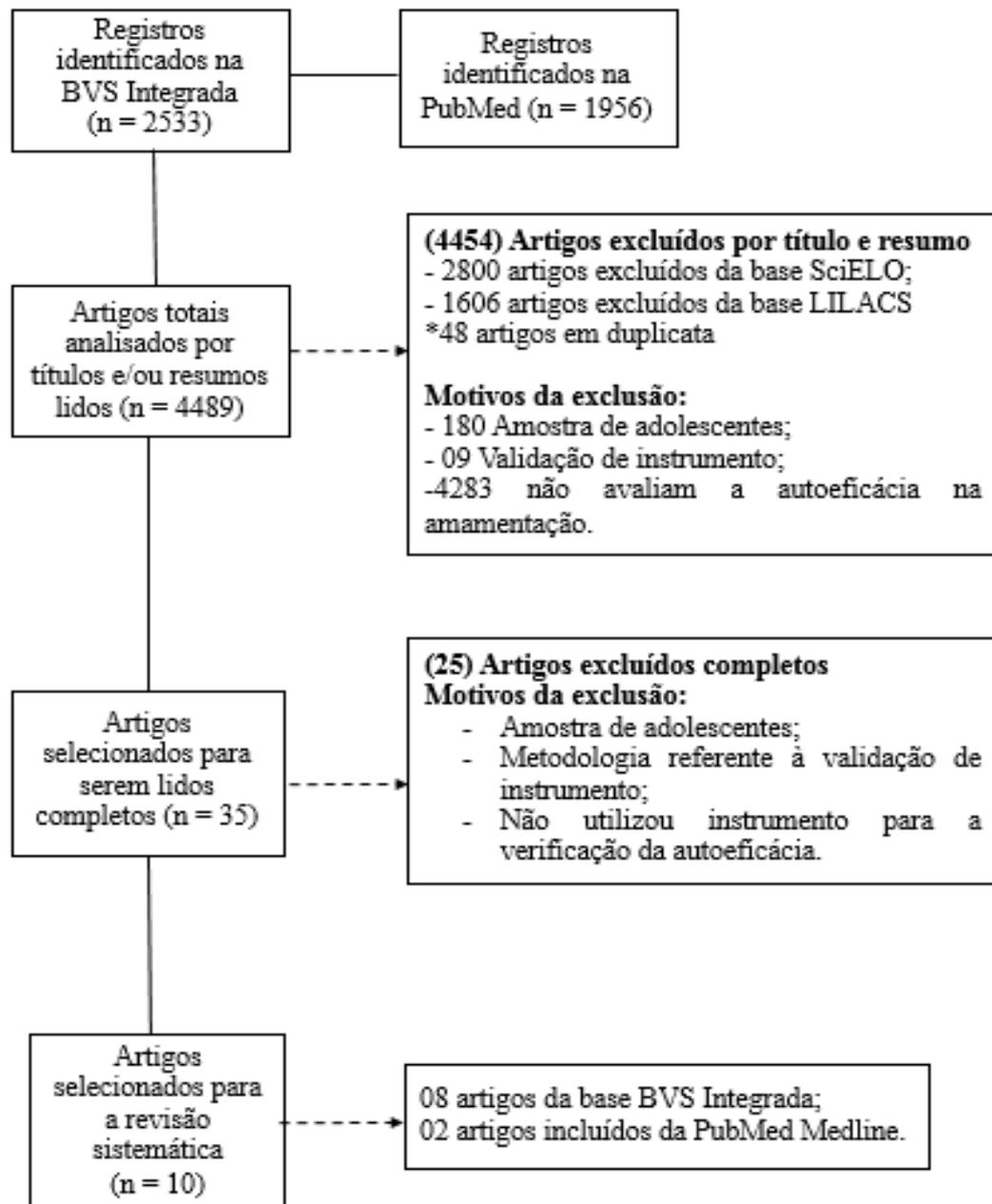
Por se tratar de uma revisão sistemática com trabalhos previamente publicados, não houve necessidade de aprovação deste estudo no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/Unicamp.

### **RESULTADOS**

Na análise preliminar sobre o tema foram identificados 4489 estudos nas bases de dados, dos quais 4454 foram excluídos de acordo com os critérios identificados na figura 01. Dessa forma, restaram 35 artigos, que foram lidos na íntegra para a seleção final, que resultou na seleção de 10 artigos para esta revisão sistemática. Os procedimentos completos para a seleção dos artigos podem ser observados na figura 1.

O quadro 1 mostra a descrição das características dos estudos e seus principais resultados.

Figura 1: Fluxograma da pesquisa bibliográfica com os procedimentos utilizados na seleção dos estudos para análise.



Quadro 1: Descrição das características dos estudos selecionados e seus principais resultados.

Autoria e ano de publicação	Local do estudo	Objetivos	Tamanho amostral e condução do estudo	Instrumento para avaliação da Autoeficácia	Principais resultados
Glassman et al., 2014	Estados Unidos	Verificar a autoeficácia e fatores associados à amamentação exclusiva em mulheres latinas.	209 puérperas avaliadas na maternidade e acompanhadas na 4ª e 6ª semana pós-parto, para analisar os fatores que influenciaram na manutenção do aleitamento materno exclusivo.	Escala de Autoeficácia na amamentação – Short Form.	Fatores socioeconômicos não estavam relacionados com o aleitamento materno exclusivo; apenas o nível alto na escala de autoeficácia na primeira semana foi significativo para a manutenção do aleitamento materno na 4ª e 6ª semana.
Margotti e Epifanio, 2014	Brasil	Verificar os fatores associados com o tempo de aleitamento materno exclusivo com o escore de autoeficácia.	300 puérperas entrevistadas para aplicação do instrumento em duas maternidades (uma credenciada como Hospital Amigo da Criança e a outra sem a creditação) e aos 15 e 120 dias após a alta hospitalar (para verificar a alimentação da criança), via contato telefônico	Escala de Autoeficácia na amamentação - Short Form.	Mulheres que apresentaram alto nível de autoeficácia na maternidade ainda amamentavam exclusivamente aos 15 e 120 dias do pós-parto. Crianças que nasceram em Hospital Amigo da Criança mantiveram o aleitamento materno por mais tempo.
Otsuka et al., 2014	Japão	Analisar a influência do Hospital Amigo da Criança na autoeficácia da amamentação.	781 gestantes de 4 hospitais, sendo 2 credenciados como Amigo da Criança. Foram separadas em grupo controle e intervenção. Grupo intervenção recebeu informações durante gestação sobre aleitamento materno; grupo controle não recebeu informações.	Escala de Autoeficácia na amamentação – Short Form.	Mães do grupo intervenção do Hospital Amigo da Criança tiveram alto nível de autoeficácia na amamentação e estavam amamentando exclusivamente com 04 e 12 semanas após o parto.

Quadro 1: Descrição das características dos estudos selecionados e seus principais resultados (continuação).

Autoria e ano de publicação	Local do estudo	Objetivos	Tamanho amostral e condução do estudo	Instrumento para avaliação da Autoeficácia	Principais resultados
Rodrigues et al.  2014	Brasil	Analisar os fatores relacionados ao pré-natal e puerpério que interferem na amamentação	322 puérperas internadas em alojamento conjunto no período de puerpério imediato	Escala de Autoeficácia na amamentação – Short Form	Mulheres onde seus filhos mamaram na primeira hora de vida, apresentaram índices elevados de autoeficácia.
Wu et al., 2014	China	Avaliar o efeito da intervenção de autoeficácia na amamentação	74 puérperas, divididas em grupo controle e intervenção, foram entrevistadas e responderam o instrumento de autoeficácia, na maternidade e na 4ª e 8ª semanas pós-parto. Somente no grupo intervenção, houve 03 sessões individuais para sanar dúvidas em relação ao aleitamento.	Escala de Autoeficácia na amamentação – Short Form	O grupo intervenção teve alto nível de autoeficácia e associação com aumento do aleitamento materno exclusivo na 8ª semana pós-parto.
Zubaram e Foresti,  2013	Brasil	Examinar a relação entre a autoeficácia na amamentação com a depressão pós-parto	89 puérperas que foram entrevistadas em suas casas entre a 2ª e a 12ª semana pós-parto	Escala de Autoeficácia na amamentação – Short Form e Escala de depressão pós-parto	Mulheres com alto nível de autoeficácia na amamentação amamentaram exclusivamente e não tiveram tendência a desenvolver depressão pós-parto.

Quadro 1: Descrição das características dos estudos selecionados e seus principais resultados (continuação).

Autoria e ano de publicação	Local do estudo	Objetivos	Tamanho amostral e condução do estudo	Instrumento para avaliação da Autoeficácia	Principais resultados
Robison e VandeVusse  2011	Estados Unidos	Investigar a autoeficácia na amamentação durante a gestação e as narrativas sobre as decisões de alimentação das crianças de mulheres afroamericanas.	64 gestantes abordadas no consultório médico, para responder ao instrumento e gravar narrativas quanto à vontade de amamentar. Entrevistadas novamente 3 a 4 semanas pós-parto.	Escala de Autoeficácia na Amamentação	Mulheres que afirmaram ter desejo de amamentar apresentaram alto nível de autoeficácia na amamentação e mantiveram o aleitamento materno exclusivo por mais tempo.
Otsuka et al., 2008	Japão	Verificar a autoeficácia na amamentação entre mulheres com percepção de leite insuficiente.	262 puérperas de 2 hospitais, respondiam o instrumento durante internação e foram acompanhadas para verificar a capacidade de produção de leite na 4ª semana pós-parto.	Escala de Autoeficácia na Amamentação – Short Form	Mulheres que apresentaram baixo nível de autoeficácia relataram ter sensação de baixa produção de leite desmamaram precocemente.

Quadro 1: Descrição das características dos estudos selecionados e seus principais resultados (continuação).

Autoria e ano de publicação	Local do estudo	Objetivos	Tamanho amostral e condução do estudo	Instrumento para avaliação da Autoeficácia	Principais resultados
Wilhelm et al., 2008	Estados Unidos	Analisar influência da vontade de amamentar para a autoeficácia na amamentação em primíparas.	53 primíparas respondiam instrumento antes da alta da maternidade e com 02 semanas pós- parto.	Escala de Autoeficácia na Amamentação.	Mulheres que tinham intenção de amamentar tiveram alto nível de autoeficácia e estavam em aleitamento exclusivo 02 semanas após o parto.
Baghurst et al., 2007	Austrália	Verificar a autoeficácia para manter o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida	317 gestantes, responderam o instrumento durante gestação e, tiveram mais 04 contatos após o parto (1ª e 6ª semanas, 3º e 6º mês), responderam perguntas sobre amamentação (continuidade ou desmame.	Escala de Autoeficácia na Amamentação.	Alto nível de autoeficácia na gestação foi fator determinante para a continuidade do aleitamento exclusivo até o sexto mês.

**Escala de Autoeficácia na Amamentação:** 33 assertivas (pontuação: 33 – 165). Níveis: baixo (33-118), médio (119- 137) e alto (138-165). Aplicada do terceiro trimestre de gestação até seis horas do puerpério.

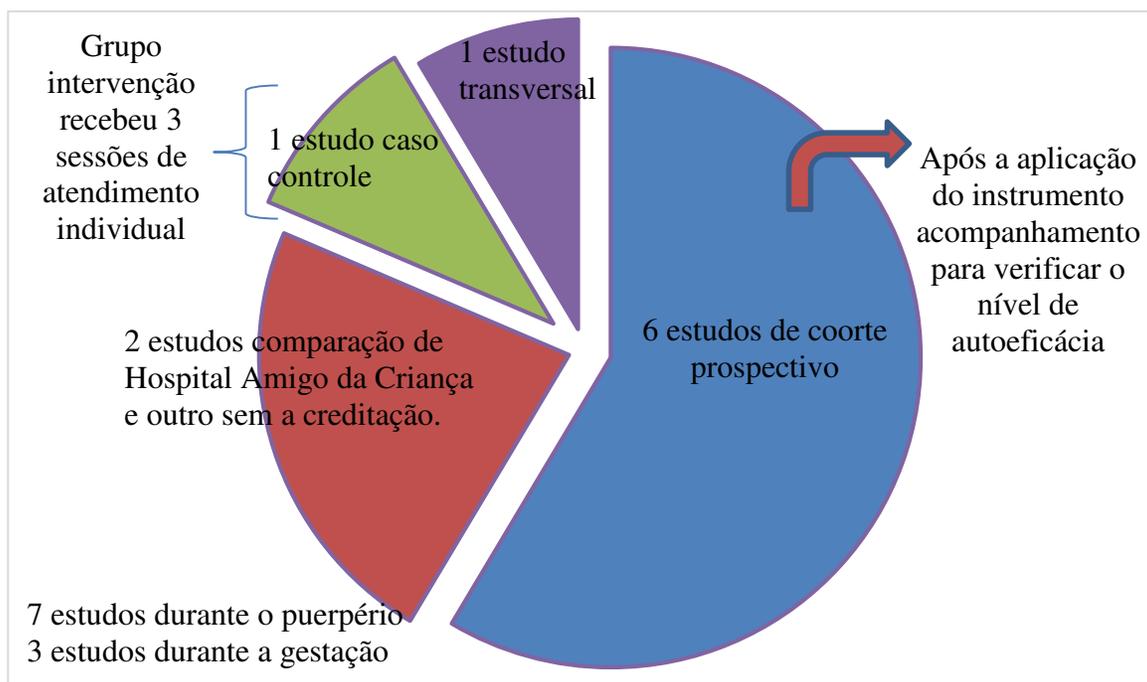
**Escala de Autoeficácia na Amamentação – SHORT-FORM:** 14 assertivas (pontuação: 14 – 70). Níveis: baixo (14-32), médio (33-51) e (52-70). Aplicada na maternidade após o parto.

Observou-se maior número de pesquisas publicadas <sup>14,15,16,17,23</sup> no ano de 2014. Não houve trabalho no ano de 2015 que apresentasse os critérios de inclusão propostos neste trabalho.

No delineamento, destacou-se o estudo de coorte e apenas um estudo transversal<sup>15</sup>. Houve apenas um estudo comparativo entre Hospital credenciado e não credenciado como Amigo da Criança<sup>17</sup>. As mulheres foram entrevistadas após o nascimento de seus filhos (no puerpério), com exceção de dois estudos que as abordaram ainda na gestação<sup>16,24</sup>. Quanto ao instrumento utilizado, sete estudos<sup>14,15,16,17,23,25,26</sup>, utilizaram a Escala de Autoeficácia na Amamentação – Short Form, que foi desenvolvida para ser aplicada após o nascimento da criança, preferencialmente ainda na maternidade. Os demais utilizaram apenas a Escala de Autoeficácia na Amamentação, desenvolvida para ser aplicada entre o último trimestre de gestação e seis horas após o parto<sup>10</sup>.

No gráfico1 abaixo, estão separadas os tipos de estudos incluídos nessa revisão sistemática.

Gráfico 1 – Classificação dos tipos de estudos selecionados para a revisão sistemática.



Quanto à localização dos trabalhos, a maioria foi no Brasil<sup>15,17,27</sup> e Estados Unidos<sup>23,24,26</sup>, seguidos por Japão<sup>16,25</sup> e por último China<sup>14</sup> e Austrália<sup>32</sup>.

Dentre os trabalhos brasileiros, o aleitamento materno exclusivo na 8ª semana pós-parto foi associado com elevado nível de autoeficácia verificada ainda na maternidade, houve associação entre autoeficácia e a duração do aleitamento quando a criança era amamentado ainda na primeira hora após o parto e, ainda, mulheres que apresentaram alto nível de autoeficácia não desenvolveram depressão pós-parto e mantiveram o aleitamento materno por mais tempo<sup>15</sup>.

Somente no estudo realizado no Brasil por Zubaram e Foresti<sup>27</sup>, conduzido na região sul do país, foram utilizadas, além da escala de autoeficácia na amamentação, mais duas escalas para verificar a presença de depressão pós-parto (Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS e Postpartum Depression Screening Scale – PDSS) mostrando associação entre baixo nível de autoeficácia na amamentação com sintomas depressivos pós-parto.

## **DISCUSSÃO**

No presente estudo, foram analisadas as publicações nacionais e internacionais dos últimos 15 anos, referentes à autoeficácia na amamentação. De forma geral, os autores aprovaram o emprego dos dois instrumentos para verificação do nível de autoeficácia, aplicados tanto no período gestacional quanto no puerpério. Isto porque estes períodos são caracterizados por grandes mudanças, tanto fisiológicas quanto comportamentais, que requerem das mulheres a consolidação de sua maturidade, o que, muitas vezes, contribui para a vulnerabilidade e a baixa confiança em amamentar<sup>6</sup>.

O conhecimento sobre autoeficácia é considerado importante para o planejamento de estratégias de promoção e manutenção da saúde, inclusive para a prevenção do desmame precoce, uma vez que pode ser utilizado para conhecer como as mulheres são motivadas, como sentem e pensam e como se comportam diante das dificuldades com a amamentação, indicando ao profissional quanto esforço e tempo serão necessários para auxiliá-la a transpor os obstáculos<sup>15</sup>.

Na maioria dos estudos, utilizou-se a forma curta do instrumento de autoeficácia na amamentação (BSES-SF), que foi aplicado ainda na maternidade. Destes estudos, quatro relataram associação entre alto nível de autoeficácia e amamentação na primeira hora de vida

do neonato, mostrando que esta prática, que ocorre sempre com o apoio dos profissionais da maternidade, é importante para auxiliar a mãe a sentir-se mais competente para amamentar.

No estudo de Boccolini<sup>28</sup>, que analisou a correlação entre amamentação na primeira hora de vida e duração do aleitamento materno em 67 países, teve como resultado que entre as crianças não amamentadas na primeira hora havia maior índice de desmame na primeira semana de vida, o que foi associado com mortalidade infantil. Raghavan et al.<sup>29</sup>, ao compararem crianças amamentados na primeira hora de vida com aqueles, cujas mamadas iniciais ocorreram para além da primeira hora, encontraram chances de aleitamento materno exclusivo duas vezes maior nos primeiros.

Vale ressaltar que o aleitamento na primeira hora de vida é um dos passos para que o hospital seja credenciado como Amigo da Criança pela Unicef<sup>5</sup>, que prevê a instalação de práticas de apoio à mãe e incentivo ao aleitamento materno desde a gestação até o pós-parto.

O estudo de Otsuka et al.<sup>16</sup> corrobora a importância do apoio disponibilizado à mãe ainda no hospital. Estes autores investigaram o nível de autoeficácia entre mães que deram à luz em dois modelos hospitalares, um credenciado como Hospital Amigo da Criança e que, portanto, desenvolve práticas de incentivo ao aleitamento materno, e um hospital sem este credenciamento. As mulheres de ambos os hospitais foram separadas em grupo controle e experimental, sendo que ambos os grupos recebiam as informações rotineiras de cada Hospital sobre prática de aleitamento materno e, apenas para o grupo experimental, eram oferecidas sessões de atendimento individual para sanar as dúvidas das mães e auxiliá-las no estabelecimento da amamentação. A análise dos resultados mostrou que apenas entre as mães do Hospital Amigo da Criança houve diferença entre os grupos experimental e controle, sendo que, após quatro semanas do pós-parto, as mulheres do grupo experimental tiveram maior aumento do nível de autoeficácia na amamentação, sendo encontrada diferença significativa na taxa de aleitamento materno exclusivo entre as crianças deste grupo. Não foi observado efeito positivo da intervenção (grupo experimental) sobre as taxas de aleitamento materno entre as crianças que nasceram no hospital não credenciado. Estes resultados confirmam a importância da assistência à puérpera, antes da alta hospitalar, e os benefícios decorrentes das rotinas dos hospitais credenciados como Amigo da Criança, segundo preconiza a Unicef<sup>5</sup>. O estudo conduzido por Figueredo<sup>30</sup> já havia destacado a influência do Hospital Amigo da Criança na manutenção do aleitamento materno, relatando que este modelo hospitalar era

efetivo em várias regiões do mundo, e que exerciam uma importante função na promoção e no incentivo ao aleitamento materno.

Girolamo et al.<sup>31</sup> afirmam que, mesmo que a mulher apresente, ainda na maternidade, nível médio ou alto de autoeficácia, é fundamental que ela tenha acompanhamento por profissionais de saúde, ao menos durante as duas primeiras semanas do pós-parto, que poderão identificar e sanar as suas dificuldades, com o objetivo de instalar e manter a prática do aleitamento materno. Segundo os autores, este acompanhamento colabora para o aumento da sensação de segurança, tanto da mãe quanto de seus familiares, evitando o desmame precoce, muitas vezes decorrente das dificuldades enfrentadas na volta para casa, com a adaptação à nova rotina com o recém-nascido. Chaves et al.<sup>18</sup> relataram um aumento no nível de autoeficácia entre puérperas que receberam informações a respeito aleitamento materno, com o uso de um álbum ilustrado, no pós-parto imediato (ainda na maternidade) e quinze dias depois do parto, quando comparadas com mães que não tiveram este tipo de apoio.

O nível de autoeficácia na amamentação foi verificado ainda na gestação em três estudos<sup>16,24,32</sup>. Os resultados demonstraram que mulheres com nível elevado de autoeficácia durante a gestação e que tinham vontade de amamentar, estavam em aleitamento materno exclusivo na segunda e quarta semanas após o parto, diferentes das mulheres que haviam apresentado níveis mais baixos de autoeficácia.

Os estudos analisados mostraram heterogeneidade entre suas amostras, com mulheres inseridas em contextos sociodemográficos distintos, incluindo populações brasileiras, americanas, afro-americanas, latinas, australianas e chinesas. Entretanto, todos os resultados apontam para a importância do apoio às mães, para estimulá-las mais confiantes em sua capacidade de amamentar, o que se reflete em maiores níveis de autoeficácia, verificados pela aplicação dos instrumentos, tanto na forma original quanto na versão curta. A verificação dos níveis de autoeficácia pode nortear o profissional na condução de práticas de incentivo ao aleitamento materno, de forma personalizada a cada mulher, de acordo com suas necessidades.

Os artigos revisados evidenciam a necessidade de capacitação de profissionais de saúde para o acompanhamento de gestantes e puérperas, a fim de aumentar a sua confiança e, conseqüentemente, contribuir para o aumento das taxas do aleitamento materno.

O presente estudo contribui diretamente com as estratégias e esforços para o incentivo da amamentação materna, bem como instrumentaliza políticas e programas de saúde nesse

sentido, na medida em que elucida a relação, existente na literatura, entre a autoeficácia e amamentação na primeira hora de vida. E, se a amamentação na primeira hora de vida, por sua vez, demonstrou associação com a amamentação exclusiva<sup>28,29</sup>, então, pode-se inferir que a autoeficácia esteja, de fato, relacionada com a amamentação materna exclusiva.

Sugere-se que sejam realizados estudos para verificar a eficiência da intervenção, realizada ainda no período gestacional, para mulheres que apresentem baixos níveis de autoeficácia, além de estudos longitudinais para verificar a associação entre os níveis de autoeficácia e as taxas de aleitamento materno (complementado e exclusivo) durante os seis primeiros meses de vida.

## CONCLUSÃO

Os estudos demonstraram que as práticas hospitalares de incentivo ao aleitamento materno, e o apoio disponibilizado à mãe após a alta da maternidade, aumentam sua confiança em amamentar, o que se reflete em maiores níveis de autoeficácia e, conseqüentemente, na manutenção do aleitamento materno por um período de tempo mais prolongado.

## REFERÊNCIAS

1. Souza SNDH, Mello DF, Ayres JRCM. O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado. *Cad. Saude Publica*. 2013; 29 (6): 1186-94.
2. Müller FS, Rea MF, Monteiro NR. *Iniciativa Mundial sobre Tendências do Aleitamento Materno*. 2014. Jundiaí: IBFAN Brasil; São Paulo: IBFAN Brasil.
3. Rea MF e Berquó ES. Impact of the Brazilian national breast-feeding programme on mothers in Greater Sao Paulo. *Bull World Health Organ*. 1990; 68(3): 365–71.
4. Brasil. Ministério da Saúde. *II Pesquisa Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
5. World Health Organization. *Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6–8. 2008*. Washington, DC.

6. Carvalho MR, Tavares LAM. Amamentação: Bases Científicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 3ed, 2014.
7. Bandura A. Cognitive processes mediating behavioral change. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1977; 35(3): 125-39.
8. Bandura A. Azzi R G. Polydoro S. Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos. Porto Alegre, 2008.
9. Dennis CL, Faux S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Rev. Nurs Health.* 1999; 22(5):339-409.
10. Oriá MO. Tradução, adaptação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale: aplicação em gestantes [tese]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará, 2008.
11. Oriá MOB, Ximenes LB. Tradução e adaptação cultural da Breastfeeding Self-Efficacy Scale para o português. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23 (2):230-38.
12. Dennis CL. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2003; 32: 734-744.
13. Dodt RCM, Ferreira AMV, Nascimento LA, Macêdo AC, Joventino ES, Ximenes LB. Influência de estratégia de educação em saúde mediada por álbum seriado sobre a autoeficácia materna para amamentar. *Texto Contexto Enferm.* 2013; 22(3): 610-8.
14. Wu DS, Hu J, Thomas P. McCoy P, Efird TJ. The effects of a breastfeeding self-efficacy intervention on short-term breastfeeding outcomes among primiparous mothers in Wuhan, China. *Journal of Advanced Nursing.* 2014; 70(8): 1867-79.
15. Rodrigues AP, Padoin SMM, Guido LA, Lopes LFD. Fatores do pré-natal e do puerpério que interferem na autoeficácia em amamentação. *Esc Anna Nery.* 2014; 18(2): 257-61.
16. Otsuka K, Taguri M, Dennis CL, Wakutani K, Awano M, Yamaguchi T, Jimba M. Effectiveness of a Breastfeeding Self-efficacy Intervention: Do Hospital Practices Make a Difference? *J Matern Child Health.* 2014; 18:296-306.
17. Margotti E, Epifanio M. Aleitamento Materno Exclusivo e a Escala de Autoeficácia na Amamentação. *Rev Rene.* 2014; 15(5):771-79.
18. Chaves AFL, Lima GP, Melo GM, Rocha RR, Vasconcelos HCA, Oriá MOB. Aplicação de álbum seriado para promoção da autoeficácia materna em amamentar. *Rev Reme.* 2015; 16(3): 407-14.

19. Carrascoza KC, Possobon RF, Ambrosano GMB, Costa Junior AL, Moraes ABA. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo em crianças assistidas por programa interdisciplinar de promoção à amamentação. *Ciencia & Saúde Coletiva*. 2011; 16 (10): 4139-46.
20. Demitto MO, Bercini LO, Rossi RM. Uso de chupeta e aleitamento materno exclusivo. *Esc Anna Nery*. 2013; 17 (2): 272-76.
21. Vieira TO, Vieira GO, Oliveira NF, Mendes CMC, Giugliani ERJ, Silva LR. Duration of exclusive breastfeeding in a Brazilian population: new determinants in a cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014; 14:175.
22. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ*. 2009; 21;339:b2535.doi:10.1136/bmj.b2535.
23. 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. *Breastfeeding Medicine*. 2014; 9 (6): 301-6.
24. Robinson, KM, VandeVusse L. African American Women's Infant Feeding Choices. *J Perinat Neonat Nurs*. 2011; 25(4): 320–28.
25. Otsuka K, Dennis CL, Hisae Tatsuoka H, Masamine J. The Relationship Between Breastfeeding Self Efficacy and Perceived Insufficient Milk Among Japanese Mothers. *JOGNN*. 2008; 37(5): 546-55.
26. Wilhelm SL, Rodehorst K, Stepan MBF, Hertzog M, Berens C. Influence of intention and self-efficacy levels on duration of breastfeeding for 36stimul rural mothers. *Applied Nursing Research*. 2008; 21 (2) 123–30.
27. Zubaran C e Foresti K. Estudo da correlação entre aleitamento e estado de saúde materno. *Einstein*. 2013; 11(2): 180-85.
28. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MI, Pérez-Escamilla R. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. *J Pediatr (Rio J)*. 2013; 89:131–36.
29. Raghavan V, Bharti B, Kumar P, Mukhopadhyay k, Dhaliwal L. First hour initiation of breastfeeding and exclusive breastfeeding at six weeks: Prevalence and predictors in a Tertiary care setting. *Indian J Pediatr*. 2014; 81(8): 743-50.

30. Figueredo SF, Mattar MJG, Abrão ACFV. Iniciativa Hospital Amigo da Criança – uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. *Acta paul. Enferm.* 2012; 25 (3): 459-63.
31. Di Girolamo A, Thompson N, Martorell R, Fein S, Grummer LS. Intention of experience? Predictors of continued breastfeeding. *Health Education and Behavior.* 2005; 32 (2); 208– 26.
32. Baghurst P, Pincombe J, Peat B, Henderson A. Breast feeding self-efficacy and other determinants of the duration of breastfeeding in a cohort of first-time mothers in Adelaide, Australia. *Midwifery.* 2007; 23 (2): 382–91.

**ARTIGO 2****Autoeficácia e aleitamento materno: fatores associados para a manutenção do aleitamento materno exclusivo no 30<sup>a</sup> dia****Self-efficacy and breastfeeding: Factors associated to the maintenance of exclusive breastfeeding on the 30<sup>th</sup> day**

Artigo submetido a Revista Jornal de Pediatria (Anexo 7)

<sup>1</sup>Jucilene Casati Lodi

<sup>2</sup>Clarice Santana Milagres

<sup>3</sup>Rosana de Fátima Possobon

<sup>4</sup>Luciane Miranda Guerra

<sup>1</sup>Autora. Mestranda em Odontologia (Saúde Coletiva). Faculdade de Odontologia de Piracicaba/Universidade Estadual de Campinas FOP/UNICAMP. Departamento de Odontologia Social. Av. Limeira, 901 – Bairro Areião. Caixa Postal 52. CEP: 13414-903. Piracicaba-SP-Brasil. E-mail: lodijucilene@hotmail.com. Tel: (19) 98292-1011/2106-5200. Contribuiu no delineamento, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica.

<sup>2</sup>Coautora. Doutoranda em Odontologia (Saúde Coletiva). Faculdade de Odontologia de Piracicaba/Universidade Estadual de Campinas FOP/Unicamp. Departamento de Odontologia Social. Av. Limeira, 901 – Bairro Areião. Caixa Postal 52. CEP: 13414-903. Piracicaba-SP-Brasil. E-mail: claricemilagres01@gmail.com

Contribuiu no delineamento, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica.

<sup>3</sup>Coautora. Professora da FOP/UNICAMP. Doutora em Odontologia (Saúde Coletiva). Faculdade de Odontologia de Piracicaba/Universidade Estadual de Campinas FOP/Unicamp. Departamento de Odontologia Social. Av. Limeira, 901 – Bairro Areião. Caixa Postal 52. CEP: 13414-903. Piracicaba-SP-Brasil. E-mail: possobon@fop.unicamp.br

<sup>4</sup>Coautora. Professora da FOP/UNICAMP. Doutora em Odontologia (Saúde Coletiva). Faculdade de Odontologia de Piracicaba/Universidade Estadual de Campinas FOP/Unicamp.

Departamento de Odontologia Social. Av. Limeira, 901 – Bairro Areião. Caixa Postal 52. CEP: 13414-903. Piracicaba-SP-Brasil. E-mail: lumiranda1302@gmail.com.

Contribuiu no delineamento, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica.

## RESUMO

A falta de confiança materna em sua capacidade de amamentar, pode ser estudada dentro do constructo da autoeficácia. Assim, o objetivo foi avaliar o nível de autoeficácia à amamentação, tanto na gestação (BSES-VB) como no puerpério imediato (BSES-SF), e fatores associados à manutenção do aleitamento exclusivo no primeiro mês de vida da criança. O estudo foi de coorte observacional, com 210 mulheres participantes do grupo de gestantes de unidades de saúde da família. Foram utilizados a BSES-VB e a BSES-SF, além de um questionário para coleta de dados socioeconômicos, demográficos e obstétricos. As gestantes foram abordadas durante o último trimestre de gestação, no puerpério imediato e no 30<sup>a</sup> dia após o parto. Foi realizada análise bivariada, no nível de significância de 5%, para testar a associação entre a variável dependente (aleitamento materno exclusivo no 30<sup>o</sup> dia de vida) e as variáveis independentes (socioeconômicas, demográficas, obstétricas e escalas da autoeficácia. As primíparas, com ensino médio e médio e alto nível de autoeficácia no puerpério imediato, tiveram mais chance de estar em aleitamento materno exclusivo no 30<sup>o</sup> dia de vida da criança. Somente a escala de autoeficácia na amam foi associado ao aleitamento exclusivo no 30<sup>o</sup> dia de vida da criança

**Palavras chaves:** Aleitamento materno, Autoeficácia na amamentação, Saúde Coletiva, Saúde Mental.

## ABSTRACT

The lack of maternal confidence in her ability to breastfeed, can be studied within the construct of self-efficacy. The objective was to evaluate the level of self-efficacy to breastfeeding, both during pregnancy (BSES-VB) and immediately postpartum (BSES-SF), and factors associated with maintenance of exclusive breastfeeding in the first month of a child's life. The study was observational cohort study with 210 women participants in the group of pregnant women in family health units. They were used to BSES-VB and BSES-SF, and a questionnaire for

collecting socioeconomic, demographic and obstetric data. The women were addressed during the last trimester of pregnancy, the postpartum and 30<sup>th</sup> day after delivery. Bivariate analysis was performed at 5% significance level to test the association between the dependent variable (exclusive breastfeeding on the 30<sup>th</sup> day of life) and the independent variables (socioeconomic, demographic, obstetric and scales of self-efficacy). The heifers with middle and high school and high level of self-efficacy in the immediate postpartum period, were more likely to be exclusively breastfed on the 30<sup>th</sup> day of the child's life. Only the self-efficacy scale in the breast was associated with exclusive breastfeeding on the 30<sup>th</sup> day of the child's life

**Key words:** Breastfeeding, Self-efficacy in breastfeeding, Public Health, Mental Health

## INTRODUÇÃO

Um dos fatores que influenciam no desmame precoce é a falta de confiança e de apoio para prosseguir com esta prática, que, muitas vezes, se somam à falta de conhecimento da mãe sobre os reais benefícios do aleitamento materno<sup>1,2</sup>.

A confiança materna em relação à prática do aleitamento pode ser analisada pelo constructo da autoeficácia, proposto por Bandura<sup>3</sup>. Esse autor propôs que a autoeficácia norteia os comportamentos de saúde, visto que os indivíduos precisam acreditar que são capazes de executar, com êxito, determinadas tarefas ou comportamentos, para alcançar resultados desejáveis, sendo um fator modificável, principalmente por meio da educação em saúde<sup>3,4</sup>. Logo, a crença da mulher de que ela é capaz de amamentar (alto nível de autoeficácia) deve ocorrer antes que a amamentação seja empreendida, ou seja, durante o período gestacional. Sendo um dos estímulos ao planejamento de ações de orientação voltadas para a gestante<sup>5</sup>.

O nível de confiança da mulher em relação ao aleitamento materno, conhecido pela aplicação de ferramentas que investigam a autoeficácia, indica a sua crença ou expectativa e seus conhecimentos e habilidades para amamentar com êxito<sup>6</sup>. Dennis e Faux<sup>6</sup>, afirmam que tal confiança se constrói a partir de quatro fontes de informação, que fundamentam a expectativa de autoeficácia da mulher: experiência pessoal (experiências positivas anteriores), experiência vicária (observação de outras mães amamentando com êxito), persuasão verbal (apoio e encorajamento de pessoas próximas e de referência para essa mulher) e estados emocional e fisiológico (reações físicas e psicológicas diante do ato de amamentar). Tais fontes de informação influenciarão diretamente na instalação e manutenção da amamentação exclusiva<sup>3,4,5</sup>.

Assim, o conceito da autoeficácia para a verificação da confiança materna em relação ao aleitamento, foi desenvolvido o instrumento *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES)<sup>6</sup>, contendo assertivas que emergem dos problemas relacionados à prática e duração da amamentação, e que questionam como a mulher frente a tais questionamentos<sup>6</sup>.

O uso deste instrumento permite ao profissional de saúde detectar, ainda na gestação, a área em que a mulher apresenta maior déficit de conhecimento detectados pela escala, possibilitando a implementação de estratégias de cuidado e promoção do aleitamento materno,

de forma individualizada, evitando que a mulher decida por não amamentar ou desmame precocemente<sup>5,7,8</sup>.

Este estudo teve por finalidade investigar a associação entre autoeficácia e a manutenção do aleitamento materno exclusivo durante o primeiro mês de vida da criança.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

### **Desenho e população de estudo**

Estudo observacional do tipo coorte prospectivo. A amostra foi constituída por gestantes usuárias das Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Piracicaba, interior do Estado de São Paulo. O município de Piracicaba-SP possui 44 Unidades de Saúde da Família.

A amostra foi constituída por mulheres com idade superior a 18 anos, estar no terceiro trimestre gestacional, participar dos grupos de gestantes, oferecidos na Unidade de Saúde. Além disso, só foram incluídas mulheres com gestação única (não gemelar) e que não haviam apresentado complicações maternas ou fetais até o dia da entrevista.

A pesquisa foi realizada de janeiro à agosto de 2015. Durante estes meses, todas as 44 USF foram consultadas pela pesquisadora, a fim de verificar se havia, neste período, o desenvolvimento de grupos de orientação à gestante e se no grupo havia mulheres no último trimestre gestacional. Nos casos afirmativos, a pesquisadora participava de um dos encontros do grupo de orientação, para apresentar a pesquisa e convidar a gestante a participar. Desta forma, participaram deste estudo 210 mulheres usuárias de 15 Unidades de Saúde, sendo que as demais não tinham gestantes no período solicitado ou não tinham grupos de gestante. A coleta de dados foi realizada em três fases:

Na primeira fase, a abordagem era no Grupo de Gestante, sendo coletados os dados socioeconômicos e demográficos (idade, nível de escolaridade, renda mensal, paridade, experiência anterior em aleitamento, presença do companheiro e aceitação da gestação pelo pai da criança). Além disso, a gestante respondia às questões dos instrumentos que mensuravam o nível de autoeficácia na amamentação. A data provável do parto (DPP) era anotada para que a pesquisadora planejasse o primeiro contato com a mãe após o nascimento da criança. Além disso, a gestante recebia uma cópia do instrumento de autoeficácia na

amamentação – Short Form (BSES-SF), com o objetivo de facilitar a compreensão das perguntas que seriam feitas na fase seguinte.

A segunda fase acontecia até 10 dias após o nascimento da criança, de acordo com a DPP, por meio de ligação telefônica, durante a qual a pesquisadora aplicava a BSES-SF, cuja mãe já via recebido uma cópia na primeira fase.

Na terceira e última fase, 30 dias após o nascimento da criança, era realizado novamente contato via telefone com a mãe, para verificar o tipo de aleitamento praticado.

Vale ressaltar que as participantes do presente estudo, tal como acontece com todas as mulheres que fazem o acompanhamento pré-natal nas Unidades de Saúde da Família, receberam a visita domiciliar, ainda na primeira semana do pós-parto, de um profissional da Unidade que disponibilizou orientações sobre o manejo da lactação.

## **INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA COLETA DOS DADOS**

### **Escala de Autoeficácia na Amamentação**

Baseada na teoria de autoeficácia desenvolvida por Bandura<sup>3</sup>, foi desenvolvido a Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES)<sup>6</sup>, a fim de estudar a confiança materna para a prática do aleitamento<sup>7</sup>.

No Brasil, a BSES foi traduzida, adaptada e validada por Oriá<sup>7</sup>, com o nome de Autoeficácia na Amamentação versão Brasil (BSES-VB). A utilização deste instrumento possibilita a verificação das dificuldades apresentadas pela mulher em dois domínios<sup>7</sup>. O domínio *técnico* envolve aspectos técnicos do aleitamento materno, como a posição correta da criança durante a amamentação, o conforto durante o ato de amamentar, o reconhecimento de sinais de uma boa lactação, entre outros. O outro domínio é denominado de *pensamento intrapessoal* e focaliza questões referentes ao desejo da mulher de amamentar, sua motivação interna, entre outros<sup>6,7</sup>. Tal como o original, este instrumento permite conhecer a área (domínio) em que a mulher tem menor autoeficácia relacionada ao aleitamento, ainda no período gestacional, possibilitando a implantação de estratégias de intervenção para promoção do aleitamento materno e prevenção do desmame precoce<sup>5</sup>.

A BSES-VB é autoaplicável e contém 33 assertivas organizadas nos dois domínios. A cada questão, a mulher atribui uma pontuação variável de 1 a 5 pontos, considerando: 1-

discordo totalmente; 2-discordo; 3-as vezes concordo; 4-concordo; 5-concordo totalmente. As pontuações podem variar de 33 a 165 pontos, sendo que as gestantes com maiores pontuações são consideradas com mais chance de manter o aleitamento materno exclusivo por um período de tempo mais prolongado<sup>5</sup>.

### **Escala de autoeficácia na amamentação – Short Form**

A partir da BSES, Dennis (2003)<sup>8</sup>, elaborou uma versão curta para ser aplicada no período puerperal imediato (até o 10º dia de vida da criança), com o nome de Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF)<sup>8</sup>.

No Brasil, esta escala foi traduzida e validada por Dodt<sup>9</sup> com o nome de Autoeficácia na Amamentação – Short Form (BSES-SF), que avalia dois domínios: o domínio técnico (8 itens) refere-se aos aspectos técnicos mais citados pelas mulheres, tais como a posição para amamentar e o reconhecimento do sinal de uma boa pega. O segundo domínio (pensamento intrapessoal – 6 itens), refere-se ao desejo de amamentar e à sua motivação interna para esta prática. Assim sendo, cada um dos 14 itens da Escala recebe uma pontuação de 1 a 5, de acordo com as respectivas respostas: *discordo totalmente*, *discordo*, *às vezes concordo*, *concordo* e *concordo totalmente*. A pontuação geral da escala varia de 14 a 70 pontos sendo a autoeficácia classificada em 3 níveis: baixa (14 a 32 pontos), médio (33 a 51 pontos) e alto (52 a 70 pontos).

## **VARIÁVEIS DO ESTUDO**

A variável dependente deste estudo foi o aleitamento materno exclusivo no trigésimo dia de vida da criança. Esta variável foi dicotomizada em sim e não (sendo incluídas na classificação “não” as mães que haviam desmamado ou que complementavam o aleitamento materno).

As variáveis independentes (socioeconômicas, demográficas e obstétricas) foram idade materna e paterna, renda mensal e nível de escolaridade materna dicotomizados pela mediana, e presença do companheiro, aceitação da gestação pelo pai, tempo gestacional, tipo de parto, complicações de saúde maternas durante gestação, vontade de amamentar, problemas mamários, uso de chupeta, ajuda de avós e aleitamento materno exclusivo na alta

hospitalar, classificados em sim ou não. Em ambas as escalas de autoeficácia foram classificadas em baixa, média e alta.

## **ANÁLISE DOS DADOS**

Inicialmente foram construídas tabelas de distribuição de frequências e a seguir realizadas análises de regressão logística individuais e múltipla. A partir dos modelos de regressão foram estimados os odds ratio (OR) brutos e ajustados com os respectivos intervalos de confiança de 95%. As variáveis com  $p \leq 0,20$  nas regressões individuais foram testadas no modelo de regressão logística múltipla permanecendo no modelo aquelas com  $p \leq 0,05$ . O ajuste do modelo foi avaliado pelo “-2 Log Likelihood” e pelo Critério de Informação de Akaike (AIC).

## **CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

De acordo com as normas determinadas pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde<sup>10</sup>, publicada em 13 de junho de 2013, foram levadas em conta na condução deste estudo, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP-Unicamp (protocolo 116/2014) e todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

## **RESULTADOS**

Participaram do estudo 210 gestantes, sendo que 50% da amostra tinha até 24 anos de idade (variando de 18 a 39), a maioria havia estudado 8 anos ou menos (82,9%) e mais da metade vivia com até 5 salários mínimos (58,6%). O companheiro, cuja idade variou de 18 a 53 anos, estava presente em 65,2% dos casos, sendo que 89% haviam aceitado a gestação.

A maioria das gestantes (59,5%) apresentou níveis médio ou alto de autoeficácia na amamentação e 78,6% das crianças estavam sendo amamentadas de forma exclusiva.

O aleitamento materno exclusivo no 30º dia de vida foi associado às seguintes variáveis: As primíparas ( $p=0,0225$ ), cujo companheiro aceitou a gestação ( $p=0,0138$ ), tiveram o bebê a termo ( $p=0,0020$ ), não apresentaram complicações de saúde durante a

gestação ( $p < 0,0001$ ), verbalizaram vontade de amamentar ( $p < 0,0001$ ), não ofereceram chupeta ( $p = 0,0290$ ), estavam em aleitamento exclusivo na alta hospitalar ( $p < 0,0001$ ) e aquelas com nível médio ( $p = 0,0007$ ) e alto ( $p = 0,0001$ ) da BSES-SF foram aquelas que tiveram mais chance de estar em aleitamento materno exclusivo no 30º dia de vida da criança (Tabela 1).

Tabela 1 – Associação das variáveis socioeconômicas, demográficas e obstétricas com aleitamento materno exclusivo no 30<sup>a</sup> dia de vida da criança (Piracicaba, SP, 2015).

Variáveis	Amostra n=210	Aleitamento Materno Exclusivo (30 <sup>o</sup> dia)		OR	IC	p-valor
		Sim	Não			
Idade Materna						
≤ 24	105 (50,0%)	84 (80,0%)	21 (20,0%)	1,89	0,61-2,29	0,7366
>24	105 (50,0%)	81 (77,1%)	24 (22,9%)	1,00		
Idade Paterna						
≤ 29	109 (52,0%)	91 (83,5%)	18 (16,5%)	1,84	0,94-3,61	0,1021
>29	101 (48,0%)	74 (73,3%)	27 (26,7%)	1,00		
Renda (salário mínimo)*						
≤ 5	123 (58,6%)	92 (74,8%)	31 (25,2%)	1,00		
>5	87 (41,4%)	73 (83,9%)	14 (16,1%)	1,76	0,87-3,55	0,1572
Escolaridade Materna						
≤ 8	174 (82,9%)	133 (76,4%)	41 (23,6%)	1,00		
>8	36 (17,1%)	32 (88,9%)	4 (11,1%)	2,47	0,82 - 7,39	0,1515
Presença Companheiro						
Sim	137 (65,2%)	112 (81,8%)	25 (18,3%)	1,69	0,86 - 3,31	0,1732
Não	73 (34,8%)	53 (72,6%)	20 (27,4%)	1,00		
Aceitação da gestação pelo pai						
Sim	187 (89,0%)	152 (81,3%)	35 (18,7%)	3,34	1,35 - 8,24	<b>0,0138</b>
Não	23 (11,0%)	13 (56,5%)	10 (43,5%)	1,00		
Paridade						
Primípara	104 (49,5%)	89 (85,6%)	15 (14,4%)	2,34	1,17 - 4,68	<b>0,0225</b>
Múltipara	106 (50,5%)	76 (71,7%)	30 (28,3%)	1,00		
Qualidade da experiência						
Boa	65 (61,3%)	43 (66,1%)	22 (33,9%)	1,00		
Ruim	41 (38,7%)	33 (80,5%)	8 (19,5%)	2,11	0,83-5,34	0,1694
Tempo Gestacional						
Termo	171 (81,4%)	142 (83,0%)	29 (17,0%)	3,41	1,60 - 7,23	<b>0,0020</b>
Pré-termo	39 (18,6%)	23 (59,0%)	16 (41,0%)	1,00		
Tipo de Parto						
Normal	109 (52%)	86 (78,9%)	23 (21,1%)	1,04	0,54 - 2,01	0,9616
Cesárea	101 (49%)	79 (78,2%)	22 (21,8%)	1,00		
Vontade de amamentar						
Sim	200 (95,2%)	164 (82,0%)	36 (18,0%)	41,00	5,03-333,90	<b>&lt;0,0001</b>
Não	10 (4,8%)	1 (10,0%)	9 (90,0%)	1,00		
Complicações maternas						
Sim	47 (21,4%)	26 (55,3%)	21 (44,7%)	1,00		
Não	163 (78,6%)	139 (85,3%)	24 (14,7%)	4,68	2,28- 9,61	<b>&lt;0,0001</b>
Uso chupeta						
Sim	83 (39,5%)	58 (69,9%)	25 (30,1%)	1,00		
Não	127 (60,5%)	107 (84,3%)	20 (15,7%)	2,31	1,18 - 4,50	<b>0,0290</b>
Aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar						
Sim	151(71,9%)	149 (98,7%)	02 (1,3%)	200,22	44,29 - 905,11	<b>&lt;0,0001</b>
Não	59 (28,1%)	16 (27,1%)	43 (72,9%)	1,00		
Autoeficácia na Amamentação						
Baixa	85 (40,5%)	68 (80,0%)	17 (20,0%)	1,17	0,55 - 2,50	0,8276
Média	75 (35,7%)	58 (77,3%)	17 (22,7%)	1,00		
Alta	50 (23,8%)	39 (78,0%)	11 (22,0%)	1,04	0,44 - 2,46	0,8955
Autoeficácia na Amamentação-SF						
Baixa	27 (12,9%)	3 (11,1%)	24 (88,9%)	1,00		
Média	13 (6,1%)	9 (69,2%)	4 (30,8%)	18,00	3,35 - 96,74	<b>&lt;0,0007</b>
Alta	170 (81%)	153 (90%)	17 (10%)	72,00	19,61 - 264,36	<b>&lt;0,0001</b>

OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de Confiança.

Foi realizado a regressão logística e ajustados com os respectivos intervalos de confiança de 95%, conforme demonstrado na tabela 2 abaixo.

Tabela 2. Fatores potencialmente associados à manutenção do aleitamento materno exclusivo no 30º dia – Análise de regressão logística.

Variáveis	Categoria	Amostra N=210	Aleitamento Materno Exclusivo (30º dia)		OR ajustado	IC (95%)	p-valor
			Sim	Não			
<b>Autoeficácia na amamentação - SF</b>	Baixa	27 (12.9%)	03 (11.1%)	24 (88.9%)	1.00		
	Média	13 (6.1%)	09 (69.2%)	04 (30.8%)	31.90	4.98 – 204.18	0.0003
	Alta	170 (81%)	153 (90%)	17 (10%)	99.39	23.6 – 417.64	<0.0001
<b>Aceita pai</b>	Sim	187 (89%)	152 (81.3%)	35 (18.7%)	6,04	1.55 – 23.47	0.0094
	Não	23 (11%)	13 (56.5%)	10 (43.5%)	1.00		
<b>Complicações maternas</b>	Sim	47 (21.4%)	26 (55.3%)	21 (44.7%)	1.00		
	Não	163 (78.6%)	139 (85.3%)	24 (14.7%)	5.08	1,60–16,15	0.0059

## DISCUSSÃO

Os dados nacionais mais recentes sobre a ocorrência do aleitamento materno são da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal, de 2009<sup>11</sup>. De acordo com esses dados, o índice médio de aleitamento materno exclusivo no 30º dia de vida da criança é de 60,7%, inferior ao encontrado neste estudo. Essa diferença pode ser atribuída ao fato de que as mães da amostra estudada eram usuárias de unidades de saúde da família; e, portanto, haviam iniciado o pré-natal antes dos 4 meses de gestação e realizado mais de 6 consultas, número mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde<sup>12</sup>.

A importância das consultas de pré-natal é evidenciada em diversos estudos que afirmam que a decisão da mulher em amamentar ou não a criança pode ocorrer bem antes do parto e que, se essa mulher receber o apoio adequado nesta fase, pode ser estimulada a iniciar e manter o aleitamento materno<sup>13,14,15</sup>. No momento da coleta dos dados deste estudo, as mulheres já haviam recebido informações a respeito da importância do aleitamento, o que pode ter determinado o alto índice de respostas positivas (mais de 95%) quando questionadas sobre ter ou não vontade de amamentar. O estudo de Rodrigues et al<sup>16</sup> enfatiza que a mulher

preparada ainda no pré-natal, por meio de informações e orientações pertinentes à gestação, parto e puerpério, tem mais chance de enfrentar esse período com maior confiança, harmonia e prazer, e que a falta de informações pode levar a preocupações desnecessárias e expectativas frustradas.

O estudo conduzido por Fonseca-Machado em Uberada-MG<sup>17</sup>, demonstrou que 91,5% dos profissionais de saúde das unidades de saúde da família enfatizam as orientações sobre os benefícios do aleitamento materno no último trimestre gestacional. Destaca-se que dentre os dez passos para o sucesso da amamentação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação, seis envolvem a orientação e apoio às gestantes<sup>18</sup>.

As consultas do pré-natal, além de estimularem o aleitamento, são oportunidades de verificar regularmente a saúde da mulher e o desenvolvimento da gestação. Complicações maternas, tais como diabetes e hipertensão, podem ser tratadas precocemente e, com isso, prevenir problemas mais graves e risco à gestação. Neste estudo, as mulheres sem complicações de saúde tiveram 5,08 vezes mais chance de manter o aleitamento até o 30º dia de vida da criança. O tempo gestacional também esteve associado ao aleitamento, sendo que as crianças nascidas a termo tinham 3,41 vezes mais chance de receber somente leite materno ao completar um mês de vida. O estudo de Bello<sup>18</sup>, mostrou que as complicações maternas podem levar à antecipação do parto, com o nascimento de bebês prematuros e que, portanto, podem necessitar de tratamentos intensivos. Neste estudo, as crianças, cujas mães relataram complicações durante a gestação, apresentaram desconforto respiratório e precisaram permanecer na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal por, pelo menos, um dia, o que levou ao adiamento do início do aleitamento materno. O desconforto respiratório foi descrito por Pillegi et al<sup>19</sup> como uma contraindicação para a amamentação, devido à necessidade de oferecer suporte de oxigênio para o neonato, o que dificultaria o início do aleitamento. Crianças que nascem à termo têm menor risco de apresentar complicações durante o parto e, portanto, podem ser amamentadas durante a primeira hora de vida<sup>12</sup>. O contato precoce entre mãe e filho, além de ser importante para o estabelecimento do vínculo, contribui para a manutenção do aleitamento materno após a alta hospitalar<sup>20,21,22,23</sup>. Os dados do presente estudo mostraram que as mães que estavam amamentando de forma exclusiva na alta hospitalar, tiveram 200,22 vezes mais chances de manter o aleitamento exclusivo até o 30ª dia de vida da criança.

As mulheres da amostra recebiam acompanhamento domiciliário da equipe de saúde durante a primeira semana do pós-parto, tendo, dessa forma, mais chances de receber orientações e estímulo para a prática do aleitamento materno exclusivo. Machado et al.<sup>24</sup>, defendem a importância desta atuação profissional nos primeiros dias após o nascimento da criança, a fim de contribuir para sanar as dúvidas e disponibilizar o apoio necessário para que a nutriz exerça em plenitude a sua função.

Vale ressaltar que as estratégias propostas pela Rede Cegonha<sup>25,26</sup>, cuja implantação teve início em 2011, quanto ao acompanhamento de qualidade no pré e pós-natal, contribuem para a promoção da amamentação exclusiva e consequente redução do desmame precoce. Pode-se dizer que este é um marco importante para a saúde pública brasileira, podendo ter um impacto positivo na promoção da saúde da criança e da família como um todo<sup>26</sup>.

Embora o presente estudo não tenha evidenciado associação entre os fatores socioeconômicos e o aleitamento materno exclusivo no 30<sup>a</sup> dia pós-parto, vários estudos demonstram que mães de níveis socioeconômicos mais baixos tendem a desmamar mais precocemente<sup>27,28</sup>. O nível socioeconômico pode estar atrelado à baixa escolaridade materna, variável que neste estudo não teve associação com o aleitamento. Entretanto, estudos como o de Machado et al.<sup>24</sup> mostraram que baixas condições socioeconômicas associadas à baixa escolaridade materna influenciam diretamente a manutenção do aleitamento materno exclusivo, devido à falta de conhecimento e de acesso da mãe às informações relevantes sobre a importância da amamentação natural para a saúde da criança.

Achado importante neste estudo foi a maior duração do aleitamento materno exclusivo entre as primíparas, o que vai de encontro com vários estudos que demonstram que mulheres inexperientes são as que menos amamentam<sup>15,29,30,31</sup>. Um estudo conduzido por Berra et al.<sup>29</sup>, mostrou que, embora as primíparas tenham uma tendência em iniciar mais precocemente o aleitamento, costumam mantê-lo por menor tempo, quando comparadas com multíparas. Entretanto, no presente estudo, a associação entre paridade e aleitamento pode ter sido decorrente da interação de outras variáveis estudadas, tal como a aceitação da gestação pelo pai da criança, variável que foi associada com o aleitamento no 30<sup>o</sup> dia de vida. Esta inferência pode ser corroborada pelo estudo de Silveira e Lamounier<sup>32</sup>, que mostraram que a aceitação da gestação pelo pai da criança aumenta a confiança da mulher em amamentar e provê apoio durante o processo de lactação, contribuindo para o sucesso no aleitamento, mesmo entre mães

sem experiência prévia. Assim, o apoio social parece ser fundamental para o sucesso da lactação. Uma rede social composta pelo companheiro da mulher ou por parentes próximos e experiências vicariantes de sucesso em aleitamento, especialmente das avós, auxiliam a mulher a se sentir mais confiante em sua capacidade de amamentar<sup>33</sup>. No presente estudo, as mulheres que tinham ajuda das mães ou sogras, tiveram mais chance de manter o aleitamento exclusivo até o 30º dia de vida.

Em relação ao uso de chupeta, tal como diversos estudos nacionais e internacionais<sup>34,35,36,37,38</sup>, houve associação com o desmame antes do 30º dia de vida. Não há consenso na literatura sobre a relação causal entre chupeta e desmame, ou seja, se a chupeta levaria ao desmame e qual seria o real motivo, ou se por enfrentar dificuldades com o aleitamento, a mãe introduziria a chupeta, porém o processo de desmame já havia tido início<sup>35</sup>.

Ao investigar, ainda no período gestacional, a autoeficácia na amamentação (com o uso do instrumento Escala de autoeficácia na amamentação – versão Brasil), não foi observada associação com a manutenção do aleitamento até o 30º dia de vida da criança. Ressalta-se que foram verificados menores níveis de autoeficácia no domínio técnico, o que pode ser atribuído à primiparidade de metade da amostra, ou seja, faltou conhecimento e experiência prévia em aleitamento para que essas mulheres sentissem maior confiança em responder, na teoria, o seu conhecimento e expectativa frente ao desconhecido.

Estudo realizado nos Estados Unidos<sup>39</sup> associou a baixa confiança no aleitamento com maior risco de interrompê-lo, enfatizando o relato de Margotti et al.<sup>40</sup>, que defende que a autoeficácia é um componente da motivação da mulher, para ser persistente na aquisição e na mudança de um determinado comportamento. Oriá<sup>7</sup> relata que o instrumento de autoeficácia para a amamentação permite conhecer previamente (ainda no período gestacional), a confiança da mulher para a prática da amamentação e que esta identificação precoce possibilitaria a intervenção entre as mulheres com menores níveis de autoeficácia, ou seja, entre aquelas potencialmente mais propensas ao insucesso em amamentar. Este instrumento permite, inclusive, identificar em qual domínio ocorre o menor nível de confiança (técnico e de conhecimento intrapessoal), possibilitando a implementação de estratégias personalizadas para a promoção do aleitamento. Intervenções precoces e específicas poderiam contribuir, em médio e longo-prazo, para a redução das taxas de desmame precoce e para o prolongamento do período do aleitamento materno exclusivo<sup>5,7</sup>.

Entretanto, quando o instrumento de autoeficácia na amamentação – Short Form – foi aplicado no puerpério imediato, foram identificadas média e alta eficácia em amamentar, corroborando com o estudo de validação da presente escala, a BSES-SF no Brasil<sup>9</sup>. Isso evidencia que as mulheres da amostra atendidas em unidade de saúde da família têm demonstrado uma boa confiança na prática de amamentar após o nascimento da criança. Como já está com seu filho nos braços, consegue colocar em prática o conhecimento aprendido durante o pré-natal.

A confiança materna no ato de amamentar é um importante fator para determinar o início e a manutenção da prática da amamentação. Estudo realizado por Chapman et al.<sup>41</sup>, mostrou forte associação ( $p < 0,001$ ) entre a baixa confiança materna em amamentar e o desmame precoce, apontando que essas mulheres têm 34 vezes mais chance de abandonar o aleitamento materno. O estudo conduzido por Soares et al.<sup>42</sup> verificou que baixa confiança esteve relacionada com o desmame precoce em mulheres na segunda semana pós-parto. Tais estudos evidenciam o papel importante de analisar a confiança materna na sua capacidade de amamentar, para obter sucesso frente ao mesmo.

Vale ressaltar que a educação em saúde é um dos pilares para que a mulher possa mudar seu comportamento, aumentar a sua confiança frente à conduta e as orientações do profissional. Logo, é imprescindível que sempre se reforce a importância do aleitamento materno, tanto para a mãe, como para seu filho, tendo em vista que as mulheres que possuem esse conhecimento têm maiores chances de amamentar por mais tempo.

Assim, faz-se necessário que profissionais de saúde que trabalham com aleitamento materno, enfatizem esse tema com as mulheres de forma a ser um ato prazeroso e desafiador, que caso apresente dificuldades, a mulher tenha confiança em procurar ajuda e dessa forma, aumentar a sua confiança diante do ato de amamentar.

Este estudo contribui para o conhecimento de uma importante variável potencialmente relacionada à prática do aleitamento materno. Identificar o nível de confiança da mulher em sua capacidade de amamentar pode servir como norteador de intervenções específicas para a promoção do aleitamento. Entretanto, uma das limitações do estudo foi a de não ter realizado a análise específica dos domínios (técnico e pensamento intrapessoal), o que permitiria identificar em qual domínio residia a maior falta de confiança da mãe, sendo, portanto, sugerida como continuidade do mesmo. Na prática, a identificação das dificuldades

específicas contribui para o planejamento de intervenções individualizadas de promoção do aleitamento.

## CONCLUSÃO

A manutenção do aleitamento materno exclusivo durante o primeiro mês de vida da criança esteve associada à primiparidade, à aceitação da criança pelo pai, ao nascimento a termo, à gestação sem complicações maternas, à vontade da mãe de amamentar, ao não uso de chupeta e a autoeficácia durante o puerpério imediato.

Pela Escala de Autoeficácia na Amamentação (BSSE-VB), aplicada durante a gestação, a autoeficácia não se mostrou associada à manutenção do aleitamento exclusivo, diferentemente da escala de autoeficácia aplicada durante o puerpério imediato, que apresentou associação com média e alta autoeficácia.

## REFERÊNCIAS

1. Carrascoza KC, Possobon RF, Ambrosano GMB, Costa Junior AL, Moraes ABA. Fatores determinantes do uso de chupeta entre crianças participantes de programa de incentivo ao aleitamento materno. *Rev. CEFAC*. 2014; 16(2):582-91.
2. Dodt RCM, Ximenes LB, Oriá MOB. Validação de um álbum seriado para promoção Do aleitamento materno . *Acta Paul Enferm*. 2012; 25 (2): 225-30.
3. Bandura A. Cognitive processes mediating behavioral change. *J. Pers. Soc. Psychol*. 1977; 35(3): 125-39.
4. Azzi RG, Polydoro SAJ (Orgs). Autoeficácia em diferentes contextos. Campinas, SP, Editora Alínea, 2006.
5. Oriá MOB, Ximenes LB. Tradução e adaptação cultural da Breastfeeding Self-Efficacy Scale para o português. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23 (2):230-38.
6. Dennis CL, Faux S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self –Efficacy Scale. *Rev. Nurs Health*. 1999; 22(5):339-409.
7. Oriá MO. Tradução e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale: aplicação em gestantes [tese]. 2008. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará.
8. Dennis CL. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003; 32: 734-44.

9. Dodt RCM. Aplicação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Short Form (BSES-SF) em puerpéras. [tese].2008. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará.
10. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2013.
11. Brasil. Ministério da Saúde. II Pesquisa Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Departamento da Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
13. Oliveira LPM, Assis AMO, Gomes GSS, Prado MS, Barreto. Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(5):1519-30.
14. Vasconcelos MGL; Lira PIC, Lima MC. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online]. 2006; 6(1): 99-105
15. Chaves AFL, Lima GP, Melo GM, Rocha RR, Vasconcelos HCA, Oriá MOB. Aplicação de álbum seriado para promoção da autoeficácia materna em amamentar. *Rev Reme*. 2015; 16(3):407-14.
16. Rodrigues AP, Nascimento LA, DodtRC, ORIÁ MO, Ximenes LB. Validação de um álbum seriado para promoção da autoeficácia em amamentar. *Acta paul. Enferm*. 2013; 26(6): 586-593.
17. Fonseca-Machado MO, Haas VJ, Stefanello J, Nakano AMS, Gomes-Sponholz F. Aleitamento materno: Conhecimento e prática. *Rev. Esc. Enferm*. 2012; 46(4):809-15.
18. Belo MNM, Azevedo PTACC, Belo MPM, Serva VMSBD, Batista Filho M, Figueiroa JN, Caminha MFC. Aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança: prevalência, fatores associados e razões para sua não ocorrência. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2014; 14 (1): 65-72.
19. Pillegi MC, Policastro A, Abramovici S, Cordioli E, Deutsch AD'A. A amamentação na primeira hora de vida e a tecnologia moderna: prevalência e fatores limitantes. *Einstein*. 2008; 6(4): 67-72.

20. Moore ER, Anderson, GC. Randomized controlled Trial of very early mother-infant skin to skin contact and breastfeeding status. *J Midwifery Womens Health*. 2007; 52(16): 25-27.
21. Murray EK, Ricketts S, Dellaport J. Hospital practices that increase breastfeeding duration: results from a population-based study. *Birth* 2007; 34(2): 202-211).
22. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Leal MC, Carvalho MS. Fatores que interferem no tempo entre o nascimento e a primeira mamada. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(11):2681-94.
23. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Vasconcellos AGG. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Rev Saude Publica* 2011;45(1):69-78.
24. Machado MOF, Haas VJ, Stefanello J, Nakano MAS, Gomes-Sponholz F. Aleitamento materno: conhecimento e prática. *Rev Esc Enferm*. 2012; 46(4):809-15.
25. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 2011.
26. Parizoto GM, Parada CMGL, Venâncio SI, Carvalhaes MABL. Tendência e determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses. *J Pediatr (Rio J)*. 2009; 85(3):201-8.
27. Inoue M, Binns CW, Otsuka K, Jimba M, Matsubara M. Infant feeding practices and breastfeeding duration in Japan: review. *Int Breastfeeding J*. 2012; 7(1):15-21.
28. Berra S, Sabolsky J, Rajmil L, Passamonte R, Pronsato J, Botinof M. Correlates of breastfeeding duration in an urban cohort from Argentina. *Acta Paediatr*. 2003; 92(8):952-57.
29. Duijts L, Jaddoe VW, Hofman A, Moll, HA. Prolonged and exclusive breastfeeding reduces the risk of infectious diseases in infancy. *Pediatrics*. 2010; 126(3):18-25.
30. Queluz MC, Pereira MJB, Santos CB, Leite AM, Ricco RG. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2012; 46(3):537-43.
31. Silveira FJF, Lamounier JA. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais. *Cad Saude Publica*. 2006; 22 (1): 69-77.

32. Angelo BHH, Pontes CM, Leal LP, Gomes MS, Silva TA, Vasconcelos MGL. Práticas das avós à amamentação: revisão integrativa. *Rev Bras. Saúde Matern. Infant.* 2015; 15 (2):161-70.
33. Kronborg H, Vaeth M. How are effective breastfeeding technique and pacifier use related to breastfeeding duration? *Birth.* 2009; 36(1): 34-42.
34. O'Connor NR, Tanabe KO, Siadaty MS, Hauck FR. Pacifiers and breastfeeding: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2009; 163 (2): 378-82.
35. Vieira GO, Martins CC, Vieira TO, Oliveira NF, Silva LR. Fatores preditivos da interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação. *J Pediatr.* 2010; 86 (5); 441-4.
36. Demitto MO, Bercini LO, Rossi RM. Uso de chupeta e aleitamento materno exclusivo. *Esc Anna Nery.* 2013; 17 (2): 272-76.
37. Demitto MO, Bercini LO, Rossi RM. Uso de chupeta e aleitamento materno exclusivo. *Esc Anna Nery.* 2013; 17 (2): 272-76.
38. Buxton KE, Gielen AC, Faden RR, Brown CH, Paige DM, Chwalow AJ. Women intending to breastfeeding: predictors of early infant feeding experiences. *Am J Prev Med.* 1991;7(2):101-6.
39. Margotti E, Epifanio M. Aleitamento Materno Exclusivo e a Escala de Autoeficácia na Amamentação. *Rev Rene.* 2014 set-out; 15(5):771-9.
40. Chapman DJ, Anderson AK, Damio MSG, Pérez-Escamilla R. Review: Breastfeeding Peer Counseling: From Efficacy Through Scale-Up. 2010. *J Hum Lact;* 26(3):314-26.
41. Soares MEM, Giugliani ERJ, Braun ML, Salgado ACN, Oliveira AP, Aguiar PR. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. *J Pediatr.* 2003; 79 (4): 309-16.

## DISCUSSÃO

A autoeficácia na amamentação refere-se à percepção da mulher na sua capacidade para amamentar. Esta confiança pode influenciar na tomada de decisão por iniciar e manter a amamentação (Dennis, 1999). Estudos mostram que mulheres com dificuldade em iniciar e estabelecer a amamentação são aquelas que apresentam níveis baixos de autoeficácia (Blyth et al, 2002). Estas mulheres são particularmente vulneráveis à interromper a amamentação nas primeiras 72 após o parto (Wilhelm et al, 2010).

No presente estudo, a coleta de dados inciou-se ainda na gestação e acompanhou a mulher até o 30º dia de vida da criança, a fim de verificar se a autoeficácia associa-se com a manutenção do aleitamento 30 após o nascimento da criança.

Conhecer os níveis de autoeficácia ainda na gestação, permite a realização de intervenção antes mesmo do nascimento da criança, com acompanhamento no pós-parto imediato. Identificar as puérperas com maior risco para o desmame precoce, que necessitam de maior suporte e atenção, é um desafio constante dos profissionais de saúde.

Nesse contexto, as políticas públicas de promoção do aleitamento materno exclusivo são importantes para que as mulheres sejam informadas dos benefícios do leite materno e para que tenham o estímulo e a segurança necessários para amamentar com sucesso. A quantidade e a qualidade das informações, aliadas a um adequado suporte psicoemocional da família e da equipe multidisciplinar, são importantes para minimizar a ansiedade da mulher. Assim, as estratégias de incentivo ao aleitamento devem possibilitar a criação de vínculos entre a mulher a equipe de saúde, priorizando o diálogo e a participação ativa das mulheres durante o pré-natal, o parto e no puerpério.

Ao revisar a literatura a respeito da autoeficácia no aleitamento, os estudos demonstraram a importância do apoio profissional às gestantes e puérperas (Oriá, 2008; Oriá e Ximenes, 2010; Dodt 2008; Dodt et al., 2015). Segundo estes estudos, as práticas conduzidas dentro dos hospitais a fim de estimular a prática do aleitamento materno e a assistência à puérpera nos primeiros dias do pós-parto, contribuem para elevar a confiança em amamentar. Mulheres confiantes amamentam por mais tempo. Estes achados evidenciam a importância da realização de um pré-natal de boa qualidade, principalmente no que se refere ao número de consultas e ao tipo de assistência disponibilizada. No presente estudo, esta influência foi

discutida, uma vez que as mulheres que compuseram a amostra realizaram o pré-natal em Unidades de Saúde do Município e, portanto, tiveram acesso não somente às informações durante a gestação, como também acompanhamento no puerpério.

A manutenção do aleitamento materno exclusivo durante o primeiro mês de vida da criança, investigada no presente estudo, mostrou associação com diversas variáveis, dentre as quais a primiparidade, a aceitação da criança pelo pai, o nascimento a termo, a gestação sem complicações maternas, a vontade da mãe de amamentar e o não uso de chupeta. Também houve associação com autoeficácia verificada no período puerperal, pelo emprego da Escala de Autoeficácia na Amamentação – Versão Brasil – Short Form (BSSE-SF). O nível de autoeficácia identificado no período gestacional, utilizando a Escala de Autoeficácia na Amamentação – Versão Brasil (BSSE-VB), em sua forma original, não se mostrou associada à manutenção do aleitamento exclusivo. Esses resultados permitem concluir que é válida a aplicação da escala, ainda na gestação, o que permite ao profissional programar intervenções que visam aumentar a confiança da mulher em sua capacidade de nutrir o próprio filho, ainda na gestação ou no puerpério imediato, com o objetivo de promover a instalação da prática do aleitamento. A Escala de autoeficácia em sua versão curta (BSSE-SF) pode ser empregada para certificar-se de que a mulher, empoderada pela atuação do profissional, após a identificação das suas necessidades ainda na gestação, conseguiu ganhar confiança e, assim, terá mais chance de manter a prática do aleitamento.

O acompanhamento do binômio mãe-filho no pós-parto é reconhecido como um dos momentos fundamentais para a verificação e correção de atitudes prejudiciais ao aleitamento materno, mesmo que a mulher tenha recebido orientações ainda na gestação. Assim, todas as mulheres afirmaram que receberam visitas de membros da equipe de saúde no período puerperal, corroborando os encontrados em um estudo (Fonseca-Machado, 2012), em que 95% dos profissionais de saúde realizavam visitas domiciliares às mulheres no período pós-parto, auxiliando no aumento da taxa de aleitamento materno na amostra.

O presente estudo é pioneiro no acompanhamento da mulher desde a gestação, aplicando o instrumento de autoeficácia na amamentação e após o nascimento da criança.

## CONCLUSÃO

Conclui-se a importância de identificar o nível de confiança materna, diante da sua capacidade de amamentar, desde a gestação até no puerpério imediato, através do acompanhamento e esclarecimento de possíveis dúvidas, para empoderar as mulheres, ainda na gestação, e no período do puerpério imediato da sua capacidade frente ao aleitamento.

Sugere-se que os profissionais de saúde devem ser capacitados para oferecer um suporte necessário e saber reconhecer quando essa mulher necessita de apoio, ainda na gestação, através da efetividade do acompanhamento no pré-natal, antes mesmo da implementação da amamentação. Para quando estiver diante do seu filho, sintam-se mais confiantes e preparadas para enfrentar os possíveis obstáculos que possa aparecer. O profissional de saúde que atua junto à mulher que amamenta deve ter habilidade científica, técnica e de relacionamento para assistir, além da mulher, o seu companheiro, filhos, família e comunidade, reunindo os diferentes segmentos que compõem a extensa rede sociobiológica do aleitamento materno.

Os dados encontrados tanto no primeiro artigo como no segundo, demonstraram que mulheres confiantes com nível médio e alto de autoeficácia, permanecem em aleitamento materno exclusivo por um período maior. Faz-se necessário, o acompanhamento das mulheres até o sexto mês da criança para analisar a associação com a autoeficácia na amamentação.

**REFERÊNCIAS\***

1. Araújo CMT, Silva GAP, Coutinho SB. Aleitamento materno e uso de chupeta: repercussões na alimentação e no desenvolvimento do sistema sensório motor oral. *Rev Paul Pediatría*. 2007;25(1):59-65.
2. Araújo M, Moura O. Estrutura factorial da General Self-Efficacy Scale (Escala de Auto-Eficácia Geral) numa amostra de professores portugueses. *Laboratório de Psicologia*. 2011; 9(1):95-105.
3. Bandura A. Cognitive processes mediating behavioral change. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1977. 35 (3); 125-39.
4. Bandura A. Azzi R G. Polydoro S. Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos. Porto Alegre, 2008.
5. Batista KRA, Farias MCAD, Farias AD, Melo WSN. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. *Saúde em Debate*. 2013; 37(96): 130-38.
6. Bocollini CS, Carvalho MZ, Oliveira MIC, Perez-Escamilla R. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. *J Pediatr (Rio J)*. 2013; 89(2): 131-136.
7. Buxton KE, Gielen AC, Faden RR, Brown CH, Paige DM, Chwalow AJ. Women intending to breastfeeding: predictors of early infant feeding experiences. *Am J Prev Med*. 1991;7(2):101-6.
8. Brasil. Ministério da Saúde. II Pesquisa Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: nutrição infantil. Aleitamento materno e alimentação complementar: Normas e manuais técnicos. *Cadernos de Atenção Básica 23*. Brasília (DF): Editora MS, 2009.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Rede Amamenta Brasil: caderno do tutor. Brasília, DF, 2009.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no

- âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. Brasília, DF, 2012.
  13. 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):1705-13.
  14. Blyth RJ. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth, Boston*. 2002; 29(4): 278-84.
  15. Caldeira AP, Goulart EM. A situação do aleitamento materno em Montes Claros, Minas Gerais: estudo de uma amostra representativa. *J Pediatr [Rio de Janeiro]*. 2000; 76: 65-72.
  16. Carvalhaes MA BL, Parada CMGL, Costa MP. Fatores associados à situação do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses, em Botucatu-SP. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2007.15(1); 62-69.
  17. Carrascoza KC, Possobon RF, Costa Junior A, Moraes ABA. Aleitamento materno até os seis meses de vida: percepção das mães. *Physis Revista Saúde Coletiva* 2011. 24(3): 1045-9.
  18. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2013.
  19. Chaves RG, Lamounier JA, Cesar CC. Factors associated with duration of breastfeeding. *J Pediatr (Rio J)*. 2007;83(3):241-246.
  20. Dennis, C.L.; Faux, S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Res. Nurs. Health*. 1999; 22(5): 399-409.
  21. Dennis CL. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003; 32: (2): 734-744.
  22. Dodt RCM, Ximenes LB, Oriá MOB. Validação de álbum seriado para promoção do aleitamento materno. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(2): 225-30.
  23. Dodt RCM, Joventino ES, Aquino PS, Almeida PC, Ximenes LB. Estudo experimental de uma intervenção educativa para promover a autoeficácia materna na amamentação. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015; 23(4): 725-32.

24. Ennis CL; Heaman M; Mossman M. Psychometric Testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form Among Adolescents. *J adolesc health*. 2011; 49(3): 265-71.
25. Ferreira FV, Marchionatti AM, Oliveira MDM, Praetzel JR. Associação entre a duração do aleitamento materno e sua influência sobre o desenvolvimento de hábitos orais deletéricos. *Rev Sul-Bras Odontol*. 2010; 7(1): 35-40.
26. Joventino ES, Oriá MOB, Sawada NO, Ximenes LB. Validación aparente y de contenido de la escala de autoeficacia materna para prevención de diarrea infantil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013; 21(1): 420-28.
27. Junges CF, Ressel LB, Budó MLD, Padoin SMM, Hoffmann IC, Sehnem GD. Percepções de puérperas quanto aos fatores que influenciam o aleitamento materno. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010; 31(2): 343-50.
28. Moimaz, SAS, Rocha NB, Garbin AJI, Saliba O. A influência da prática do aleitamento materno na aquisição de hábitos de sucção não nutritivos e prevenção de oclusopatias. *Rev Odontol UNESP*. 2013; 42(1): 31-36.
29. Nascimento VC, Oliveira MIC, Alves VH, Silva KS. Associação entre as orientações pré-natais em aleitamento materno e a satisfação com o apoio para amamentar. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2013.13 (2): 147-59.
30. Machado MCM, Assis KF, Oliveira FCC, Ribeiro AQ, Araújo MA, Cury AF, Priore SE, Cast SC. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48(6): 985-94.
31. Azevedo M, Cunha MLC. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar. *Rev HCPA*. 2013; 33(1): 40-9.
32. Cavalcanti SH, Caminha MFC, Figueiroa JN, Serval VMSBD, Cruz RSBSC, Lira PIC, Filho MB. Fatores associados à prática do aleitamento materno exclusivo por pelo menos seis meses no estado de Pernambuco. *Rev Bras Epidemiol*. 2015; 18(1): 208-19.
33. O'Campo P, Faden RR, Gielen AC, Wang MC. Prenatal factors associated with breastfeeding duration: recommendations for prenatal interventions. *Birth*. 1992; 19(4):195-201.

34. 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.
35. Oriá MO e Ximenes LB. Tradução e adaptação cultural da Breastfeeding Self-Efficacy Scale para o português. *Acta Paul Enferm* 2010; 23(2):230-8.
36. Organização das Nações Unidas. Declaração do Milênio. Set. 2000.
37. Pérez-Escamilla R, Vianna RP. Breastfeeding and infant pneumonia in Brazil: the value of electronic surveillance information systems. *J Pediatr (Rio J)*. 2011; 87:371-2.
38. Polydoro S. Escala de auto-eficácia docente em educação física. In: Machado C. (Org.). *Avaliação psicológica: formas e contextos*, Braga: Psiquilíbrios. 2004: 330-37.
39. Ramos CV, Almeida JAG, Saldiva RDM, Pereira LMR, Alberto NSMC. Prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo e os fatores a ele associados em crianças nascidas nos Hospitais Amigos da Criança de Teresina – Piauí. *Rev Epidemiol Serv Saúde*. 2010; 19(2): 115-124.
40. Rea MF. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. *J Pediatr (Rio J)*. 2004; 80(5): 142-46.
41. Rodrigues AP, Padoin SMM, Guido LA, Lopes LFD. Fatores do pré-natal e do puerpério que interferem na autoeficácia em amamentação. *Esc. Anna Nery*. 2014; 18(2): 257-61.
42. Silveira LM, Prade LS, Ruedell AM, Haeffner LSB, Weinmann ARM. Aleitamento materno e sua influência nas habilidades orais das crianças. *Rev Saúde Pública* 2013; 47(1): 37-43.
43. Soares ME, Giugliani ER, Braum ML, Salgado AC, Oliveira AP, Aguiar PR. Uso de chupetas e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas Hospital Amigo da Criança. *J Pediatr (Rio J)*. 2003; 79: 309-16.
44. Sena MCF, Silva EF, Pereira MG. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras. *Rev Assoc Med Bras*. 2007; 53(6): 520-4.
45. Sydrônio K, Souza IEO, Almeida JAG. Amamentação e enfermagem: análise descritiva e relevância da produção de pós-graduação. *R Enferm UERJ*. 2006; 84(1): 107-12.

46. Takushi SAM, Tanaka Acd'A, Gallo PR, Machado MAMP. Motivação de gestantes para o aleitamento materno. *Rev. Nutr.* 2008; 21(5): 491-502.
47. UNICEF UK. Baby Friendly Initiative. A seven point plan for the protection, promotion and support of breastfeeding in community health care settings. London. UNICEF; 1998.
48. Vitolo MR, Gama CM, Campagnolo PDB. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. *J Pediatr (Rio J)*. 2010; 86(1):80-84.
49. Victoria CG, Behague DP, Barros FC, Olinto MTA, Weiderpass E. Pacifer use and short breastfeeding duration: cause, consequence ou coincidence? *Pediatrics* 1997; 99:445-53.
50. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. 2002. WHO/Unicef.
51. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8.2008. Washington DC.
52. Zhu J. Predictors of breastfeeding self-efficacy among Chinese mothers: A cross-sectional questionnaire survey. *Midwifery*. 2014; 30 (2): 705–11.
53. Zurayk YK, Shedid HE. The trend away from breastfeeding in a developing country, a woman's perspective. *J Trop Pediatr*. 1981; 27:237- 44.

---

\*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**

	<b>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b> <b>FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA</b> <b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS</b>	
<b>CERTIFICADO</b>		
<p>O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa <b>"Investigação da autoeficácia materna em relação ao ato de amamentar e sua associação com o uso de chupeta"</b>, 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.</p>		
<p>The Ethics Committee in Research of the Piracicaba Dental School - University of Campinas, certify that the project <b>"Investigation of maternal self-efficacy in relation to the breastfeeding and its association with pacifier"</b>, 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.</p>		
 <b>Profa. Dra. Fernanda Miori Pascon</b> Secretária CEP/FOP/UNICAMP	 <b>Prof. Dr. Jacks Jorge Junior</b> Coordenador CEP/FOP/UNICAMP	
<small>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.</small>		

## 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  > 52. Número de pessoas que moram na mesma casa:  Até 2  3  4  5  6  > 63. Sua residência é:  própria quitada  financiada  alugada  cedida pelos pais/família  cedida em troca de trabalho4. 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

A.  NÃO ALFABETIZADOB.  ALFABETIZADOC.  1ª e 4ª série incompletaD.  1ª e 4ª série completaE.  5ª e 8ª série incompletaF.  5ª e 8ª série completaG.  2º grau incompletoH.  2º grau completoI.  Superior incompletoJ.  Superior completo

## MÃE

 NÃO ALFABETIZADO ALFABETIZADO 1ª e 4ª série incompleta 1ª e 4ª série completa 5ª e 8ª série incompleta 5ª e 8ª série completa 2º grau incompleto 2º grau completo Superior incompleto 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  Não9. 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  F2. 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  Não6. No hospital, você recebeu orientação (ou ajuda) sobre o manejo da lactação?  Sim  Não7. 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 (BSES) (validado e traduzido no Brasil por Mônica Oriá, 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 seguro meu bebê confortavelmente quando dou de mamar	1	2	3	4	5
2- Eu sempre coloco o meu bebê corretamente no peito.	1	2	3	4	5
3- Eu sempre me concentro para completar uma mamada de cada vez. (na hora da mamada presto atenção somente no meu bebê).	1	2	3	4	5
4- Eu sempre sinto quando o bebê pega o peito.	1	2	3	4	5
5- Eu sempre consigo tirar o bebê do meu peito sem sentir dor.	1	2	3	4	5
6- Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente.	1	2	3	4	5
7- Eu sempre lido com amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios. (supero com sucesso a amamentação e as demais situações da vida).	1	2	3	4	5
8- Eu sempre posso contar com a minha família para apoiar a minha decisão de amamentar.	1	2	3	4	5
9- Eu sempre me sinto motivada para dar de mamar direitinho.	1	2	3	4	5
10- Eu sempre acompanho a quantidade de leite que o bebê está tomando ao observar a urina e as fezes. (atenta para a troca de fraldas 6 vezes ou mais durante o dia).	1	2	3	4	5
11- Eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento.	1	2	3	4	5
12- Eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada.	1	2	3	4	5
13- Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer.	1	2	3	4	5
14- Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando.	1	2	3	4	5
15- Eu sempre consigo manter meu bebê acordado no peito durante a amamentação.	1	2	3	4	5
16- Eu sempre tenho leite suficiente de acordo com as necessidades do bebê.	1	2	3	4	5
17- Eu sempre evito usar mamadeira no primeiro mês. (não uso mamadeira no primeiro mês).	1	2	3	4	5
18- Eu sempre alimento o meu bebê somente no peito. (toda vez que o bebê está com fome dou o peito).	1	2	3	4	5
19- Eu sempre me mantenho motivada para amamentar o meu bebê. (quero amamentar).	1	2	3	4	5
20- Eu sempre posso contar com o apoio das minhas amigas para amamentar. (ajuda, força das amigas).	1	2	3	4	5
21- Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando.	1	2	3	4	5
22- Eu sempre alimento meu bebê a cada 2-3 horas.	1	2	3	4	5
23- Eu sempre quero dar de mamar por no mínimo 1 mês e meio. (amamentar um mês e meio ou mais tempo).	1	2	3	4	5
24- Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família.	1	2	3	4	5
25- Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar.	1	2	3	4	5
26- Eu sempre consigo amamentar confortavelmente em lugares públicos.	1	2	3	4	5
27- 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
28- Eu sempre alimento meu bebê em um peito e depois mudo para o outro.	1	2	3	4	5
29- Eu sempre continuo amamentando meu bebê a cada alimentação dele. (a cada mamada).	1	2	3	4	5
30- Eu sempre sinto se o bebê está chupando o peito direitinho.	1	2	3	4	5
31- Eu sempre posso aceitar o fato de que amamentar limita temporariamente minha liberdade. (organizo as minhas saídas de casa para o trabalho, festas com a amamentação do bebê).	1	2	3	4	5
32- 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
33- Eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada.	1	2	3	4	5

#### Anexo 4

### 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 5

### 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.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> 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 mestrand/pesquisadora Jucilene Casati Lodi e da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> 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 6

## Submissão artigo 2

Jornal de **Pediatria**

Contact us  Help ? 

Maintenance outage on 31 January 2016 ... [more](#)  
 'My EES Hub' available for consolidated users ... [more](#)

Username: lodijucilene@gmail.com  
 Switch To: Author ▼ Go to: [My EES Hub](#)

home | main menu | submit paper | guide for authors | register | change details | log out

Version: [EES 2016.1](#)

## Submissions Being Processed for Author Jucilene Casati Lodi, mestrand

Page: 1 of 1 (1 total submissions)

Display 10 ▼ results per page.

Action ▲	Manuscript Number ▲▼	Title ▲▼	Initial Date Submitted ▲▼	Status Date ▲▼	Current Status ▲▼
<a href="#">Action Links</a>		Autoeficácia e aleitamento materno: fatores associados para a manutenção do aleitamento materno exclusivo no 30ª dia	Jan 29, 2016	Jan 29, 2016	Submitted to Journal

Page: 1 of 1 (1 total submissions)

Display 10 ▼ results per page.