



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

ELISÂNGELA LIRA DE LIMA ARAUJO

AUTOEFICÁCIA MATERNA PARA AMAMENTAR: fatores associados

Recife
2018

ELISÂNGELA LIRA DE LIMA ARAUJO

AUTOEFICÁCIA MATERNA PARA AMAMENTAR: fatores associados

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

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

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Pedrosa Leal.

Recife

2018

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

A663a Araujo, Elisângela Lira de Lima.
 Autoeficácia materna para amamentar: fatores associados / Elisângela Lira de Lima Araujo. – 2018.
 92 f.: il.; tab.; quad.; 30 cm.

 Orientadora: Luciana Pedrosa Leal.
 Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Recife, 2018.

 Inclui referências e anexos.

 1. Aleitamento materno. 2. Autoeficácia. 3. Fatores de risco. 4. Enfermagem. I. Leal, Luciana Pedrosa (Orientadora). II. Título.

610.736 CDD (22.ed.) UFPE (CCS2019-017)

ELISÂNGELA LIRA DE LIMA ARAUJO

AUTOEFICÁCIA MATERNA PARA AMAMENTAR: fatores associados

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

Dissertação aprovada em: 27/02/2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Luciana Pedrosa Leal (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Francisca Márcia Pereira Linhares (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Fábiana Alexandra Pottes Alves (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

Aos meus pais Jorge e Magali, pela dedicação em prover, da melhor forma, a educação que me traz a possibilidade de concretizar sonhos.

Aos meus avós Raimundo e Maria, pela docilidade e exemplo de integridade e força que me inspiram.

Ao meu esposo Jaime, por todo amor, carinho e apoio diários.

Às minhas irmãs Ketyline, Nathalia, Vitória e Isabelle, pelo companheirismo que me impulsiona a ser exemplo e acolhimento,

Dedico.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, à Deus, que com misericórdia me conduziu e deu forças para trilhar os caminhos que levam a realização dos sonhos que Ele permitiu que brotassem em meu coração.

Aos meus queridos pais, Magali e Jorge, pelo amor incondicional, apoio e zelo que sempre me ofertaram, e por todos os valores que me ensinaram desde cedo para que eu fosse em busca dos meus objetivos com dignidade e esperança. Sem seus esforços para me dar uma educação digna, eu não chegaria a lugar algum; e sei que minhas vitórias também são suas.

Ao meu amado esposo, Jaime, pelo carinho, cuidado, compreensão e incentivo de todos os dias ao longo dessa jornada. Obrigada pelo companheirismo que me impulsiona a lutar por vitórias como esta.

Aos meus avós Raimundo e Maria, por todo carinho e docilidade com que sempre me acolhem.

Às minhas queridas irmãs, Ketyline, Nathalia, Vitória e Isabelle, que compreenderam minhas ausências e sempre me apoiaram em todos os momentos. Obrigada por suas orações e torcida para que eu vença as batalhas que enfrento na vida.

Aos meus familiares pelo carinho e compreensão nos momentos em que estive ausente.

À minha orientadora, professora Dr^a. Luciana Pedrosa Leal pela paciência, dedicação e pelos valiosos ensinamentos durante todo este tempo de convivência. Agradeço ainda por acreditar em meu potencial e me conduzir de forma tão comprometida, cuidadosa e gentil na concretização deste feito tão importante em minha vida.

À professora Dr^a. Marly Javorski, pela generosidade em ceder o banco de dados analisado nesta pesquisa, pela confiança, carinho, ensinamentos e cuidado, sobretudo pelo comprometimento profissional com que sempre me inspirou a buscar o conhecimento na enfermagem. Obrigada por enxergar além das minhas capacidades e habilidades técnicas e acadêmicas.

Às profissionais professora Dr^a. Ana Márcia Cavalcanti, Márcia Pordeus e Karina Farias Ferraz, que de forma tão competente e sensível conduziram um processo terapêutico essencial para que eu descobrisse ferramentas que me auxiliaram a dar o melhor de mim em momentos tão árduos como este. Meus sinceros agradecimentos.

À colega de profissão, Me. Nayara Francisca Cabral de Sousa. Sou profundamente grata pelo apoio e contribuição imprescindíveis que você prestou para a conclusão deste trabalho.

Aos amigos, pela compreensão e paciência nos momentos em que estive ausente, pelo apoio quando precisei compartilhar as angústias de momentos difíceis e pelo entusiasmo e alegria com que torcem por mim e comemoram minhas conquistas.

Às minhas colegas da Turma 7 do mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFPE pela agradável companhia, cumplicidade, apoio, generosidade, colaboração e aprendizado ao longo desses dois anos.

Aos professores que compõem o corpo docente, colegiado e coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFPE pelos valorosos ensinamentos e contribuições críticas e reflexivas que nos proporcionaram ao longo destes dois anos, pelo exemplo de trabalho e dedicação ao mestrado em Enfermagem e ao fortalecimento da enfermagem como ciência.

Ao professor Alessandro Henrique, pelos preciosos ensinamentos de estatística e importantes contribuições para a conclusão da dissertação.

Às professoras Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos, Dr^a. Gabriela Cunha Schechtman Sette e Dr^a. Ana Paula Esmeraldo Lima, pelas preciosas contribuições durante o processo de qualificação deste trabalho.

Às professoras Dr^a. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos, Dr^a. Francisca Márcia Pereira Linhares e Dr^a. Fábila Alexandra Pottes Alves por prontamente se disponibilizarem em participar da banca e contribuir com o aprimoramento e finalização desta dissertação.

Aos companheiros do grupo de pesquisa Cuidando da criança e família, pelas valiosas trocas de conhecimento e pelos trabalhos que construímos ao longo deste período.

Aos alunos de graduação em enfermagem da UFPE que contribuíram de forma especial para meu desenvolvimento como docente, principalmente nas atividades realizadas no Lar Fabiano.

A todos os que compõem a Secretaria da Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE, em especial, Glivson de Santana, Camila Rodrigues e Beatriz, pela dedicação em nos apoiar e em facilitar as questões burocráticas deste processo.

A todos que colaboraram direta ou indiretamente na realização desse estudo, minha eterna gratidão.

“Não é sobre chegar ao topo do mundo e saber que venceu; é sobre escalar e sentir que o caminho te fortaleceu. ” (VILELA, 2016).

RESUMO

A autoeficácia materna para amamentar é um fator psicossocial modificável que caracteriza a percepção da mulher acerca da própria capacidade de alimentar sua criança. Vários fatores podem interferir na lactação e motivação materna para amamentar, podendo levar ao desmame precoce. A autoeficácia influencia diretamente o início e continuidade da amamentação exclusiva pelos seis primeiros meses de vida da criança. Este estudo objetivou avaliar os fatores associados à autoeficácia materna para amamentar no último trimestre gestacional e nos dois primeiros meses pós-parto, e sua repercussão no aleitamento materno exclusivo. Estudo transversal, analítico, que analisou dados coletados nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário IV, Recife, Pernambuco. A amostra constituiu-se de 109 mulheres entrevistadas presencialmente no último trimestre gestacional e por telefone aos 15, 30 e 60 dias pós-parto. Para coleta de dados foi utilizada a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form* e formulários referentes às variáveis socioeconômicas, maternas, de história do parto e alimentação da criança. A análise foi realizada por meio de *software* estatístico. A associação da autoeficácia com as variáveis independentes foi avaliada pelo teste Qui-quadrado ou teste Exato de Fisher. Para averiguar a associação da autoeficácia para amamentar e o aleitamento materno exclusivo aos 15, 30 e 60 dias pós-parto foram calculados os riscos relativos e os respectivos intervalos de confiança. A regressão de Poisson com variância robusta investigou a influência das variáveis sociodemográficas, maternas, de nascimento, alimentação da criança e a autoeficácia materna para amamentar, estimando-se as razões de prevalência e os respectivos intervalos de confiança. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. Os resultados evidenciaram que a maior prevalência de alta autoeficácia foi encontrada aos 15 dias pós-parto (90,8%). Mulheres com alta autoeficácia aos 15 e 30 dias pós-parto apresentaram maiores prevalências de aleitamento materno exclusivo, com RR de 1,52 e 4,78, respectivamente. As variáveis significativamente associadas com a alta autoeficácia foram: no último trimestre gestacional - receber o auxílio bolsa família (p-valor=0,002), primiparidade (p-valor=0,006), experiência anterior com amamentação (p-valor<0,001) e tempo de amamentação exclusiva do filho anterior ≥ 180 dias (p-valor=0,024); aos 15 dias pós-parto - escolaridade materna >9 anos (p-valor=0,012), orientação sobre amamentação no pré-natal (p-valor=0,020), participação em intervenção educativa individual sobre amamentação (p-valor=0,004), superar dificuldades para amamentar antes da alta hospitalar (p-valor=0,092) e não usar mamadeira (p-valor=0,025); aos 30 dias pós-parto - receber o auxílio bolsa família (p-valor=0,030), satisfação materna com

amamentação (p-valor=0,028) e não usar chupeta (p-valor=0,023); Aos 60 dias pós-parto - receber o auxílio bolsa família (p-valor=0,010), satisfação materna com amamentação (p-valor=0,014), participação em intervenção educativa individual sobre amamentação (p-valor=0,014) e não usar mamadeira (p-valor=0,007). Conclui-se que os fatores que influenciam a autoeficácia para amamentar são diferentes ao longo tempo e repercutem significativamente na adesão a amamentação exclusiva. O planejamento e execução de ações educativas voltadas à promoção, proteção e apoio à amamentação realizadas pelo enfermeiro, devem ser pautados nos determinantes da autoeficácia para amamentar nos diferentes períodos do processo de amamentação desde a gestação.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Autoeficácia. Fatores de risco. Enfermagem.

ABSTRACT

Maternal breastfeeding self-efficacy is a modifiable psychosocial factor that characterizes a woman's perception of her own ability to feed her child. Several factors may interfere with lactation and maternal motivation to breastfeed, which may lead to early weaning. Self-efficacy directly influences the onset and continuity of exclusive breastfeeding for the first six months of the child's life. This study aimed to evaluate the factors associated with maternal self-efficacy for breastfeeding in the last gestational trimester and in the first two months postpartum, and its repercussion on exclusive breastfeeding. A longitudinal, analytical study that analyzed data collected at the Basic Health Units of Health District IV, Recife, Pernambuco. The sample consisted of 109 women interviewed in person in the last gestational trimester and by telephone at 15, 30 and 60 days postpartum. For data collection, the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form was used and forms related to socioeconomic, maternal variables, history of childbirth and feeding of the child. The analysis was performed using statistical software. The association of self-efficacy with independent variables was assessed using the chi-square test or Fisher's exact test. To assess the association of self-efficacy for breastfeeding and exclusive breastfeeding at 15, 30 and 60 days postpartum, the relative risks and their respective confidence intervals were calculated. Poisson regression with robust variance investigated the influence of sociodemographic, maternal, birth, infant feeding, and maternal self-efficacy for breastfeeding, estimating prevalence ratios and respective confidence intervals. Study approved by the Research Ethics Committee of the Health Sciences Center of the Federal University of Pernambuco. The results showed that the highest prevalence of high self-efficacy was found at 15 days postpartum (90.8%). Women with high self-efficacy at 15 and 30 days postpartum had higher prevalence of exclusive breastfeeding, with RR of 1.52 and 4.78, respectively. The variables significantly associated with high self-efficacy were: in the last gestational trimester - receiving the family allowance (p-value = 0.002), primiparity (p-value = 0.006), previous breastfeeding experience (p-value <0.001) of exclusive breastfeeding of the previous child ≥ 180 days (p-value = 0.024); (p-value = 0.012), guidance on pre-natal breastfeeding (p-value = 0.020), participation in individual educational intervention on breastfeeding (p-value = 0.004), to overcome difficulties to breastfeed before discharge (p-value = 0.092) and not to use a bottle (p-value = 0.025); (p-value = 0.030), maternal satisfaction with breastfeeding (p-value = 0.028) and not using a pacifier (p-value = 0.023); At 60 days postpartum - receiving family allowance (p-value = 0.010), maternal satisfaction with breastfeeding (p-value = 0.014), participation in individual educational intervention on

breastfeeding (p-value = 0.014) (p-value = 0.007). We conclude that the factors that influence breastfeeding self-efficacy are different over time and have a significant impact on adherence to exclusive breastfeeding. The planning and execution of educational actions aimed at the promotion, protection and support to breastfeeding, by the nurse, must be based on the determinants of self-efficacy to breastfeed in the different periods of the breastfeeding process since pregnancy.

Keywords: Breastfeeding. Self-efficacy. Risk factors. Protective factors. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1–	Divisão territorial dos Distritos Sanitários (DS) da cidade do Recife, PE.....	33
Quadro 1–	Microrregiões do Distrito Sanitário IV, Recife, PE.....	34
Figura 2–	Modelo Hierárquico de determinação do aleitamento materno exclusivo, de acordo com fatores socioeconômicos, maternos e intercorrências no processo de lactação e autoeficácia para amamentar. Recife-PE, 2018.....	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Características da população de estudo, constituindo 109 mulheres atendidas nas UBS do DSIV. Recife, Pernambuco – 2018.....	45
Tabela 2 –	Classificação da autoeficácia a partir dos escores da BSES-SF no último trimestre de gestação e no período pós-parto em mulheres atendidas nas UBS do DSIV. Recife, Pernambuco – 2018.....	46
Tabela 3 –	Aleitamento materno exclusivo aos 15, 30 e 60 dias após o parto em mulheres atendidas nas UBS do DSIV Recife, Pernambuco – 2018.....	47
Tabela 4 –	Aleitamento materno exclusivo aos 15, 30 e 60 dias, em função da classificação da autoeficácia aos 15, 30 e 60 dias em mulheres atendidas nas UBS do DSIV. Recife, Pernambuco – 2018.....	48
Tabela 5 –	Autoeficácia materna para amamentar segundo variáveis socioeconômicas no último trimestre gestacional e aos 15, 30 e 60 dias após o parto em mulheres atendidas nas UBS do DSIV. Recife, Pernambuco – 2018.....	49
Tabela 6 –	Autoeficácia materna para amamentar segundo as variáveis maternas no último trimestre gestacional e aos 15, 30 e 60 dias após o parto em mulheres atendidas nas UBS do DSIV. Recife, Pernambuco – 2018.....	52
Tabela 7 –	Autoeficácia materna para amamentar em mulheres atendidas nas UBS do DSIV aos 15, 30 e 60 dias após o parto de acordo com as variáveis da criança. Recife, Pernambuco – 2018.....	57
Tabela 8 –	Razões de prevalência ajustadas da alta autoeficácia materna para amamentar no último trimestre de gestação e aos 15, 30 e 60 dias pós-parto. Recife, Pernambuco – 2018.....	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AC	Alimentação Complementar
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMC	Aleitamento Materno Complementado
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMM	Aleitamento Materno Misto ou Parcial
AMP	Aleitamento Materno Predominante
BHL	Bancos de Leite Humano
BIREME	Biblioteca Virtual em Saúde
BSES	<i>Breastfeeding Self- Efficacy Scale</i>
BSES-SF	<i>Breastfeeding Self- Efficacy Scale – Short form</i>
CASP	<i>Critical Appraisal Skills Programme</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPE	Código de Ética da Enfermagem
CINAHL	<i>Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature</i>
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DS	Distrito Sanitário
EAAB	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
ENPACS	Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>

HTLV	<i>Human T Lymphotropic Virus</i>
IBM SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IUBAAM	Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação
LH	Leite Humano
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MESH	<i>Medical Subject Heading</i>
MS	Ministério da Saúde
NBCAL	Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
RBLH	Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano
RPA	Regiões Político Administrativas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	Unidade de Saúde da Família
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	18
2	OBJETIVOS.....	22
2.1	Objetivo geral.....	22
2.2	Objetivos específicos.....	22
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	23
3.1	Situação do aleitamento materno exclusivo.....	23
3.2	Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo.....	24
3.3	Autoeficácia materna para amamentar.....	26
3.4	Ações de atenção ao aleitamento materno exclusivo.....	28
3.5	Enfermagem e educação em saúde na promoção da autoeficácia materna para amamentar.....	30
4	MÉTODO.....	32
4.1	Tipo de estudo.....	32
4.2	Local de estudo.....	32
4.3	População e amostra.....	35
4.4	Critérios de seleção de amostra.....	35
4.5	Variáveis.....	36
4.5.1	Variáveis dependentes.....	36
4.5.2	Variáveis independentes.....	36
4.6	Coleta dos dados.....	38
4.7	Análise dos dados.....	40
4.8	Aspectos éticos.....	44
5	RESULTADOS.....	45
6	DISCUSSÃO.....	61
7	CONCLUSÕES.....	70
	REFERÊNCIAS.....	72
	ANEXO A - Formulário I - Dados socioeconômicos e antecedentes obstétricos.....	84
	ANEXO B - Formulário II - História do Parto/ Nascimento/ Puerpério.....	85
	ANEXO C - Formulário III - História da amamentação e da alimentação da criança.....	86

ANEXO D - Breastfeeding Self-efficacy Scale - Short Form / Escala de Autoeficácia na Amamentação – Forma Abreviada.....	87
ANEXO E- Parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisa.....	88

1 INTRODUÇÃO

O leite materno é o alimento natural e sustentável cuja a oferta para crianças de até seis meses de vida deve ser de forma exclusiva como recomenda a Organização Mundial de Saúde (OMS). A partir desta idade, a alimentação complementar adequada deve ser introduzida de forma gradual e mantendo-se o aleitamento materno por até os dois anos ou mais, com a finalidade de promover o desenvolvimento saudável da criança (BRASIL, 2015b; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Os benefícios nutricionais, imunológicos, cognitivos, afetivos e socioambientais da amamentação para a mãe e o filho, bem como para a família e comunidade, continuam sendo investigados e socializados na literatura específica (FEWTRELL *et al.*, 2007). Estima-se que poderiam ter sido evitadas 823.000 mortes infantis em países de renda baixa e média no ano de 2015, por meio da prática da amamentação (VICTORA *et al.*, 2016).

O aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês de vida da criança é capaz de reduzir a morbimortalidade infantil por doenças como diarreia, enterocolite necrotizante e infecções respiratórias; confere proteção contra morte súbita, diminui o risco de incidência de leucemia na infância e infecções agudas como a otite média; também reduz a maloclusão dentária, fornece proteção contra obesidade e diabetes tipo 2 na vida adulta, além de estar associado a melhores desempenhos em testes de inteligência (AMITAY; KEINAN-BOKER, 2015; VICTORA *et al.*, 2015).

Para as mães, a prática do AME fortalece o vínculo com a criança, promove a redução do risco de desenvolver câncer de mama e ovário, diabetes tipo 2 e osteoporose, além de reduzir o tempo entre os partos por favorecer a amenorreia lactacional (CHOWDHURY *et al.*, 2015; VICTORA *et al.*, 2016). Ademais, o aleitamento materno exclusivo promove melhora na qualidade de vida da família por dispensar custos com fórmulas infantis e utensílios usados no preparo e oferta; evita hospitalizações relacionadas a problemas com alimentos inadequados e despesas com medicamentos (BRASIL, 2015b).

O incentivo ao aleitamento materno faz parte das políticas públicas adotadas pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil como uma das linhas prioritárias de cuidado da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde. (BRASIL, 2015b) Este apoio ao aleitamento materno colaborou na redução de 73% da mortalidade infantil no país que, em 25 anos, superou a média mundial (53%) com taxas passando de 61 mortes por mil crianças menores de cinco anos para 16 mortes por cem mil (UNICEF, 2015).

Apesar dos esforços de instituições governamentais e não governamentais para melhorar os índices de AME no Brasil, as taxas no país estão distantes do recomendado pela OMS e Unicef(BOCCOLINI *et al.*, 2017). Uma das causas de abandono do AME se deve à falta de motivação e de segurança materna para amamentar(SOUSA *et al.*, 2015). A segurança da mulher na habilidade em alimentar o filho com seu próprio leite é explicada pelo constructo da autoeficácia para amamentar, que se define pelo julgamento da mulher acerca da sua própria capacidade de amamentar sua criança com êxito. Desde a década de 90, o constructo da autoeficácia tem sido aplicado na perspectiva da amamentação para aprimorar a compreensão dos mecanismos que envolvem a motivação da nutriz para amamentar sua criança com sucesso(DE JAGER *et al.*, 2015; DENNIS; FAUX, 1999; ORIÁ; XIMENES, 2010; UCHOA *et al.*, 2017).

As crenças de autoeficácia podem ser utilizadas para revelar os sentimentos, motivações e comportamentos de uma pessoa frente a situações específicas, indicando quanto esforço e tempo ela está disposta a empregar para superar um obstáculo ou uma experiência negativa. Desta forma, a autoeficácia pode interferir nos comportamentos da mulher para iniciar o AME e mantê-lo, uma vez que os indivíduos empreendem mais esforços para aderir a comportamentos saudáveis ao acreditarem que podem fazê-lo. Assim, quanto mais alta for a autoeficácia da nutriz, maiores serão chances de iniciar o AME e mantê-lo por seis meses(BANDURA, 1977; DENNIS, 2003; NANISHI *et al.*, 2015; RODRIGUES; NASCIMENTO; *et al.*, 2013).

Para avaliar a autoeficácia materna para amamentar foi criada uma escala psicométrica denominada *Breastfeeding Self-efficacy Scale* (BSES) que possui 33 itens organizados em dois domínios (técnico e intrapessoal). O domínio técnico é referente ao posicionamento adequado da criança durante as mamadas e o domínio intrapessoal diz respeito aos sentimentos de satisfação materna ao amamentar(DENNIS; FAUX, 1999); quanto maior for a pontuação final obtida pela mulher na aplicação da escala, maior será sua autoeficácia materna para amamentar, e consequentemente, maior será seu potencial de aderir ao AME por mais tempo (ORIÁ; XIMENES, 2010).

A escala de autoeficácia materna para amamentar foi reduzida a uma versão com 14 itens, *Breastfeeding Self-efficacy Scale – Short Form* (BSES - SF)(DENNIS, 2003), que vem sendo traduzida para diversos idiomas e validada em vários países, com o objetivo de identificar as gestantes que apresentam maior susceptibilidade ao desmame precoce(DAI; DENNIS, 2003; DODT *et al.*, 2012; EKSIOGLU; CEBER, 2011; IP *et al.*, 2012; ORIÁ; XIMENES, 2010; ZUBARAN *et al.*, 2010).

A partir da aplicação da escala BSES- SF em uma amostra de mulheres chinesas, foi possível estabelecer um ponto de corte para a pontuação obtida na escala. Visto que o total da escala varia de 14 a 70 pontos, foi constatado que as mulheres que atingem a pontuação menor ou igual 50, necessitam de maior atenção nas ações educativas sobre amamentação, pois estas mulheres apresentam predisposição a interromper o AME antes do período indicado devido à baixa autoeficácia(NANISHI *et al.*, 2015).

A autoeficácia é um fator psicossocial modificável, construída a partir de quatro fontes de informação: experiência pessoal (experiências positivas obtidas em amamentações anteriores), experiência vicária (contemplação de outras mulheres que amamentam, assistir a vídeos com orientações sobre amamentação), persuasão verbal (apoio e incentivo de pessoas próximas e prestigiadas pela mulher) e estado emocional e fisiológico (reações físicas e psicológicas positivas e aprazíveis diante da prática da amamentação)(DENNIS; FAUX, 1999).

Outras condições, mais propícias ou não, presentes na vida da mulher podem influenciar na construção da autoeficácia para amamentar, como: escolaridade e idade materna, condições socioeconômicas e demográficas, desejo de amamentar a criança, experiência anterior com amamentação, paridade, planejamento da gravidez, realização de pré-natal, gravidez de risco, tipo de parto, amamentação na primeira hora de vida da criança, apoio familiar, dificuldades para amamentar e suplementação alimentar da criança com fórmula láctea (DENNIS, 2006; GUIMARÃES *et al.*, 2017; OLIVEIRA, *et al.*, 2013; UCHOA *et al.*, 2016).

Durante a realização de pré-natal, o profissional da saúde que atua na atenção básica (AB) e no âmbito da saúde da mulher e da família deve orientar as mulheres sobre a prática da amamentação através do fornecimento de informações acerca da importância do AME. O enfermeiro que acompanha a mulher desde o período gestacional, na assistência pré-natal, possui a oportunidade de utilizar a educação em saúde em sua prática como forte aliado no incentivo às ações de promoção à saúde e na mudança de fatores modificáveis relacionados à amamentação (BATISTA; FARIAS; MELO, 2013; FIALHO *et al.*, 2014; SOUSA *et al.*, 2015).

Para o enfermeiro, a avaliação da autoeficácia materna na amamentação é um dos fatores intimamente ligados à essa modificação e, ao longo do tempo, permitirá identificar mulheres com o maior risco de interromper precocemente o AME. As intervenções de apoio, promoção e proteção da amamentação exclusiva realizadas pelo enfermeiro junto à mulher e sua família devem considerar os determinantes que influenciam negativamente à autoeficácia para amamentar em cada período do processo do aleitamento materno.(GUIMARÃES *et al.*, 2017; NANISHI *et al.*, 2015).

Diante da persistência de baixas prevalências mundiais do AME, apesar das políticas públicas de incentivo a esta prática, e considerando que identificar os fatores influenciadores da construção e sustentação das crenças de autoeficácia materna para amamentar pode direcionar ações de intervenção dos profissionais da saúde para atuações mais eficazes de apoio ao AME junto às mulheres com maior risco de desmame precoce da gestação ao puerpério, este estudo procurou responder à questão de pesquisa: como os fatores socioeconômicos, obstétricos, de experiência com amamentação e de intercorrências no processo de lactação influenciam a autoeficácia para amamentar durante a gestação e no período pós-parto?

Conforme as normas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE, a organização desta dissertação se apresenta em capítulos. No capítulo 1, Introdução, foi realizada uma descrição sobre a prática do aleitamento materno e sua relação com o constructo de autoeficácia. No capítulo 2, Objetivos, são descritos os objetivos geral e específicos do estudo.

No capítulo 3, Revisão de Literatura, expõe-se um histórico da situação do aleitamento materno exclusivo, dos fatores associados ao aleitamento materno exclusivo, da autoeficácia materna para amamentar, das ações de atenção ao aleitamento materno exclusivo e do papel da enfermagem e educação em saúde na promoção da autoeficácia materna para amamentar.

No capítulo 4, Método, foi descrito o tipo de estudo, o local da pesquisa e as etapas do processo de pesquisa. O capítulo 5, Resultados, compreende os resultados obtidos na análise dos dados do estudo. No capítulo 6, referente à Discussão, foram expostas as impressões da pesquisadora sobre os resultados e a comparação com outros estudos correlatos tema da pesquisa. O capítulo 7, concerne às Conclusões, no qual fez-se uma síntese dos resultados obtidos e recomendações acerca deles.

Este conjunto, que ora se apresenta, compõe a presente dissertação, a qual se espera poder contribuir com a análise aprofundada da autoeficácia materna para amamentar e seus fatores associados.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

2.1.1 Avaliar os fatores associados à autoeficácia materna para amamentar no último trimestre de gestação e nos dois primeiros meses após o parto, e sua repercussão no aleitamento materno exclusivo.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Determinar a prevalência de baixa e alta autoeficácia materna para amamentar no último trimestre de gestação e nos dois primeiros meses após o parto;

2.2.2 Identificar a prevalência do aleitamento materno exclusivo aos 15, 30 e 60 dias após o parto.

2.2.3 Verificar a associação das variáveis socioeconômicas, obstétricas, experiência com amamentação, participação em intervenção educativa sobre amamentação, intercorrências no processo de lactação e a autoeficácia materna para amamentar no último trimestre de gestação e nos dois primeiros meses após o parto.

2.2.4 Verificar a associação dos escores de autoeficácia materna para amamentar e o aleitamento materno exclusivo aos 15, 30 e 60 dias após o parto.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Situação do aleitamento materno exclusivo

A prevalência do AME em menores de seis meses é inferior a 50% na maioria dos países. Por conseguinte, a promoção do AME é tão importante em países de baixa renda quanto em países ricos, uma vez que é capaz de reduzir mortes infantis em diferentes contextos socioeconômicos⁽³⁾.

A maior parte dos países de renda elevada apresenta prevalências de aleitamento materno menores que 20%, sendo uma, a cada cinco crianças, amamentada até os 12 meses de vida. Em países ricos, mulheres que possuem melhores condições financeiras e alto grau de escolaridade são mais propensas a amamentar do que mulheres desfavorecidas financeiramente e com baixa escolaridade (CHOWDHURY *et al.*, 2015; VICTORA *et al.*, 2016).

Em países de baixa renda, apesar do discreto crescimento das taxas de AME (de 24,9% em 1993 para 35,7% em 2013), aproximadamente 36,6 milhões de crianças menores de 6 meses não são exclusivamente amamentadas. Embora a prevalência do AME em países pobres seja maior que nos países ricos, as consequências da interrupção precoce da amamentação em países pobres estão associadas a altas taxas de mortalidade infantil. Nestes países, crianças em AME apresentavam apenas 12% de risco de morte, em relação àquelas que não foram amamentadas, havendo uma redução de 50% da mortalidade infantil associada ao aleitamento materno (SANKAR *et al.*, 2015; VICTORA *et al.*, 2016).

No Brasil, a prevalência de AME em crianças menores de seis meses possui tendência ascendente e apresentou um aumento percentual significativo entre os anos de 1986 a 2006, passando de 2,9% para 39,1%, até sua estabilização em 2013, com prevalência de 36,6%. Essa tendência deu visibilidade para as políticas de aleitamento materno do Brasil, reconhecidas internacionalmente como uma das mais eficientes do mundo (BOCCOLINI *et al.*, 2017).

Porém, o aumento nas prevalências de AME foi menor para as crianças de maior faixa-etária. A prevalência de AME entre lactentes de zero a dois meses de idade aumentou 44% entre 1986 e 2006 e entre crianças de três a cinco meses o aumento foi de 28,1%; Em 2013, prevalência de AME entre crianças de zero a dois meses de idade decaiu 0,3%, em relação a 2006, e diminuiu 15,1% entre lactentes de três a cinco meses de idade (BOCCOLINI *et al.*, 2017).

Apesar do investimento governamental em políticas de apoio e promoção do aleitamento materno, a duração do AME no Brasil, ainda se encontra aquém da recomendação

da OMS. O comportamento da prevalência do AME entre menores de seis meses de idade apresentou-se de forma díspar entre as regiões brasileiras no ano de 2009, variando de 27,1% em Cuiabá a 56,1% em Belém; porém aos 180 dias de vida, o comportamento deste indicador entre as regiões foi uniforme, com probabilidade de AME em torno de 10% (BRASIL, 2009).

No estado de Pernambuco, a prevalência do AME aos 6 meses aumentou de 1,9% em 1997 para 8,5% em 2006. Em Recife, verificou-se, em 2009, a prevalência de AME de 18,6% em crianças com até quatro meses e de 6,1% em crianças de seis meses de idade, com duração mediana do AM em torno de 9,8 meses, considerada muito ruim segundo parâmetros da OMS (BRASIL, 2009; CAMINHA; BATISTA FILHO; SERVA; ARRUDA; FIGUEIROA; LIRA, 2010).

A partir desses dados, infere-se que cada região brasileira sofre diferentes influências de sua conjuntura sociocultural, revelando a importância da realização de estudos locais sobre a situação do AME e seus fatores relacionados. A identificação dos determinantes direciona o planejamento e implementação de ações voltadas às necessidades do público-alvo para a realização de uma assistência individualizada (BOSI; MACHADO, 2005).

3.2 Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo

A prática da amamentação é permeada por questões socioculturais diversas e complexas como crenças, mitos e tabus. Além destas questões, a inserção da mulher no mercado de trabalho, práticas hospitalares contrárias à amamentação e a influência do marketing utilizado por indústrias e distribuidores de alimentos artificiais corroboraram com o declínio do AM que se estabeleceu no final do século XIX (CYRILLO *et al.*, 2009; LAHÓS; PRETTO; PASTORE, 2016).

Os principais fatores relacionados a interrupção precoce do AME são baixa idade, baixa escolaridade materna, trabalho materno fora do lar, condições socioeconômicas desfavoráveis, má qualidade de assistência pré-natal caracterizada pelo início tardio, baixo número de consultas e falta de orientações sobre o AM; uso de chupeta pela criança, paridade, intenção de amamentar e autoeficácia materna para amamentar (ALVARENGA *et al.*, 2017; MARGOTTI; MARGOTTI, 2017; MINAS; GANGA-LIMANDO, 2016).

A idade materna em que se identificou maior frequência de AME em 2009, no Brasil, esteve entre 20 e 35 anos. Porém, ainda não há um consenso sobre a faixa etária que efetivamente atua como fator de proteção para a amamentação (MARGOTTI; MARGOTTI, 2017). A prevalência do AME também tende a ser maior em mulheres com melhor escolaridade.

A escolaridade de, pelo menos, nove séries de estudo representa fator de proteção para o AME, enquanto a baixa escolaridade materna mostra-se como um fator de risco a amamentação, podendo a interrupção precoce do AME em mulheres com baixa escolaridade estar ligada à falta de apoio de sua rede social e menor possibilidade de acesso a serviços de atenção à saúde (ALVARENGA *et al.*, 2017; CAVALCANTI *et al.*, 2015; MARGOTTI; MARGOTTI, 2017).

O trabalho materno fora do lar também representa risco para o desmame sendo um dos fatores que mais contribuem para a interrupção precoce da amamentação. As mulheres que atuam como chefes de família, sobretudo aquelas inseridas no mercado informal de trabalho e que não possuem licença maternidade, acabam interrompendo a amamentação antes do tempo recomendado para retornar às atividades laborais (ALVARENGA *et al.*, 2017; CAMINHA; BATISTA FILHO; SERVA; ARRUDA; FIGUEIROA; DE LIRA, 2010; CAVALCANTI *et al.*, 2015).

As baixas condições socioeconômicas maternas atuam como fatores de risco para o AME, sendo geralmente evidenciadas pela baixa posse de bens de consumo, falta de acesso ao saneamento básico, baixa escolaridade, inserção no mercado informal de trabalho e difícil acesso dessa população aos serviços de atenção à saúde (ALVARENGA *et al.*, 2017; BITTENCOURT *et al.*, 2005; OLIVEIRA, MIRELLA GONDIM OZIAS DE AQUINO *et al.*, 2013).

A qualidade do pré-natal realizado pelas mães é outro fator que interfere na decisão de amamentar e na manutenção do AME durante os seis meses de vida da criança. A falta de orientações sobre amamentação durante a gestação pode levar a mãe a interromper o AME de forma antecipada por não saber lidar com dificuldades nesse processo como choro da criança e intercorrências mamárias. Por outro lado, a assistência pré-natal de início precoce, com maior número de consultas e orientação sobre alimentação e aleitamento materno repercute positivamente na duração do AME (ALVARENGA *et al.*, 2017; CAVALCANTI *et al.*, 2015; ROCHA *et al.*, 2014).

Com relação à criança, o uso de chupeta e mamadeiras são fatores que aumentam o risco de interrupção do AME devido à provável diminuição da frequência de mamadas em detrimento da oferta da chupeta e mamadeira, e conseqüentemente, diminuição da produção láctea pela mãe (ALVARENGA *et al.*, 2017; ROCHA *et al.*, 2014; SALUSTIANO *et al.*, 2012). Ainda no que diz respeito à criança, a prematuridade é outro fator de risco para o desmame precoce, pois a incidência de AME em crianças prematuras, principalmente em unidades neonatais de risco, é baixa (NASCIMENTO; ISSLER, 2004).

Outra condição que tem se mostrado como fator de risco para a interrupção do AME é a primiparidade; mulheres primíparas são mais propensas a cessarem o AME e tendem a ofertar outros tipos de leite à criança precocemente pois não possuem experiência pessoal anterior com amamentação; já as múltiparas, possuem tendência a amamentar de forma exclusiva até o sexto mês de vida da criança devido à segurança materna para amamentar advinda de experiências positivas com amamentação (ALVARENGA *et al.*, 2017; BARTLE; HARVEY, 2017; MARGOTTI; MARGOTTI, 2017).

Fatores psicossociais como confiança materna para amamentar e motivação também são condições importantes para a continuidade do AME. A capacidade de auto percepção de uma mãe para amamentar com sucesso o seu filho, também conhecida como autoeficácia para amamentar, é um fator modificável que influencia significativamente a mulher na intenção de amamentar exclusivamente desde a gestação e é preditivo para a duração do AME por até os seis meses de vida da criança (DE JAGER *et al.*, 2014, 2015; DENNIS, 1999).

3.3 Autoeficácia materna para amamentar

A autoeficácia refere-se à percepção do indivíduo a respeito de suas capacidades de organizar e executar cursos de ação necessários para a realização de determinada atividade. O constructo da autoeficácia faz parte da Teoria Social Cognitiva que vem sendo desenvolvida pelo psicólogo canadense Albert Bandura (BANDURA, 1977).

De acordo com Bandura, a autoeficácia afeta as escolhas do indivíduo, os esforços empregados nas atividades, o grau de persistência mostrado frente as adversidades ou experiências de fracasso e o sentimento presente nas conquistas realizadas. Apoiada na Teoria Social Cognitiva de Bandura, a enfermeira e pesquisadora Cindy-Lee Dennis desenvolveu o conceito da autoeficácia materna para amamentar para avaliar a confiança da nutriz no aleitamento materno (BANDURA, 1977; DENNIS, 1999).

As crenças da autoeficácia para amamentar sofrem influência de quatro fontes de informação: experiência pessoal (desempenho pessoal de êxito em experiências pregressas de amamentação), experiência vicária (observação e comparação do sucesso de outras mulheres amamentando), persuasão verbal (apoio e encorajamento de pessoas que constituem a rede social de apoio da mulher, como parceiro, familiares e profissionais da saúde) e estado emocional e fisiológico (dor, fadiga, ansiedade, estresse, bem-estar e alegria diante do ato de amamentar) (DENNIS; FAUX, 1999; MARGOTTI; EPIFANIO, 2014).

A autoeficácia materna para amamentar pode ser avaliada a partir da aplicação da escala psicométrica *Breastfeeding Self-efficacy Scale* (BSES), que é capaz de mensurar a confiança da mulher para amamentar. A BSES é estruturada em 33 itens que contém cinco possibilidades de resposta, cada um: 1) discordo totalmente; 2) discordo; 3) às vezes concordo; 4) concordo totalmente. Estes itens estão distribuídos nos domínios técnico, relacionado ao posicionamento adequado da criança durante a mamada e ao reconhecimento da qualidade da amamentação pela nutriz; e no domínio intrapessoal, cuja abordagem refere-se ao desejo e motivação maternas para aleitar e sua satisfação com a experiência de amamentação (DENNIS; FAUX, 1999).

A BSES foi validada em formato reduzido que apresenta 14 itens, denominada *Breastfeeding Self-Efficacy Scale Short-Form* (BSES-SF). Em sua aplicação é atribuída uma pontuação que varia de 14 a 70 pontos, no total, e que indica que o valor final da pontuação é proporcional à autoeficácia materna para amamentar. A BSES-SF tem sido utilizada em vários países, inclusive no Brasil, para identificar as mulheres que apresentam baixa autoeficácia para amamentação, e consecutivamente, maior susceptibilidade a interromperem o AME de forma prematura (DENNIS, 2003; OLIVER-ROIG *et al.*, 2012; ORIÁ, *et al.*, 2009).

A BSES-SF apresenta precisão moderada global para identificar mulheres que apresentam risco de interromper precocemente a amamentação e que necessitam, portanto, de intervenções de apoio. A partir da aplicação da BSES-SF, foi determinado que mulheres que apresentam pontuação final no valor menor ou igual a 50 pontos estão mais propensas a abandonarem o aleitamento materno exclusivo antes do tempo recomendado (NANISHI *et al.*, 2015).

Mães com baixa autoeficácia apresentam duas vezes mais riscos de interrupção precoce de AME do que mães com elevada autoeficácia, estando a autoeficácia altamente relacionada com a intenção de amamentar exclusivamente e por um longo período. Mulheres com elevada autoeficácia para amamentar no período pré-natal são mais propensas a vencer dificuldades iniciais de amamentação e amamentar exclusivamente (ORIÁ; XIMENES, 2010).

Por ser um fator psicossocial modificável (DENNIS; FAUX, 1999), a autoeficácia pode sofrer influência de diversos fatores que envolvem a mulher desde o início da gestação, passando pelo parto e puerpério. Tais fatores podem promover a autoeficácia, a exemplo de boas condições socioeconômicas, planejamento da gravidez, multiparidade, experiências positivas com amamentação, AME na primeira hora pós-parto, apoio da família e outras pessoas da rede social da mulher, acesso às informações sobre alimentação saudável do lactente, o tipo de parto e a realização de acompanhamento pré-natal. Outros fatores podem interferir negativamente na autoeficácia materna para amamentar e prejudicar o início e continuidade do

AME, como intercorrências mamárias e mamilares, quantidade de leite materno, dificuldades no início da lactação, retorno ao trabalho fora de casa, uso de fórmula infantil complementar e fatores psicossociais como estresse, ansiedade e depressão (DENNIS, 2006; RODRIGUES; PADOIN; *et al.*, 2013; UCHOA *et al.*, 2016).

Desta forma, é importante a compreensão dos possíveis fatores que interferem na autoeficácia para amamentar e a utilização da BSES-SF na mensuração dos escores da autoeficácia, com a finalidade de indicar para os profissionais de saúde que trabalham com amamentação, os aspectos que podem contribuir para o sucesso ou fracasso da prática do AME e a necessidade de intervenção específica para o domínio no qual a mulher apresente baixa autoeficácia para amamentar (NANISHI *et al.*, 2015; UCHOA *et al.*, 2016, 2017).

3.4 Ações de atenção ao aleitamento materno exclusivo

A partir do reconhecimento dos benefícios do aleitamento materno para a saúde da criança e a fim de reduzir a mortalidade infantil surgiram, especialmente no Brasil, um conjunto de políticas públicas integradas, programas e iniciativas de apoio à amamentação lançados pelo Ministério da Saúde no âmbito hospitalar e na atenção básica (SOUSA *et al.*, 2015).

Para normatizar a comercialização e distribuição apropriadas de substitutos do leite materno, foi promulgado, em 1981, o “Código Internacional de Controle do Marketing de Alimentos Substitutos do Leite Materno”, aprovado na Assembleia Mundial de Saúde. Nesse mesmo ano, no Brasil, surgiu o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) a fim de melhorar indicadores relacionados à oferta e distribuição de leite para recém-nascidos, principalmente em UTI neonatal. O PNIAM preconizou a implantação do alojamento conjunto nas maternidades e a implementação de leis trabalhistas de proteção à amamentação, como a criação de creches no local de trabalho da mulher e aumento do período da licença-maternidade (REA, 2003; WHO, 1981).

Ainda na atenção terciária, ocorreu a expansão da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (RBLH-BR), em 1985 e foram definidos os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” pela OMS e Unicef, em 1989; também foram lançadas a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que promoveu mudanças nas rotinas das maternidades com objetivo de resgatar o direito da mulher de amamentar; e a instituição da Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), em 1991. A Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso - Método Canguru, em 2007, e a interrupção da distribuição de “substitutos” de leite materno nos serviços de saúde em 2011, complementam

as estratégias de incentivo ao AME no ambiente hospitalar(ARAÚJO *et al.*, 2006; BRASIL, 2014; REA, 2003; SILVA; BARROS; NASCIMENTO, 2015).

Na atenção básica, foram implementadas atividades tais como a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), criada em 1995, no Rio de Janeiro, com objetivo de promover, proteger e apoiar o AM através da mobilização de Unidades Básicas de Saúde (UBS) para a adoção dos "Dez Passos para o Sucesso da Amamentação". Nos anos seguintes, grupos não governamentais, como a Pastoral da Criança e as Amigas do Peito também implementaram ações comunitárias de apoio à amamentação, no Brasil(ALVES; OLIVEIRA; MORAES, 2013; BRASIL, 2017a).

Para melhorar as ações de promoção do AM foi criada em 2008, pelo MS, a Rede Amamenta Brasil por meio da Portaria nº 2.799, com o objetivo de promover o aleitamento materno por meio de revisão e supervisão do processo de trabalho interdisciplinar nas unidades básicas de saúde, como uma estratégia baseada nos pressupostos da educação crítico-reflexiva. Em 2013, objetivando qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica para reforçar e incentivar a promoção do AM e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Amamenta Brasil passou a se chamar Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), após integração com a Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) que havia sido lançada em 2011(BRASIL, 2007, 2017a; VENANCIO *et al.*, 2016).

A partir da instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), em 2015, várias ações programáticas e estratégias para o desenvolvimento da criança em todas as etapas do ciclo de vida foram reunidas; dentre elas, encontram-se a Atenção Humanizada Método Canguru, EAAB, IHAC e Rede de BLH, somando-se às iniciativas e diretrizes das políticas públicas universais desenvolvidas pelo SUS para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, assistência e reabilitação à saúde, no sentido da defesa dos direitos à vida e à saúde da criança(BRASIL, 2015a; DAMASCENO *et al.*, 2016).

Para o estabelecimento de princípios e diretrizes para a criação de políticas públicas, programas, serviços e iniciativas voltados à promoção do desenvolvimento integral das crianças até 6 anos de idade, foi instituído pela Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016, o Marco Legal da Primeira Infância, que garante o direito das gestantes e famílias com crianças na primeira infância em receber orientação e formação sobre maternidade e paternidade responsáveis, AM e alimentação complementar saudável e permitiu a prorrogação da licença-paternidade por mais 15 dias além dos 5 previstos da Constituição para empregados de empresas cidadãs(BRASIL, 2016a, 2017a). O Programa Empresa Cidadã, instituído em 2008 pela Lei 11.770/2008 e

regulamentada pelo Decreto 7.052/2009, alterou a Lei 8.212/91, prorrogando por mais 60 dias a duração da licença-maternidade, que era de 120 dias, prevista no inciso XVIII do caput do art. 7º da Constituição Federal, mediante concessão de incentivo fiscal (BRASIL, [s.d.]).

Recentemente, o mês de agosto foi instituído como o Mês do Aleitamento Materno (agosto dourado), com a sanção da Lei nº 13.435, em 12 de abril de 2017, a fim de intensificar ações intersetoriais de conscientização e informação acerca da importância do AM por meio de ações educativas e mobilização social com divulgação em diversas mídias e com decoração de espaços com a cor dourada. Deste modo, se tem buscado o fortalecimento das ações que possam promover, proteger e incentivar a adesão da prática do AME no Brasil (BRASIL, 2017b).

3.5 Enfermagem e educação em saúde na promoção da autoeficácia materna para amamentar

Por ser um período de intensas mudanças fisiológicas, físicas e psicológicas na mulher, permeado por descobertas e aprendizados, a gestação se configura como um momento propício para que os profissionais da saúde invistam em estratégias de educação e cuidado em saúde, com a finalidade de promover o bem-estar da mulher e da criança, além da inclusão do pai e/ou parceiro e família na rotina de cuidados com a criança e de apoio à mãe (BRASIL, 2016b).

O MS recomenda que, os profissionais da saúde orientem as gestantes sobre o AM durante o pré-natal, realizando discussões sobre aspectos que possam prevenir situações que dificultem o início da amamentação, como posição e pega, fissuras mamilares e ingurgitamento mamário (BARBOSA *et al.*, 2017; BRASIL, 2013); no decurso desta abordagem, é possível identificar a segurança e a motivação da gestante para a amamentação, por meio do uso da BSES-SF (UCHOA *et al.*, 2016, 2017). A partir disto, é essencial para a promoção do AME, orientar as mulheres adequadamente quanto aos fatores relacionados à autoeficácia; para tanto, é necessário o empenho de uma equipe de saúde preparada para reconhecer as dificuldades das gestantes, de acordo com as condições socioeconômicas e culturais de cada família, para oferecer as informações e o apoio de que necessitam.

Desta forma, é oportuno que se faça a promoção do AME e o incentivo de familiares e cuidadores quanto à alimentação saudável da criança desde o pré-natal, reforçando a autoeficácia materna para amamentar, que pode melhorar os indicadores relacionados ao AME e alimentação complementar saudável da criança (BRASIL, 2016b; VASCONCELOS; LIRA; LIMA, 2006).

Embora os efeitos do AME a longo prazo sejam reconhecidos, a decisão de amamentar uma criança faz parte de um mecanismo complexo de inter-relações que varia de acordo com o contexto histórico e social no qual a mulher nutriz está inserida e que deve ser levado em conta durante a implementação de estratégias de promoção, proteção e apoio ao AME. Estratégias de promoção à autoeficácia materna para amamentar podem ser realizadas em contextos diversos com o envolvimento de todos os profissionais de saúde atuantes na Atenção Básica, seja no domicílio ou na unidade de saúde, em consultas, visitas ou atividades comunitárias, abarcando ações de educação em saúde, cuidado clínico da mãe e da criança e abordagem ampliada do contexto cultural, psicossocial e familiar (BRASIL, 2016b; CHAVES *et al.*, 2015; DODT *et al.*, 2015).

O enfermeiro que lida com os desafios da amamentação, deve ainda estar preparado para prestar assistência de forma eficaz e contextualizada com as vivências de cada mulher. Por meio da educação em saúde, lançar mão de interposições e estratégias que tenham como referencial a teoria da autoeficácia, pode proporcionar ao profissional de saúde melhor compreensão da percepção das mulheres acerca da expectativa para amamentar, bem como suas dificuldades, medos e inseguranças, além de contribuir no enfrentamento de problemas que interferem direta e indiretamente na prática do aleitamento materno exclusivo (FIALHO *et al.*, 2014).

Diversas intervenções educativas baseadas na autoeficácia para amamentar têm sido utilizadas pela enfermagem nas ações de incentivo à amamentação, dentre elas estão o uso de álbuns seriados, workshops e protocolos baseados na autoeficácia, empregados durante o pré-natal e puerpério, valendo-se de um dos principais pilares da autoeficácia, a persuasão verbal, para influenciar a adoção de hábitos de vida saudáveis como o AME (DODT *et al.*, 2015; PRIMO *et al.*, 2016; UCHOA *et al.*, 2017).

As intervenções educativas baseadas na Teoria da Autoeficácia na amamentação que utilizam a BSES-SF na identificação de mulheres com baixos níveis de autoeficácia para amamentar e maior susceptibilidade à interrupção precoce do AME, são importantes ferramentas de apoio, implementadas por enfermeiros na atenção às gestantes e nutrizas, que têm se mostrado eficazes no aumento nos níveis da autoeficácia para amamentar e índices de AME, e portanto, podem instrumentalizar os profissionais de saúde na elaboração de políticas, estratégias e ações de apoio, promoção e proteção ao AME (DODT *et al.*, 2015; NANISHI *et al.*, 2015; YI; YIM; CHOW, 2016).

4 MÉTODO

Neste estudo foram analisados dados secundários, provenientes da pesquisa "Efeitos de uma tecnologia educativa na autoeficácia para amamentar e na prática do aleitamento materno exclusivo"(JAVORSKI, 2014), desenvolvida com gestantes que realizaram pré-natal em Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário IV da cidade do Recife-PE.

4.1 Tipo de estudo

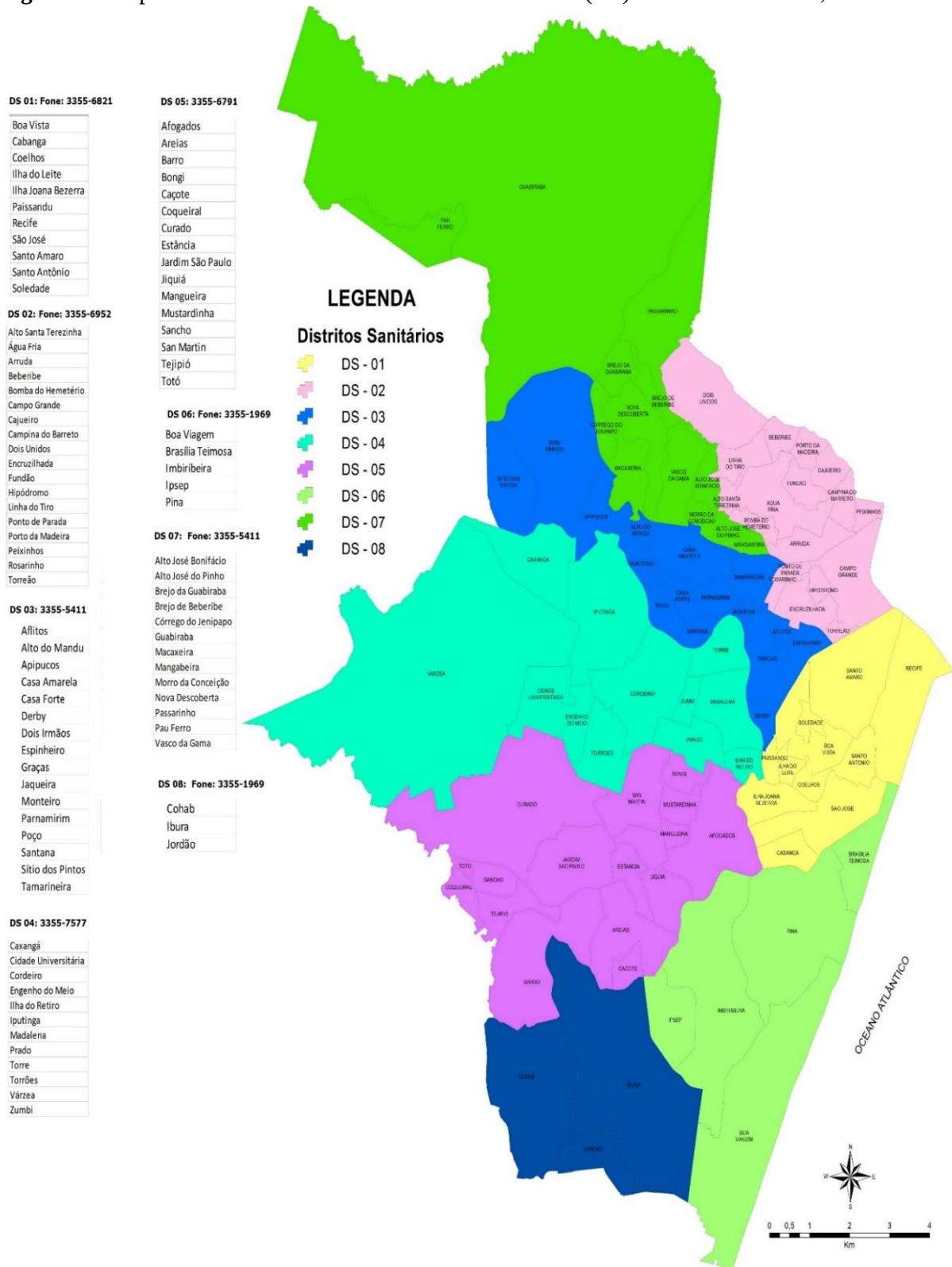
Estudo analítico, transversal que avaliou determinantes para a autoeficácia materna para amamentar e sua influência no aleitamento materno exclusivo em dados de quatro cortes seccionais: último trimestre de gestação, aos 15, 30 e 60 dias pós-parto. O estudo transversal é um método de pesquisa que visa a descrição de características da população e a identificação de grupos de risco. Por meio deste método é possível realizar a investigação de “causa” e “efeito” de maneira simultânea e averiguar a associação existente entre a exposição e a condição ou doença, reforçando a necessidade de conhecer suas principais características, benefícios e desvantagens(SITTA; ARAKAWA; CALDANA, 2010).

4.2 Local de estudo

Os dados foram coletados em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Sanitário (DS) IV na cidade do Recife-PE. O município do Recife, capital do Estado de Pernambuco, localizado na Zona da Mata, é o núcleo da Região Metropolitana, onde estão concentradas as principais atividades produtivas e de serviços do estado.

O território recifense divide-se em 94 bairros, subdivididos em oito Regiões Político Administrativas (RPA), que correspondem aos oito Distritos Sanitários no setor de saúde, criados para auxiliar na formulação, execução e avaliação permanente das políticas e do planejamento da gestão municipal, organizados de acordo com a proximidade de território (RECIFE, 2014). A divisão das Regiões Político-Administrativas (RPA) que correspondem aos oito Distritos Sanitários DS no setor de saúde da cidade do Recife está representada na Figura 1.

Figura 1 – Mapa da divisão territorial dos Distritos Sanitários (DS) da cidade do Recife, PE.



Fonte: Recife, 2014

O Recife conta com 251 equipes de Saúde da Família (eSFs), das quais 40 pertencem ao Distrito Sanitário IV e são responsáveis pela cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) que prestam atendimento a uma população de 278.947 mil habitantes em 20 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSs) organizadas nos 12 bairros que compõem o distrito (Cordeiro, Ilha do Retiro, Iputinga, Madalena, Prado, Torre, Zumbi, Engenho do meio, Torrões, Caxangá, Cidade Universitária e Várzea)(RECIFE, 2014).

Quadro 1 – Microrregiões do Distrito Sanitário IV, Recife, PE.

MICRORREGIÕES DO DISTRITO SANITÁRIO IV	BAIRROS	EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA
M 01	Cordeiro	Casarão do Cordeiro
	Ilha do Retiro	Santa Luzia I
		Santa Luzia II
	Iputinga	Santa Luzia III
		Caranguejo I
	Madalena	Caranguejo II
		Sítio do Cardoso
	Prado	Mangueira da Torre
M 02	Engenho do Meio	Skylab I
		Skylab II
		Abençoada por Deus
		Vila União
		Vila União Barbalho
		Vila União Santa Marta
		Vila União Ayrton Sena
M 03	Caxangá	Engenho do Meio I
		Engenho do Meio II
		Sítio das Palmeiras I
		Sítio das Palmeiras II
		Roda de Fogo Sinos
		Roda de Fogo Cosirof I
		Roda de Fogo Cosirof II
		Roda de Fogo Macaé
M 03	Cidade Universitária	Vietnã I
		Vietnã II
		Brasilit I
		Brasilit II
		Campo do Banco I
		Campo do Banco II
		Sítio Wanderley I
		Sítio Wanderley II
M 03	Várzea	Sítio Wanderley III
		Barreiras
		Jardim Teresópolis
		Jardim Teresópolis de cima
		Jardim Teresópolis de baixo
		Brega e Chique
		Rosa Selvagem I
		Rosa Selvagem II
M 03		Cosme e Damião

Fonte: Recife, 2014.

4.3 População e amostra

A população foi constituída por gestantes, no curso de último trimestre da gravidez, acompanhadas em consultas de pré-natal realizadas por enfermeiros de 29 eSF. Participaram do estudo, gestantes das UBSs: Caranguejo, Sítio do Cardoso, Skaylab, Vila União, Cosirof, Engenho do Meio, Sítio das Palmeiras, Roda de Fogo Macaé, Roda de Fogo Sinos, Barreiras, Brasilit, Sítio Wanderley, Amauri de Medeiros, Cosme e Damião e Rosa Selvagem, localizadas no Distrito Sanitário IV da cidade de Recife/PE

A amostra inicial foi constituída por 112 mulheres, no último trimestre de gestação, atendidas nas UBS no período de dezembro de 2012 a agosto de 2013 que constituíram a amostra do estudo de origem. Durante a análise do banco de dados constatou-se que para as variáveis autoeficácia e amamentação, aos 15 dias pós-parto, os dados não haviam sido informados para três participantes, as quais foram excluídas deste estudo, sendo a amostra final constituída por 109 mulheres.

4.4 Critérios de seleção de amostra

Foram incluídas gestantes no curso do terceiro trimestre da gravidez; maiores de 18 anos, independente da paridade, que tinham intenção de amamentar seus filhos, alfabetizadas e que possuíam telefone fixo ou celular. As mulheres com gestação múltipla e/ou com restrições clínicas para amamentar a exemplo das gestantes com HIV, citomegalovírus e/ou HTLV positivos foram excluídas.

A descontinuidade das participantes foi definida pelos seguintes critérios: mães de natimortos; falecimento da participante ou da criança durante o transcorrer do estudo; mães com recém-nascidos que apresentassem alguma alteração que impossibilitasse amamentação, como fenda palatina, atresia de esôfago, prematuro com idade gestacional menor que 32 semanas e recém-nascidos de muito baixo peso. Também foram caracterizados como critérios de descontinuidade os casos em que não foi possível o contato por telefone com as puérperas após, no mínimo 10 tentativas, cujas ligações foram identificadas como fora da área e/ou telefone desligado.

4.5 Variáveis

As variáveis dependentes e independentes foram categorizadas de acordo com definições adotadas pelo Ministério da Saúde do Brasil e pelo conceito de autoeficácia para amamentar (BRASIL, 2015b; DENNIS; FAUX, 1999).

4.5.1 Variáveis dependentes

a) Autoeficácia materna para amamentar mensurada no último trimestre de gestação, aos 15, 30 e 60 dias pós-parto: avaliada pela pontuação obtida por meio da aplicação da escala BSES-SF. Os itens da escala foram mensurados a partir das notas atribuídas pelas próprias mulheres, com cada questão variando entre 1 e 5 pontos, e o escore total variando entre 14 e 70 (DENNIS, 2003). Os escores de autoeficácia materna para amamentar foram categorizados como baixa e alta autoeficácia materna para amamentar, utilizando o escore menor ou igual a 50 como ponto de corte para baixa autoeficácia, que indica mulheres propensas a abandonarem a amamentação exclusiva precocemente e acima de 50 pontos para aquelas com maior chance de amamentar exclusivamente (NANISHI et al., 2015);

b) Tempo de aleitamento materno exclusivo aos 15, 30 e 60 dias pós-parto: mensurado em dias e definido como o padrão alimentar no qual a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano (LH) de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos (BRASIL, 2015b).

A análise do AME aos 15 dias de vida da criança ocorreu devido ao estabelecimento de problemas na amamentação durante este período; já a análise do AME até os 60 dias pós-parto justifica-se pela mediana de AME no Brasil estar em torno de 54 dias (BRASIL, 2009).

4.5.2 Variáveis independentes

a) Variáveis socioeconômicas:

- **Estado civil:** casada / união estável; solteira/ viúva/ separada;
- **Ocupação:** estudante; dona de casa; trabalho formal com carteira assinada;

- **Tempo fora do lar:** tempo transcorrido em horas que a mulher fica fora da casa, separada da criança, por causa do trabalho e do retorno à escola;
- **Escolaridade em anos:** ≤ 9 anos; > 9 anos;
- **Renda familiar em salários mínimos* (R\$ 622,00, em vigência em 2012), ano de coleta dos dados:** categorizada em < 2 ou ≥ 2 salários mínimos;
- **Recebe Bolsa família ou equivalente:** sim; não. Criado em 2003, o Programa Bolsa Família (PBF) é destinado às famílias em situação de pobreza extrema (com renda mensal de até R\$ 85,00 per capita) e às famílias em situação de pobreza (com renda mensal entre R\$ 85,01 e R\$ 170,00 por pessoa) com crianças ou jovens de até 17 anos, mulheres grávidas ou lactantes em sua composição. Os valores dos benefícios variam de R\$ 39,00 a R\$372 com o propósito principal de contribuir com a diminuição da pobreza extrema e a desigualdade no país, promovendo complemento mensal da renda desde que se cumpram condicionalidades específicas relacionados à saúde e educação (CAMPELLO; NERI, 2013).
- **Índice econômico:** foi criado por meio de um modelo adaptado (ISSLER; GIUGLIANI, 1997) e constituído pelos bens de consumo disponíveis no domicílio. Foi atribuído aos bens de consumo uma pontuação cuja soma estabeleceu um escore. Cada item recebeu a seguinte pontuação: rádio – 1 ponto, TV – 4 pontos, geladeira – 8 pontos, máquina de lavar roupa – 8 pontos, automóvel – 8 pontos, computador – 8 pontos. O escore proveniente da soma da pontuação dos itens indicou os seguintes escores: 15 ou mais pontos - escore = 4; 10 a 14 pontos - escore = 3; 4 a 9 pontos - escore = 2; 1 a 3 pontos - escore = 1. A distribuição desta variável apresentou escore de 2 a 4, sendo o índice categorizado em: escore 4 - pior situação, escore 3- situação intermediária e escore 2- melhor situação (ISSLER; GIUGLIANI, 1997).

b) Variáveis maternas

- **Idade materna (em anos):** categorizada em <20 ou ≥ 20 anos(BRASIL, 2009);
- **Paridade:** primípara; multípara;
- **Mamou quando criança:** sim; não /desconhece;
- **Experiência com amamentação (filhos anteriores):** sim; não;
- **Tempo de AME do filho anterior:** ≥ 180 dias; <180 dias;
- **Idade gestacional no início do estudo:** de 28 a 36 semanas; maior ou igual a 37 semanas;
- **Orientações sobre AM no pré-natal:** sim; não;
- **Participação em intervenção educativa individual baseada na Teoria da Autoeficácia para amamentar:** sim; não;

- **Kit mamadeira (ganhou/ comprou):** sim; não (kit infantil de mamadeiras, chupetas e chucas);
- **Amamentação na primeira hora de vida da criança:** sim; não;
- **Desejo de amamentar a criança:** sim; não;
- **Problema de saúde no pós-parto:** sim; não;
- **Orientações sobre amamentação na maternidade:** sim; não;
- **Dificuldade para amamentar na maternidade:** sim; não;
- **Ajuda com amamentação na maternidade:** sim; não;
- **Superação de dificuldade antes da alta:** sim; não;
- **Uso de leite artificial para alimentar a criança na maternidade:** sim; não;
- **Uso de mamadeira/chuquinha no hospital:** sim; não;
- **AME alta hospitalar:** sim; não;
- **Amamentação na primeira semana de vida da criança:** sim; não;
- **Dificuldade em amamentar na primeira semana de vida da criança:** sim; não;
- **Satisfação materna com a amamentação:** sim; não;
- **Retorno ao trabalho/escola após o parto:** sim; não;

c) Variáveis da criança

- **Permanência em incubadora/UTI após o parto:** sim; não;
- **Permanência em alojamento conjunto ao nascer:** sim; não;
- **Nascimento à termo (≥ 37 semanas):** sim; não;
- **Dificuldade para pegar na mama no dia da alta hospitalar:** sim; não;
- **Baixo peso ao nascer ($< 2.500g$):** sim; não;
- **Problema de saúde que dificulte a amamentação:** sim; não;
- **Uso de chupeta:** sim; não;
- **Uso de mamadeira:** sim; não;
- **Acompanhamento em consulta de puericultura:** sim; não;

4.6 Coleta dos dados

Os dados analisados nesse estudo foram provenientes de quatro formulários. O formulário I (Anexo A) contém informações sobre variáveis socioeconômicas e antecedentes obstétricos; o formulário II (Anexo B) contém variáveis maternas e da criança relacionadas à

história do parto, nascimento e puerpério; o formulário III (Anexo C) contém informações sobre a história de amamentação e alimentação da criança. O formulário IV (Anexo D) - *Breastfeeding Self-efficacy Scale - Short Form* / Escala de Autoeficácia na Amamentação – Forma Abreviada é uma escala do tipo *Likert* com 14 itens distribuídos nos domínios técnico e intrapessoal, cujo padrão de resposta varia de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente); assim os escores totais da escala podem variar de 14 a 70 pontos (DENNIS, Cindy-Lee, 2003). Os itens estão distribuídos de forma aleatória nas duas categorias de domínio: Técnica (08 itens) e Pensamentos Intrapessoais (06 itens) (DODT *et al.*, 2012). No primeiro domínio, a escala enfoca aspectos técnicos do aleitamento materno como: posição correta da criança na amamentação, conforto durante o ato de amamentar, reconhecimento de sinais de boa lactação, sucção do complexo areolomamilar. No segundo domínio, é levado em consideração o desejo de amamentar, motivação interna para a amamentação, satisfação com a experiência de amamentar, entre outros fatores (ORIÁ, *et al.*, 2009).

Para a coleta de dados foi estabelecido contato inicial com a coordenação da Atenção Básica do DS IV. A partir de então foram agendadas visitas às eSF de todas as UBS do referido distrito. No momento da visita os enfermeiros eram informados sobre os objetivos da pesquisa e as gestantes de cada eSF, que atendiam aos critérios de elegibilidade, eram selecionadas. O agendamento das gestantes que estivessem no curso do último trimestre de gestação, era realizado em torno de 15 dias após a visita inicial. No dia do atendimento pré-natal as mulheres elegíveis eram convidadas a participar do estudo antes da realização das consultas de rotina.

A coleta de dados de uma eSF era encerrada quando todas as gestantes selecionadas tivessem sido entrevistadas, então era dada continuidade à coleta de dados em nova eSF, e assim sucessivamente, até que o número amostral fosse atingido.

Após o recebimento de orientações quanto à finalidade do estudo e mediante a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), as mulheres que aceitaram participar do mesmo, eram entrevistadas, individualmente, em salas reservadas, onde eram aplicados os questionários do Formulário I (ANEXO A) e da BSES-SF (ANEXO D) antes da consulta de rotina no pré-natal e antes da aplicação da intervenção educativa.

Para mensurar a autoeficácia materna para amamentar, uma cópia da BSES-SF (ANEXO D) era entregue à gestante e, em seguida, era realizada a orientação sobre o significado dos seus escores, além disso, era dito que as próprias participantes atribuiriam um valor, que poderia variar de 1 a 5 para cada item da escala, de acordo com a sua própria percepção em relação aos itens da escala sobre a amamentação do futuro recém-nascido. Vale destacar que, para interpretação da escala, cada gestante era instruída a pôr os verbos indicativos

de ações na prática do aleitamento no futuro, uma vez que ela ainda iria vivenciar a experiência de amamentar. A todas as participantes foi declarado que não haveria respostas certas ou erradas e foi reforçado que sua avaliação, quanto aos itens da escala, deveria ser feita a partir de sua percepção sobre a amamentação do recém-nascido que estaria por vir.

Ao fim dos encontros, era esclarecido às gestantes que a continuidade do estudo seria feita mediante contatos telefônicos realizados, posteriormente, na 2ª, 4ª e 8ª semanas pós-parto, por um auxiliar de pesquisa devidamente capacitado, e que as mulheres deveriam responder novamente à BSES-SF e a dois formulários sobre as condições do parto, nascimento e dieta da criança (ANEXO D, B e C). Os horários para os posteriores contatos por telefone eram estabelecidos pelas próprias participantes e registrados pela equipe de pesquisa.

Com o objetivo de diminuir o viés de memória e facilitar o entendimento dos itens por parte das participantes do estudo durante o contato telefônico, foi entregue às gestantes uma cópia da BSES-SF, sem os registros dos escores obtidos na primeira avaliação e contendo apenas a legenda principal, sem a numeração dos escores dos 14 itens (ANEXO D); a partir disto, as mulheres foram orientadas sobre o uso da BSES-SF durante as entrevistas por telefone, ressaltando-se que não deveriam fazer anotações na escala.

Após o nascimento da criança, a BSES-SF (ANEXO D) foi reaplicada com o objetivo de mensurar os escores de autoeficácia para amamentar com 15, 30 e 60 dias pós-parto, além disso, foram utilizados dois formulários (ANEXO B; ANEXO C), para obter informações sobre as condições do parto e nascimento e da situação do aleitamento materno; as entrevistas. Nesta etapa da pesquisa, as entrevistas foram realizadas por telefone.

4.7 Análise dos dados

O banco de dados foi digitado com dupla entrada e validado no programa Epi Info versão 6.0 e exportado para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos) versão 21.0 para a análise estatística.

Foi realizada a análise descritiva, para caracterização da amostra, com as variáveis idade, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar, índice socioeconômico, bolsa família e paridade; calculando-se o mínimo, máximo, média, e desvio padrão das variáveis contínuas e frequências percentuais e absolutas das variáveis categóricas.

Para avaliar o comportamento da autoeficácia materna para amamentar e do AME nos diversos momentos do estudo foram calculados os riscos relativos com seus respectivos intervalos de confiança (95%); a prevalência da baixa e alta autoeficácia materna para

amamentar no último trimestre gestacional e nos 15, 30 e 60 dias pós-parto; e a prevalência do AME nos 15, 30 e 60 dias pós-parto. A associação da autoeficácia materna para amamentar e o aleitamento materno exclusivo aos 15, 30 e 60 dias pós-parto foi avaliada a partir do cálculo dos riscos relativos e seus respectivos intervalos de confiança (95%).

A análise bivariada possibilitou averiguar a relação entre as variáveis independentes (socioeconômicas, maternas e intercorrências no processo de lactação) e a autoeficácia materna para amamentar no último trimestre da gestação e aos 15, 30 e 60 dias pós-parto, determinada pela pontuação obtida através da aplicação da escala BSES-SF (baixa autoeficácia - escore total menor ou igual a 50 pontos e alta autoeficácia - escore total maior que 50 pontos)(NANISHI *et al.*, 2015). O teste Quiquadrado de Pearson foi aplicado para independência de variáveis qualitativas. Quando os valores esperados foram menores que 20%, foi utilizado o Teste Exato de Fisher. Todas as variáveis que apresentaram o valor de $p < 0,20$ na análise bivariada foram selecionadas para a análise multivariada.

A análise multivariada ocorreu a partir da utilização de um hipotético esquema adaptado de um modelo teórico causal hierarquizado denominado “Modelo Hierárquico de determinação do aleitamento materno exclusivo”(MONTE, 2012). O modelo utilizado neste estudo foi construído com base nos fatores associados ao AME presentes em estudos realizados no Brasil (CAMINHA; BATISTA FILHO; SERVA; *et al.*, 2010; CAVALCANTI *et al.*, 2015) e no modelo original proposto por Albernaz e Victora(ALBERNAZ; VICTORA, 2001) denominado “Modelo Hierárquico de determinação do aleitamento materno exclusivo” estruturado em quatro níveis (Figura 2).

Para o modelo de regressão múltipla hierárquica dos fatores associados à autoeficácia materna para amamentar no terceiro trimestre de gestação, não foi incluída variável “participação em intervenção educativa individual”, pois esta variável se deu após a primeira aplicação da BSES-SF; também não foram incluídas neste modelo, as variáveis do segundo nível relacionadas as intercorrências na lactação, nem as variáveis do terceiro nível, pois estas não estão relacionadas ao período gestacional.

A regressão de Poisson com variância robusta foi adotada para investigar os fatores associados à autoeficácia materna para amamentar no terceiro trimestre gestacional e aos 15, 30 e 60 dias pós-parto; para tanto, utilizou-se o método *backward*. Foram analisadas em conjunto, as variáveis do primeiro nível hierárquico, sendo excluídas, sucessivamente, variáveis com significância maior ou igual a 20%. Posteriormente, foram adicionadas ao modelo todas as variáveis do segundo nível hierárquico, repetindo-se o procedimento de exclusão progressiva das variáveis deste nível com valor de $p \geq 0,20$. Desse modo, foram analisados todos os níveis

hierárquicos dos quatro modelos. As razões de prevalência ajustadas e respectivos intervalos de 95% de confiança de cada variável foram obtidas por meio da realização do Teste de *Wald*. Para controle de possíveis fatores de confusão, foram mantidas nos modelos as variáveis com $p < 0,20$ em cada nível hierárquico. Foram consideradas significantes nos modelos finais as variáveis com o valor de $p < 0,05$.

Figura 2 - Modelo Hierárquico de determinação do aleitamento materno exclusivo, de acordo com fatores socioeconômicos, maternos, intercorrências no processo de lactação e autoeficácia para amamentar. Recife-PE, 2018.



Fonte: Autoras, baseado no modelo adaptado por Monte (MONTE, 2012) e proposto por Albernaz e Victora (ALBERNAZ; VICTORA, 2001; MONTE, 2012). Recife-PE, 2018.

4.8 Aspectos éticos

Para a execução deste estudo, foram cumpridas todas as exigências estabelecidas pela Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata sobre os aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE), sob o número de parecer 2.449.826 (ANEXO D).

5 RESULTADOS

A análise descritiva das mulheres participantes do estudo evidenciou que a idade destas variou entre 18 e 43 anos ($M = 25,34$; $DP = \pm 6,4$); com estado civil predominante de casadas ou em uniões consensuais (85,3%), escolaridade com 9 anos de estudo ou menos (52,3%), e sem ocupação formal (64,2 %). A renda familiar predominante foi menor que dois salários mínimos (60,6%) com valor vigente na época da coleta; predominaram ainda, mulheres que apresentaram índice socioeconômico na melhor situação (66,1%), que não recebiam auxílio do Programa Bolsa Família ou equivalente (70,6%) e que eram primíparas (51,4%).

Tabela 1- Características das mulheres atendidas nas UBS do DSIV. Recife, Pernambuco – 2018.

Características maternas	n	%
Idade		
<20	29	26,6
≥ 20 anos	80	73,4
Estado civil		
Casada/ união consensual	16	14,7
Solteira /viúva/ separada	93	85,3
Escolaridade		
≤ 9 anos de estudo	57	52,3
> 9 anos de estudo	52	47,7
*Ocupação		
Estudante	9	8,3
Dona de casa	70	64,2
Trabalho formal/ carteira assinada	28	25,7
Renda familiar em salários mínimos		
< 2 salários mínimos	65	59,6
≥ 2 salários mínimos	44	40,4
Índice econômico		
Pior situação	9	8,3
Situação intermediária	28	25,7
Melhor situação	72	66,1
Recebe Bolsa Família ou equivalente		
Sim	77	70,6
Não	32	29,4
Paridade		
Primípara	56	51,4
Múltipara	53	48,6

A Tabela 2 apresenta a classificação da autoeficácia em baixa autoeficácia e alta autoeficácia a partir da pontuação da BSES-SF aplicada em 109 mulheres em quatro momentos distintos, durante último trimestre gestacional e aos 15, 30 e 60 dias após o parto. O 15º dia foi o momento pós-parto que apresentou maior risco relativo ($RR=1,68$) para a alta autoeficácia materna para amamentar, quando comparado ao último trimestre de gestação.

No primeiro momento da aplicação da BSES-SF, 54,1% das mulheres apresentou escore maior que 50 pontos, indicando alta autoeficácia materna para amamentar, em seguida, houve aumento da prevalência de alta autoeficácia para 90,8% aos 15 dias pós-parto. Aos 30 dias pós-parto, o percentual de mulheres com alta autoeficácia passa a declinar para 89% e, por fim, decai para 77,1% na avaliação realizada aos 60 dias pós-parto. O 15º dia foi o momento pós-parto que apresentou maior risco relativo (RR=1,68) para a alta autoeficácia materna para amamentar, quando comparado ao último trimestre de gestação.

Tabela 2 – Classificação da autoeficácia a partir dos escores da BSES-SF no último trimestre de gestação e no período pós-parto em mulheres atendidas nas UBS do DSIV. Recife, Pernambuco – 2018.

Classificação dos escores da BSES-SF	Último trimestre n (%)	15 dias PP n (%)	30 dias PP n (%)	60 dias PP n (%)	p-valor	RR 15 dias / último trimestre	RR 30 dias / último trimestre	RR 60 dias / último trimestre
Baixa autoeficácia Pontuação ≤ 50	50 (45,9%)	10 (9,2%)	12 (11%)	25 (22,9%)	<0,001	1,68 IC(1,40–2,01)	1,64 IC(1,37–1,98)	1,42 IC(1,16–1,74)
Alta autoeficácia Pontuação > 50	59 (54,1%)	99 (90,8%)	97 (89%)	84 (77,1%)				
Total	109 (100%)	109 (100%)	109 (100%)	109 (100%)				

PP = Pós-parto; RR= Risco Relativo; IC= Intervalo de confiança

A análise das frequências de aleitamento materno exclusivo das nutrizes aos 15, 30 e 60 dias pós-parto evidenciou que 88,1% das mulheres estavam amamentando exclusivamente durante a segunda semana de vida das crianças. Esse número declinou para 72,5% ao fim do primeiro mês após pós-parto, e continuou a diminuir para 58,7% aos 60 dias, apresentando diferença estatisticamente significativa entre as prevalências ($p < 0,001$), evidenciando o declínio da amamentação exclusiva ao longo do tempo (Tabela 3). O 15º dia foi o momento pós-parto que apresentou maior risco relativo (RR=1,50) para o AME, em relação aos 30 e 60 dias pós-parto.

Tabela 3 – Aleitamento materno exclusivo aos 15, 30 e 60 dias após o parto em mulheres atendidas nas UBS do DSIV. Recife, Pernambuco – 2018.

AME	Período pós-parto			p-valor	RR 15/ 30 d	IC (95%)	RR 15/ 60 d	IC (95%)	RR 30/ 60 d	IC (95%)
	15 dias n (%)	30 dias n (%)	60 dias n (%)							
Sim	96 (88,1%)	79 (72,5%)	64 (58,7%)							
Não	13 (11,9%)	30 (27,5%)	45 (41,3%)	<0,001	1,22	1,06—1,39	1,50	1,26—1,78	1,23	1,02—1,50
Total	109 (100%)	109 (100%)	109 (100%)							

D= dias; RR= Risco Relativo; IC= Intervalo de confiança

A associação das frequências de AME aos 15, 30 e 60 dias pós-parto com a classificação de autoeficácia materna para amamentar indicou que aos 15 dias pós-parto, das mulheres que apresentavam baixa autoeficácia, 60% estava amamentando exclusivamente e das mulheres com alta autoeficácia, 90,9% estava em AME. Aos 30 dias após o parto, apenas 2% das mulheres com baixa autoeficácia materna para amamentar estava amamentando exclusivamente; enquanto 79,4% das mulheres com alta autoeficácia amamentava exclusivamente. Aos 60 dias pós-parto, nenhuma mulher com baixa autoeficácia para amamentar estava em AME; no mesmo período, 76,2% das mulheres com alta autoeficácia ainda amamentava exclusivamente suas crianças. Houve diferença estatística significativa em todos os momentos de avaliação do AME com maior proporção de AME entre as mulheres com alta autoeficácia materna para amamentar. O 30º dia foi o momento pós-parto que apresentou maior risco relativo (RR=4,78) para o AME, quando comparado aos 15 dias pós-parto (Tabela 4).

Tabela 4- Aleitamento Materno Exclusivo aos 15, 30 e 60 dias, segundo a classificação da autoeficácia aos 15, 30 e 60 dias em mulheres atendidas nas UBS do DSIV. Recife, Pernambuco – 2018.

Classificação de autoeficácia para amamentar	Aleitamento materno exclusivo			p-valor	RR	IC (95%)
	Sim n (%)	Não n (%)	Total n (%)			
15 dias pós-parto						
Baixa autoeficácia	6 (60,0%)	4 (40,0%)	10 (100,0%)	0,018 ¹	1,00	0,91– 2,52
Alta autoeficácia	90 (90,9%)	9 (9,1%)	99 (100,0%)		1,52	
30 dias pós-parto						
Baixa autoeficácia	2 (16,7%)	10 (83,3%)	12 (100,0%)	0,000 ¹	1,00	1,34 – 16,95
Alta autoeficácia	77 (79,4%)	20 (20,6%)	97 (100,0%)		4,78	
*60 dias pós-parto						
Baixa autoeficácia	0 (0,0%)	25 (100,0%)	25 (100,0%)	0,000 ¹	–	–
Alta autoeficácia	64 (76,2%)	20 (23,8%)	84 (100,0%)			

¹p-valor do teste Exato de Fisher; *Não foi possível calcular o RR e IC aos 60 dias devido ao número de uma das caselas ter valor zero.

A comparação dos escores da BSES-SF no pré-natal e aos 15, 30 e 60 dias após o parto com as variáveis socioeconômicas evidenciou que, no último trimestre gestacional, houve significância estatística da variável bolsa família. As variáveis selecionadas para a análise multivariada ($p < 0,20$) foram: tempo fora do lar e bolsa família.

No 15º dia puerperal, a variável socioeconômica estatisticamente significativa foi a escolaridade em anos; das mulheres que tinham escolaridade menor ou igual a 9 anos, 84,2% apresentou alta autoeficácia e das mulheres com mais de 9 anos de estudo, 98,1% apresentou alta autoeficácia. Foram selecionadas para a análise multivariada ($p < 0,20$) as variáveis: estado civil e escolaridade em anos. Aos 30 dias pós-parto, nenhuma variável foi estatisticamente significativa, porém seguiram para a análise multivariada ($p < 0,20$) as variáveis socioeconômicas: bolsa família e índice econômico. Aos 60 dias pós-parto, apenas a variável bolsa família foi estatisticamente significativa na associação com a autoeficácia materna para amamentar, 93,8% das mulheres que recebiam o benefício apresentavam alta autoeficácia, e daquelas que não recebiam, 89,6% apresentou alta autoeficácia; apenas esta variável seguiu para a análise multivariada (Tabela 5).

Tabela 5 - Autoeficácia materna para amamentar segundo variáveis socioeconômicas no último trimestre gestacional e aos 15, 30 e 60 dias após o parto em mulheres atendidas nas UBS do DSIV. Recife, Pernambuco – 2018.

Variáveis Socioeconômicas	Último trimestre de gestação		15 dias pós-parto		30 dias pós-parto		60 dias pós-parto	
	Baixa autoeficácia n (%)	Alta autoeficácia n (%)	Baixa autoeficácia n (%)	Alta autoeficácia n (%)	Baixa autoeficácia n (%)	Alta autoeficácia n (%)	Baixa autoeficácia n (%)	Alta autoeficácia n (%)
Estado civil								
Solteira/ Separada	7 (43,8%)	9(56,3%)	3 (18,8%)	13(81,3%)	3 (18,8%)	13(81,3%)	5 (31,3%)	11(68,8%)
Casada/ União estável	43(46,2%)	50(53,8%)	7 (7,5%)	86(92,5%)	9 (9,7%)	84(90,3%)	20(21,5%)	73(78,5%)
p-valor	0,854¹		0,163²		0,379²		0,519²	
*Ocupação								
Estudante	6(66,7%)	3(33,3%)	2 (22,2%)	7 (77,8%)	2(22,2%)	7(77,8%)	3(33,3%)	6(66,7%)
Dona de casa	30(42,9%)	40(57,1%)	7 (10%)	63 (90%)	7(10%)	63(90%)	16(22,9%)	54(77,1%)
Trabalho formal/ carteira assinada	14(50,0%)	14(50,0%)	1 (93,6)	27(96,4%)	3(10,7%)	25(89,3%)	6(21,4%)	22(78,6%)
p-valor	0,419²		0,210²		0,485²		0,753¹	
*Tempo fora do lar								
< 3h	28(40,6%)	41(59,4%)	7(10,1%)	62(89,9%)	7(10,1%)	62(89,9%)	16(23,2%)	53(76,8%)
≥ 3h	21(53,8%)	18(46,2%)	3(7,7%)	36(92,3%)	5(12,8%)	34(87,2%)	9(23,1%)	30(76,9%)
p-valor	0,183¹		1,000²		0,753²		0,989¹	
Escolaridade em anos:								
≤ 9 anos	25(43,9%)	32(56,1%)	9(15,8%)	48(84,2%)	8(14%)	49(86%)	15(26,3%)	42(73,7%)
> 9 anos	25(48,1%)	27(51,9%)	1(1,9%)	51(98,1%)	4(7,7%)	48(92,3%)	10(19,2%)	42(80,8%)
p-valor	0,659¹		0,017²		0,291¹		0,380¹	
Renda familiar em salários mínimos								
< 2 salários mínimos	32(49,2%)	33(50,8%)	9 (13,8%)	56(86,2%)	10 (15,4%)	55(84,6%)	19 (29,2%)	46 (70,8%)
≥ 2 salários mínimos	18(40,9%)	26(59,1%)	1 (2,3%)	43(97,7%)	2 (4,5%)	42(95,5%)	6 (13,6%)	38 (86,4%)
p-valor	0,623²		1,000²		1,000²		1,000²	

Continua

Variáveis Socioeconômicas	Último trimestre de gestação		15 dias pós-parto		30 dias pós-parto		60 dias pós-parto	
	Baixa autoeficácia n (%)	Alta autoeficácia n (%)	Baixa autoeficácia n (%)	Alta autoeficácia n (%)	Baixa autoeficácia n (%)	Alta autoeficácia n (%)	Baixa autoeficácia n (%)	Alta autoeficácia n (%)
Bolsa Família								
Sim	8 (25%)	24(75%)	2(6,3%)	30(93,8%)	1(3,1%)	31(96,9%)	3(9,4%)	29(90,6%)
Não	42(54,5%)	35(45,5%)	8(10,4%)	69(89,6%)	11(14,3%)	66(85,7%)	22(28,6%)	55(71,4%)
<i>p-valor</i>	0,005¹		0,720²		0,106²		0,030¹	
Índice econômico								
Pior situação	3(33,3%)	6(66,7%)	2(22,2%)	7(77,8%)	2(22,2%)	7(77,8%)	3(33,3%)	6(66,7%)
Situação intermediária	10(35,7%)	18(64,3%)	1(3,6%)	27(96,4%)	1(3,6%)	27(96,4%)	9(32,1%)	19(67,9%)
Melhor situação	37(51,4%)	35(48,6%)	7(9,7%)	65(90,3%)	9(12,5%)	63(87,5%)	13(18,1%)	59(81,9%)
<i>p-valor</i>	0,283²		0,204²		0,199²		0,239¹	

p-valor do teste Qui-quadrado de Pearson; ²p-valor do teste Exato de Fisher.

A associação das variáveis maternas com a classificação dos escores de autoeficácia no último trimestre gestacional e aos 15, 30 e 60 pós-parto evidenciou que as variáveis que obtiveram associação estatisticamente significativa no último trimestre de gestação foram: paridade, experiência anterior com amamentação, tempo de AME do filho anterior e kit mamadeira; além destas, também seguiu para a análise bivariada a variável orientação sobre AM no pré-natal.

As variáveis maternas estatisticamente significantes aos 15 dias pós-parto foram: orientação sobre AM no pré-natal, participação em intervenção educativa, dificuldade para amamentar na maternidade, superação de dificuldades para amamentar antes da alta, uso de chupeta na maternidade, dificuldade para amamentar na primeira semana, satisfação com a amamentação. Além destas variáveis, foram selecionadas para a análise multivariada as variáveis ($p < 0,20$) idade materna em anos, paridade e experiência anterior com amamentação.

Aos 30 dias pós-parto, apresentaram significância estatística as seguintes variáveis: paridade, experiência com amamentação, participação em intervenção educativa, superação de dificuldades para amamentar antes da alta, e satisfação com a amamentação. Além destas, seguiram para a análise multivariada as variáveis maternas: tempo de AME do filho anterior, dificuldade para amamentar na maternidade, uso de chupeta na maternidade, dificuldade em amamentar na primeira semana.

Aos 60 dias, as variáveis estatisticamente significantes foram: idade materna em anos, paridade, experiência anterior com amamentação, tempo de AME do filho anterior, participação em intervenção educativa, dificuldade para amamentar na maternidade, superação de dificuldades para amamentar antes da alta, uso de chupeta na maternidade, dificuldade em amamentar 1ª semana e satisfação com a amamentação; ademais, foram incluídas na análise multivariada as variáveis orientação sobre AM no pré-natal e kit mamadeira ($p < 0,20$) (Tabela 6).

Tabela 6 - Autoeficácia materna para amamentar segundo as variáveis maternas no último trimestre gestacional e aos 15, 30 e 60 dias após o parto em mulheres atendidas nas UBS do DSIV. Recife, Pernambuco – 2018.

Variáveis maternas	Último trimestre de gestação		15 dias pós-parto		30 dias pós-parto		60 dias pós-parto	
	Baixa Autoeficácia n (%)	Alta Autoeficácia n (%)	Baixa autoeficácia n (%)	Alta autoeficácia n (%)	Baixa autoeficácia n (%)	Alta autoeficácia n (%)	Baixa autoeficácia n (%)	Alta autoeficácia n (%)
Idade materna em anos								
< 20	16(55,2%)	13(44,8%)	5(17,2%)	24(82,8%)	5(17,2%)	24(82,8%)	11(37,9%)	18(62,1%)
≥ 20	34(42,5%)	46(57,5%)	5(6,3%)	75(93,8%)	7(8,8%)	73(91,3%)	14(17,5%)	66(82,5%)
p-valor	0,241¹		0,127²		0,297²		0,025¹	
Paridade								
Primípara	38(67,9%)	18(32,1%)	8(14,3%)	48(85,7%)	10(17,9%)	46(82,1%)	20(35,8%)	36(64,3%)
Múltipara	12(22,6%)	41(77,4%)	2(3,8%)	51(96,2%)	2(3,8%)	51(96,2%)	5(9,4%)	48(90,6%)
p-valor	0,000¹		0,094²		0,019¹		0,001¹	
*AM quando criança								
Sim	33 (44%)	42 (56%)	6(8%)	69(92%)	8(10,7%)	67(89,3%)	18(24%)	57(76%)
Não/ não sabe	15(46,9%)	17(53,1%)	4(12,5%)	28(87,5%)	4(12,5%)	28(87,5%)	7(21,9%)	25(78,1%)
p-valor	0,784¹		0,482²		0,749²		0,812¹	
Experiência anterior com amamentação								
sim	38(69,1%)	17(30,9%)	8(14,5%)	47(85,5%)	10(18,2%)	45(81,2%)	20(36,4%)	35(63,6%)
não	12(22,2%)	42(77,8%)	2(3,7%)	52(96,3%)	2(3,7%)	52(96,3%)	5(9,3%)	49(90,7%)
p-valor	0,000¹		0,093²		0,016¹		0,001¹	
*Tempo de AME do filho anterior								
<180 dias	46(55,4%)	37(44,6%)	9(%)	74(89,2%)	11(13,23%)	72(86,7%)	23(27,7%)	60(72,3%)
≥180 dias	2(8,3%)	22(91,7%)	0(0,0%)	24(100%)	0(0,0%)	24(100%)	0(0,0%)	24(100%)
p-valor	0,000¹		0,203²		0,119²		0,004²	

Continua

Continuação

Variáveis maternas	Último trimestre de gestação		15 dias pós-parto		30 dias pós-parto		60 dias pós-parto	
	Baixa Autoeficácia n (%)	Alta Autoeficácia n (%)	Baixa autoeficácia n (%)	Alta autoeficácia n (%)	Baixa autoeficácia n (%)	Alta autoeficácia n (%)	Baixa autoeficácia n (%)	Alta autoeficácia n (%)
Idade gestacional no início do estudo								
<37 semanas	36(44,4%)	45(55,6%)	7(8,6%)	74(91,4%)	10(12,3%)	71(87,7%)	18(22,2%)	63(77,8%)
≥37 semanas	14(50%)	14(50%)	3(10,7%)	25(89,3%)	2(7,1%)	26(92,9%)	7(25%)	21(75%)
p-valor	0,611¹		0,715²		0,727²		0,763¹	
*Orientação sobre AM no pré-natal								
Sim	16(37,2%)	27(62,8%)	1(2,3%)	42(97,7%)	3(7,0%)	40(93%)	6(14%)	37(86%)
não	33(50,8%)	32(49,2%)	9(13,8%)	56(86,2%)	9(13,8%)	56(86,2%)	19(29,2%)	46(70,8%)
p-valor	0,166¹		0,049²		0,356²		0,065¹	
Kit mamadeira								
Sim	31(59,6%)	21(40,4%)	4(7,7%)	48(92,3%)	7(13,5%)	45(86,5%)	15(28,8%)	37(71,2%)
não	19(33,3%)	38(66,7%)	6(10,5%)	51(89,5%)	5(8,8%)	52(91,2%)	10(17,5%)	47(82,5%)
p-valor	0,006¹		0,745²		0,435¹		0,161¹	
Participação em intervenção educativa								
Não	-	-	0(0,0%)	56(100%)	2(3,6%)	54(96,4%)	3(5,4%)	53(94,6%)
Sim	-	-	10(%)	43(81,1%)	10(18,9%)	43(81,1%)	22(41,5%)	31(58,5%)
p-valor	-		0,000²		0,011¹		0,000¹	
*Amamentação nos primeiros 30 minutos pós-parto								
Sim	-	-	2(22,2%)	7(77,8%)	1(11,1%)	8(88,9%)	2(22,2%)	7(77,8%)
Não	-	-	8(8,2%)	90(91,8%)	11(11,2%)	87(88,8%)	23(23,5%)	75(76,5%)
p-valor	-		0,198²		1,000²		1,000²	

Continua

Continuação

Variáveis maternas	Último trimestre de gestação		15 dias pós-parto		30 dias pós-parto		60 dias pós-parto	
	Baixa Autoeficácia	Alta Autoeficácia	Baixa autoeficácia	Alta autoeficácia	Baixa autoeficácia	Alta autoeficácia	Baixa autoeficácia	Alta autoeficácia
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
*Problema de saúde no pós-parto								
Sim	-	-	2(11,8%)	15(88,2%)	3(17,6%)	14(82,4%)	4(23,5%)	13(76,5%)
Não	-	-	8(8,9%)	82(91,1%)	9(10%)	81(90%)	21(23,3%)	69(76,7%)
p-valor	-		0,658²		0,401²		1,000²	
*Orientações sobre amamentação na maternidade								
Sim	31 (47,7%)	34 (52,3%)	6 (9,2%)	59 (90,8%)	8 (12,3%)	57 (87,7%)	16 (24,6%)	49 (75,4%)
Não	19 (45,2%)	23(54,8%)	4 (9,5%)	38 (90,5%)	4 (9,5%)	38 (90,5%)	9 (21,4%)	33 (78,6%)
p-valor	0,804¹		1,000²		0,761²		0,704¹	
*Dificuldade para amamentar na maternidade								
Sim	-	-	9(18%)	41(82%)	8(16%)	42(84%)	17(34%)	33(66%)
Não	-	-	1(1,8%)	56(98,2%)	4(7,0%)	53(93%)	8(14%)	49(86%)
p-valor	-		0,006²		0,142¹		0,015¹	
*Ajuda com amamentação na maternidade								
Sim	-	-	5(17,9%)	23(82,1%)	4(14,3%)	24(85,7%)	8(28,6%)	20(71,4%)
Não	-	-	4(18,2%)	18(81,8%)	4(18,2%)	18(18,8%)	9(40,9%)	13(59,1%)
p-valor	-		1,000²		0,718²		0,361¹	
Superou dificuldades p/ amamentar antes da alta								
Não teve dificuldade	-	-	1(1,7%)	58(29,3%)	4(6,8%)	55(93,2%)	8(13,6%)	51(86,4%)
Sim	-	-	2(7,7%)	24(92,3%)	1(3,8%)	25(96,2%)	5(19,2%)	21(80,8%)
Não	-	-	7(29,2%)	17(70,8%)	7(29,2%)	17(70,8%)	12(50,0%)	12(50%)
p-valor	-		0,001¹		0,009²		0,001¹	

Continua

continuação

Variáveis maternas	Último trimestre de gestação		15 dias pós-parto		30 dias pós-parto		60 dias pós-parto	
	Baixa	Alta	Baixa	Alta	Baixa	Alta	Baixa	Alta
	Autoeficácia n (%)	Autoeficácia n (%)	autoeficácia n (%)	autoeficácia n (%)	autoeficácia n (%)	autoeficácia n (%)	autoeficácia n (%)	autoeficácia n (%)
*Uso de leite artificial na maternidade								
Sim	-	-	4(18,2%)	18(81,8%)	4(18,2%)	18(81,8%)	7(31,8%)	15(68,2%)
Não	-	-	6(7,1%)	79(92,9%)	8(9,4%)	77(90,6%)	18(21,2%)	67(78,8%)
p-valor		-	0,210 ²		0,263 ²		0,293 ¹	
*AME na alta hospitalar								
Ame	-	-	10 (9,5%)	95(90,5%)	12(11,4%)	93(88,6%)	24(22,9%)	81(77,1%)
Outro	-	-	0(0,0%)	1(100%)	0(0,0%)	1(100%)	1(100%)	0(0,0%)
p-valor		-	1,000 ²		1,000 ²		0,236 ²	
*Uso de mamadeira ou chuquinha no hospital								
Sim	-	-	1(25%)	3(75%)	1(25%)	3(75%)	2(50%)	2(50%)
Não	-	-	9(8,7%)	94(91,3%)	11(10,7%)	92(89,3%)	23(22,3%)	80(77,7%)
p-valor		-	0,329 ²		0,383 ²		0,232 ²	
Uso de chupeta na maternidade								
Sim	-	-	2(50%)	2(50%)	2(50%)	2(50%)	3(75%)	1(25%)
Não	-	-	8(7,8%)	95(92,2%)	10(9,7%)	93(90,3%)	22(21,4%)	81(78,6%)
p-valor		-	0,043 ²		0,061 ²		0,039 ²	

Continua

Continuação

Variáveis maternas	Último trimestre de gestação		15 dias pós-parto		30 dias pós-parto		60 dias pós-parto	
	Baixa	Alta	Baixa	Alta	Baixa	Alta	Baixa	Alta
	Autoeficácia n (%)	Autoeficácia n (%)	autoeficácia n (%)	autoeficácia n (%)	autoeficácia n (%)	autoeficácia n (%)	autoeficácia n (%)	autoeficácia n (%)
*Amamentação na primeira sem de vida da criança								
Sim	-	-	10(9,6%)	94(90,4%)	12(11,5%)	92(88,5%)	24(23,1%)	80(76,9%)
Não	-	-	0(0,0%)	4 (100%)	0(0,0%)	4(100%)	0(0,0%)	4(100%)
p-valor		-	1,000 ²		1,000 ²		0,573 ²	
*Dificuldade em amamentar na primeira semana								
Sim	-	-	9(15,3%)	50(84,7%)	9(15,3%)	50(84,7%)	19(32,2%)	40(67,8%)
Não	-	-	1(2%)	48(98%)	3(6,1%)	46(93,9%)	5(10,2%)	44(89,8%)
p-valor		-	0,021 ²		0,133 ¹		0,006 ¹	
*Satisfação com a amamentação								
Sim	-	-	8(7,8%)	95(92,2%)	5(5,2%)	92(94,8%)	9(10,3%)	78(89,7%)
Não	-	-	2(50,0%)	2(50,0%)	6(66,7%)	3(33,3%)	11(84,6%)	2(15,2%)
p-valor		-	0,043 ²		0,000 ²		0,000 ²	
Retorno ao trabalho/escola após o parto								
Não trabalha	-	-	7 (10,8%)	58 (89,2%)	7(10,6%)	59(89,4%)	16(24,2%)	50(75,8%)
Sim	-	-	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2(100,0%)
Não	-	-	3 (6,8%)	41 (93,2%)	5(11,6%)	38(88,4%)	9(22,0%)	32(78,0%)
p-valor		-	0,737 ²		1.000 ²		0,893 ²	
Desejo de amamentar a criança								
Sim	50(45,9%)	59(54,1%)	10(9,2%)	99(90,8%)	12(11%)	97(98%)	25(22,9%)	84(77,1%)
Não	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
p-valor		. ^a		. ^a		. ^a		. ^a

¹p-valor do teste Qui-quadrado de Pearson; ²p-valor do teste Exato de Fisher.

A associação das variáveis da criança com as classificações dos escores de autoeficácia aos 15, 30 e 60 pós-parto evidenciou que foram significantes aos 15, 30 e 60 dias de pós-parto as variáveis: dificuldade em pegar na mama no dia da alta, uso de chupeta e uso de mamadeira; estas variáveis também foram incluídas na análise multivariada (Tabela 7).

Tabela 7- Autoeficácia materna para amamentar em mulheres atendidas nas UBS do DSIV aos 15, 30 e 60 dias após o parto de acordo com as variáveis da criança. Recife, Pernambuco, 2018.

VARIÁVEL DA CRIANÇA	CLASSIFICAÇÃO DA AUTOEFICÁCIA					
	15 dias pós-parto		30 dias pós-parto		60 dias pós-parto	
	Baixa	Alta	Baixa	Alta	Baixa	Alta
	autoeficácia	autoeficácia	autoeficácia	autoeficácia	autoeficácia	autoeficácia
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
*Necessidade de incubadora/ UTI						
sim	2 (15,4%)	11 (84,6%)	1 (7,7%)	12 (92,3%)	3 (23,1%)	10 (76,9%)
não	8 (8,6%)	85 (91,4%)	11 (11,8%)	82 (88,2%)	22 (23,7%)	71 (76,3%)
<i>p-valor</i>	0,354²		1,000²		1,000²	
*Permanência em alojamento conjunto?						
sim	8 (8,7%)	84 (91,3%)	11 (12,0%)	81 (88%)	21 (22,8%)	71 (77,2%)
não	2 (14,3%)	12 (85,7%)	1 (7,1%)	13 (92,9%)	3 (21,4%)	11 (78,6%)
<i>p-valor</i>	0,618²		1,000²		1,000²	
*Dificuldade em pegar na mama no dia da alta						
sim	5 (5,7%)	83 (94,3%)	6 (6,8%)	82 (93,2%)	14 (15,9%)	74 (84,1%)
não	5 (29,4%)	12 (70,6%)	6 (35,3%)	11 (64,7%)	10 (58,8%)	7 (41,2%)
<i>p-valor</i>	0,009²		0,004²		0,000²	
Baixo peso ao nascer? (peso< 2.500g)						
sim	10 (9,6%)	94 (90,4%)	12 (100%)	92(88,5%)	24(23,1%)	80(76,9%)
não	0 (0,0%)	5 (100%)	0 (0,0%)	5(100%)	1(20%)	4(80%)
<i>p-valor</i>	1,000²		1,000²		1,000²	
Nascimento à termo						
≥ 37 semanas	9 (8,8%)	93(91,2%)	11(10,8%)	91(89,2%)	23(22,5%)	79(77,5%)
< 37 semanas	1(14,3%)	6 (85,7%)	1 (14,3%)	6 (85,7%)	2 (28,6%)	5 (71,4%)
<i>p-valor</i>	0,500²		0,569²		0,659²	
*problema de saúde que dificulte o AM						
Sim	0 (0,0%)	1 (100%)	0 (0,0%)	1 (100%)	0 (0,0%)	1 (100%)
Não	10 (9,3%)	97(90,7%)	12(11,2%)	95(88,8%)	25(23,4%)	82(76,6%)
<i>p-valor</i>	1,000²		1,000²		1,000²	
continua						

continua

continuação

CLASSIFICAÇÃO DA AUTOEFICÁCIA						
VARIÁVEL DA CRIANÇA	15 dias pós-parto		30 dias pós-parto		60 dias pós-parto	
	Baixa	Alta	Baixa	Alta	Baixa	Alta
	autoeficácia	autoeficácia	autoeficácia	autoeficácia	autoeficácia	autoeficácia
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
*Uso de chupeta						
Sim	7(33,3%)	14(66,7%)	10(27,8%)	26(72,2%)	20(51,3%)	19(48,7%)
Não	3(3,4%)	85(96,6%)	2(2,8%)	70(97,2%)	5(7,1%)	65(92,9%)
p-valor	0,000²		0,000²		0,000¹	
*Uso de mamadeira						
Sim	4(36,4%)	7(63,6%)	11(37,9%)	18(62,1%)	24(53,3%)	21(46,7%)
Não	6 (6,1%)	92(93,9%)	1(1,3%)	78(98,7%)	1(1,6%)	63(98,4%)
p-valor	0,009²		0,000²		0,000¹	
consulta de puericultura						
Sim	0 (0,0%)	3(100%)	10(11,6%)	76(88,4%)	24(24%)	76(76%)
Não	10(9,5%)	95(90,5%)	2(9,1%)	20(90,9%)	1(11,1%)	8(88,9%)
p-valor	1,000²		1,000²		0,681²	

¹p-valor do teste Qui-quadrado de Pearson; ²p-valor do teste Exato de Fisher; *Os totais podem não somar ao valor de N, por falta do preenchimento de dados em algumas variáveis.

A tabela 8 apresenta as razões de prevalência ajustadas da alta autoeficácia materna para amamentar no último trimestre de gestação e aos 15, 30 e 60 dias pós-parto. No primeiro nível do modelo hierárquico, verifica-se que, no último trimestre de gestação, o grupo de mulheres que recebe bolsa família apresenta a razão de prevalência (RP) igual a 1,65 para alta autoeficácia, RP =1,13 aos 30 dias pós-parto e RP =1,27 aos 60 dias após o parto. Ainda, a escolaridade materna acima de 9 anos de estudo possui RP = 1,16 para alta autoeficácia aos 15 dias pós-parto.

No segundo nível hierárquico, apresentam associação com a alta autoeficácia para amamentar no último trimestre de gestação as variáveis primiparidade (RP=1,55), experiência anterior com a amamentação (RP=2,12) e ter amamentado o filho anterior por 180 dias ou mais apresenta (RP=1,40). Aos 15 dias, as variáveis associadas à alta autoeficácia para amamentar foram orientação sobre AM no pré-natal (RP=1,13), superação de dificuldades para amamentar antes da alta, com maior razão de prevalência para as mulheres que não apresentaram dificuldades (RP= 1,34). As mulheres que participaram de intervenção educativa individual apresentaram associação estatística significativa com a alta autoeficácia materna na amamentação quando comparadas àquelas que não participaram da intervenção (RP=1,16).

As mulheres que relataram satisfação com a amamentação apresentaram associação estatística significativa com a alta autoeficácia materna na amamentação aos 30 dias (RP= 2,81) e aos 60 dias após o parto (RP= 5,04). As mulheres que participaram de intervenção educativa

individual, apresentaram $RP= 1,25$ para alta autoeficácia materna na amamentação aos 60 dias pós-parto.

No terceiro nível do modelo hierárquico, não usar mamadeira apresentou $RP= 1,31$ e $1,43$, respectivamente aos 15 e 60 dias pós-parto para a alta autoeficácia; e o não uso de chupeta pela criança apresentou $RP= 1,22$ aos 30 dias após o parto.

Tabela 8- Razões de prevalência ajustadas da alta autoeficácia materna para amamentar no último trimestre de gestação e aos 15, 30 e 60 dias pós-parto. Recife, Pernambuco, 2018.

Níveis	Fator avaliado no último trimestre gestacional	Ajuste do modelo de Poisson			Fator avaliado aos 15 dias pós-parto	Ajuste do modelo de Poisson			Fator avaliado aos 30 dias pós-parto	Ajuste do modelo de Poisson			Fator avaliado aos 60 dias pós-parto	Ajuste do modelo de Poisson		
		RP	IC(95%)	P-valor		RP	IC(95%)	P-valor		RP	IC(95%)	P-valor		RP	IC(95%)	P-valor
Nível 1	Bolsa Família				Escolaridade em anos				Bolsa Família				Bolsa Família			
	Sim	1,65	1,20 - 2,26	0,002	≤ 9 anos	1,00	-	-	Sim	1,13	1,01 - 1,26	0,030	Sim	1,27	1,06 - 1,52	0,010
	Não	1,00	--		> 9 anos	1,16	1,03 - 1,31	0,012	Não	1,00	-	-	Não	1,00	-	-
Nível 2	Paridade				Orientação sobre AM no pré-natal				Satisfação com AM				Satisfação com AM			
	Primípara	1,55	1,13 - 2,13	0,006	Sim	1,13	1,02 - 1,24	0,020	Sim	2,81	1,12 - 7,07	0,028	Sim	5,04	1,39 - 18,28	0,014
	Múltipara	1,00	-	-	Não	1,00	-	-	Não	1,00	-	-	Não	1,00	-	-
	Experiência anterior com amamentação				Participação em intervenção educativa								Participação em intervenção educativa			
	Sim	3,12	2,11 - 4,63	<0,001	Sim	1,16	1,05 - 1,28	0,004					Sim	1,25	1,05 - 1,49	0,014
	Não	1,00	-	-	Não	1,00	-	-					Não	1,00	-	-
	Tempo de AME do filho anterior				Superação de dificuldades p/ amamentar antes da alta											
	<180 dias	1,00	-	-	Não teve	1,34	1,06 - 1,70	0,016								
	≥180 dias	1,40	1,05 - 1,86	0,024	Sim	1,25	0,96 - 1,62	0,092								
					Não	1,00	-	-								
Nível 3					Uso de mamadeira				Uso de chupeta				Uso de mamadeira			
	-				Sim	1,00	-	-	Sim	1,00	-	-	Sim	1,00	-	-
					Não	1,31	1,04 - 1,67	0,025	Não	1,22	1,03 - 1,47	0,023	Não	1,43	1,10 - 1,85	0,007

RP= Razão de prevalência. IC = Intervalo de confiança. ¹p-valor do teste de Wald.

6 DISCUSSÃO

O estudo evidenciou que a autoeficácia materna para amamentar é determinada por diferentes fatores ao longo do período pré-natal e pós-parto. No último trimestre de gestação, os fatores associados à maior autoeficácia estão relacionados à experiência pessoal com a amamentação. Após o nascimento, observa-se mudança nas fontes de construção da autoeficácia, pois aos 15 dias pós-parto, fatores relacionados à persuasão verbal, estado somático e emocional melhoram os escores de autoeficácia; aos 30 dias pós-parto, o estado emocional da mulher é determinante para sua autoeficácia; e aos 60 dias, mantêm-se o estado emocional, aliado à persuasão verbal na sustentação da autoeficácia.

Além das variáveis diretamente envolvidas com as fontes de construção de crenças de autoeficácia, os fatores socioeconômicos também foram determinantes para a confiança das mulheres em amamentar. No modelo final de determinação da autoeficácia para amamentar, receber ajuda governamental do programa Bolsa Família (PBF), variável socioeconômica do nível distal, está associada a maior probabilidade de manter autoeficácia materna para amamentar elevada no pré-natal, aos 30 e 60 dias pós-parto.

No Brasil, cerca de 50 milhões de pessoas se encontram na linha de pobreza, o equivalente a 25,4% da população, sendo o Nordeste, a região onde se concentra o maior índice de pessoas em baixa situação socioeconômica do país (43,5%)(BRASIL, 2017c). As profundas desigualdades sociais que permeiam o Brasil refletem a precariedade do acesso de grande parte da população a serviços básicos e essenciais à saúde. Para aliviar problemas inerentes às baixas condições financeiras a curto prazo, programas sociais como o PBF foram criados para transferir renda às famílias pobres; além disso, as condicionalidades de participação nesse programa incentivam a utilização dos serviços de saúde e educação existentes na rede pública, estimulando seus beneficiários a buscarem melhora da qualidade de vida(CAMPELLO; NERI, 2013).

Uma vez que as gestantes cadastradas no PBF devem comparecer às consultas pré-natais e pós-natais de rotina, geralmente oferecidas em UBS, como condicionalidade de saúde para receber o benefício(CAMPELLO; NERI, 2013), o PBF acaba por fortalecer três fontes de crença de autoeficácia para amamentar: a persuasão verbal, a experiência vicária e o estado emocional e somático da mulher.

Neste caso, a persuasão verbal, entendida como o estímulo e apoio à amamentação pela rede de apoio da nutriz, é exercida pelos profissionais da saúde que promovem as ações educativas na assistência pré-natal e puerperal da mulher. O recebimento de assistência de saúde

de qualidade pode promover a melhora do estado emocional e somático da mulher por meio da prática profissional que auxilie a amamentação com técnica e conhecimento científico apropriados e eficazes para o conforto do binômio mãe-filho, identificando possíveis dificuldades de interação entre mãe e criança e prevenindo ou intervindo em situações somáticas adversas como dor e fissuras por pega incorreta da criança no seio materno; ademais o próprio objetivo central do PBF de atenuar adversidades relacionadas à pobreza a curto prazo pode refletir no estado emocional da mulher, de modo a diminuir aflições inerentes à renda insuficiente para subsistência familiar(CAMPELLO; NERI, 2013).

Outra forma de contribuição do PBF para autoeficácia materna em amamentar, ainda que de forma indireta, por meio da proposição de condicionalidades à participação no programa(CAMPELLO; NERI, 2013), é a promoção da experiência vicária materna, que pode se dar nos estabelecimentos de saúde onde a assistência às mulheres é prestada, a partir da estimulação do contato e de trocas de experiências entre as nutrizes oportunizadas por ações das equipes de saúde.

Desta forma, o bolsa família se mostrou como uma variável significativamente importante para a alta autoeficácia em três, dos quatro momentos de avaliação das mulheres, sendo aliado no incentivo à amamentação exclusiva, sobretudo na parcela da população mais desfavorecida economicamente, assim como conduz seus beneficiários na adesão a outros cuidados com a saúde.

Ainda com relação a fatores socioeconômicos, a escolaridade foi outra variável importante para a alta autoeficácia neste estudo. Aos 15 dias pós-parto, mulheres de maior escolaridade são capazes de superar as dificuldades iniciais do processo de lactação mais facilmente e têm melhor compreensão das orientações de apoio sobre AME recebidos durante as consultas pré-natais e pós-natais. A resolução dos problemas em amamentar repercute positivamente na autoeficácia materna para amamentar, sendo o maior número de anos de estudo associado a maior autoeficácia(BARBOSA *et al.*, 2017; MARGOTTI; MARGOTTI, 2017). Esta situação também contribui com o estado emocional e somático da mulher, pois sendo capaz de melhor compreender os benefícios do AME e as orientações de apoio à amamentação, a mulher tende a lidar melhor com possíveis problemas relacionados à prática de aleitar, podendo agir de melhor forma em benefício de sua própria recuperação puerperal.

Além disso, mulheres de menor escolaridade podem apresentar maior vulnerabilidade ao desmame precoce devido à exposição a circunstâncias desfavoráveis como menor probabilidade de acesso a uma rede social de apoio que lhes forneça suporte adequado, a serviços de atenção à saúde e à inserção formal no mercado de trabalho que lhes permita

usufruir de benefícios legais como a licença maternidade(CAVALCANTI *et al.*, 2015; FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006).

No período gestacional, destaca-se a influência de fatores relacionados à experiência pessoal na construção da autoeficácia materna para amamentar, representados pela primiparidade, experiência anterior com a amamentação e o tempo de aleitamento materno exclusivo do filho anterior.

Ainda não há consenso na literatura sobre a influência da paridade na amamentação, porém evidências sugerem que, enquanto primíparas tenham maior tendência a iniciarem a amamentação, as mulheres com experiência prévia positiva costumam manter o AME por maior período(FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006). Embora a vivência da amamentação seja diferente com cada filho, as mulheres que possuem experiência anterior positiva com amamentação são mais seguras para amamentar, pois possuem mais facilidade em lidar com adversidades ou quebra de expectativas no processo da lactação do que as mulheres que nunca amamentaram(ALVARENGA *et al.*, 2017).

O tempo de amamentação do filho anterior maior ou igual 180 dias, se traduz também em maior experiência materna. As mulheres com experiências positivas anteriores de amamentação tendem a apresentar maior confiança para amamentar ainda na gestação, repercutindo na intenção de iniciar e manter o AME por seis meses novamente. Ademais, há evidências de que experiências anteriores bem sucedidas na amamentação estão associadas à amamentação exclusiva por mais tempo (BARTLE; HARVEY, 2017; DE JAGER *et al.*, 2015; FIGUEREDO; MATTAR; ABRÃO, 2013). É provável que mulheres que amamentaram seus filhos anteriores por 180 dias sejam mais esclarecidas quanto à importância do AME para seu filho e sobre como devem proceder em caso de dificuldades com a amamentação.

Aos 15 dias pós-parto, a autoeficácia materna para amamentar sofre influência de fatores relacionados à persuasão verbal, que correspondem à orientações sobre amamentação no pré-natal e participação em intervenção educativa; e além destes, se destacam a superação de dificuldades para amamentar antes da alta, fator que está relacionado ao estado emocional e fisiológico materno; e não usar mamadeira, variável relacionada à experiência pessoal materna e mediada pela persuasão verbal exercida por profissionais, familiares e amigos(UCHOA *et al.*, 2017).

A persuasão verbal exercida pelos profissionais da saúde, parceiro e familiares sobre a gestante, contribui para a promoção da alta autoeficácia da mulher em amamentar ao apoiá-la na decisão de amamentar exclusivamente seu filho. O incentivo à amamentação por persuasão verbal pode ajudar a mulher a lidar com os diversos estados fisiológicos e afetivos inerentes a

esse período de sua vida, corroborando para a continuidade do AME por seis meses(UCHOA *et al.*, 2017).

A representação da persuasão verbal no modelo de determinação da autoeficácia para amamentar ocorre por meio da educação em saúde, promovida em ações de apoio a amamentação, como as orientações sobre o aleitamento materno fornecidas no pré-natal e intervenções educativas direcionadas às dificuldades na amamentação vivenciadas por cada nutriz. As informações sobre amamentação influenciam a mulher quanto à decisão de iniciar e manter a amamentação exclusiva por seis meses, e podem aumentar a segurança, especialmente daquelas que não vivenciaram a prática da amamentação(FRANÇA *et al.*, 2007).

O enfermeiro e demais profissionais da saúde têm nas consultas de pré-natal e na puericultura, momentos oportunos para avaliar a autoeficácia materna para amamentar, identificar as dificuldades vivenciadas pela mulher naquele momento e apoiá-la, sanando suas dúvidas e anseios quanto a prática da amamentação, se possível, com o uso de estratégias que facilitem a interação com a mulher e sua família (BRASIL, 2017a; UCHOA *et al.*, 2016).

Um dos instrumentos que podem auxiliar o enfermeiro em sua prática clínica, é a utilização da BSES-SF que permite a identificação precoce dos aspectos de maior insegurança materna em relação à amamentação. A partir disto, é possível a elaboração de intervenções individualizadas e efetivas que possam sanar os problemas inerentes à amamentação e prevenir o desmame precoce, visto que mulheres com baixa autoeficácia têm probabilidade maior de interromper o AME(DE SÁ *et al.*, 2016; DODT *et al.*, 2015; TUTHILL *et al.*, 2017).

O processo de lactação envolve crenças, tabus e experiências que podem interferir de forma negativa para permanência da prática do AME(LAHÓS; PRETTO; PASTORE, 2016). O profissional da saúde com domínio acerca do conhecimento teórico e prático do aleitamento materno é capaz de atuar junto à população na promoção do AME e educação continuada, e assistir a mulher no enfrentamento de situações adversas com a amamentação, transmitindo confiança e segurança (CHAVES *et al.*, 2015; WU *et al.*, 2014). O enfermeiro pode identificar na mulher e em seus familiares fatores culturais que favorecem a introdução de chás, água e outros alimentos na alimentação de crianças em aleitamento materno e, por meio da persuasão verbal, pode orientá-los quanto a importância do AME para a criança, mãe e família, ao lançar mão de ações específicas de apoio e proteção à amamentação (FRANÇA *et al.*, 2007).

O Ministério da Saúde recomenda que o enfermeiro aconselhe a mulher desde a gestação até o desmame, oferecendo orientações úteis, e proporcionando empatia e escuta sensível, procurando entendê-la e sobretudo, respeitar suas opções. A falta de orientação sobre amamentação e de apoio adequado para amamentar podem desencorajar as mães a manter a

amamentação do filho (BATISTA; FARIAS; MELO, 2013; BRASIL, 2015b; UCHOA *et al.*, 2016). Ao realizar estratégias educativas no pré-natal, prestar informações positivas e pertinentes sobre amamentação, incentivar, apoiar, e aconselhar as nutrizes e seus familiares a respeito da amamentação, o enfermeiro que presta assistência à saúde da família tem a possibilidade de fortalecer a confiança materna em amamentar para reduzir as chances de desmame precoce (UCHOA *et al.*, 2016).

A participação das mulheres em intervenções educativas baseadas na autoeficácia tem tido efeitos positivos sobre autoeficácia materna para amamentar por conta do reforço de informações sobre a amamentação empregadas em sua execução. Ademais, intervenções educativas que utilizam a BSES-SF ou que são baseadas no constructo da autoeficácia podem proporcionar ao enfermeiro, a percepção do domínio em que a mulher possui menor autoeficácia, servindo como apoio para embasar a sua ação estratégica individualizada na assistência àquela mulher (DODT *et al.*, 2015; UCHOA *et al.*, 2017).

A partir da realização de pesquisas em países com contextos econômicos variados, foi possível constatar que intervenções educativas em saúde, que utilizaram como referencial a Teoria Social Cognitiva de Bandura (BANDURA, 1977), têm alcançado resultados de sucesso no aumento à percepção de confiança da mãe na amamentação. Em estudo realizado no Ceará, Brasil, foi utilizado um álbum seriado sobre a autoeficácia em amamentar "Eu posso amamentar meu filho" como intervenção educativa na melhoria da autoeficácia materna na amamentação (CHAVES *et al.*, 2015). No Japão, foram utilizados folhetos e materiais audiovisuais como ferramentas educativas (AWANO; SHIMADA, 2010). Na Austrália, os pesquisadores utilizaram um programa que enviava, automaticamente, mensagens de texto para puérperas, incentivando-as a manter o AME (GALLEGOS *et al.*, 2014). Independentemente da tecnologia utilizadas nestas intervenções educativas, todas foram eficazes no aumento da autoeficácia materna em amamentar. (AWANO; SHIMADA, 2010; CHAVES *et al.*, 2015b; GALLEGOS *et al.*, 2014)

O uso da criatividade na elaboração e adoção de estratégias eficazes na avaliação e detecção de mulheres com risco para o desmame precoce deve estar aliado à identificação de fatores susceptíveis às intervenções de apoio, como a autoeficácia materna para amamentar e seus determinantes. Portanto, as práticas educativas ancoradas pelo conceito de autoeficácia, utilizadas por enfermeiros, podem incrementar as estratégias para a promoção do AME.

Outro fator que se mostrou associado no modelo hierárquico aos 15 dias após o parto foi a superação de dificuldades para amamentar antes da alta, variável ligada ao estado somático e psicológico da mãe. As dificuldades inerentes à técnica da amamentação contribuem para o

desmame precoce, pois a técnica inadequada de amamentação dificulta a sucção da criança e o esvaziamento mamário, podendo afetar a dinâmica da produção láctea materna, e como consequência, diminuir a confiança da mulher em amamentar, levando-a a introduzir outros alimentos na dieta de seu filho (BARBOSA *et al.*, 2017).

Dentre as principais dificuldades iniciais com a técnica da amamentação, encontram-se a pega inadequada, a resposta da criança ao contato com a mama e os problemas com a mama, a exemplo de ingurgitamento mamário e lesões mamilares (BARBOSA *et al.*, 2017). Estas condições levam a nutriz a experimentar sensações de fadiga, dor, estresse e ansiedade que provocam à redução da autoeficácia materna para amamentar (ORIÁ *et al.*, 2009).

As dificuldades iniciais com a amamentação podem surgir ainda nas primeiras 24 horas pós-parto, devido à inadequação da posição para amamentar e/ou à pega do bebê ao seio, e merecem avaliação minuciosa pelos profissionais da saúde nas atividades educativas e de promoção da prática da amamentação ainda na maternidade, para resolução ou alívio de condições como dor mamilar, ingurgitamento mamário, lesão mamilar, fadiga, sensação de cansaço, dificuldades na pega e na sucção, agitação do bebê ao peito e a percepção de oferta láctea insuficiente pela mãe (BARBOSA *et al.*, 2017).

A avaliação da autoeficácia materna para amamentar e de dificuldades relacionadas às técnicas de amamentação, ainda no ambiente hospitalar, podem auxiliar na identificação de mulheres com impedimento na amamentação. Ao manter dificuldades para amamentar durante alta hospitalar, é possível que, ao longo do tempo, a mulher diminua a confiança na amamentação por estar vivenciando situações somáticas de dor, cansaço e frustração, mesmo na acomodação de seu lar, acarretando em desmame precoce (ALVARENGA *et al.*, 2017; BARBOSA *et al.*, 2017; MCQUEEN *et al.*, 2015).

A partir disso, devem ser providas as ações educativas adequadas, que ajudem a mulher a superar tais dificuldades maternas em amamentar antes da alta. Como apoio ao AME ainda no hospital, o enfermeiro pode estimular a puérpera a desenvolver sua experiência vicária. A experiência vicária, não associada claramente aos fatores determinantes da autoeficácia para amamentar nesse estudo, também se configura em uma fonte de construção da autoeficácia materna. Essa experiência é adquirida pela mulher ao ver outras nutrízes amamentando e pode fortalecer consideravelmente a autoeficácia da mulher, em especial, as primíparas. Mulheres que nunca amamentaram, mas que observaram outras mulheres durante o aleitamento, são mais propensas a amamentar do que aquelas que nunca presenciaram a lactação de outras mães, sobretudo, as mulheres reagem positivamente diante da observação da amamentação (HODDINOTT *et al.*, 2010). Portanto, o enfermeiro deve levar em conta a

experiência vicária da mulher ao abordá-la sobre o AME, na maternidade, e incentivá-la a observar outras nutrizes bem-sucedidas na amamentação, durante esta prática.

Ainda com relação ao estado somático e psicológico da lactante, destacou-se neste estudo. A satisfação com a amamentação determinada aos 30 e 60 dias pós-parto. O domínio dos pensamentos intrapessoais abordados na escala de autoeficácia materna para amamentar (BSES-SF) correspondem às percepções, atitudes e crenças da mulher com relação ao sucesso da amamentação. A satisfação materna em amamentar traduz o desejo e a motivação interna das mães com a experiência da lactação, e pode estar associada a um período mais longo do aleitamento materno porque está relacionada às sensações positivas, como de bem-estar, alegria, prazer ou realização pessoal durante a amamentação de seu filho e ao estabelecimento da confiança materna para amamentar(UCHOA *et al.*, 2017).

As atitudes e crenças da mulher com relação ao sucesso da amamentação podem ser refletidas também em fatores relacionados à criança. Na associação com a alta autoeficácia materna para amamentar, foram evidenciados neste estudo, o não uso de mamadeira aos 15 e 60 dias pós-parto e o não uso de chupeta aos 30 dias pós-parto. O uso de mamadeiras e chupetas tem sido dissuadido pelos profissionais da saúde porque estes objetos são considerados fatores de risco para a redução do tempo do AME(BRASIL, 2015b); e nesse estudo foram associados negativamente à autoeficácia materna para amamentar.

Além de influenciar negativamente o aleitamento materno, a mamadeira representa uma potencial e importante fonte de contaminação para a criança(BRASIL, 2015b). Após iniciarem o uso da mamadeira, algumas crianças passam a rejeitar o peito. Este fenômeno é denominado por alguns autores como “confusão de bicos” e ocorre devido a diferença marcante entre a maneira de sugar na mama e na mamadeira/chuquinhas. O fluxo de leite retirado da mamadeira pela criança é imediatamente abundante, enquanto que, no início da mamada, o reflexo de ejeção láctea da mama é desencadeado após aproximadamente um minuto. Ao tentar sugar o leite da mama materna da mesma forma como aprendeu a sugar o bico da mamadeira, a criança passa a relutar no momento da amamentação, e após alguns segundos, é comum que ela largue a mama e comece a chorar, implicando em mamadas curtas e pouco frequentes(ALVARENGA *et al.*, 2017; BRASIL, 2015b; LAHÓS; PRETTO; PASTORE, 2016).

Esta “confusão de bicos”, gerada pelo uso de bicos artificiais, causa diminuição na frequência das mamadas e pode comprometer a produção láctea da mãe. Da mesma forma, isto ocorre com uso da chupeta pela criança(BRASIL, 2016b). Além de prejudicar a amamentação, o uso de chupetas e mamadeiras, podem acarretar em disfunção motora oral e promover

problemas ortodônticos provocados pela sucção dos bicos artificiais, que não estimulam os músculos da boca de forma adequada(FIALHO *et al.*, 2014).

O uso de chupeta pela criança é um hábito muito aceito na cultura do Brasil, embora a indicação de não ofertar bicos ou chupetas às crianças amamentadas ao seio esteja expressa entre os “dez passos para o sucesso do aleitamento materno”(SILVA, CRISTIANNY MIRANDA E *et al.*, 2017). Este hábito pode ser influenciado por familiares da mulher e perpetuados como exemplos, conselhos e ensinamentos originados do senso comum, facilitando o mascaramento de dificuldades da mulher em amamentar, ansiedade ou insegurança materna frente ao processo da lactação(LAHÓS; PRETTO; PASTORE, 2016), levando seu estado emocional à vulnerabilidade e fragilizando sua confiança em amamentar.

As dificuldades das nutrízes em lidar com o choro e a fome da criança provocam a concepção de que a composição e a quantidade do leite materno são insuficientes às necessidades do lactente. O costume de associar o choro da criança à fome é mantido por crenças culturais e mitos relacionados aos problemas que envolvem a produção e a qualidade do leite materno. Este hábito leva à diminuição da confiança materna em amamentar e motiva a mulher a interromper o AME, provocando outros problemas que afetam seu estado somático, como ingurgitamento das mamas maternas(ALVARENGA *et al.*, 2017). Logo, as mulheres com maior autoeficácia materna para amamentar sentem menos necessidade de oferecer chupeta e mamadeira à criança, sofrem menos influência de pessoas que incentivam essa prática e podem apresentar maior satisfação com a prática do AME.

No presente estudo, mulheres com alta autoeficácia para amamentar (escores >50) no puerpério possuem maior possibilidade de amamentar exclusivamente aos 15 e 30 dias pós-parto, em comparação com as mulheres com baixa autoeficácia; Foi possível constatar que aos 60 dias pós-parto, todas as mulheres com baixa autoeficácia já não estavam amamentando seus filhos exclusivamente, indicando que a autoeficácia de mães em AME é distinta daquelas que não aderiram ou que interromperam essa prática nos primeiros dois meses de vida da criança.

Esses dados são coerentes com pesquisa que evidenciou que o escores da autoeficácia materna mostraram-se como fator de risco para o desmame aos 60 e aos 120 dias de vida da criança(MARGOTTI; EPIFANIO, 2014). Além disso, mulheres com baixo nível de autoeficácia materna para amamentar tiveram maior risco de interromper a amamentação do que aquelas que tinham uma elevada autoeficácia na amamentação(AWANO; SHIMADA, 2010). Portanto, autoeficácia materna para amamentar se traduziu na persistência da mulher em continuar amamentando, reforçando o seu papel na aderência de práticas saudáveis e nas mudanças comportamentais.

Desta forma, confirma-se que mulheres com altos escores de autoeficácia em amamentar são mais propensas a vivenciar o AME, e mantê-lo por períodos mais prolongados; e que autoeficácia é um fator dinâmico, que pode ser modificado ao longo do tempo e que deve ser levada em consideração durante o planejamento estratégico de intervenções educativas e ações de apoio, promoção e proteção ao AME, desenvolvidas por enfermeiros e outros profissionais da saúde.

Isto posto, salienta-se a importância da atuação da enfermagem na elaboração de estratégias educativas que possam reforçar a autoeficácia materna para amamentar, reconhecendo seus fatores associados, na intenção de obter resultados eficazes na assistência voltada a promover a amamentação, visto que, maiores níveis de autoeficácia materna para amamentar estão associados a maiores taxas, duração e exclusividade do aleitamento materno.

7 CONCLUSÕES

A pesquisa investigou a associação da autoeficácia materna para amamentar com fatores socioeconômicos, obstétricos e da criança, possibilitando a constatação de que os fatores que influenciam a autoeficácia são modificados ao longo da gestação e do puerpério; e ao longo do tempo, a prática do AME tende a decair tanto entre as mulheres que possuem baixa autoeficácia materna para amamentar, quanto naquelas com alta autoeficácia para amamentar, porém essa queda é mais acentuada nas mulheres com menores escores de autoeficácia, confirmando que a escala BSES-SF possui um caráter preditivo para o AME. Do mesmo modo, os escores de autoeficácia para amamentar tendem a decair com o passar do tempo, sendo o 15º dia o período de maior risco relativo para alta autoeficácia e AME.

Receber auxílio financeiro proporcionado por programas sociais como o Bolsa Família foi significativo para autoeficácia na gestação e no puerpério, contribuindo com a amamentação nas mulheres com menores condições socioeconômicas. Os baixos índices socioeconômicos também são expressos por baixa escolaridade, que tendem a produzir menores índices de autoeficácia materna para amamentar devido à dificuldade de compreensão da mulher acerca importância e benefícios da prática do AME e a uma rede social de apoio eficaz.

Apesar disso, receber orientação sobre AM no pré-natal e participar de intervenção educativa sobre amamentação baseadas na autoeficácia materna para amamentar demonstram a importância do uso eficiente da persuasão verbal em estratégias educativas e do suporte informativo de profissionais de saúde como diferenciais para a promoção da autoeficácia.

Condições como primiparidade, experiência anterior com amamentação e ter amamentado o filho anterior exclusivamente por 180 dias são determinantes para autoeficácia durante o último trimestre de gestação, enquanto superar dificuldades para amamentar antes da alta contribui para a alta autoeficácia na amamentação aos 15 dias e reforça a importância do estado somático e psicológico materno para a autoeficácia, assim como a satisfação em amamentar, que foi determinante para os escores da alta autoeficácia aos 30 e 60 dias pós-parto.

Não usar mamadeira na alimentação das crianças e o não uso da chupeta também repercutem positivamente para a alta autoeficácia. Estes fatores são consequência tanto da persuasão verbal de familiares e profissionais de saúde, como do estado somático e psicológico materno que em boas condições tendem a refutar o uso destes acessórios e a fortalecem a sua confiança na amamentação.

Os achados deste estudo evidenciaram resultados relevantes sobre a autoeficácia materna para amamentar e o AME. Vale destacar que as limitações que poderiam ser registradas

neste trabalho foram mínimas, relacionadas ao uso de banco de dados que não contempla as mães de crianças maiores de dois meses.

Desta forma, é indicada a realização de novos estudos que intensifiquem investigações sobre os fatores relacionados a autoeficácia materna para amamentar por pelo menos seis meses de vida da criança, para avaliar outras condições que possam causar influência ao início e continuidade do AME, com o intuito de apoiar e promover a amamentação exclusiva de forma eficaz, a partir do reforço da autoeficácia materna para amamentar.

REFERÊNCIAS

ALBERNAZ, Elaine; VICTORA, Cesar Gomes. **Impacto do apoio à lactação sobre a duração do aleitamento e o consumo de leite materno**. 2001. 131 f. Universidade Federal de Pelotas, 2001. Disponível em: <http://www.epidemiologia.ufpel.org.br/uploads/teses/tese_albernaz.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2017.

ALVARENGA, Sandra Cristina et al. Fatores que influenciam o desmame precoce. **Aquichan**, v. 17, n. 1, p. 93–103, 2017. Disponível em: <<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/5211/pdf>>.

ALVES, Ana Lúcia Naves; OLIVEIRA, Maria Inês Couto de; MORAES, José Rodrigo de. Breastfeeding-Friendly Primary Care Unit Initiative and the relationship with exclusive breastfeeding. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1130–40, 2013. Disponível em: <www.scielo.br/rsp>. Acesso em: 16 nov. 2017.

AMITAY, Efrat L.; KEINAN-BOKER, Lital. Breastfeeding and Childhood Leukemia Incidence. **JAMA Pediatrics**, v. 169, n. 6, p. e151025, 1 jun. 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26030516>>. Acesso em: 30 maio 2017.

ARAÚJO, Maria De Fátima Moura De et al. Avanços na norma brasileira de comercialização de alimentos para idade infantil. **Revista de Saúde Pública**, 2006.

AWANO, Masayo; SHIMADA, Keiko. Development and evaluation of a self care program on breastfeeding in Japan: A quasi-experimental study. **International Breastfeeding Journal**, v. 5, p. 1–10, 2010.

BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological review**, v. 84, n. 2, p. 191–215, mar. 1977. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/847061>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

BARBOSA, Gessandro Elpídio Fernandes et al. Dificuldades iniciais com a técnica da amamentação e fatores associados a problemas com a mama em puérperas. **Revista Paulista de Pediatria**, n. 0, p. 0–0, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822017005004102&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 26 jul. 2017.

BARTLE, Naomi C.; HARVEY, Kate. Explaining infant feeding: The role of previous personal and vicarious experience on attitudes, subjective norms, self-efficacy, and breastfeeding outcomes. **British Journal of Health Psychology**, v. 22, n. 4, p. 763–785, 2017.

BATISTA, Kadydja Russell de Araújo; FARIAS, Maria do Carmo Andrade Duarte de; MELO, Wanderson dos Santos Nones de. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. **Rev. Saúde em Debate**, v. 37, n. 96, p. 130–138, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/15.pdf>>. Acesso em: 3 jan. 2018.

BITTENCOURT, Liliane de Jesus et al. Breastfeeding in the state of Pernambuco : prevalence and possible role in the health care. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife**, v. 5, n. 4, p. 439–448, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n4/27762.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2017.

BOCCOLINI, Cristiano Siqueira et al. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. **Revista De Saúde Pública**, v. 51, n. 108, p. 1–9, 2017.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MACHADO, Márcia Tavares. Amamentação: um resgate histórico. **Cadernos ESP - Escola de Saúde Pública do Ceará**, 2005.

BRASIL. Aleitamento Materno, Distribuição de Leites e Fórmulas Infantis em Estabelecimentos de Saúde e a Legislação. **Ministério da Saúde**, v. 1, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aleitamento_materno_distribuicao_leite.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2017.

_____. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. v. 32. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf>.

_____. **Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

_____. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília - DF: [s.n.], 2009. v. 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572009000300001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.

_____. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Polícia Nacional de Saúde da**

Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>. Acesso em: 17 nov. 2017a.

_____. **Presidência da República. Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008. Produção de efeito Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei no 8.212, de 24 de julho e julho de 1991. [s.d.].** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111770.htm>. Acesso em: 20 jan. 2018.

_____. **Presidência da República. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei no 3.689, de 3 de outubro de .** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/113257.htm>. Acesso em: 17 nov. 2017a.

_____. **Presidência da República. Lei nº 13.435, de 12 de abril de 2017. Institui o mês de agosto como o Mês do Aleitamento Materno.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13435.htm>. Acesso em: 17 nov. 2017b.

_____. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Ministério da Saúde, p. 230, 2016b.** Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>.

_____. **Rede Amamenta Brasil: OS PRIMEIROS PASSOS. 2007.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede_amamenta_brasil_primeiros_passos.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2017.

_____. **Saúde da Criança: Aleitamento Materno e alimentação complementar. [S.l: s.n.], 2015b. v. 2.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf>.

_____. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2017. [S.l: s.n.], 2017c.**

CAMINHA, Maria de Fátima Costa; BATISTA FILHO, Malaquias; SERVA, Vilneide Braga;

ARRUDA, Ilma Kruze Grande de; FIGUEIROA, José Natal; LIRA, Pedro Israel Cabral de. Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 2, p. 240–248, abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000200003&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 31 maio 2017.

CAMINHA, Maria de Fátima Costa; BATISTA FILHO, Malaquias; SERVA, Vilneide Braga; ARRUDA, Ilma Kruze Grande de; FIGUEIROA, José Natal; DE LIRA, Pedro Israel Cabral. Time trends and factors associated with breastfeeding in the state of Pernambuco, Northeastern Brazil. **Revista de Saude Publica**, v. 44, n. 2, p. 240–248, 2010.

CAMPELLO, Tereza; NERI, Marcelo Côrtes. **Programa Bols. Família uma década inclusão e Cid**. [S.l.: s.n.], 2013.

CAVALCANTI, Sandra Hipólito et al. Fatores associados à prática do aleitamento materno exclusivo por pelo menos seis meses no estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 1, p. 208–219, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000100208&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 14 jun. 2017.

CHAVES, Anne Fayma Lopes et al. Flipchart application for promoting maternal self-efficacy in breastfeeding. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 3, p. 407–414, 2015. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1996/pdf_1>.

CHOWDHURY, R et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: A systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics**, 2015.

CYRILLO, Denise Cavallini et al. Duas décadas da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes: há motivos para comemorar? **Revista Panamericana de Salud Pública**, 2009.

DAI, Xiaona; DENNIS, Cindy Lee. Translation and validation of the breastfeeding Self-Efficacy Scale into Chinese. **Journal of Midwifery and Women's Health**, v. 48, n. 5, p. 350–356, 2003.

DAMASCENO, Simone Soares et al. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à

Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2961–2973, set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902961&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 16 jun. 2017.

DE JAGER, Emily et al. A longitudinal study of the effect of psychosocial factors on exclusive breastfeeding duration. **Midwifery**, v. 31, n. 1, p. 103–111, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.06.009>>.

_____. The role of psychosocial factors in exclusive breastfeeding to six months postpartum. **Midwifery**, v. 30, n. 6, p. 657–666, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.008>>.

DE SÁ, Erika et al. Postpartum depression and maternal self-efficacy for breastfeeding: prevalence and association. **Acta Paul Enferm**, v. 29, n. 6, p. 664–70, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/apv/v29n6/1982-0194-ape-29-06-0664.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

DENNIS, Cindy-Lee. Theoretical Underpinnings of Breastfeeding Confidence: A Self-Efficacy Framework. **Journal of Human Lactation**, v. 15, n. 3, p. 195–201, set. 1999. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/089033449901500303>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

DENNIS, Cindy-Lee; FAUX, Sandra. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. **Research in Nursing and Health**, v. 22, n. 5, p. 399–409, 1999.

DENNIS, Cindy-Lee. The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: psychometric assessment of the short form. **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing**, v. 32, n. 6, p. 734–744, 2003.

DENNIS, Cindy-Lee E. Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period. **Research in Nursing and Health**, v. 29, n. 4, p. 256–268, 2006.

DODT, Regina Cláudia Melo et al. An experimental study of an educational intervention to promote maternal self-efficacy in breastfeeding. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 725–732, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000400725&lng=en&tlng=en>.

_____. Psychometric and maternal sociodemographic assessment of the breastfeeding self-efficacy scale - short form in a brazilian sample. **Journal of Nursing Education and Practice**, v. 2, n. 3, p. 66–73, 2012. Disponível em: <<http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/view/627>>.

EKSIOGLU, Aysun Basgun; CEBER, Esin. Translation and validation of the Breast-feeding Self-efficacy Scale into Turkish. **Midwifery**, 2011.

FALEIROS, Francisca Teresa Veneziano; TREZZA, Ercília Maria Carone; CARANDINA, Luana. Factors influencing breastfeeding decision and duration. **Rev. Nutr.**, v. 19, n. 5, p. 623–630, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v19n5/a10v19n5.pdf>>. Acesso em: 3 jan. 2018.

FEWTRELL, M S et al. **Optimal duration of exclusive breastfeeding: what is the evidence to support current recommendations? Special Section: Maternal nutrition and optimal infant feeding practices.** [S.l: s.n.], 2007

FIALHO, Flávia Andrade et al. Fatores associados ao desmame precoce do aleitamento materno. **Revista CUIDARTE**, v. 5, n. 1, p. 670–678, 22 jun. 2014. Disponível em: <<http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/105>>. Acesso em: 7 jun. 2017.

FIGUEREDO, Sonia Fontes; MATTAR, Maria José Guardia; ABRÃO, Ana Cristina Freitas de Vilhena. Baby-friendly hospital: Prevalence of exclusive breastfeeding at 6 months and intervening factors. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 47, n. 6, p. 1291–1297, 2013.

FRANÇA, Giovanny Vinícius Araújo de et al. Breast feeding determinants on the first year of life of children in a city of Midwestern Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 711–18, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/5802.pdf>>.

GALLEGOS, Danielle et al. Can a text message a week improve breastfeeding? **BMC pregnancy and childbirth**, v. 14, p. 374, 2014. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4237760&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>>.

GUIMARÃES, Carolina Maria de Sá et al. Fatores relacionados à autoeficácia na amamentação no pós-parto imediato entre puérperas adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 109–115, 2017.

HODDINOTT, Pat et al. Seeing other women breastfeed: How vicarious experience relates to breastfeeding intention and behaviour. **Maternal and Child Nutrition**, v. 6, n. 2, p. 134–146, 2010.

IP, Wan-Yim et al. Translation and validation of the Hong Kong Chinese version of the breastfeeding self-efficacy scale-short form. **Research in Nursing & Health**, v. 35, n. 5, p. 450–459, out. 2012. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1002/nur.21493>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

ISSLER, R. M. S.; GIUGLIANI, E. R.J. Identificação de grupos mais vulneráveis à desnutrição infantil pela medição do nível de pobreza. **Jornal de Pediatria**, v. 73, n. 2, p. 101–105, 1997. Disponível em: <<http://www.jped.com.br/conteudo/97-73-02-101/port.pdf>>.

JAVORSKI, Marly. **Efeitos de uma tecnologia educativa na autoeficácia para amamentar e no aleitamento materno exclusivo aos dois meses de vida da criança**. 2014. 125 f. 2014. 125 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza., 2014. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/24672>>.

LAHÓS, Nathália Tochi; PRETTO, Alessandra Doumid Borges; PASTORE, Carla Alberci. Myths and beliefs about breastfeeding in the state of Rio Grande do Sul (Brazil). **Nutr. clín. diet. hosp.**, v. 36, n. 4, p. 27–36, 2016.

MARGOTTI, Edficher; EPIFANIO, Matias. Exclusive maternal breastfeeding and the Breastfeeding Self-efficacy Scale. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 5, p. 771–779, 2014. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1722/pdf_1>.

MARGOTTI, Edficher; MARGOTTI, Willian. Fatores relacionados ao Aleitamento Materno Exclusivo em bebês nascidos em hospital amigo da criança em uma capital do Norte brasileiro. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 114, p. 860–871, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000300860&lng=pt&tlng=pt>.

MCQUEEN, Karen et al. Prevalence and Factors Affecting Breastfeeding Among Aboriginal Women in Northwestern Ontario. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v. 44, n. 1, p. 51–68, 2015. Disponível em:

<<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0884217515317639>>.

MINAS, Anteneh Girma; GANGA-LIMANDO, Makombo. Social-cognitive predictors of exclusive breastfeeding among primiparous mothers in Addis Ababa, Ethiopia. **PLoS ONE**, v. 11, n. 10, p. 1–12, 2016.

MONTE, Giselle Carlos Santos Brandão. **Rede Social da Mulher no Contexto do Aleitamento Materno**. 2012. 195 f. Universidade federal de Pernambuco, 2012. Disponível em: <https://www.ufpe.br/ppgenfermagem/images/arquivo_concatenado.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2017.

NANISHI, Keiko et al. Determining a Cut-Off Point for Scores of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale–Short Form: Secondary Data Analysis of an Intervention Study in Japan. **Plos One**, v. 10, n. 6, p. e0129698, 2015. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4480881&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>>.

NASCIMENTO, Maria Beatriz R. Do; ISSLER, Hugo. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5, p. 163–172, 2004.

OLIVEIRA, Mirella Gondim Ozias Aquino de et al. Fatores associados ao aleitamento materno em dois municípios com baixo índice de desenvolvimento humano no Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2013.

OLIVEIRA, Mirella Gondim Ozias de Aquino et al. Factors associated with breastfeeding in two municipalities with low human development index in Northeast Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 1, p. 178–189, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000100178&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 15 jun. 2017.

OLIVER-ROIG, Antoni et al. The Spanish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale–Short Form: Reliability and validity assessment. **International Journal of Nursing Studies**, v. 49, n. 2, p. 169–173, 2012.

ORIÁ, Mônica O B et al. Psychometric assessment of the brazilian version of the breastfeeding self-efficacy scale. **Public Health Nursing**, v. 26, n. 6, p. 574–583, 2009.

ORIÁ, Mônica OB et al. Psychometric assessment of the brazilian version of the breastfeeding self-efficacy scale. **Public Health Nursing**, v. 26, n. 6, p. 574–583, 2009.

ORIÁ, Mônica Oliveira Batista; XIMENES, Lorena Barbosa. Tradução e adaptação cultural da Breastfeeding Self-Efficacy Scale para o Português. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 230–238, 2010.

PRIMO, Cândida Canicali et al. Which factors influence women in the decision to breastfeed? **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 34, n. 1, 29 fev. 2016. Disponível em: <<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/26007/20779359>>. Acesso em: 27 jul. 2017.

REA, Marina Ferreira. A review of breastfeeding in Brazil and how the country has reached ten months' breastfeeding duration. **Cadernos de Saúde Pública**, 2003.

RECIFE. Plano Municipal de Saúde 2014 - 2017. **Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Gerência Geral de Planejamento**, v. 1, p. 84, 2014. Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/plano_municipal_de_saude_2015_revisado_menor.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2017.

ROCHA, Najara Barbosa et al. Estudo Longitudinal sobre a Prática de Aleitamento Materno e Fatores Associados ao Desmame Precoce. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 13, n. 4, p. 337–342, 2014.

RODRIGUES, Andressa Peripolli; PADOIN, Stela Maris de Mello; et al. Fatores Que Interferem Na Autoeficácia Da Amamentação: Revisão Integrativa. **Revista de enfermagem UFPE on line - ISSN: 1981-8963**, v. 7, n. 5, p. 4144–4152, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11643>>.

RODRIGUES, Andressa Peripolli; DO NASCIMENTO, Ludmila Alves; et al. Validação de um álbum seriado para promoção da autoeficácia em amamentar. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 6, p. 586–593, 2013.

SALUSTIANO, Letícia Pacífico de Queiroz et al. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 1, p. 28–33, jan. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 14 jun. 2017.

SANKAR, Mari Jeeva et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatrica**, 2015.

SILVA, Cristianny Miranda e et al. Práticas educativas segundo os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” em um Banco de Leite Humano. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1661–1671, maio 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501661&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 21 fev. 2018.

SILVA, Rosangela Aviz; BARROS, Michelle Castro; NASCIMENTO, Maria helena Machado. Nursing technicians’ knowledge of the Kangaroo-Mother Care method in the neonatal unit. **Brazilian Journal in Health Promotion**, v. 27, n. 1, 2015.

SITTA, Érica Ibelli; ARAKAWA, Aline Megumi; CALDANA, Magali de Lourdes. A CONTRIBUIÇÃO DE ESTUDOS TRANSVERSAIS NA ÁREA DA LINGUAGEM COM ENFOQUE EM AFASIA Contribution of cross-section studies in the language area with focus on aphasia. **Rev. CEFAC**, v. 12, n. 6, p. 1059–1066, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v12n6/14-10.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2018.

SOUSA, Francisca de et al. Avanços e desafios do aleitamento materno no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira em promoção da Saúde**, v. 28, n. 3, p. 434–442, 2015. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/3881/pdf>>.

TUTHILL, Emily L et al. Breastfeeding Self-efficacy: A Critical Review of Available Instruments. **J Hum Lact**, v. 32, n. 1, p. 35–45, 2017.

UCHOA, Janaiana Lemos et al. Associação entre a autoeficácia no ciclo gravídico puerperal e o tipo de aleitamento materno. **Aquichan**, v. 17, n. 1, p. 84–92, 2017. Disponível em: <<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/5860/pdf>>.

_____. Autoeficácia em amamentar de mulheres no pré-natal e no pós-parto: estudo longitudinal. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 6, n. 1, p. 10, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/17687>>.

UNICEF. **Committing to Child Survival : A Promise Renewed. Progress Report.** [S.l: s.n.], 2015. Disponível em: <<http://www.apromiserenewed.org>>.

VASCONCELOS, Maria Gorete Lucena de; LIRA, Pedro Israel Cabral de; LIMA, Marília de Carvalho. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 6, n. 1, p. 99–105, mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000100012&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 18 fev. 2018.

VENANCIO, Sonia Isoyama et al. Associação entre o grau de implantação da Rede Amamenta Brasil e indicadores de amamentação Association. **Cadernos de saúde pública**, 2016.

VICTORA, Cesar G et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. **The Lancet Global Health**, v. 3, n. 4, p. e199–e205, abr. 2015. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2214109X15700021>>. Acesso em: 30 maio 2017.

_____. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 475–490, 2016. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01024-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01024-7/fulltext)>.

WHO. International Code of Marketing of Breast Milk Substitutes. **Who. International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes. 36p. World Health Organization: Geneva, Switzerland. Paper**, 1981.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy for infant and young child feeding. Report.** [S.l: s.n.], 2003. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42590/9241562218.pdf;jsessionid=81E93E4E89D633FC06F8E5AEC4059D72?sequence=1>>.

WU, Di Shi et al. The effects of a breastfeeding self-efficacy intervention on short-term breastfeeding outcomes among primiparous mothers in Wuhan, China. **Journal of Advanced Nursing**, v. 70, n. 8, p. 1867–1879, 2014.

YI, Man Chan; YIM, Ip Wan; CHOW, Choi Kai. The effect of a self-efficacy-based educational programme on maternal breast feeding self-efficacy, breast feeding duration and exclusive

breast feeding rates: A longitudinal study. **Midwifery**, v. 36, p. 92–98, 2016.

ZUBARAN, Carlos et al. The Portuguese version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form. **Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association**, v. 26, n. 3, p. 297–303, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20139376>>.

ANEXO A - Formulário I - Dados socioeconômicos e antecedentes obstétricos

FORMULÁRIO I - DADOS SOCIOECONÔMICOS E ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	
PARTE A – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
Identificação: Código: _____	
Endereço: _____	
Telefones: _____	
USB: _____	Horário p/ contato telefônico: _____
Obs: Onde a informação não se aplica colocar 0(zero)	
1. Idade: _____	1. _____
2. Recebe bolsa família ou equivalente? 1-sim 2- não	2. _____
3. Estado civil 1- casada 2- união consensual 3- solteira 4 – separada 5- viúva	3. _____
4. Ocupação 1- estudante 2- dona de casa 3-desempregada 4-carteira assinada 5-outra (especificar): _____	4. _____
5. Horas que passa fora do lar 1- vinte e quatro 2- doze 3- seis 4 – quatro 5 – outra (especificar): _____	5. _____
6. Escolaridade em anos: _____	6. _____
7. Renda familiar: R\$ _____	7. _____
8. Bens de consumo: 1-Geladeira 2- Rádio 3- TV 4- Computador 5-Máquina de lavar roupa 7- automóvel	8. _____
8. Fuma(ou) 1- sim 2-não 3-ex-fumante 4- fumante passiva	8. _____
9. Número de cigarros por dia: _____	9. _____
Nas perguntas abaixo responda: 1-não 2- deixei devido a gravidez 3- frequentemente 4-nos finais de semana 4-raramente	
10. Bebida alcoólica: _____	10. _____
11. Medicação controlada: 1-Sim 2- Não	11. _____
12. Drogas ilícitas: 1-Sim 2- Não	12. _____
PARTE B - ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS	
13. Gestação anterior: _____	13. _____
14: Número de partos: _____	14. _____
15. Alguém que você conhece já deu de mamar? 1-sim 2- não	15. _____
16. Você mamou quando criança? 1-sim 2-não 3- desconhece	16. _____
Se a participante for primípara ir para PARTE C do formulário	
17. Seus filhos mamaram? 1-sim 2-não	17. _____
18. Tempo de amamentação exclusiva: (maior tempo) _____ ano(s) _____ mês(es) _____ dias	18. _____
19. Qual foi o principal motivo para amamentar? (marcar apenas uma resposta) 1-prático/fácil 2- sem despesa/gastos 3- satisfação p/ amamentar 4-profissionais convenceram 5-familiares convenceram 6- protege contra doenças 7-obrigação materna 7- ficar perto do filho 8-outro (especificar) _____	19. _____
20. Qual foi o principal motivo para desmamar precocemente? (marcar apenas uma resposta) 1-pouco leite 2- choro do bebê 3-leite não sustenta/mamadeira mais nutritiva 3-doença do RN 4- cansaço/estresse/fadiga/sono da mãe 6-doença materna 7-vergonha de amamentar em público 8- marido prefere mingau/outro leite 9- insistência da mãe/sogra/outro familiar 10-engasgo do bebê 11- consome muito tempo 12- bebê não ganha peso 13-depressão 14-bebê não pega a mama 15- ansiedade/medo 16-falta de apoio 17-atrapalha a relação sexual 18-estética das mamas 19-bebê sempre com fome 20-ingurgitamento mamário 21-dor/fissura mamilar 22-mastite 23-retorno ao trabalho 24- amamentar prende a mãe em casa 25- outro: _____	20. _____
PARTE C - DADOS SOBRE A GESTAÇÃO ATUAL	
21. Idade gestacional em semanas: _____	21. _____
22. Pensa em amamentar o bebê? 1-sim 2- não 3- ainda não decidiu	22. _____
23. Por que não quer amamentá-lo? Motivo(s): _____	23. _____
24. Recebeu orientações sobre amamentação durante esta gestação? 1-sim 2- não	24. _____
25. Sem sim quem orientou? _____	25. _____
26. Já tem o kit de mamadeiras no enxoval do bebê? 1-Sim 2-não	26. _____
PARTE C - ESCORES DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA NA GESTANTE	
1: _____ 2: _____ 3: _____ 4: _____ 5: _____ 6: _____ 7: _____ 8: _____ 9: _____	
10: _____ 11: _____ 12: _____ 13: _____ 14: _____	

ANEXO B - Formulário II - História do Parto/ Nascimento/ Puerpério

FORMULÁRIO II - HISTÓRIA DO PARTO/NASCIMENTO/PUEPÉRIO	
PARTE A – HISTÓRIA DO PARTO E DA AMAMENTAÇÃO/ALIMENTAÇÃO DO RN	
Obs: Onde a informação não se aplica colocar 0(zero)	
Código da participante:	
27. Tipo de parto 1-normal 2- cesárea 3-fórceps	27. ____
28. Local do parto 1-hospital público 2-hospital privado 3-em casa 4-outro	28. ____
29. Você planejou amamentar na sala de parto? 1-sim 2- não	29. ____
30. A criança mamou nos primeiros 30 minutos de vida? 1-sim 2- não	30. ____
31. Onde a criança foi amamentada pela primeira vez? 1-sala de parto 2- alojamento conjunto 3-não amamentou	31. ____
32. O RN precisou ficar na incubadora/UTI? 1-sim 2- não (se não ir para a pergunta 36)	32. ____
33. Quanto tempo o bebê ficou na incubadora/UTI? _____ horas _____ dias	33. ____
34. Enquanto o bebê estava na incubadora/UTI você ordenhou/tirou seu leite para dar a ele(a)? 1-sim 2- não	34. ____
35. Enquanto o bebê teve alta da incubadora/UTI, ainda no hospital, como foi a pega? 1-ótima/pegou logo o peito 2-estranhou um pouco mais pegou 3-ficou irritado e deram a ele leite artificial 4-outro _____	35. ____
36. Ao nascer o bebê foi para o alojamento conjunto? 1-sim 2-não	36. ____
37. Usou chupeta na maternidade? 1-sim 2-não	37. ____
38. Usou mamadeira/chuquinha no hospital? 1-sim 2-não	38. ____
39. Usou leite artificial na maternidade? 1-sim 2-não	39. ____
40. Recebeu orientações sobre amamentação na maternidade? 1-sim 2- não	40. ____
41. Quem a orientou? 1-enfermeiro 2- médico 3-outro _____	41. ____
42. Intercorrência clínica no parto? 1-sim 2- não	42. ____
43. Se sim, qual intercorrência? 1-hemorragia 2-pressão alta 3-infecção 4-outro _____	43. ____
44. Qual a sua situação profissional hoje? 1-trabalhando 2-licença maternidade 3- dona de casa 4-outro: _____	44. ____
45. Teve dificuldade para amamentar na maternidade? 1-sim 2- não	45. ____
46. Qual foi a dificuldade? _____	46. ____
47. Alguém a ajudou? 1-sim 2- não	47. ____
48. Quem a ajudou? _____	48. ____
49. Superou a dificuldade antes da alta? 1-sim 2- não	49. ____
50. A criança teve alta se alimentando de que? 1-AME 2-aleitamento misto 3-leite artificial	50. ____
51. Você amamentou seu filho na primeira semana de vida? 1-sim 2- não	51. ____
52. Você teve dificuldade em amamentar seu filho na primeira semana de vida? 1-sim 2- não	52. ____
53. Qual foi a dificuldade em amamentar na primeira semana de vida? _____	53. ____
PARTE B- DADOS DO NASCIMENTO DO BEBÊ (as questões de número 54 a 60 serão informadas pelo cartão da criança)	
54. Peso _____ gramas	54. ____
55. Perímetro cefálico _____ cm	55. ____
56. Comprimento _____ cm	56. ____
57. Apgar no 1º minuto _____	57. ____
58. Apgar no 5º minuto _____	58. ____
59. Sexo do RN 1. Feminino 2.Masculino	59. ____
60. Idade gestacional (Capurro): _____	60. ____
61. O bebê tem algum problema de saúde que dificulte a amamentação? 1-sim 2- não	61. ____
PARTE C - ESCORES DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA NA PUÉRPERA	
1: _____ 2: _____ 3: _____ 4: _____ 5: _____ 6: _____ 7: _____ 8: _____ 9: _____	
10: _____ 11: _____ 12: _____	

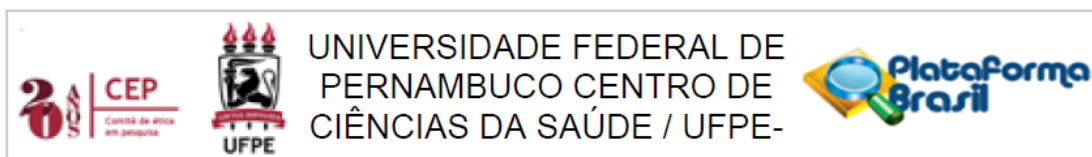
ANEXO C - Formulário III - História da amamentação e da alimentação da criança

FORMULÁRIO III - HISTÓRIA DA AMAMENTAÇÃO E DA ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA			
Obs: Onde a informação não se aplica colocar 0 (zero)			
Código da participante:			
Nome da criança:			
ALIMENTAÇÃO	2 sem.	4 sem.	8 sem.
Aleitamento materno: 1- aleitamento materno exclusivo 2- misto 3- artificial	61. _____	87. _____	113. _____
Número de mamadas por dia: 1- menos de oito mamadas 2- oito ou mais mamadas	62. _____	88. _____	114. _____
Você está satisfeita com a amamentação? 1-sim 2-não	63. _____	89. _____	115. _____
Qual outro alimento a criança recebeu nas últimas 24h? (Pode ser assinalado mais de um) 1-água 2-chá 3-fórmula infantil 4-leite de vaca integral 5-mingau 6-suco 7-fruta amassada/raspada 8-purê de legumes 9-danone/iogurte 10-outros _____	64. _____	90. _____	116. _____
O bebê usa chupeta? 1-sim 2-não	65. _____	91. _____	117. _____
Quando começou a usar a chupeta deixou de mamar? 1-sim 2-não	66. _____	92. _____	118. _____
O bebê usa mamadeira? 1-sim 2-não	67. _____	93. _____	119. _____
Quando começou a usar a mamadeira deixou de mamar? 1-sim 2-não	68. _____	94. _____	120. _____
Qual foi o principal motivo para amamentar? (marcar apenas uma resposta) 1-prático/fácil 2-sem despesa/gastos 3- satisfação p/ amamentar 4-profissionais convenceram 5-familiares convenceram 6- protege contra doenças 7-obrigação materna 7- ficar perto do filho 8-outro (especificar) _____	69. _____	95. _____	121. _____
Como o bebê se comporta na hora de mamar? 1- aceita bem a mama 2- fica irritado na hora de pegar a mama	70. _____	96. _____	122. _____
Quantas horas você fica em casa? _____ horas	71. _____	97. _____	123. _____
Desde que voltaram da maternidade você e o bebê já receberam visita domiciliar? 1-sim 2-não	72. _____	98. _____	124. _____
Quem fez a visita domiciliar? 1-enfermeiro 2-médico 3-ACS Outro: _____	73. _____	99. _____	125. _____
O bebê já foi para a consulta da puericultura? 1-sim 2- não	74. _____	100. _____	126. _____
O bebê está ganhando peso? 1-sim 2-não 3- não foi informada 4-não foi pesada	75. _____	101. _____	127. _____
A criança adoeceu? 1-sim 2-não	76. _____	102. _____	128. _____
Qual foi o problema? 1-diarreia 2-problema respiratório 3-problema de pele 4-febre 5-icterícia 6-outro _____	77. _____	103. _____	129. _____
Qual foi o principal motivo para desmamar precocemente? (marcar apenas uma resposta) 1-pouco leite 2- choro do bebê 3-leite não sustenta/mamadeira mais nutritiva 3-doença do RN 4-cansaço/estresse/fadiga/sono da mãe 6-doença materna 7-vergonha de amamentar em público 8-marido prefere mingau/outro leite 9- insistência da mãe/sogra/outro familiar 10-engasgo do bebê 11-consome muito tempo 12- bebê não ganha peso 13-depressão 14-bebê não pega a mama 15-ansiedade/medo 16-falta de apoio 17-atrapalha a relação sexual 18-estética das mamas 19-bebê sempre com fome 20-ingurgitamento mamário 21-dor/fissura mamilar 22-mastite 23-retorno ao trabalho 24-amamentar prende a mãe em casa 25- outro: _____	78. _____	104. _____	130. _____
A ideia de dar leite artificial/mingau para o bebê foi: (marcar apenas um) 1-decisão própria 2-marido 3-mãe da nutriz 4-sogra 5-amigas 6-enfermeiro 7-médico 8 outros _____	79. _____	105. _____	131. _____
Por quanto tempo o bebê mamou exclusivamente? _____ dias	80. _____	106. _____	132. _____
Há quantos dias o bebê recebe água/chá/suco? _____ dias	81. _____	107. _____	133. _____
Há quantos dias o bebê recebe outro leite? _____ dias	82. _____	108. _____	134. _____
Há quantos dias o bebê recebe outro alimento (fruta, purê, Danone)? _____ dias	83. _____	109. _____	135. _____
Com quantos dias de vida a criança recebeu mamadeira? _____	84. _____	110. _____	136. _____
Com quantos dias de vida a criança recebeu chupeta? _____	85. _____	111. _____	137. _____
Retornou ao trabalho? 1-sim 2-não	86. _____	112. _____	138. _____
ESCORES DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA NA PUÉRPERA NA 2ª SEMANA			
1: _____ 2: _____ 3: _____ 4: _____ 5: _____ 6: _____ 7: _____ 8: _____ 9: _____ 10: _____			
11: _____ 12: _____ 13: _____ 14: _____			
ESCORES DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA NA PUÉRPERA NA 4ª SEMANA			
1: _____ 2: _____ 3: _____ 4: _____ 5: _____ 6: _____ 7: _____ 8: _____ 9: _____ 10: _____			
11: _____ 12: _____ 13: _____ 14: _____			
ESCORES DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA NA PUÉRPERA NA 8ª SEMANA			
1: _____ 2: _____ 3: _____ 4: _____ 5: _____ 6: _____ 7: _____ 8: _____ 9: _____ 10: _____			
11: _____ 12: _____ 13: _____ 14: _____			

ANEXO D - Breastfeeding Self-efficacy Scale - Short Form / Escala de Autoeficácia na Amamentação – Forma Abreviada

BREASTFEEDING SELF-EFFICACY SCALE - SHORT FORM ESCALA DE AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO – FORMA ABREVIADA	
Para cada uma das seguintes afirmações, por favor, escolha a resposta que melhor descreve até que ponto você está confiante em amamentar o seu novo bebê. Por favor, marque a sua resposta circulando o número mais próximo de como você se sente. Não existe uma resposta certa ou errada. 1 = discordo totalmente 2 = discordo 3 = às vezes concordo 4 = concordo 5 = concordo totalmente	
1. Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente.	1 2 3 4 5
2. Eu sempre lido com amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios. (Supera com sucesso a amamentação e as demais situações da vida).	1 2 3 4 5
3. Eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento.	1 2 3 4 5
4. Eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada	1 2 3 4 5
5. Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer.	1 2 3 4 5
6. Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando.	1 2 3 4 5
7. Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando.	1 2 3 4 5
8. Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família.	1 2 3 4 5
9. Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar.	1 2 3 4 5
10. Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo. (Mesmo consumindo o meu tempo eu quero amamentar).	1 2 3 4 5
11. Eu sempre amamento meu bebê em um peito e depois mudo para o outro.	1 2 3 4 5
12. Eu sempre continuo amamentando meu bebê a cada alimentação dele. (a cada mamada).	1 2 3 4 5
13. Eu sempre consigo adequar as minhas necessidades às necessidades do bebê. (Organizo minhas necessidades de banho, sono, alimentação com a amamentação do bebê).	1 2 3 4 5
14. Eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada.	1 2 3 4 5

ANEXO E - Parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS À AUTOEFICÁCIA MATERNA NA AMAMENTAÇÃO

Pesquisador: Elisângela Lira de Lima Araujo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 76625317.0.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.449.826

Apresentação do Projeto:

Projeto de Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

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

Projeto Mestre: Rede social, parentalidade e os cuidados com a criança

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Pedrosa Leal

Objetivo da Pesquisa:

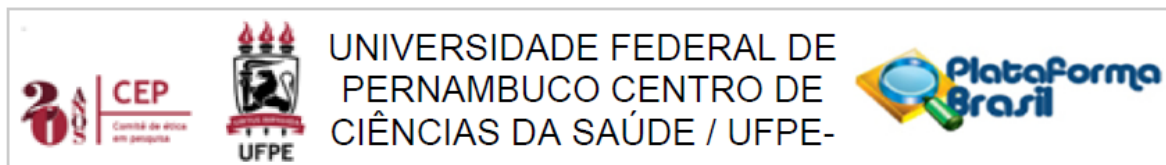
OBJETIVOS

Geral

Avaliar os fatores associados à autoeficácia materna para amamentar no último trimestre de gestação e nos dois primeiros meses após o parto, e repercussão no aleitamento materno exclusivo.

Específicos

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.449.826

Determinar a incidência de baixa e alta autoeficácia materna para amamentar no último trimestre de gestação e nos dois primeiros meses após o parto;

Identificar a incidência do aleitamento materno exclusivo aos 15, 30 e 60 dias após o parto;

Verificar a associação das variáveis socioeconômicas, obstétricas, experiência com amamentação, participação em intervenção educativa sobre amamentação, intercorrências no processo de lactação e a autoeficácia materna para amamentar no último trimestre de gestação e nos dois primeiros meses após o parto, e sua repercussão no aleitamento materno exclusivo;

Verificar a associação das variáveis socioeconômicas, obstétricas, experiência com amamentação, intercorrências no processo de lactação, autoeficácia para amamentar, participação em intervenção educativa sobre amamentação e o aleitamento materno exclusivo.

Correlacionar a incidência do aleitamento materno exclusivo com os escores de autoeficácia materna para amamentar aos 15, 30 e 60 dias após o parto.

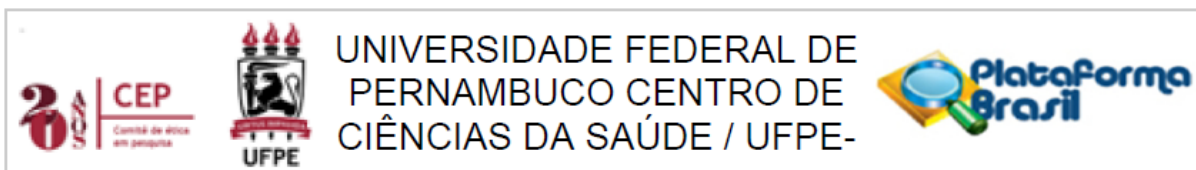
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios

Os riscos da presente pesquisa são inerentes às pesquisas que utilizam dados secundários, visto que não há outra forma de recuperar informações que não tenham sido devidamente documentadas no período em que houve a realização da coleta de dados. Para redução dos possíveis riscos, a pesquisadora se compromete a manusear o banco de dados com os devidos cuidados, mantendo seu armazenamento em local seguro e garantindo o sigilo das informações nele contidas.

Os benefícios da presente pesquisa envolvem a contribuição para o levantamento de discussões e reflexões sobre as questões relacionadas ao apoio, incentivo, promoção e proteção da prática do aleitamento materno, proporcionando aos profissionais de saúde o aperfeiçoamento da assistência prestada às mulheres/nutrizes. Os resultados desta pesquisa serão divulgados em periódicos, eventos científicos e também no local do estudo.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.449.826

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Diante dos altos índices locais de interrupção precoce do AME e da sua estreita relação com vários fatores que podem modificar o desejo da mulher em amamentar, e buscando subsidiar a enfermagem na elaboração de estratégias e intervenções balizadas pelo conhecimento da autoeficácia que possam estimular o aleitamento materno exclusivo de forma eficaz e com atenção individualizada, de acordo com a realidade de cada nutriz esse estudo visa responder a pergunta: Como os fatores socioeconômicos, obstétricos, sobre a experiência com amamentação e as intercorrências no processo de lactação influenciam a autoeficácia para amamentar na gestação e no período pós-parto?

O profissional de saúde que atua na atenção básica e no âmbito da saúde da família tem papel importante na influência das mulheres sobre a prática da amamentação através do fornecimento de informações acerca da importância do AME; em especial o enfermeiro, que acompanha a mulher desde o período gestacional e possui a educação em saúde atrelada a sua prática como forte aliado no incentivo às ações de promoção à saúde.

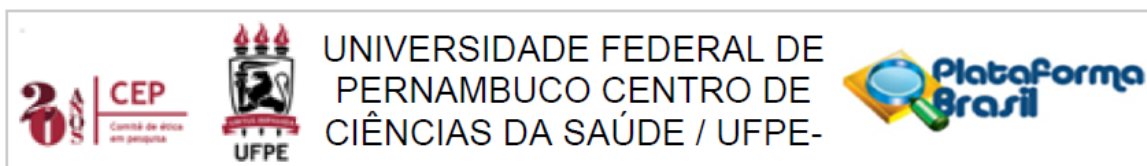
O conhecimento da autoeficácia materna para amamentar e os fatores que estão intimamente ligados à sua modificação são importantes para identificar mulheres como maior risco de interromper precocemente o AME e que, portanto, necessitam de maior atenção do enfermeiro em suas intervenções de apoio ao aleitamento materno, junto à mulher e sua família.

O enfermeiro que lida com os desafios da amamentação, deve ainda estar preparado para prestar assistência de forma eficaz e contextualizada com as vivências de cada mulher. Através da educação em saúde, lançar mão de interposições e estratégias que tenham como referencial a teoria da autoeficácia, pode proporcionar ao profissional de saúde melhor compreensão da percepção das mulheres acerca da expectativa para amamentar, bem como suas dificuldades, medos e inseguranças, além de contribuir no enfrentamento de problemas que interferem direta e indiretamente na prática do aleitamento materno exclusivo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Carta de anuência assinada;
2. Projeto de pesquisa completo;
3. Currículo lattes dos pesquisadores envolvidos;

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.449.826

4. Roteiro de entrevista;
5. Folha de rosto;
6. TCLE para maiores de 18 anos;
7. Termo de Compromisso e Confidencialidade;
8. Declaração de autorização de uso de dados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem inadequações ou pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

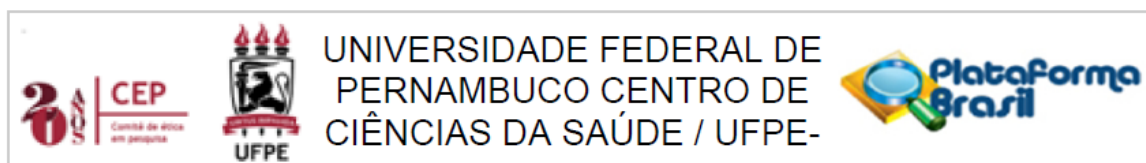
As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.449.826

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_997046.pdf	15/12/2017 00:32:17		Aceito
Outros	CARTA_DE_RESPOSTA_AS_PENDENCIAS.docx	15/12/2017 00:30:27	Elisângela Lira de Lima Araujo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOELISANGELALIRA.docx	15/12/2017 00:16:24	Elisângela Lira de Lima Araujo	Aceito
Outros	LattesLuciana.pdf	15/09/2017 03:22:01	Elisângela Lira de Lima Araujo	Aceito
Outros	LattesElisangelaLira.docx	15/09/2017 03:03:27	Elisângela Lira de Lima Araujo	Aceito
Outros	Historicoescolar.docx	15/09/2017 02:43:00	Elisângela Lira de Lima Araujo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodeautorizacaodeusodados.docx	15/09/2017 02:42:00	Elisângela Lira de Lima Araujo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termodecompromissoeconfidencialidade.docx	15/09/2017 02:40:16	Elisângela Lira de Lima Araujo	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.docx	15/09/2017 02:24:02	Elisângela Lira de Lima Araujo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 20 de Dezembro de 2017

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
 (Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br