



# Reflexões sobre Características Parentais que Influenciam a Gestação e o Aleitamento Materno

Rosana de Fátima Possobon  
(Organizadora)



# Reflexões sobre Características Parentais que Influenciam a Gestação e o Aleitamento Materno

Rosana de Fátima Possobon  
(Organizadora)

**Editora Chefe**  
Marcia A. A. Marques  
**Editora Adjunta**  
Isabela Arantes Ferreira  
**Coordenador Editorial**  
Lucas Batista Cunha  
**Bibliotecária**  
Maria Alice Ferreira  
**Diagramação**  
Marcos Antonio Ribeiro Pereira  
**Arte da Capa**  
Matheus Lacerra  
**Imagem da Capa**  
Freepik  
**Revisão**  
Os autores

O conteúdo deste livro está licenciado sob uma licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial Não Derivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).



2021 by Bookerfield Editora  
Copyright © Bookerfield Editora  
Copyright do Texto © 2021 Os autores  
Copyright da Edição © 2021 Bookerfield Editora  
Os autores cedem à Bookerfield Editora os direitos para esta edição

Esta obra é de natureza digital (e-book). Versões impressas são permitidas, não tendo a Bookerfield Editora qualquer responsabilidade pela confecção e distribuição de exemplares físicos deste conteúdo.

Todos os manuscritos da obra passaram por rigorosa avaliação cega pelos pares, baseadas em critérios científicos e imparciais, recebendo a aprovação após atender os critérios técnicos estabelecidos pelo Conselho Editorial.

Todo o conteúdo do livro e de artigos individuais é de responsabilidade exclusiva de seus respectivos autores, não sendo a Bookerfield Editora responsável por quaisquer eventuais irregularidades.

Situações como plágio, má conduta ética/científica ou dados e resultados fraudulentos são de responsabilidade do autor, comprometendo-se a Bookerfield Editora em investigá-las rigorosamente e tomar as ações cabíveis.

O download, compartilhamento e referência da obra são permitidos mediante atribuição de crédito aos autores e à Editora. A comercialização desta obra é expressamente proibida.

## CONSELHO EDITORIAL

### **Ciências Agrárias**

Afrânio Silva Madeiro  
Alirya Magda Santos do Vale Gomes  
Ana Luiza Trovo Marques de Souza  
Carlos Eugenio Fortes Teixeira  
Daniela Kunkel  
Daniele Cristina Ficanha  
Elson Barbosa da Silva Junior  
Fabiana Schiochet  
Fernando Rezende da Costa  
Flávio José Rodrigues Cruz  
Heiriane Martins Sousa  
João Francisco Severo Santos  
Joelma Leão Buchir  
Kleber Fernando Pereira  
Marden Manuel Rodrigues Marques  
Maria Cristina Bueno Coelho  
Monyck Jeane dos Santos Lopes  
Pablo Daniel Freitas Bueno

### **Ciências Biológicas**

Cesar Augusto Cunha Cervantes  
Débora Cristina Damasceno  
Érika Alves Tavares Marques  
Fabíola Aliaga de Lima  
Flávio José Rodrigues Cruz  
Heiriane Martins Sousa  
Jaqueline Rocha Borges dos Santos  
Joelma Leão Buchir  
José Amorim  
José Maria Ferraz Filho  
Jussara Gonçalves Fonseca  
Kleber Fernando Pereira  
Mário César de Oliveira  
Morgana do Nascimento Xavier  
Nathália Sayuri Yamamoto  
Noemi Mendes Fernandes  
Patricia Köster e Silva  
Rafael Mesquita Stoque

Renato Luís Veiga Oliveira Júnior  
Veronica Gabriela Ribeiro da Silva

### **Ciências da Saúde**

Adriano José Barbosa Junior  
Alexandre Daré de Almeida  
Ana Irene Coelho Nunes  
Ana Luiza Trovo Marques de Souza  
Andrea Borges Gaia  
Andressa Ribeiro Contreira  
Camila Gemin R. Locatelli  
Carlos Vinícius Pagani Vieira  
Machado  
Débora Cristina Damasceno  
Elisângela Rodrigues Carrijo  
Fabiana Leticia Sbaraini  
Fabio José Antonio da Silva  
Fabrício Casanova  
Gisela da Costa Mascarenhas  
Greicielle Pereira Arruda  
Ivonete Aparecida Alves Sampaio  
Janaina da Câmara Zambelli  
Jandira Maria do Amarilho Silveira  
Jaqueline Rocha Borges dos Santos  
João Francisco Severo Santos  
Jogilmira Macedo Silva Mendes  
José Aderval Aragão  
José Maria Ferraz Filho  
José Roberto Zaffalon Júnior  
Juliane Campos Inácio  
June Fernanda Maria Teixeira  
Katia Fernanda Forti Porcaro  
Kilvia Paula Soares Macedo  
Líncon Bordignon Somensi  
Luciane Cristina Arantes  
Marcello Alberton Herdt  
Marcelo Benedet Tournier  
Marcelo de Oliveira Pinto  
Marcos Guimarães de Souza Cunha

Marcos Roberto Brasil  
Maria Cristina C Nepomuceno  
Carvalho  
Nara Michelle Moura Soares  
Nillianne Charles Ribeiro  
Rafael Mesquita Stoque  
Randson Souza Rosa  
Renato Carlos Machado  
Rogério Wagner da Silva  
Sheila Moura Amaral  
Simone Mattos do Nascimento  
Sofia Banzatto  
Suzana Silva Lira  
Taíza Fernanda Ramalhais  
Thaís Mendonça Resende  
Thiago Luciano Rodrigues da Silva  
Valéria Rodrigues da Conceição  
Veronica Gabriela Ribeiro da Silva  
Vivian Victoria Vivanco Valenzuela

### **Ciências Exatas e da Terra**

Andrea Sartori Jabur  
Cláudia Hitomi Watanabe Rezende  
Dalvani Fernandes  
Duany Dreyton Bezerra Sousa  
Edfram Rodrigues Pereira  
Evandro Preuss  
Gisane Aparecida Michelin  
Henrique Mariano Costa do Amaral  
Henrique Pereira Oliveira Neves  
Hermam Vargas Silva  
Isidro ihadua  
João César Abreu de Oliveira Filho  
Lívia Sancho  
Luiz Eduardo da Silva Gomes  
Manolo Cleiton Costa de Freitas  
Marco Aurélio Schünke  
Marcos do Carmo Pereira  
Rodolfo Lucas Bortoluzzi  
Sonia Tomie Tanimoto  
Vagner Marques de Moura  
Valdecir Alves dos Santos Júnior

### **Ciências Humanas**

Adailton Pereira de Melo  
Alberto Carlos de Souza  
Ana Margarida Theodoro Caminhas  
Breno Henrique Ferreira Cypriano  
Bruna Pacheco de Almeida  
Bruno Cezar Silva  
Camila Bueno Grejo  
Camila de Vasconcelos Tabares  
Carlos Eduardo Mauricio  
Dalvani Fernandes  
Dayane Cristina Guarnieri  
Deiziane Pinheiro Aguiar  
Eduardo Henrique Assis Cidade  
Elisângela Rodrigues Carrijo  
Eulalia Fabiano  
Fernando Cesar Mendes Barbosa  
Guilherme Camara Meireles  
Guilherme William Udo Santos  
Isadora Vianna Sento-Sé  
João César Abreu de Oliveira Filho  
João Francisco Severo Santos  
Josael Jario Santos Lima  
Josiane Nascimento Andrade  
Luana Mayer de Souza  
Marcos Pereira dos Santos  
Marcos Pereira Magalhães  
Maria Cristina C Nepomuceno  
Carvalho  
Marlon Nantes Foss  
Miguel Rodrigues Netto  
Oscar Yecid Bello Bello  
Rebecca Bianca de Melo Magalhães  
Sandra das Dores Souza  
Silvio Santiago-Vieira  
Susan Audrey Bueno dos Santos  
Taíza Fernanda Ramalhais  
Tatiane dos Santos Duarte  
Vanderlei Frari  
Vânia Maria Carvalho de Sousa  
Vinícius Dantas Silveira

## **Ciências Sociais Aplicadas**

Aline De Souza Lima Barbaroto  
Ana Margarida Theodoro Caminhas  
Bruna Pacheco de Almeida  
Bruno Cezar Silva  
Camila Nathalia Padula de Godoy  
Cassio Rene Duminelli  
Daniel Nascimento e Silva  
Eduardo Henrique Assis Cidade  
Elisângela Rodrigues Carrijo  
Érika Rigotti Furtado  
Eulalia Fabiano  
Fernando Cesar Mendes Barbosa  
Gisela da Costa Mascarenhas  
Hermam Vargas Silva  
Horácio Monteschio  
Isabel das Mercedes Costa  
Isadora Vianna Sento-Sé  
João Clécio de Sousa Holanda  
João Francisco Severo Santos  
João Vitor Gomes Pinto  
Josael Jario Santos Lima  
Josiane Nascimento Andrade  
Marco Aurelio de Jesus Mendes  
Maria Cristina C Nepomuceno  
Carvalho  
Miguel Rodrigues Netto  
Nelson Calsavara Garcia Junior  
Renato Obikawa Kyosen  
Rodolfo Lucas Bortoluzzi  
Sandra Couto Barbosa  
Solange Kileber  
Susan Audrey Bueno dos Santos  
Vanessa Paiva Costa Vale  
Vinícius Dantas Silveira

## **Engenharias**

Alejandro Victor Hidalgo Valdivia  
Andrea Sartori Jabur  
Andréia Monique Lermen  
Cristhiane Michiko Passos Okawa  
Daniele Cristina Ficanha

Elaine Patricia Arantes  
Fernando Oliveira de Andrade  
Henrique Mariano Costa do Amaral  
Israel Henrique Ribeiro Rios  
Jaime Andres Castaneda Barbosa  
Marcelo Henrique da Silva  
Marcelo Marques  
Marcos Guimarães de Souza Cunha  
Rafael Gonçalves Mafra  
Rodolfo Lucas Bortoluzzi  
Thiago Averaldo Bimestre  
Valdecir Alves dos Santos Júnior  
Vanessa Paiva Costa Vale

## **Linguística, Letras e Artes**

Alberto Carlos de Souza  
Geison Araujo Silva  
Guilherme William Udo Santos  
José Edson Barros Correia  
Luciano de Oliveira Costa  
Márcia Donizete Leite-Oliveira  
Marlon Nantes Foss  
Silvio Santiago-Vieira  
Thiago Blanch Pires  
Vera Regiane Brescovici Nunes

## **Multidisciplinar**

Alejandro Victor Hidalgo Valdivia  
Aline De Souza Lima Barbaroto  
Ana Margarida Theodoro Caminhas  
Andrea Sartori Jabur  
Andréia Monique Lermen  
Cláudia Hitomi Watanabe Rezende  
Érika Alves Tavares Marques  
Fernanda Imada de Lima  
Fernando Oliveira de Andrade  
Guilherme Camara Meireles  
Isidro ihadua  
José Amorim  
Marcelo Marques  
Vanessa Paiva Costa Vale

# Reflexões sobre Características Parentais que Influenciam a Gestação e o Aleitamento Materno

**Editora Chefe** Marcia A. A. Marques  
**Editora Adjunta** Isabela Arantes Ferreira  
**Coordenador Editorial** Lucas Batista Cunha  
**Bibliotecária** Maria Alice Ferreira  
**Diagramação** Marcos Antonio Ribeiro Pereira  
**Revisão** Os Autores

## Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Reflexões sobre características parentais que influenciam a gestação e o aleitamento materno [livro eletrônico] / Rosana de Fátima Possobon (organizadora). -- São Paulo : Bookerfield, 2021. PDF

ISBN 978-65-89929-39-0

1. Aleitamento materno 2. Característica parentais  
3. Gravidez 4. Saúde pública I. Possobon, Rosana de Fátima.

21-93446

CDD-649.33

### Índices para catálogo sistemático:

1. Características parentais que influenciam a gestação  
e o aleitamento materno : Puericultura 649.33

Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

**DOI 10.53268/BKF21111200**

**Bookerfield Editora**  
São Paulo – Brasil  
Telefone: +55 (11) 98441-4444  
www.bookerfield.com  
contato@bookerfield.com



## DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores declaram não haver qualquer interesse comercial ou irregularidade que comprometa a integridade desta obra; declaram que participaram da elaboração e revisão da obra, atestando a confiabilidade dos dados e resultados; declaram que a obra está livre de plágio acadêmico; declaram que a publicação desta obra não fere qualquer outro contrato por eles firmados; declaram ter atendido eventuais exigências de outras partes, como instituições financiadoras, para a publicação desta obra.

## APRESENTAÇÃO

Este livro é o resultado de alguns anos de trabalho sobre os temas “maternidade e amamentação”. Apresentado em oito capítulos, traz parte dos frutos de três dissertações de mestrado e três teses de doutorado, desenvolvidas por alunos que tive o prazer de orientar, em três Programas de Pós Graduação da Universidade de Campinas (Unicamp), sendo dois na Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP) – Mestrado Profissional em Gestão e Saúde Coletiva e Programa de Pós Graduação em Odontologia – e um na Faculdade de Ciências Médicas (FCM) – Programa de Pós Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente.

Cada capítulo traz à luz alguma importante característica materna ou paterna, que pode estar associada à tomada de decisão em engravidar e em iniciar e manter o aleitamento materno. Estes são temas recorrentes em minha trajetória como docente e pesquisadora, uma vez que é a base do trabalho que desenvolvo como Coordenadora do Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais – Cepae, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP-Unicamp. Este Centro oferece o Programa de Atenção Precoce à Saúde, onde a gestante é acolhida e recebe todo o suporte para iniciar e manter a amamentação e introduzir hábitos saudáveis em seus filhos, durante os quatro primeiros anos de vida da criança, de forma gratuita, por uma Equipe formada por cirurgiões-dentistas, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, fonoaudiólogos e uma médica otorrinolaringologista.

O primeiro capítulo deste livro apresenta a avaliação de cinco anos de atuação de uma das quatro Etapas do Programa e mostra que o Cepae tem contribuído para a ampliação das taxas de aleitamento materno na comunidade. Os sete capítulos seguintes evidenciam a importância do conhecimento integral da família para que o profissional de saúde possa ser mais eficiente no aconselhamento sobre planejamento familiar e aleitamento materno, uma vez que discute temas como senso de coerência, autoeficácia e locus de controle materna, o uso de chupeta e a percepção de apoio do pai. Estes temas, embora relevantes, não são comumente considerados na prática clínica de incentivo à amamentação.

Com a publicação desta coletânea, espero estimular outros pesquisadores a olhar para a maternidade, especialmente para a prática do aleitamento, de forma mais integral, observando sutilezas que podem estar por trás de decisões importantes como a de desmamar precocemente um filho. E que, por sua vez, possam também ampliar os horizontes de todos aqueles envolvidos com este tema e, aos poucos, ajudar a tornar este ato tão incrível e importante, que é o de amamentar, numa missão leve e extremamente prazerosa para todas as mães do mundo!

**Prof. Dra. Rosana de Fátima Possobon**

## PREFÁCIO

Quando nasce um filho, nasce uma mãe...

Apesar de ser um jargão, uma frase feita de propaganda de leite em pó, ela representa uma grande verdade. É a expressão da realidade.

Ninguém nasce sabendo ser mãe e esse conhecimento não é adquirido por observação ou pela experiência alheia. Apesar de mães, avós e amigas tentarem nos passar o que é tal experiência, a verdade é que a gente só aprende a ser mãe, sendo.

Entretanto, esse processo pode ser mais fácil quando a gente acha pessoas capazes e gentis que se propõem a nos ajudar e nos ensinar, na prática, muitas coisas que envolvem a maternidade. É o caso do Cepae – Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais, um serviço da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Unicamp, que, dentre as várias atividades que realiza, implantou um programa de incentivo ao aleitamento materno em 2002 e, até então, tem colaborado com muitas mães e famílias nas orientações quanto à importância do aleitamento materno para os bebês e para a própria mãe.

Amamentar não é uma tarefa fácil. Quem já passou por isso sabe como é... Até a gente pegar o jeito, a criança aprender a mamar, tudo isso recheado com alterações hormonais e emocionais diárias... ufa! Dá-lhe paciência e persistência. Mas, com evidências científicas traduzidas em orientações recheadas com amor, a mãe pode, com coragem, implementar esse hábito e transformar a realidade de uma família. Mais amor, mais vínculo, mais saúde são os maiores ganhos de mãe e bebê. Amamentar nos torna mais fortes.

Nos oito capítulos que compõem o livro, você vai encontrar informações relativas desde ao planejamento da gestação até a importância do apoio do pai para o aleitamento materno. Amamentar é uma prática que pode ser planejada e gerenciada para ser eficiente.

Além disso, você vai ver evidências científicas que a autoeficácia, ou seja, a habilidade pessoal de amamentar com sucesso, interfere na manutenção do aleitamento materno por mais tempo, demonstrando que mães autoconfiantes tem mais persistência nessa importante atividade.

O livro traz informações muito importantes para pessoas de várias áreas de atuação que nos capacita a sermos melhores, como mãe ou como orientador de mães e familiares. Esse livro contribui para nos dar fundamentos para insistirmos em práticas para mais saúde. Todo mundo deveria apoiar a amamentação, pois todos, um dia já dependemos dela para nos nutrir e crescer.

Para finalizar, preciso falar da Coordenadora do Cepae, Profa.

Dra. Rosana de Fátima Possobon. Incansável entusiasta do serviço, ela respira práticas para melhor acolhimento de mães e crianças em diferentes faixas etárias, permitindo melhor qualidade de vida de tantas famílias. Uma mulher inspiradora, mãe irrepreensível, vive o Cepae em seu dia a dia e já formou milhares de pessoas capacitadas a oferecer esses atendimentos com qualidade para várias famílias por todo o Brasil. Converse com a Profa. Rosana por 5 minutos e saberá o que é tratar pessoas com respeito e carinho.

Ao leitor desse livro, aprecie esse presente. Leia e desfrute dos conhecimentos, compartilhe essas evidências científicas para que outras pessoas possam se transformar em replicadores dos bons hábitos na busca de melhor qualidade de vida. Além disso, transforme sua realidade e a realidade de mais pessoas. Se gentileza gera gentileza, conhecimento gera amor. Aproveite.

**Profa. Dra. Fernanda de Carvalho Panzeri Pires-de-Souza**

Profa. Titular da Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia de  
Ribeirão Preto, Departamento de Materiais Dentários e Prótese.

ferpanzeri@usp.br

CV: <http://lattes.cnpq.br/5000638498655119>

**DOI 10.53268/BKF21111298**

# SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| <b>CAPÍTULO 1</b> .....   | 14 |
| <b>PROGRAMA INTERDISCIPLINAR DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO: PLANEJAMENTO, GESTÃO E AVALIAÇÃO LONGITUDINAL</b> |    |
| Melisa Sofia Gomez  |    |
| Jucilene Casati Lodi  |    |
| Karine Laura Cortellazzi  |    |
| Rosana de Fátima Possobon   |    |
| DOI 10.53268/BKF21111201  |    |
| <b>CAPÍTULO 2</b> .....   | 28 |
| <b>O SENSO DE COERÊNCIA E O PLANEJAMENTO DA GESTAÇÃO</b>  |    |
| Fernando Márcio Cortelo   |    |
| Amanda Brait Zerbeto  |    |
| Ana Claudia Gomes de Almeida  |    |
| Karine Laura Cortellazzi  |    |
| Sérgio Tadeu Martins Marba  |    |
| Rosana de Fátima Possobon   |    |
| DOI 10.53268/BKF21111202  |    |
| <b>CAPÍTULO 3</b> .....   | 36 |
| <b>A AUTOEFICÁCIA MATERNA E A DURAÇÃO DO ALEITAMENTO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA</b>                                   |    |
| Jucilene Casati Lodi  |    |
| Clarice Santana Milagres  |    |
| Maria Cristina Pauli da Rocha   |    |
| Melisa Sofia Gomez  |    |
| Karine Laura Cortellazzi  |    |
| Rosana de Fátima Possobon   |    |
| DOI 10.53268/BKF21111203  |    |
| <b>CAPÍTULO 4</b> .....   | 48 |
| <b>A AUTOEFICÁCIA DA GESTANTE E O TIPO DE ALEITAMENTO NA ALTA HOSPITALAR</b>  |    |
| Jucilene Casati Lodi  |    |
| Clarice Santana Milagres  |    |
| Maria Cristina Pauli da Rocha   |    |
| Melisa Sofia Gomez  |    |
| Karine Laura Cortellazzi  |    |
| Rosana de Fátima Possobon   |    |
| DOI 10.53268/BKF21111204  |    |

|   |     |
|---|-----|
| <b>CAPÍTULO 5</b> .....   | 60  |
| <b>A AUTOEFICÁCIA NO PÓS-PARTO IMEDIATO E SUA INFLUÊNCIA NO ALEITAMENTO MATERNO NO 30º DIA DE VIDA DA CRIANÇA</b> |     |
| Jucilene Casati Lodi  |     |
| Clarice Santana Milagres  |     |
| Maria Cristina Pauli da Rocha   |     |
| Melisa Sofia Gomez  |     |
| Karine Laura Cortellazzi  |     |
| Rosana de Fátima Possobon   |     |
| DOI 10.53268/BKF21111205  |     |
| <b>CAPÍTULO 6</b> .....   | 74  |
| <b>FATORES ASSOCIADOS AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO AOS 6 MESES DE VIDA DA CRIANÇA</b>                         |     |
| Fernanda Gabriele da Costa Raven  |     |
| Lucas Miotto Reducino   |     |
| Janaína da Câmara Zambelli  |     |
| Karine Laura Cortellazzi  |     |
| Rosana de Fátima Possobon   |     |
| DOI 10.53268/BKF21111206  |     |
| <b>CAPÍTULO 7</b> .....   | 87  |
| <b>FATORES BIOPSISSOCIAIS E LOCUS DE CONTROLE RELACIONADOS AO DESMAME PRECOCE: UMA ANÁLISE HIERÁRQUICA</b>        |     |
| Ana Claudia Gomes de Almeida  |     |
| Fernando Márcio Cortelo   |     |
| Janaina da Câmara Zambelli  |     |
| Karine Laura Cortellazzi  |     |
| Sergio Tadeu Martins Marba  |     |
| Rosana de Fátima Possobon   |     |
| DOI 10.53268/BKF21111207  |     |
| <b>CAPÍTULO 8</b> .....   | 99  |
| <b>O APOIO DO PAI E AS PRÁTICAS DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: UM ESTUDO LONGITUDINAL</b>                      |     |
| Maria Cristina Pauli da Rocha   |     |
| Jucilene Casatti Lodi   |     |
| Karine Laura Cortellazzi  |     |
| Sérgio Tadeu Martins Marba  |     |
| Rosana de Fátima Possobon   |     |
| DOI 10.53268/BKF21111208  |     |
| <b>ÍNDICE REMISSIVO</b> .....   | 113 |
| <b>SOBRE A ORGANIZADORA</b> .....   | 118 |

## PROGRAMA INTERDISCIPLINAR DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO: PLANEJAMENTO, GESTÃO E AVALIAÇÃO LONGITUDINAL

**Melisa Sofia Gomez**

[lattes.cnpq.br/3229284709660350](https://lattes.cnpq.br/3229284709660350)

Faculdade de Odontologia de  
Piracicaba FOP/UNICAMP

**Jucilene Casati Lodi**

[lattes.cnpq.br/5883220207237904](https://lattes.cnpq.br/5883220207237904)

Faculdade de Odontologia de  
Piracicaba FOP/UNICAMP

**Karine Laura Cortellazzi**

[lattes.cnpq.br/4286204965056294](https://lattes.cnpq.br/4286204965056294)

Faculdade de Odontologia de  
Piracicaba FOP/UNICAMP

**Rosana de Fátima Possobon**

[lattes.cnpq.br/2160429571991060](https://lattes.cnpq.br/2160429571991060)

Faculdade de Odontologia de  
Piracicaba FOP/UNICAMP

**RESUMO** - As vantagens do aleitamento materno são amplamente conhecidas, sendo esta prática, indiscutivelmente, a principal estratégia de redução de morbidades e mortalidade materno-infantil. Entretanto, os resultados da II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno (2010) apresentam uma prevalência de

aleitamento exclusivo aos 6 meses de vida menor de 10% em crianças residentes na região sudeste do Brasil, índice considerado muito aquém da recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS). Diante deste contexto e com a finalidade de minimizar os fatores que levam ao desmame, o Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais (Cepae), da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp, implantou um programa de incentivo ao aleitamento materno no ano de 2002 para apoiar as práticas de lactância das famílias participantes. O objetivo deste trabalho foi verificar a eficiência do programa através das taxas de aleitamento materno, o uso de chupeta e mamadeira dos bebês participantes, assim como descrever as ações executadas. Por meio de um estudo longitudinal, foi analisado um banco de dados secundários, alimentado por 501 prontuários das famílias que iniciaram a sua participação entre os anos de 2011 e 2016. Notou-se uma alta prevalência de presença de aleitamento materno (exclusivo e complementado) desde o primeiro mês (97%) até o sexto mês de vida (87%). As taxas de aleitamento materno exclusivo e a

presença de aleitamento materno foram de 61,4% e 92,9% respectivamente. Os achados apontam o importante papel do programa interdisciplinar em incentivo ao aleitamento materno exclusivo, em manter as práticas de aleitamento materno até o sexto mês de vida, podendo ser expandido como um modelo de serviço público para incentivar e apoiar as práticas de aleitamento materno.

**PALAVRAS-CHAVE:** Aleitamento materno; Saúde da criança; Educação em saúde.

## 1. INTRODUÇÃO

O aumento das taxas de aleitamento materno no Brasil é um desafio para o Ministério da Saúde. Desde a década de 1980, o governo brasileiro tem promovido, protegido e apoiado as práticas de aleitamento materno por meio de diversas estratégias, dentre as quais se destacam o Método Canguru, a aprovação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL, em 1988)<sup>1</sup>, a Implantação da rede de Bancos de Leite Humano (em 1985)<sup>2</sup>, a Estratégia Amamenta Brasil (em 2008)<sup>3</sup> e ações de mobilização sociais como a Semana Mundial de Aleitamento Materno<sup>4</sup>.

Contudo, apesar da comprovada importância da oferta exclusiva do leite materno nos primeiros seis meses de vida da criança, no que se refere a aspectos epigenéticos, fisiológicos e econômicos<sup>5,6,7,8</sup>, os índices de aleitamento exclusivo ainda permanecem baixos. Conforme dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), somente cerca de metade dos bebês recebe aleitamento exclusivo nos primeiros 4 meses de vida. Todavia, deve-se salientar que essa estimativa inclui crianças com aleitamento predominante<sup>1</sup>. No cenário nacional, resultados da II Pesquisa Nacional de Prevalência do Aleitamento Materno (2009), mostram que a mediana de duração do aleitamento materno exclusivo (AME) é de 54,11 dias no conjunto das capitais brasileiras. Este índice está aquém do preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ou seja, 100% das crianças em AME até o sexto mês de vida<sup>9</sup>.

O aconselhamento das nutrizes por profissionais de saúde pode ser uma ferramenta importante para o enfrentamento das dificuldades inerentes aos processos de instalação e manutenção da amamentação, especialmente quando esta atividade acontece em grupos pequenos de mães, iniciados durante o pré-natal, por meio da educação face a face e apoio antes e após o parto, com o estímulo à formação de uma rede de apoio familiar<sup>10, 11, 12, 13</sup>.

Neste contexto, a avaliação dos índices alcançados por este Programa é útil à observação crítica da dinâmica do serviço e pode contribuir para a discussão e implementação de estratégias potencialmente mais eficientes para a melhoria das taxas de AM, não somente no CEPAE, mas como um modelo de serviço público para auxiliar as práticas de aleitamento materno<sup>20</sup>.

## 2. MÉTODOS

### 2.1 Local e Tipo do estudo

Para realização do estudo, recorreu-se a uma pesquisa do tipo longitudinal, conduzida nas instalações do Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais (Cepae), fundado em agosto de 1993 pela área de Psicologia aplicada da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (Unicamp).

Por meio do Programa de Atenção Precoce à Saúde, o Cepae oferece atendimento a crianças de zero a cinco anos de idade, com uma equipe interdisciplinar composta por nutricionistas, psicólogos, cirurgiões-dentistas, fonoaudiólogos, enfermeiros e médico otorrinolaringologista. Para ingressar no Cepae, a mãe deve participar da primeira etapa do Programa ainda durante a gestação. Assim que a criança nasce, ela é acolhida (segunda etapa) e inicia sua participação na terceira etapa, chamada Grupo de Incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo (GIAME).

O programa é conduzido pela equipe interdisciplinar e tem como objetivo incentivar e promover a prática do aleitamento materno. Portanto, a atuação junto à díade mãe-criança inicia por volta do 5º dia de vida da criança, por meio de contato telefônico com a mãe, para identificar dificuldades e oferecer as primeiras orientações.

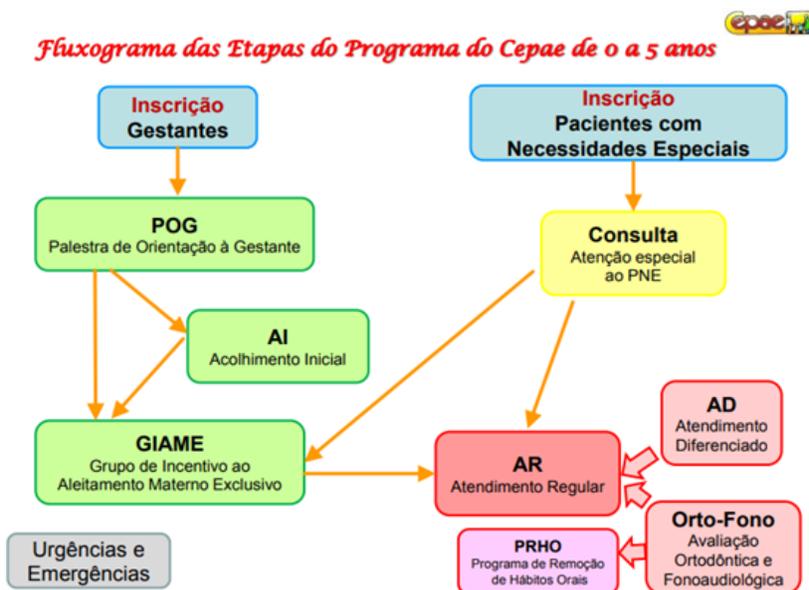
Por volta do 15º dia pós-parto, mãe e criança iniciam sua participação no GIAME, em cada grupo composto por cerca de 8 mães, acompanhados ao longo dos primeiros doze meses de vida da criança, por meio de dez encontros. Vale ressaltar que, à época do registro dos dados deste estudo, o GIAME era composto por 9 encontros que ocorriam até o sexto mês de vida da criança. Dessa forma, os resultados baseiam-se nas análises de 9 encontros ocorridos de zero a 6 meses de idade.

A cada encontro, os profissionais estimulam as mães a relatar sua experiência em relação aos cuidados com a criança, especialmente em relação ao aleitamento materno e disponibilizam informações pertinentes à idade da criança, por meio de palestras sobre temas que abordam manejo de aleitamento materno, alimentação complementar, saúde bucal, desenvolvimento orofacial, uso de chupeta e mamadeira e aspectos comportamentais relacionados aos cuidados com a criança. Além disso, as crianças passam por avaliação antropométrica e exame bucal periodicamente.

Concluída a participação nesta Etapa do Programa, ela inicia sua participação nas etapas seguintes, onde permanece até completar 5 anos de idade.

A seguir, na figura 1, apresenta-se o fluxograma de todas as etapas que o Cepae oferece às famílias desde a gravidez até os 5 anos de vida da criança.

**Figura 1:** Fluxograma de funcionamento do Programa de Atenção Precoce à Saúde, oferecido pelo Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais (Cepae), FOP-Unicamp.



## 2.2 Amostra

Foram analisados dados dos prontuários clínicos de todas as díades mãe-criança que ingressaram no GIAME durante os anos de 2011 a 2016. Os participantes deste estudo consentiram que seus dados fossem utilizados para esta pesquisa, por meio da assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## 2.3 Variáveis do estudo

Os seguintes dados foram extraídos dos prontuários clínicos das crianças participantes:

a) Idade e escolaridade da mãe e do pai e renda mensal familiar em salários-mínimos vigentes na época do registro dos dados: dicotomizados pela mediana;

b) estado civil da mãe: classificado em “casada ou em união estável” ou “solteira, divorciada ou separada”;

c) Aleitamento materno exclusivo, de acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) quando a criança recebe somente leite materno direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo

vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos<sup>14</sup>.

d) Aleitamento materno, segundo OMS quando a criança recebe leite materno (direto da mama Aleitamento materno ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos<sup>14</sup>.

e) Uso de chupeta e/ou mamadeira: crianças que apresentaram o uso em, pelo menos, um dos encontros do programa.

## 2.4 Análise dos dados

Foi realizada a distribuição dos dados de acordo com a frequência de aleitamento materno exclusivo (AME), aleitamento materno (complementado ou predominante - AM) e de uso da chupeta e mamadeira, ao longo dos nove encontros do GIAME, utilizando uma planilha de Excel, computada e representada por gráficos e tabelas. Importa lembrar que, à época do registro dos dados utilizados neste estudo, o GIAME oferecia nove (e não dez, como atualmente acontece) encontros durante os 6 primeiros meses de vida (e não doze).

Foram consideradas as perdas em cada encontro, que se referem à desistência da mãe (interrupção da participação no Programa) ou à ausência de registro da informação no prontuário.

## 2.5 Aspectos Éticos

O presente estudo foi realizado segundo as Normas e Diretrizes Éticas da Resolução nº 196/ 1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas. (CAAE nº: 64263617.0.0000.5418).

## 3. RESULTADOS

Foram analisados os prontuários de 501 crianças que iniciaram sua participação no GIAME entre os anos de 2011 e 2016, cujas mães consentiram em participar. Permaneceram até o final 394 díades, ou seja, foram acompanhadas por 6 meses, ao longo dos nove encontros e seus prontuários clínicos apresentavam todas as informações abordadas neste estudo. Assim, houve a perda de informações de 107 díades, por desistência (interrupção da participação antes de finalizar os nove encontros) ou pela ausência dos dados registrados.

Os dados da Tabela 1 mostram a distribuição da amostra (N=501), de acordo com variáveis socioeconômicas e demográficas. As famílias, em sua maioria, eram compostas por pai e mãe com idade superior de 25 anos, casados ou em união estável, com mais de 8 anos de estudo e com renda mensal familiar de até 4 salários-mínimos.

**Tabela 1:** Distribuição da amostra, de acordo com as variáveis socioeconômicas e demográficas.

| Variáveis n (%) %                      | <b>Idade Materna</b> |      |
|--|----------------------|------|
| ≤25 anos                               | 399                  | 79,6 |
| > 25 anos                              | 102                  | 20,4 |
| <b>Idade Paterna</b>                   |                      |      |
| ≤25 anos                               | 408                  | 81,4 |
| > 25 anos                              | 93                   | 18,6 |
| <b>Escolaridade da Mãe<sup>1</sup></b> |                      |      |
| ≤8 anos                                | 21                   | 4,2  |
| >8 anos                                | 480                  | 95,8 |
| <b>Escolaridade do Pai<sup>1</sup></b> |                      |      |
| ≤8 anos                                | 39                   | 7,8  |
| >8 anos                                | 462                  | 92,2 |
| <b>Estado civil</b>                    |                      |      |
| Casada/união estável                   | 489                  | 97,6 |
| Solteira/divorciada/separada           | 12                   | 2,4  |
| <b>Renda Familiar<sup>2</sup></b>      |                      |      |
| ≤ 4 salários mínimos                   | 275                  | 58,9 |
| > 4 salários mínimos                   | 226                  | 45,1 |

<sup>1</sup>Escolaridade: em anos de estudo

<sup>2</sup>Renda mensal familiar: em salários mínimos vigentes na época do registro dos dados nos prontuários das crianças.

A Tabela 2 apresenta a frequência (absoluta e relativa) das crianças que estavam em aleitamento materno exclusivo (AME), em aleitamento materno complementado ou predominante (AM) ou que haviam desmamado (interrompido o aleitamento), em cada encontro do GIAME. No primeiro encontro, 79,5% das crianças estavam sendo amamentadas de forma exclusiva. Até o quinto encontro, quando as crianças têm por volta de 60 dias de idade, o AME é praticado por mais de 70% da amostra, ocorrendo um declínio nesta taxa, até que apenas 17,8% das crianças estejam em AME no nono encontro.

Se consideradas as práticas de aleitamento materno em conjunto (somando-se todas as crianças que recebiam leite materno, de forma exclusiva ou não), observa-se que o leite materno é oferecido para 97% das crianças no primeiro encontro, sendo esta prática mantida em alta frequência até o último encontro (89,3%). Estas crianças apresentaram uma taxa de AME e de presença de aleitamento materno (exclusivo ou não) de 61,4% e 92,9% respectivamente, ao longo dos seis meses de vida.

**Tabela 2:** Frequência de crianças em aleitamento materno exclusivo (AME), aleitamento materno complementado ou predominante (AM) ou desmamadas, em cada encontro do Grupo de Incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo (GIAME)

| Encontro <sup>1</sup> | Crianças em AME <sup>2</sup> | Crianças em AM <sup>3</sup> | Desmame <sup>4</sup> |
|-----------------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------|
| 1º(n=492)             | 391 (79,5%)                  | 86 (17,5%)                  | 15 (3,0%)            |
| 2º (n=471)            | 366 (77,7%)                  | 87 (18,5%)                  | 18 (3,8%)            |
| 3º(n=465)             | 346(74,4%)                   | 97 (20,9%)                  | 22 (4,7%)            |
| 4º (n=453)            | 331 (73,1%)                  | 97 (21,4%)                  | 25 (5,5%)            |
| 5º (n=442)            | 322 (72,9%)                  | 94 (21,3%)                  | 26 (5,8%)            |
| 6º (n=425)            | 288 (67,8%)                  | 103 (24,2%)                 | 34 (8%)              |
| 7º (n=414)            | 230 (55,6%)                  | 145 (35%)                   | 39 (9,4%)            |
| 8º (n=399)            | 136 (34,1%)                  | 216 (54,1%)                 | 47 (11,8%)           |
| 9º (n=394)            | 70 (17,7%)                   | 282 (71,6%)                 | 42 (10,7%)           |

Média de idade das crianças em cada encontro: 1 (15 dias), 2 (21 dias), 3( 30 dias), 4 (45 dias), 5 (60 dias), 6 (75 dias), 7 (90) 8 (120) 9 (180)

2AME: Aleitamento materno exclusivo;

3AM: Aleitamento materno complementado ou predominante;

4Desmame: sem aleitamento materno.

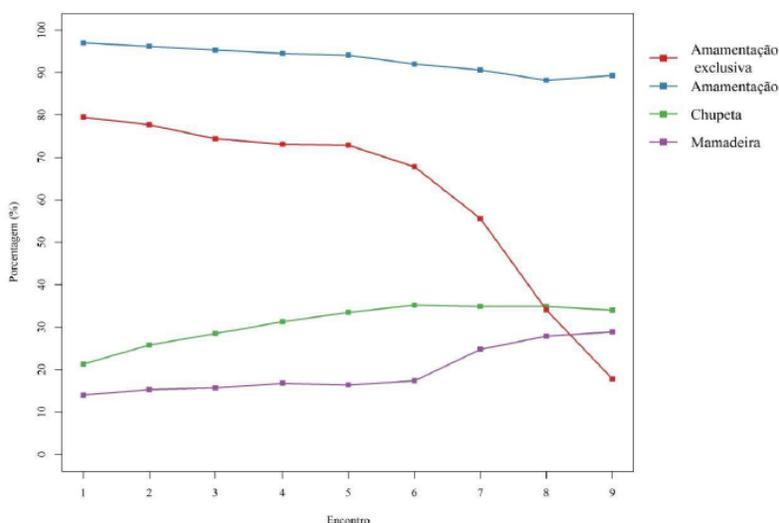
Em relação à chupeta, percebe-se uma tendência de aumento da frequência de crianças que utilizam ao longo dos 6 primeiros encontros, mantendo-se por volta de 35% até o último encontro. Entretanto, a frequência de crianças que usam mamadeira mantém-se crescente do começo ao fim do programa (Tabela 3).

**Tabela 3:** Frequência de crianças que usavam chupeta ou mamadeira, em cada encontro do Grupo de Incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo (GIAME).

| Encontro   | Uso de chupeta | Uso de mamadeira |
|------------|----------------|------------------|
| 1º(n=492)  | 105 (21,3%)    | 69 (14,0%)       |
| 2º (n=471) | 122 (25,8%)    | 72 (15,3%)       |
| 3º(n=465)  | 133 (28,5%)    | 73 (15,7%)       |
| 4º (n=453) | 142 (31,3%)    | 76 (16,8%)       |
| 5º (n=442) | 147 (33,5%)    | 72 (16,4%)       |
| 6º (n=425) | 150 (35,2%)    | 74 (17,4%)       |
| 7º (n=414) | 144 (34,9%)    | 102 (24,8%)      |
| 8º (n=399) | 139 (34,9%)    | 111 (27,9%)      |
| 9º (n=394) | 134 (34,0%)    | 114 (28,9%)      |

A Figura 2 mostra a frequência de crianças da amostra que estavam em AME e em AM ao longo dos nove encontros. Podem ser observadas, ainda, as curvas relativas à frequência de crianças que não usavam chupeta e que não usavam mamadeira, de acordo com cada encontro. É possível observar que a prática de aleitamento (AM) se mantém em alta frequência em todos os encontros, havendo um declínio acentuado na frequência de AME a partir do sétimo encontro, quando as crianças têm por volta de 90 dias de vida. Tanto na amamentação exclusiva quanto o uso de chupeta e mamadeira declinam no sexto encontro.

**Figura 2:** Frequência de Aleitamento Materno Exclusivo, Presença de Aleitamento e uso de Chupeta e Mamadeira ao longo dos nove encontros do Grupo de Incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo (GIAME)



#### 4. DISCUSSÃO

Segundo a Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros, realizada no ano de 2009, 36,44% das crianças residentes no município de Piracicaba mantiveram o aleitamento, de maneira exclusiva, ao longo dos seis primeiros meses de vida<sup>9</sup>. Esta taxa é inferior à encontrada entre as crianças deste estudo, o que parece reforçar a importância de iniciativas de incentivo às práticas da amamentação.

Diversos autores destacam o impacto do aconselhamento face a face após a alta hospitalar e as mudanças significativas nos índices de aleitamento materno decorrentes desta estratégia<sup>11,12,13,32</sup>.

Entretanto, Albermaz e Victora (2003)<sup>1</sup> enfatizam que, além do

aconselhamento, é necessária uma estrutura de resolubilidade dos problemas referentes à técnica de amamentação, por meio de atuação profissional individualizada. As práticas do programa contemplam tanto estratégias de aconselhamento das mães em grupo, pela disponibilização de informações teóricas gerais, quanto atendimento individualizado, com a atuação dos profissionais face a face com as mães, assim que uma dúvida, dificuldade ou angústia é detectada. Além do mais, estas estratégias são iniciadas logo após a alta da maternidade, quando a criança tem por volta de 5 dias de vida. Isso pode justificar, em parte, os índices de aleitamento materno encontrados neste estudo.

O desafio de programas que visam manter um dado comportamento por um período, é conseguir manter o estímulo em longo prazo para a realização da prática, mesmo em face de dificuldades e com benefícios percebidos. Esta dificuldade já foi relatada por Faleiros et al. (2005)<sup>15</sup> que avaliariam o impacto de um programa de puericultura na promoção da amamentação exclusiva e que, tal como o programa, abrangia crianças do nascimento ao sexto mês de vida. Neste programa, os profissionais faziam visitas domiciliares às mães, a fim de oferecer suporte quando fossem detectados problemas com a lactação. Os autores relataram que os resultados, inicialmente, foram positivos. Entretanto, o programa teve dificuldade de manter o nível de aleitamento exclusivo alto até o sexto mês de vida.

Assim, parece importante que o atendimento seja o mais individualizado possível, com o emprego de estratégias que permitam a identificação precoce de variáveis que possam interferir na instalação e/ou manutenção da prática do aleitamento materno. A identificação destas variáveis pode aumentar a chance de obtenção de sucesso na intervenção, uma vez que torna possível a atuação pontual do profissional<sup>16,33,34</sup>

Além da identificação destas variáveis e intervenção pontual, algumas teorias podem ser utilizadas na tentativa de estimular a manutenção de determinados comportamentos. Dentre estas teorias, há o Modelo de Crenças em Saúde, que se baseia na premissa de que indivíduos com melhores informações poderiam fazer melhores escolhas em relação à sua saúde<sup>17</sup>. Segundo este modelo, a adoção de um comportamento preventivo (e, neste caso, pode-se considerar a prática do aleitamento como uma prática preventiva em relação a doenças da criança e da mãe) é baseada em quatro premissas:

Percepção de Suscetibilidade: a mãe precisa considerar que o seu filho é suscetível a determinados problemas de saúde decorrentes da ausência de aleitamento, ou que o aleitamento pode trazer benefícios que não são possíveis com o uso de fórmulas infantis, por exemplo; Percepção de Severidade: a mãe deve perceber gravidade das consequências futuras de problemas de saúde decorrentes da ausência do aleitamento materno e do uso de fórmulas infantis.

Percepção de Benefícios: a mãe tem que acreditar que estes

problemas de saúde podem ser prevenidos pela prática do aleitamento materno, ou seja, perceber os benefícios que a amamentação trará para a saúde da criança;

Percepção de que os benefícios superam as barreiras: a mãe deve aceitar que esta ação precisa ser executada, mesmo diante de aspectos negativos e que seus benefícios superam as dificuldades. Neste ponto, vale ressaltar que é imprescindível que o profissional ofereça alternativas para diminuir as barreiras (diminuindo os aspectos punitivos associados com o aleitamento, tais como dor, dificuldade de controlar horários de mamadas, baixo ganho de peso da criança, etc.) e estimule a mãe a manter a prática do aleitamento, ressaltando os aspectos reforçadores associados à prática (custo, praticidade, benefícios emocionais e de saúde para o bebê, prevenção de doenças gerais e bucais<sup>18,19,20</sup>).

Ao mesmo tempo em que este investimento pretende aumentar as taxas de adesão ao aleitamento materno, espera-se evitar o uso de bicos artificiais, como chupetas e mamadeira<sup>21</sup>.

Diversos estudos já associaram o uso de chupeta ao desmame precoce, mesmo que ainda não haja um consenso sobre a relação funcional entre estes fatores, ou seja, se o uso da chupeta leva ao desmame ou se dificuldades com o aleitamento, que levariam naturalmente ao desmame, estimulam a utilização da chupeta<sup>22</sup>.

Entre diversos fatores determinantes do uso da chupeta por crianças atendidas pelo GIAME, o estudo de Carrascoza et al. (2014)<sup>23</sup>, apontou que o choro da criança foi a justificativa principal, referida por 89,28% das mães. Segundo as mães, a chupeta acalma o bebê, diminuindo o choro. Estudos em outras populações verificaram que o uso da chupeta ocorre mais entre filhos de pais jovens, com menor escolaridade, que têm a influência da avó materna e cuja mãe apresentou traumas mamilares<sup>24, 25</sup>.

Avolta ao trabalho deve ser considerada nas práticas de amamentação. A maioria das mães trabalhadoras formais voltam após o quarto mês de vida da criança, colocando em risco as práticas de aleitamento materno de forma exclusiva e inserindo bicos artificiais<sup>26</sup>.

O estudo de Brasileiro et al. (2010)<sup>10</sup> mostrou uma relação favorável entre a participação de em programas de incentivo ao aleitamento materno e a continuidade das práticas de aleitamento, mesmo entre mães trabalhadoras formais. Os autores relatam que é possível a elaboração de estratégias para a manutenção do aleitamento, mesmo que seja pelo oferecimento do leite materno ordenhado utilizando o copo, a fim de evitar o uso de mamadeiras.

De qualquer forma, o uso da chupeta também deve receber atenção dos profissionais que estimulam o aleitamento. Verificar os motivos que levam a mãe a introduzir a chupeta pode nortear a conduta do profissional para a prevenção deste hábito<sup>27, 28, 29</sup>.

Os dados do presente estudo mostram que a frequência de utilização

da chupeta aumenta suavemente até a idade de dois meses e meio, sofrendo uma pequena queda, mas se mantendo em cerca de um terço da amostra até os seis meses. Estes achados coincidem com o estudo de Victora e colaboradores (1997)<sup>30</sup> que apontam o início e abandono da chupeta como um processo dinâmico no público estudado, já que ocorreu em qualquer faixa etária.

No Brasil, as taxas de uso de chupeta e mamadeira são altas entre crianças menores de um ano. Parece haver um consenso social, que estimula o uso da chupeta para acalmar a criança e o uso de mamadeira para oferecimento de fórmulas infantis, como substitutos do leite materno, em detrimento aos malefícios decorrentes destes hábitos<sup>31</sup>.

É necessário levar em consideração a limitação apresentada pelo referente estudo. O viés de cortesia põe em risco a veracidade das informações dadas pelas mães, uma vez que podem relatar respostas esperadas pelos profissionais. Entretanto, o objetivo deste estudo foi verificar os índices alcançados por este programa específico, a fim de servir de referência para outros grupos que pretendam trabalhar com o incentivo ao aleitamento materno. Estes achados sugerem estudos qualitativos a fim de investigar as possíveis causas dos resultados encontrados.

Vale ressaltar também que pesquisas longitudinais que avaliam a qualidade de serviços sobre a duração do aleitamento materno são escassas e, neste sentido, este estudo pode representar uma importante contribuição.

## 5. CONCLUSÃO

O Grupo de Incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo (GIAME), oferecido pelo Cepae - FOP - Unicamp tem alcançado índices satisfatórios de aleitamento materno entre as usuárias, identificando-o como um importante espaço promotor de equidade, uma vez que beneficia todos os usuários, independente da sua condição social e que pode ser expandido como um modelo de serviço público para incentivar e apoiar as práticas de amamentação, em vista dos índices baixos de aleitamento materno no município. Entretanto, é necessário buscar alternativas e aplicar estudos qualitativos para otimizar as práticas de aleitamento materno exclusivo ao sexto mês e entender os motivos que levam à interrupção das práticas de maneira exclusiva mesmo com o apoio constante.

## REFERÊNCIAS

1. Albernaz E, Victora CC. Impacto do aconselhamento face a face sobre a duração do aleitamento exclusivo: um estudo de revisão. *Rev. Panam. Salud Publica/Pan Am J Public Health*14(1), 2003.
2. Almeida JM, Luz SAB, Ued FV. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa de literatura. *Rev. Paul. Pediatric*. 2015; 33(3): 355-362.

3. Venancio SI, Giugliani ERJ, Lopes OOS, Stefanello J, Benicio MHA, Reis MCG, Issler RMS, Cordova LES, Cardoso MRA, Rios GS. Associação entre o grau de implantação da Rede Amamenta Brasil e indicadores de amamentação **Cad. Saúde Pública**, 2016, 32(3): 1-10.
4. Passanha A, Benício MHA, Venâncio SI, Reis MCG. Implantação da Rede Amamenta Brasil e prevalência de aleitamento materno exclusivo. **Rev. Saúde Pública** 2013;47(6):1141-1148
5. Toma TS, Rea MF. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Cad. Saúde Pública**, 2005; 24 (2): 235-246.
6. Victora CG, Barros AJD, França GVA, Bahl R, Rollins O NG, Horton S, Krusevic J, Murch S, Sankar SJ, Walter N. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet Global Health**. 2016; 387: 475-490.
- 7) Victora CG, Horta BL, Mola CL, Quevedo L, Pinheiro TR, Gigante DP, Gonçalves H, Barros FC. 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**. 2015; 3(4): 199-205.
8. Rollins NC, Bhandari N, Haiebhoy N, Horton S, Lutter C, Piwoz EG, Richter EG, Victora CG. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? **The Lancet Global Health**; 2016: 387(10017), 30:491–504.
9. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros: Situação do Aleitamento Materno em 227 municípios brasileiros. Brasília - DF 2010.
10. Brasileiro AA, Possobon RF, Carrascoza KC, Ambrosano GMB, Moraes ABA. Impacto do incentivo ao aleitamento materno entre mulheres trabalhadoras formais. **Cad. Saúde Pública**, 2010. 26(9):1705-1713.
11. Souza NDH, Mello DF, Ayres JRCM. O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado. **Cad. Saúde Pública**, 2013; 29(6):1186-1194.
12. Almeida JM, Luz SAB, Ued FV. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa de literatura. **Rev. Paul. Pediatric**. 2015; 33(3): 355-362.
13. Rocci E, Fernandes RAQ. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Rev. Bras. Enferm**. 2014; 67(1): 22-27
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

15. Faleiros JJ, Kail G, Casarin DP, Laque P, Santos ISS. Avaliação do impacto de um programa de puericultura na promoção da amamentação exclusiva. **Cad. Saúde Pública**, 2005, 21(2):482-489
16. Possobon RF. Aleitamento Materno e Promoção da Saúde. In: Mialhe FL, Pelicioni MCF. Educação e Promoção da Saúde: Teoria e Prática. São Paulo: **Editora Santos**; 2012. 203- 237.
17. Dela Coleta MF, O modelo de crenças em saúde (HBM): uma análise de sua contribuição à psicologia da saúde. **Temas psicol.**, 1999; 7(2): 175-182
18. Brevidellia MM, Cianciarullo TI. Aplicação do modelo de crenças em saúde na prevenção dos acidentes com agulha. **Rev Saúde Pública**, 2001;35(2):193-201 193.
19. Pavão ALB, Coeli CM. Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. **Cad. Saúde Colet**, 2008, 16 (3): 471-482.
20. Praça NS, Souza JO, Rodrigues DAL. Mulher do período pós reprodutivo e HIV/AIDS: Percepções e Ações Segundo o Modelo de Crenças em Saúde. **Texto Contexto Enferm**, 2010; 19(3): 518-525
21. Soares MEM, Giuglini ERJ, Braun ML, Salgado ACN, Oliveira AP, Aguiar PR. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. **J Pediatr**. 2003; 79(4):309-316
22. Lamounier JA. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. **J. Pediatr**. 2003; 79(4): 284-286
23. Carrascoza KC, Possobon RF, Ambrosano GM, Costa AL, Bento AA. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo em crianças assistidas por programa interdisciplinar de promoção à amamentação. **Ciência & Saúde Colet** [online] 2010. 16(10):4139-4146.
24. França MCT, Giugliani ERJ, Oliveira LD, Weigert EML, Cordova L. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. **Rev Saúde Pública** 2008;42(4):607-614.
25. Pellegrinelli ALR; Pereira SCL; Ribeiro IP; Santos LC. Influência do uso de chupeta e mamadeira no aleitamento materno exclusivo entre mães atendidas em um Banco de Leite Humano. **Rev. Nutr**. 2015;28(6):631-639.
26. Buccini GS, Benício MHA, Venancio SI. Determinantes do uso de chupeta e mamadeira. **Rev Saúde Pública** 2014;48(4):571-582 33
27. Chaves RG, Lamounier JA, César CC. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. **J. Pediatr**. 2007;83(3):241-246.
28. Demitto MO, Bercini LO, Rossi RM. Uso de chupeta e mamadeira e aleitamento materno exclusivo. **Esc. Anna Nery** 2013; 17 (2):271-276.

29. Dadalto ECV, Rosa EM. Fatores associados ao uso de chupeta por lactentes nascidos a pré termo. **Rev. CEFAC**; 2016; 18(3):601-612.
30. Victora CG, Behague DP, Barros FC, Olinto MT, Weiderpass E. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence? **Pediatrics**. 1997;99(3):445- 453.
31. Rigotti RR, Oliveira MIG, Boccolini CS. Associação entre o uso de mamadeira e de chupeta e a ausência de amamentação no segundo semestre de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(4):1235-1244, 2015.
32. Oliveira FS et al. The effectiveness on health education to prevent nipple trauma from breastfeeding: a systematic review. **Rev. Brasileira de Saúde Materno Infantil** [online]20: 333-345, 2020.
33. Souza TO, et al. Effect of an educational intervention on the breastfeeding technique on the prevalence of exclusive breastfeeding. **Rev. Brasileira de Saúde Materno Infantil** [online] 20(1), 2021.
34. Moraes B. A., et al. Breastfeeding in the first six months of life for babies seen by Lactation Consulting. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem** [online]. 29(1), 2021.

#### **MODEL OF AN INTERDISCIPLINARY PROGRAM TO ENCOURAGE BREASTFEEDING: PLANNING, MANAGEMENT AND LONGITUDINAL STUDY OF BREASTFEEDING RATES**

**ABSTRACT** - The advantages of breastfeeding are widely known, and this practice is indisputably the main strategy for reducing maternal-infant morbidity and mortality. However, the results of the II National Survey on the Prevalence of Breastfeeding (2010) show a prevalence of exclusive breastfeeding at 6 months of life of less than 10% in children living in the southeast region of Brazil, an index considered far below the recommendation of the World Organization for Health (WHO). In this context and in order to minimize the factors that lead to weaning, the Research and Dental Care Center for Special Patients (Cepae), at the Piracicaba Dentistry School – Unicamp implemented a program to encourage breastfeeding in 2002 to support participating families' breastfeeding practices. The objective of this work was to verify the efficiency of the program through the breastfeeding rates, the use of pacifiers and bottles of the participating babies, as well as to describe the actions performed. Through a longitudinal study, a secondary database was analyzed, fed by 501 records of families who started their participation between 2011 and 2016. There was a high prevalence of breastfeeding (exclusive and supplemented) from the first month (97%) to the sixth month of life (87%). Rates of exclusive breastfeeding and the presence of breastfeeding were 61.4% and 92.9%, respectively. The findings point to the important role of the interdisciplinary program in encouraging exclusive breastfeeding, in maintaining breastfeeding practices until the sixth month of life, which can be expanded as a public service model to encourage and support breastfeeding practices.

**KEYWORDS:** Breastfeeding; Child health; Health education.

# O SENSO DE COERÊNCIA E O PLANEJAMENTO DA GESTAÇÃO

**Fernando Márcio Cortelo**

[lattes.cnpq.br/9957808329127956](https://lattes.cnpq.br/9957808329127956)

Faculdade de Ciências Médicas,  
FCM/UNICAMP

**Amanda Brait Zerbeto**

[lattes.cnpq.br/9703892802515041](https://lattes.cnpq.br/9703892802515041)

Faculdade de Ciências Médicas,  
FCM/UNICAMP

**Ana Claudia Gomes de Almeida**

[lattes.cnpq.br/2224232020157682](https://lattes.cnpq.br/2224232020157682)

Faculdade de Odontologia de  
Piracicaba FOP/UNICAMP

**Karine Laura Cortellazzi**

[lattes.cnpq.br/4286204965056294](https://lattes.cnpq.br/4286204965056294)

Faculdade de Odontologia de  
Piracicaba, FOP/UNICAMP

**Sérgio Tadeu Martins Marba**

[lattes.cnpq.br/7795931247031734](https://lattes.cnpq.br/7795931247031734)

Faculdade de Ciências Médicas,  
FCM/UNICAMP

**Rosana de Fátima Possobon**

[lattes.cnpq.br/2160429571991060](https://lattes.cnpq.br/2160429571991060)

Faculdade de Odontologia de  
Piracicaba, FOP/UNICAMP

**RESUMO** - Objetivo: Verificar a associação da gravidez não planejada com o senso de coerência em uma amostra de mães residentes no município de Piracicaba – S.P. Método: Estudo quantitativo com delineamento transversal, em que participaram 425 mães, com idade superior a 18 anos, e com filhos de até 36 meses de idade. A coleta de dados foi realizada por uma equipe de auxiliares de pesquisa calibrados pelo pesquisador responsável, quando as mães levaram seus filhos para a vacinação da poliomielite, no dia “D” da Campanha. Foi utilizado um questionário que abordou a situação socioeconômica e demográfica das mães e variáveis reconhecidas na literatura como associadas à gravidez não planejada. Para obtenção de dados referentes ao Senso de Coerência (SOC) foi utilizado o Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky (QSCA), em sua versão abreviada (SOC13), validado para a população brasileira. Resultados: Os resultados demonstraram que mães com baixo senso de coerência têm 2,36 vezes mais chances de não ter planejado a gestação ( $p=0,002$ ). As mães com idade igual ou inferior a 30 anos possuem 2, 27% de chances de ter

uma gravidez não planejada ( $p=0,001$ ). Conclusão: Os resultados desta pesquisa sugerem que avaliar o senso de coerência da mulher pode ser uma importante ferramenta para a elaboração de ações em saúde, especialmente no que concerne ao planejamento familiar.

**PALAVRAS-CHAVE:** Senso de coerência; Gravidez não planejada; Planejamento familiar; Aleitamento.

## 1. INTRODUÇÃO

Pelo menos 80 milhões de mulheres em todo o mundo experimentam a situação de ter uma gravidez não planejada, número crescente nas últimas décadas<sup>1-3</sup>. A gravidez não planejada é responsável por uma série de agravos ligados à saúde reprodutiva materna e perinatal. A sua ocorrência tem impacto importante na orientação sobre aleitamento materno, no estado nutricional infantil e nas taxas de morbimortalidade materno-infantil<sup>4</sup>. Sabe-se que após ter o primeiro filho, a chance de a mulher ter uma gravidez não planejada aumenta e quanto maior a quantidade de filhos, maior é o risco de não planejar a próxima gravidez<sup>5</sup>.

O planejamento da gravidez pode interferir na decisão da mãe em amamentar e no estabelecimento do vínculo com o bebê. Pesquisa sobre aleitamento materno mostra que mães que programaram a gestação mantiveram o aleitamento por mais tempo<sup>6</sup>. Entre outras implicações associadas à gravidez não planejada, estudos<sup>1-7</sup>, apontam que tal ocorrência seja responsável por uma série de riscos, tanto para a mãe quanto para o bebê, estando associada, inclusive, com oscilações do humor.

Neste contexto, a teoria salutogênica de Aaron Antonovsky<sup>8</sup> explica que as pessoas, mesmo diante de situações conflituosas e ansiogênicas, que poderiam levá-las ao adoecimento, utilizam recursos internos e externos e, assim, conservam sua saúde. O senso de coerência é o conceito chave da Teoria Salutogênica e é designado como sendo uma orientação global ao indivíduo, no sentido de ver a vida estruturada, manejável e com sentido emocional. Trata-se de uma forma individual de pensar, sentir e agir com autoconfiança, que leva as pessoas a identificarem, beneficiarem-se, utilizarem e reutilizarem os recursos disponíveis para o enfrentamento de situações cotidianas<sup>9,8,10</sup>.

OSOC é um construto composto por três variáveis: compreensibilidade, que é a capacidade de compreender um evento e se refere aos aspectos cognitivos do sujeito; maneabilidade, entendida como a percepção do potencial de manipular um evento ou resolvê-lo e tem um aspecto de cunho comportamental; e significância, que é o significado que se dá a esse evento<sup>11</sup>. Assim, quanto mais forte o Senso de Coerência de um indivíduo, mais adequadamente ele vai lidar com estressores e se manter com saúde. Um alto senso de coerência está relacionado ao bem-estar mental.

Uma vez que a literatura aponta associação entre alto senso de

coerência e manutenção da saúde em diversos grupos investigados<sup>12</sup>, esse estudo se propõe a investigar a associação entre o senso de coerência e a gravidez não planejada. Segundo Prietsch et al<sup>13</sup>, aprofundar o conhecimento sobre características das mulheres que apresentam gravidez indesejada, é o divisor de águas para se pensar ações de planejamento familiar e elaborar adequadas ações de saúde pública.

## 2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo com delineamento transversal. Participaram mães, com idade superior a 18 anos, possuindo filhos com idade máxima de 36 meses. Foram incluídas na amostra somente mães cujos filhos tinham até 36 meses de idade a fim de aumentar a fidedignidade das respostas, devido às possíveis dificuldades de memória das mães. Para seleção das participantes, foi feito o procedimento de amostragem por conglomerado, sorteando 15 postos de vacinação do total de 60 pontos em que ocorriam a vacinação – 48 fixos e 12 volantes, sendo três de cada uma das cinco macrorregiões do município (Norte, Sul, Leste, Oeste e Centro).

A coleta de dados foi realizada por 15 pós-graduandos treinados e calibrados pelo pesquisador principal. Foram excluídas da pesquisa mães que não responderam todas as questões ligadas ao estudo, ou seja, aquelas relacionadas com as variáveis de desfecho “gravidez não planejada” e com o senso de coerência.

Foi empregado um questionário abordando a situação socioeconômica e demográfica<sup>14</sup> das mães e variáveis reconhecidas na literatura como associadas à gravidez não planejada.

Para obtenção de dados referentes ao Senso de Coerência (SOC) utilizou-se o Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em sua versão abreviada (SOC13). Este instrumento foi validado para a realidade da população brasileira<sup>15</sup> e contém 13 itens que devem ser respondidos em uma escala do tipo likert de cinco pontos, com frases âncoras nos valores extremos (1 e 5), com o valor “1” representando senso de coerência mais baixo e o valor “5”, senso de coerência mais alto. Altas pontuações indicam forte senso de coerência em um intervalo possível de 13 a 65 pontos.

Não foi feita distinção entre gravidez indesejada ou inoportuna<sup>14</sup>. A variável de desfecho foi a gravidez não planejada, dicotomizada em sim e não. A análise simples foi feita pelo teste qui-quadrado, no nível de significância de 5%, para testar a associação entre a variável de desfecho e variáveis independentes, dicotomizadas pela mediana (renda mensal familiar, nível de escolaridade, idade e Senso de Coerência da mãe). As variáveis que apresentaram  $p < 0,20$  foram novamente testadas no modelo de regressão logística múltipla. Os Odds Ratio (OR) e os respectivos intervalos de 95% de confiança (IC) foram estimados. Todos os testes estatísticos foram realizados pelo programa SAS 9.2.

O projeto deste estudo foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa nos termos da Resolução 466/12 do CONEP (Protocolo: CAAE: nº 06495812.9.0000.5418). Todas as participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa.

### 3. RESULTADOS

Pela análise de regressão múltipla, as mães com baixo senso de coerência ( $p < 0,0002$ ) tiveram 2,28 vezes mais chance de não planejar a gravidez do que as mães com senso de coerência mais alto, assim como as mais jovens ( $p < 0,0001$ ), que apresentaram 2,35 vezes mais chance de engravidar sem ter planejado (Tabela 2).

**Tabela 2:** Associação entre gravidez planejada e variáveis analisadas.

| Variável                      | Categoria     | Total<br>N (%) | Gravidez Planejada |              | OR<br>bruto | IC (95%)  | p valor | OR<br>ajustado | IC (95%)  | p valor |
|-------------------------------|---------------|----------------|--------------------|--------------|-------------|-----------|---------|----------------|-----------|---------|
|                               |               |                | Não*<br>N (%)      | Sim<br>N (%) |             |           |         |                |           |         |
| Senso de Coerência            | Menor         | 236            | 106 (44,92)        | 130 (55,08)  | 2,36        | 1,55-3,59 | <0,0001 | 2,28           | 1,47-3,53 | 0,0002  |
|                               | Maior         | 183            | 47 (25,68)         | 136 (74,32)  | ref         |           |         | ref            |           |         |
| Idade da mãe (em anos)        | Até 30        | 221            | 98 (44,34)         | 123 (55,66)  | 2,27        | 1,48-3,48 | 0,0002  | 2,35           | 1,52-3,64 | 0,0001  |
|                               | Acima de 30   | 177            | 46 (25,99)         | 131 (74,01)  | ref         |           |         | ref            |           |         |
| Escolaridade (anos de estudo) | Até 11        | 270            | 106 (39,26)        | 164 (60,74)  | 1,47        | 0,94-2,28 | 0,1109  |                |           |         |
|                               | Acima de 11   | 134            | 41 (30,60)         | 93 (69,40)   | ref         |           |         |                |           |         |
| Renda familiar                | Até 4 SM      | 267            | 110 (41,20)        | 157 (58,80)  | 1,84        | 1,18-2,88 | 0,0094  |                |           |         |
|                               | Acima de 4 SM | 138            | 38 (27,54)         | 100 (72,46)  | ref         |           |         |                |           |         |

OR=Odds Ratio; IC: Intervalo de Confiança; \*nível de referência da variável dependente; SM: Salário mínimo vigente na época da coleta R\$ 678,00

### 4. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostram que o baixo nível de senso de coerência da mulher está associado ao maior risco de ocorrência de uma gestação não planejada.

A falta de planejamento da gravidez deve ser considerada uma questão de saúde pública por apresentar relação direta com o risco adicional de abortamentos e da consequente morbidade e mortalidade materna<sup>1</sup>. A gravidez não planejada também é reconhecida na literatura científica<sup>16</sup> como um fator de risco para o estabelecimento e manutenção da amamentação. Um estudo recente aponta que planejar a gravidez aumenta a autoeficácia em amamentar. Esse planejamento se refere ao pensamento com antecedência a respeito da geração e do ato de cuidar de uma criança<sup>16</sup>.

O Senso de Coerência é considerado uma nova abordagem para a avaliação de indivíduos em condições crônicas de saúde ou pertencentes a grupos específicos, tais como idosos, adolescentes, gestantes e crianças<sup>17</sup>. De forma inédita, aplicar tal constructo para testar sua associação com

a gravidez não planejada, aponta que, ter baixo senso de coerência está associado ao não planejamento da gravidez.

A provável explicação para essa associação se alicerça nos componentes-base desse construto, a *Compreensão*, o *Manejo* e o *Significado*. Nessa perspectiva salutogênica, as mães com alto senso de coerência possuem *Compreensão*. Esse componente orienta-as a acreditar que engravidar é a uma decisão estruturada, previsível e explicável à medida que atribuem a si própria a responsabilidade e a decisão de planejar a gravidez para o momento ou situação mais oportuna, ação baseada no componente *Manejo*, ou seja, mães com alto senso de coerência acreditam em sua habilidade de lidar e exercer um impacto positivo em suas vidas, através dos recursos disponíveis<sup>19</sup>.

Por fim, há para esse grupo de mães investigadas, o *Significado* intrincado na compreensão de que suas vidas são dotadas de sentido e propósito; logo, todo investimento dispendido em momentos de crise para o enfrentamento adequado a estressores são válidos. No presente estudo, a gravidez não planejada foi mais frequente entre as mães mais jovens, com até 30 anos de idade, corroborando aos achados de Maziero et al<sup>18</sup> que enfatizam a maior suscetibilidade em se vivenciar uma gravidez não desejada ou não planejada em grupos de mães mais jovens, inclusive com reincidências.

É interessante observar que, segundo Antonovsky<sup>19</sup>, o senso de coerência alcança sua estabilidade após os 30 anos de idade. Se considerada esta informação, o SOC ainda não teria alcançado sua estabilidade completa na parcela da amostra deste estudo em que mais prevaleceu a gravidez não planejada. Neste contexto, pode-se inferir que esse grupo de mães estaria mais predisposto a acreditar que alguns eventos da vida são incontroláveis, imprevisíveis e devidos ao acaso. Entretanto, estudos mais recentes divergem quanto a essa questão, quando defendem que o SOC é estável a partir de meados da adolescência, com ação semelhante aos adultos<sup>20, 21</sup>.

Em 1996, foi implantado o Programa de Planejamento Familiar em Unidades Básicas de Saúde, com ações focadas em auxiliar na decisão de planejar a chegada dos filhos ou para evitar uma gravidez indesejada<sup>22</sup>. Em duas décadas de funcionamento desse programa, nota-se que há falhas na maneira como o mesmo vem se efetivando. Clapis e Pierre<sup>23</sup> apontam que tais falhas se referem a não capacitação em planejamento familiar dos profissionais das Unidades de Saúde da Família, além da falta de incremento na oferta de ações educativas em grupo para os clientes, de forma contínua, incluindo homens e todos os profissionais da equipe de saúde nas ações educativas. Salientam, ainda, que as informações oferecidas em planejamento familiar não devem apenas enfatizar os métodos anticoncepcionais considerados eficazes, mas devem abordar e oferecer a variedade dos métodos. Aspectos relativos à saúde sexual e reprodutiva mostram-se imprescindíveis e devem ser elucidados.

É escasso o número de estudos que focam a gravidez não planejada

na vida adulta<sup>24,23</sup>. A literatura tem enfatizado, prioritariamente, sua ocorrência na adolescência, embora na perspectiva de manutenção da saúde da mulher e do bebê, os problemas decorrentes da gravidez não planejada na vida adulta são tão relevantes quanto na adolescência<sup>1,2</sup>, concepção adotada para a realização deste estudo, uma vez que no Brasil, um grande número de gravidez não planejada leva ao aborto, constituindo-se um importante fator de morbidade e mortalidade materna<sup>24</sup>. Essas mortes atingem, sobretudo, mulheres jovens e com maior dificuldade de acesso a serviços de saúde por dificuldades sociais e econômicas<sup>25</sup>. Sabe-se, também, que a reincidência de gravidez em mulheres mais jovens ocorre mais nos casos em que o primeiro aborto foi bem sucedido<sup>24</sup>, levando essas jovens a vivenciar as mesmas situações de risco novamente. Neste contexto, pode-se inferir que, se o senso de coerência já estivesse estabilizado nesta faixa etária, talvez houvesse menos casos de gravidez não planejada, especialmente com reincidências.

Há de se levar em consideração algumas limitações deste estudo. O delineamento transversal não nos permite determinar a causalidade entre variáveis estudadas. Também o fato da coleta dos dados ter ocorrido num sábado, pode ter propiciado a participação de mães mais velhas, que são geralmente aquelas que, por trabalhar durante a semana, têm o sábado livre para estas atividades.

## 6. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo sugerem que avaliar o senso de coerência da mulher pode ser uma importante ferramenta para a elaboração de ações em saúde, especialmente no que concerne ao planejamento familiar. No entanto, há necessidade de replicação deste estudo, a fim de verificar se em outras camadas da população há associação entre gravidez não planejada e senso de coerência.

## AGRADECIMENTOS

A CAPES pelo apoio e financiamento.

## REFERÊNCIAS

1. Langer A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública* . 2002; 11: 192- 203.
2. Almeida MMR, Andrade DDBC, Sousa FF, Tavares AB. Fatores associados a gravidez não planejada entre gestantes de alto risco do HMIB. *Brazilian Journal of Development Braz. J. of Develop.*2020; 6(5): 31173-83. 2020.
3. Costa ACM, Oliveira BLCA, Alves MTSSB. Prevalência e fatores associados à gravidez não planejada em uma capital do Nordeste Brasileiro. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2021; 21 (2):473-83.

4. Gipson, JD., Michael A. Koenig, Hindin MJ. "The effects of unintended pregnancy on infant, child, and parental health: a review of the literature." *Studies in family planning*. 2008; 39: 18-38.
5. Ramos VW, Ramos JW. Aleitamento materno, desmame e fatores associados. *CERES: Nutrição e Saúde*. 2007; 30; 2.
6. Chinebuah B, Escamilla RP. Unplanned Pregnancies Are Associated with Less Likelihood of Prolonged Breast-Feeding among Primiparous Women in Ghana. *J. Nutr*. 2001; 131;4:1247-49.
7. Souza ER, Araujo D, Passos SG. Fatores de risco da depressão pós-parto: revisão integrativa. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*. 2020; 3(7):463-74.
8. Watt RG. Emerging theories into the social determinants of health: implications for oral health promotion. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002; 30:241-7.
9. Freire M, Sheiman A, Hardy R. Adolescents' sense of coherence, oral health status and oral health-related behaviours. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2001; 29; 3: 204- 212.
10. Pattussi MP, Hardy R, Sheiham A. The potential impact of neighborhood empowerment on dental caries among adolescents. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2006; 34;5: 344-350.
11. Bonanato K, Scarpelli AC, Goursand D, Mota JPT, Paiva SM, Pordeus I. A. Senso de coerência e experiência de cárie dentária em pré-escolares de Belo Horizonte. *Revista Odonto Ciência*. 2007, 23; 3: 251-255.
12. Karlsson I, Berglin E, Larsson P. Sense of coherence: quality of life before and after coronary artery bypass surgery - a longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 31,6:1383-1392.
13. Prietsch SOM, González-Chica DA, Cesar JA, Mendoza-Sassi R A. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27;10: 1906-1916.
14. Meneghin MC, Kozlowski FC, Pereira AC, Ambrosano GMB, Meneghini ZMA. Classificação socioeconômica e sua discussão em relação à prevalência de cárie e fluorose dentária. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12: 523-9.
15. Bonanato K., Branco DBT, Mota JPT, Ramos-Jorge ML, Paiva SM, Pordeus IA, & Kaeppler KC. Adaptação trans-cultural e propriedades psicométricas da 'Escala de Senso de Coerência' em mães de crianças pré-escolares. *Interamerican Journal of Psychology*. 2009; 43,1: 144-153.
16. Uchoa JL, Rodrigues AP, Joventino ES, Almeida PC, Oriá MOB, Ximenes LB. Autoeficacia en amamantar de mujeres en el prenatal y en el posparto: estudio longitudinal. *Reufsm*. 2016; 6: 10-20.

17. Dantas RAS. Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP; 2007.
18. Maziero C. P., Silva, M. A. S.; Cardelli A. A. M. Reincidência gestacional um ano após o parto em município do sul do Brasil. *Inv. Qualitat. em Saúde.* 2016; 2.
19. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health.* Sao Francisco: Jossey-Bass. 1987.
20. Eriksson M, Lindstrom B. Antonovskys sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60;5: 376-381.
21. Sagy S, Braun-Lewensohn O. Adolescents under rocket fire: when are coping resources significant in reducing emotional distress? *Global Health Promotion* 2009; 16(4): 5-15.
22. Atenção ao pré-natal de baixo risco (2012). Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, nº 32. (1ª ed.). Ministério da Saúde. Brasília
23. Pierre LAS, Clapis MJ. Family Planning in a Family Health Unit. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2010; 18: 1161-1168.
24. Nery IS, Gomes KRO, Barros IC, Gomes IS, Fernandes ACN, Viana LMM. Fatores associados à reincidência de gravidez após gestação na adolescência no Piauí, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2015; 24; 4: 671-680.
25. Costa F. Ministro enfrenta ato contra aborto. *Correio da Bahia* [Internet]. 2007 [citado 2009 Abr 19. Disponível em: <http://www.camacarinoticias.com.br/leitura.php?id=10325>.

## SENSE OF COHERENCE AND PREGNANCY PLANNING

**ABSTRACT** - Objective: To verify the association of unplanned pregnancies with the sense of coherence in a sample of mothers residing in the city of Piracicaba - SP  
Method: A quantitative and cross - sectional study. Participantes: 425 mothers, aged over 18 years and with children Up to 36 months of age. Data collection was performed by a team of research assistants calibrated by the researcher in charge on the “D” day of the polio vaccination Campaign. A questionnaire was used that addressed the socioeconomic and demographic situation of mothers and variables recognized in the literature as associated with unplanned pregnancy. In order to obtain data on the Sense of Coherence (SOC), the Antonovsky Consensus Questionnaire (QSCA) was used, in its abbreviated version (SOC13), validated for the Brazilian population. Results: The results showed that mothers with low sense of consistency were 2.36 times more likely to not have planned pregnancy ( $p = 0.002$ ). Mothers aged less than 30 years have a 27.2% chance of having an unplanned pregnancy ( $p = 0.001$ ). Conclusion: The results suggest that assessing a woman’s sense of coherence can be an important tool for the elaboration of health actions, especially regarding family planning.

**KEYWORDS:** Sense of Coherence; Pregnancy; Unplanned; Family Planning; Breast feeding.

# A AUTOEFICÁCIA MATERNA E A DURAÇÃO DO ALEITAMENTO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

**Jucilene Casati Lodi**

[lattes.cnpq.br/5883220207237904](https://lattes.cnpq.br/5883220207237904)

Faculdade de Odontologia de  
Piracicaba FOP/UNICAMP

**Clarice Santana Milagres**

[lattes.cnpq.br/3208001767000501](https://lattes.cnpq.br/3208001767000501)

Faculdade São Leopoldo Mandic

**Maria Cristina Pauli da Rocha**

[lattes.cnpq.br/4336686521586645](https://lattes.cnpq.br/4336686521586645)

Faculdade de Ciências Médicas,  
FCM/UNICAMP

**Melisa Sofia Gomez**

[lattes.cnpq.br/3229284709660350](https://lattes.cnpq.br/3229284709660350)

Faculdade de Odontologia de  
Piracicaba FOP/UNICAMP

**Karine Laura Cortellazzi**

[lattes.cnpq.br/4286204965056294](https://lattes.cnpq.br/4286204965056294)

Faculdade de Odontologia de  
Piracicaba, FOP/UNICAMP

**Rosana de Fátima Possobon**

[lattes.cnpq.br/2160429571991060](https://lattes.cnpq.br/2160429571991060)

Faculdade de Odontologia de  
Piracicaba, FOP/UNICAMP

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

**PALAVRAS-CHAVE:** Autoeficácia; Autoeficácia na amamentação; Aleitamento Materno Exclusivo.

## 1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) têm dado atenção especial à nutrição infantil, por reconhecerem que a adesão ao aleitamento materno tem

impacto direto no adequado crescimento e no desenvolvimento das crianças. Dessa forma, recomenda-se o aleitamento exclusivo até o sexto mês de vida e complementado até dois anos ou mais<sup>1</sup>.

No Brasil, estratégias para a promoção do aleitamento já são aplicadas pelo Sistema Único de Saúde desde a década de 1980, com vista para o aumento dessa prática<sup>2</sup>. Embora esteja em ascensão, o índice de aleitamento ainda está aquém da recomendação da OMS<sup>2</sup>.

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

O conceito de autoeficácia, proposto primeiramente por Albert Bandura<sup>6</sup>, remete à habilidade pessoal de desempenhar, com sucesso, determinada atividade ou comportamentos que produzem um resultado aceitável. Também pode ser definida como a convicção pessoal (autoconfiança) de ser capaz de produzir resultados desejáveis em determinada situação, mesmo na superação de obstáculos<sup>7</sup>.

Com base neste constructo, Dennis e Faux<sup>8</sup> desenvolveram o instrumento *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* – BSES, para detectar o nível de autoeficácia na amamentação ao analisar a confiança da mulher na gestação frente às possíveis dificuldades com o aleitamento. Esta escala foi traduzida e validada para o Brasil por Oriá<sup>9</sup>. A versão brasileira (BSES-VB) é do tipo *Likert*, de cinco pontos (que varia de concordo totalmente a discordo totalmente), contendo 33 assertivas divididas em domínio técnico e pensamento intrapessoal. Quanto maior a pontuação, maior a confiança da mulher em seu potencial de amamentar, o que indicaria maior probabilidade de iniciar e manter o aleitamento materno exclusivo por um período mais longo<sup>10</sup>. Em 2003<sup>11</sup>, Dennis desenvolveu a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form* (BSES-SF), com menor número de questões que a primeira escala, tornando-a mais fácil de ser aplicada ainda na maternidade ou até no puerpério imediato. Esta escala, também é do tipo *Likert*, com 14 assertivas e foi traduzida para o país por Dodt<sup>12</sup>.

Diante deste contexto exposto, os fatores relacionados à falta de adesão ao aleitamento materno têm sido motivos de estudos nos últimos

anos<sup>13,14,15</sup>. Assim, investigar a confiança materna em relação à prática do aleitamento pode contribuir para a detecção de mulheres com maior risco ao desmame precoce, o que possibilitaria a intervenção mais pontual e potencialmente mais eficiente para adesão ao aleitamento materno. Neste sentido, o constructo de autoeficácia pode contribuir para a compreensão do fenômeno da autoconfiança em gestantes e puérperas<sup>12</sup>.

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

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Os artigos foram identificados por meio de busca na base de dados MEDLINE versão PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, referentes aos anos de 1999 (ano que surgiu a expressão autoeficácia na base de dados) à setembro de 2015. O diagrama da seleção dos artigos, encontra-se na figura 1.

### 2.1 Estratégia de busca de artigos

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

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

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

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

Quanto aos critérios de exclusão, foram considerados os seguintes: 1) relatos de caso; 2) capítulos de livros; 3) estudo com amostra composta por adolescentes; 4) artigos de validação de instrumentos; 5) gravidez que foi de alto risco; 6) gemelaridade; 7) recém-nascido pré-termo e 8) estudos com animais. Para fins de seleção, também foram descartadas as publicações com dupla entrada nas bases de dados e artigos em duplicata. Para a elegibilidade, os textos foram lidos na íntegra. Foram excluídos textos completos quando não utilizaram o instrumento de autoeficácia na amamentação para analisar a autoeficácia das mulheres.

## 2.3 Seleção de Estudos e Obtenção dos Dados

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

## 2.4 Aspectos Éticos

Por se tratar de uma revisão sistemática com trabalhos previamente publicados, não houve necessidade de aprovação deste estudo em algum Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

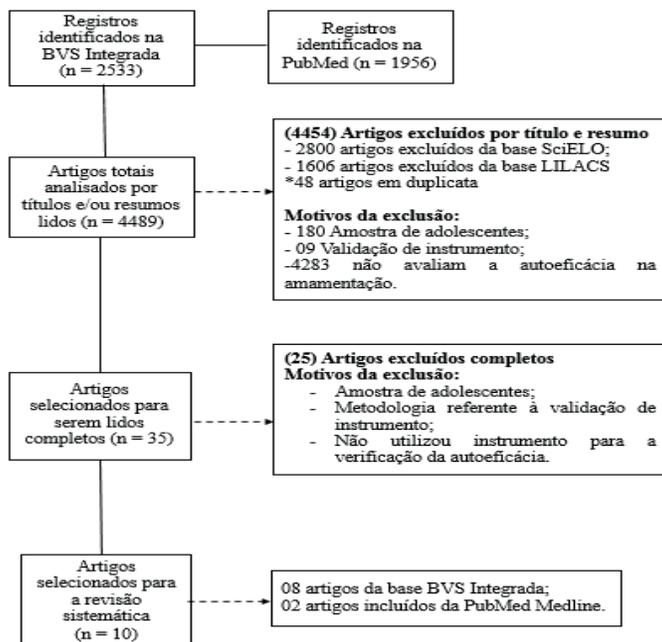
## 3. RESULTADOS

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

O quadro 1 mostra a descrição das características dos estudos e

seus principais resultados.

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



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

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

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

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

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

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

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

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

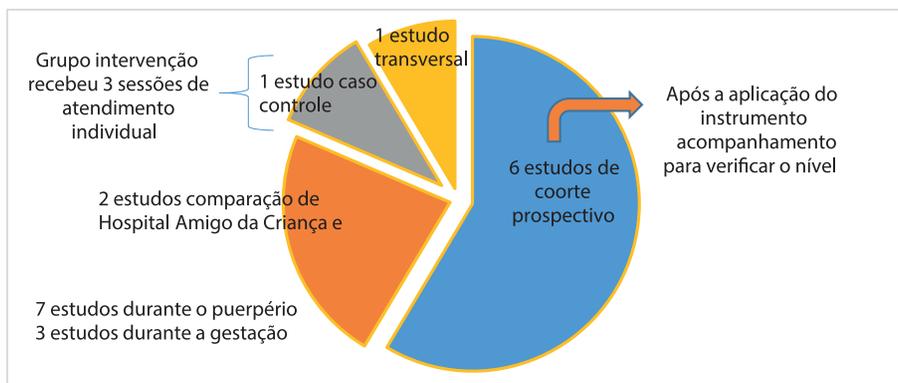
Escala de Autoeficácia na Amamentação – SHORT-FORM: 14 assertivas (pontuação: 14 – 70). Níveis: baixo (14-32), médio (33-51) e (52-70). Aplicada na maternidade após o parto.

Observou-se maior número de pesquisas publicadas<sup>16-20</sup> no ano de 2014. Não houve trabalho no ano de 2015 que apresentasse os critérios de inclusão propostos neste trabalho.

No delineamento, destacou-se o estudo de coorte e apenas um estudo transversal<sup>17</sup>. Houve apenas um estudo comparativo entre Hospital credenciado e não credenciado como Amigo da Criança<sup>19</sup>. As mulheres foram entrevistadas após o nascimento de seus filhos (no puerpério), com exceção de dois estudos que as abordaram ainda na gestação<sup>18,21</sup>. Quanto ao instrumento utilizado, sete estudos<sup>16-20,22,24</sup>, utilizaram a Escala de Autoeficácia na Amamentação – Short Form, que foi desenvolvida para ser aplicada após o nascimento da criança, preferencialmente ainda na maternidade. Os demais utilizaram apenas a Escala de Autoeficácia na Amamentação<sup>21,23,25</sup>, desenvolvida para ser aplicada entre o último trimestre de gestação e seis horas após o parto.

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

**Gráfico 1:** Classificação dos tipos de estudos selecionados para a revisão sistemática



Quanto à localização dos trabalhos, a maioria foi no Brasil<sup>17,19,24</sup> e Estados Unidos<sup>20,21,23</sup>, seguidos por Japão<sup>18,22</sup> e por último China<sup>16</sup> e Austrália<sup>25</sup>.

Somente no estudo realizado no Brasil por Zubaram e Foresti<sup>24</sup>, conduzido na região sul do país, foram utilizadas, além da escala de autoeficácia na amamentação, mais duas escalas para verificar a presença de depressão pós-parto (Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS e Postpartum Depression Screening Scale – PDSS) mostrando associação entre baixo nível de autoeficácia na amamentação com sintomas depressivos pós-parto.

#### 4. DISCUSSÃO

Foram analisados trabalhos que utilizaram os dois instrumentos para verificação do nível de autoeficácia, aplicados tanto no período gestacional quanto no puerpério. Isto porque estes períodos são caracterizados por grandes mudanças, tanto fisiológicas quanto comportamentais, que requerem das mulheres a consolidação de sua maturidade, o que, muitas vezes, contribui para a vulnerabilidade e a baixa confiança em amamentar<sup>5</sup>.

O conhecimento sobre autoeficácia é considerado importante para o planejamento de estratégias de promoção e manutenção da saúde, inclusive para a prevenção do desmame precoce, uma vez que pode ser utilizado para conhecer como as mulheres são motivadas, como sentem e pensam e como se comportam diante das dificuldades com a amamentação, indicando ao profissional quanto esforço e tempo serão necessários para auxiliá-la a transpor os obstáculos<sup>17</sup>.

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

autoeficácia e amamentação na primeira hora de vida do neonato, mostrando que esta prática, que ocorre sempre com o apoio dos profissionais da maternidade, é importante para auxiliar a mãe a sentir-se mais confiantes para amamentar.

No estudo de Boccolini<sup>26</sup>, que analisou a correlação entre amamentação na primeira hora de vida e duração do aleitamento materno em 67 países, teve como resultado que entre as crianças não amamentadas na primeira hora havia maior índice de desmame na primeira semana de vida, o que foi associado com mortalidade infantil. Raghavan *et al.*<sup>27</sup>, ao compararem crianças amamentados na primeira hora de vida com aqueles, cujas mamadas iniciais ocorreram para além da primeira hora, encontraram chances de aleitamento materno exclusivo duas vezes maior nos primeiros.

Vale ressaltar que o aleitamento na primeira hora de vida é um dos passos para que o hospital seja credenciado como Amigo da Criança pela Unicef<sup>4</sup>, que prevê a instalação de práticas de apoio à mãe e incentivo ao aleitamento materno desde a gestação até o pós-parto, como consta no estudo de Otsuka *et al.*<sup>18</sup>, que o apoio disponibilizado para as mães nesse modelo de hospital, favoreceram a estabilidade da confiança materna diante da sua capacidade de amamentar.

Dos estudos analisados, seis realizaram estudo de corte<sup>18-21,23,25</sup>, onde foi realizado acompanhamento da mulher, para analisar a comparação dos níveis de autoeficácia, desde a gestação até após o parto. Para Girolamo *et al.*<sup>28</sup> afirmam que, mesmo que a mulher apresente, ainda na maternidade, nível médio ou alto de autoeficácia, é fundamental que ela tenha acompanhamento por profissionais de saúde, ao menos durante as duas primeiras semanas do pós-parto, que poderão identificar e sanar as suas dificuldades, com o objetivo de instalar e manter a prática do aleitamento materno. Segundo os autores, este acompanhamento colabora para o aumento da sensação de segurança, tanto da mãe quanto de seus familiares, evitando o desmame precoce, muitas vezes decorrente das dificuldades enfrentadas na volta para casa, com a adaptação à nova rotina com o recém-nascido. No estudo conduzido por Pinto *et al.*<sup>13</sup>, evidenciou que as mulheres obtiveram informações ainda na gestação, tiveram escore médio/alto no puerpério imediato, que favoreceu a continuidade da prática da amamentação.

Os estudos analisados evidenciaram a importância do apoio do seu companheiro e do contato pele a pele ainda na primeira hora de vida, para garantir a continuidade da amamentação, corroborando o estudo conduzido por Ayres *et al.*<sup>29</sup>, que analisou que esse contato precoce entre mãe e filho, ajuda a mulher a aumentar a sua confiança diante da sua capacidade de amamentar.

Além disso, tais estudos evidenciaram que a heterogeneidade entre suas amostras, com mulheres inseridas em contextos sociodemográficos distintos, incluindo populações brasileiras, americanas, afro-americanas, latinas, australianas e chinesas. Entretanto, todos os resultados apontam

para a importância do apoio às mães, para sentirem mais confiantes em sua capacidade de amamentar, o que se reflete em maiores níveis de autoeficácia, verificados pela aplicação dos instrumentos, tanto na forma original quanto na versão curta. A verificação dos níveis de autoeficácia pode nortear o profissional na condução de práticas de incentivo ao aleitamento materno, de forma personalizada a cada mulher, de acordo com suas necessidades.

O presente estudo contribui diretamente com as estratégias e esforços para o incentivo da amamentação materna, ainda durante a gestação, sendo que, sentir confiante que é capaz ainda na gestação, favorece para o fortalecimento da sua autoeficácia em manter a prática da amamentação nos meses subsequentes.

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

## 5. CONCLUSÃO

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

## REFERÊNCIAS

1. Müller FS, Rea MF, Monteiro NR. Iniciativa Mundial sobre Tendências do Aleitamento Materno. 2014. Jundiaí: IBFAN Brasil; São Paulo: IBFAN Brasil.
2. Rea MF e Berquó ES. Impact of the Brazilian national breast-feeding programme on mothers in Greater Sao Paulo. *Bull World Health Organ.* 1990; 68(3): 365–71.
3. Brasil. Ministério da Saúde. II Pesquisa Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
4. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6–8. 2008. Washington, DC.
5. Carvalho MR, Tavares LAM. Amamentação: Bases Científicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 3ed, 2014.
6. Bandura A. Cognitive processes mediating behavioral change. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1977; 35(3): 125-39.

7. Bandura A, Azzi R G, Polydoro S. Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos. Porto Alegre, 2008.
8. Dennis CL, Faux S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Rev. Nurs Health*. 1999; 22(5):339-409.
9. Oriá MO. Tradução, adaptação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale: aplicação em gestantes [tese]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará, 2008.
10. Oriá MOB, Ximenes LB. Tradução e adaptação cultural da Breastfeeding Self-Efficacy Scale para o português. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23 (2):230-38.
11. Dennis CL. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003; 32: 734-744.
12. Dodt RCM, Ferreira AMV, Nascimento LA, Macêdo AC, Joventino ES, Ximenes LB. Influência de estratégia de educação em saúde mediada por álbum seriado sobre a autoeficácia materna para amamentar. *Texto Contexto Enferm*. 2013; 22(3): 610-8.
13. Pinto SL, Barruffini ACC, Silva VO, Ramos JEP, Junqueira IC, et al. Evaluation of breastfeeding self-effectiveness and its associated factors in puerperal women assisted at a public health system in Brazil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. 2021; 21 (1): 89-96.
14. Moraes GGW, Christoffel MM, Toso BRGO, Viera CS. Association between duration of exclusive breastfeeding and nursing mothers' self-efficacy for breastfeeding. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e03702.
15. Monteiro JCS, Guimarães CMS, Melo LCO, Bonelli MCP. Breastfeeding self-efficacy in adult women and its relationship with exclusive maternal breastfeeding. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2020;28:e3364.
16. Wu DS, Hu J, Thomas P, McCoy P, Efirid TJ. The effects of a breastfeeding self-efficacy intervention on short-term breastfeeding outcomes among primiparous mothers in Wuhan, China. *Journal of Advanced Nursing*. 2014; 70(8): 1867–79.
17. Rodrigues AP, Padoin SMM, Guido LA, Lopes LFD. Fatores do pré-natal e do puerpério que interferem na autoeficácia em amamentação. *Esc Anna Nery*. 2014; 18(2): 257-61.
18. Otsuka K, Taguri M, Dennis CL, Wakutani K, Awano M, Yamaguchi T, Jimba M. Effectiveness of a Breastfeeding Self-efficacy Intervention: Do Hospital Practices Make a Difference? *J Matern Child Health*. 2014; 18:296–306.
19. Margotti E, Epifanio M. Aleitamento Materno Exclusivo e a Escala de Autoeficácia na Amamentação. *Rev Rene*. 2014; 15(5):771-79.
20. Glassman ME, McKearney K, Saslaw M, Sirota DR. Impact of Breastfeeding Self-Efficacy and Sociocultural Factors on Early Breastfeeding in an Urban, Predominantly

Dominican Community. *Breastfeeding Medicine*. 2014; 9 (6): 301-6.

21. Robinson, KM, VandeVusse L. African American Women's Infant Feeding Choices. *J Perinat Neonat Nurs*. 2011; 25(4): 320–28.

22. Otsuka K, Dennis CL, Hisae Tatsuoka H, Masamine J. The Relationship Between Breastfeeding Self Efficacy and Perceived Insufficient Milk Among Japanese Mothers. *JOGNN*. 2008; 37(5): 546-55.

23. Wilhelm SL, Rodehorst K, Stepan MBF, Hertzog M, Berens C. Influence of intention and self-efficacy levels on duration of breastfeeding for stimula rural mothers. *Applied Nursing Research*. 2008; 21 (2) 123–30.

24. Zubaran C e Foresti K. Estudo da correlação entre aleitamento e estado de saúde materno. *Einstein*. 2013; 11(2): 180-85.

25. Baghurst P, Pincombe J, Peat B, Henderson A. Breast feeding self-efficacy and other determinants of the duration of breastfeeding in a cohort of first-time mothers in Adelaide, Australia. *Midwifery*. 2007; 23 (2): 382–91.

26. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MI, Pérez-Escamilla R. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. *J Pediatr (Rio J)*. 2013; 89:131–36.

27. Raghavan V, Bharti B, Kumar P, Mukhopadhyay k, Dhaliwal L. First hour initiation of breastfeeding and exclusive breastfeeding at six weeks: Prevalence and predictors in a Tertiary care setting. *Indian J Pediatr*. 2014; 81(8): 743-50.

28. Di Girolamo A, Thompson N, Martorell R, Fein S, Grummer LS. Intention of experience? Predictors of continued breastfeeding. *Health Education and Behavior*. 2005; 32 (2); 208– 26.

29. Ayres LFA, Clossen RE, Passos CM, Lima VD, Prado MRMC, Beirigo BA. Factors associated with skin-to-skin contact. *Esc Anna Nery* 2021;25(2):e20200116.

### **INFLUENCE OF MATERNAL SELF-EFFICACY ON THE DURATION OF EXCLUSIVE BREASTFEEDING: A SYSTEMATIC REVIEW**

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

**KEYWORDS:** Self-efficacy; Self-efficacy in breastfeeding; Exclusive Breastfeeding.

# A AUTOEFICÁCIA DA GESTANTE E O TIPO DE ALEITAMENTO NA ALTA HOSPITALAR

**Jucilene Casati Lodi**

[lattes.cnpq.br/5883220207237904](https://lattes.cnpq.br/5883220207237904)

Faculdade de Odontologia de  
Piracicaba FOP/UNICAMP

**Clarice Santana Milagres**

[lattes.cnpq.br/3208001767000501](https://lattes.cnpq.br/3208001767000501)

Faculdade São Leopoldo Mandic.

**Maria Cristina Pauli da Rocha**

[lattes.cnpq.br/4336686521586645](https://lattes.cnpq.br/4336686521586645)

Faculdade de Ciências Médicas,  
FCM/UNICAMP

**Melisa Sofia Gomez**

[lattes.cnpq.br/3229284709660350](https://lattes.cnpq.br/3229284709660350)

Faculdade de Odontologia de  
Piracicaba FOP/UNICAMP

**Karine Laura Cortellazzi**

[lattes.cnpq.br/4286204965056294](https://lattes.cnpq.br/4286204965056294)

Faculdade de Odontologia de  
Piracicaba, FOP/UNICAMP

**Rosana de Fátima Possobon**

[lattes.cnpq.br/2160429571991060](https://lattes.cnpq.br/2160429571991060)

Faculdade de Odontologia de  
Piracicaba FOP/UNICAMP

**RESUMO** - Introdução: Os benefícios do aleitamento materno para a criança são amplamente conhecidos e divulgados, entretanto, a adesão está abaixo do que é recomendado pela Organização Mundial de Saúde. Uma das causas para essa baixa adesão é a falta de confiança materna diante da sua capacidade em amamentar, que pode ser estudada dentro do constructo da autoeficácia. Este estudo investigou a associação entre autoeficácia da gestante e a sua associação com a prática do aleitamento materno exclusivo no momento da alta hospitalar. Objetivos: Investigar a influência da autoeficácia materna durante a gestação e os fatores associados que podem contribuir para a adesão ao aleitamento exclusivo na alta hospitalar. Materiais e métodos: Participaram deste estudo 210 gestantes assistidas de 15 Unidades de Saúde da Família (USF) no município de Piracicaba-SP. As mães foram abordadas em dois momentos: no último trimestre da gestação, quando responderam questões socioeconômicas e demográficas e os Instrumentos de Autoeficácia Geral Percebida e Autoeficácia na Amamentação (BSES); e na primeira semana de

vida do bebê, para verificação da prática do aleitamento no momento da alta hospitalar. Resultados: Renda mensal familiar superior a cinco salários-mínimos vigentes na época da coleta dos dados, nascimento a termo, ausência de complicações maternas, ter vontade de amamentar e alto nível de autoeficácia geral percebida estiveram associadas com a prática do aleitamento materno exclusivo no momento da alta hospitalar. Conclusão: O nível de Autoeficácia Geral Percebida mostrou ser uma variável preditora da prática de aleitamento materno exclusivo no momento da alta hospitalar, sendo que o instrumento é de fácil aplicação o que estimula o seu uso para identificação de mães com maior risco de desmamar precocemente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Aleitamento materno; Autoeficácia na amamentação; Desmame precoce.

## 1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que o contato precoce pele a pele e o início do aleitamento materno ainda na primeira hora de vida da criança, pode auxiliar na redução em até 22% a mortalidade neonatal (WHO, 2009).

O aleitamento materno na primeira hora de vida é importante tanto para a criança quanto para a mãe, pois, auxilia na involução uterina, diminuindo o risco de hemorragia, prevenindo infecções, garantindo tanto a qualidade quanto a quantidade em proporções ideais de proteínas, açúcares, vitaminas e nutrientes, o que gera um crescimento e desenvolvimento adequado das crianças (Ferreira *et al.*, 2010; Victoria *et al.*, 2016). Além das questões de saúde, a amamentação fortalece o vínculo afetivo entre mãe e filho (Bocollini *et al.*, 2013; Alves *et al.*, 2018; Ayres *et al.*, 2021).

Embora seja conhecido os benefícios do aleitamento materno, a falta de confiança materna da sua capacidade de alimentar seu filho, é uma das principais variáveis que contribui para o desmame precoce (Carrascoza *et al.*, 2011; Souza, 2013; Flores *et al.*, 2016; Victora *et al.*, 2016; Pinto *et al.*, 2021). No Brasil, do total de mortes de crianças com menos de um ano de idade, 69,3% ocorrem no período neonatal e 52,6%, na primeira semana de vida (WHO, 2009).

Assim, a crença e a confiança da capacidade da mulher em amamentar, podem ser estudadas dentro do constructo de autoeficácia, que é definida como a habilidade de um indivíduo de desempenhar com sucesso determinado comportamento (Bandura, 1977). A associação entre autoeficácia e aleitamento materno, revela a expectativa que a mulher desenvolve ainda na gestação da sua capacidade de nutrir seu filho com êxito (Dennis e Faux, 1999; Oriá e Ximenes, 2010).

Para essas autoras, essa expectativa é desenvolvida através de diferentes fontes de informação, tais como: experiências positivas anteriores (experiência pessoal), observação de outras mães amamentando, assistir a

vídeos com orientações relacionadas à amamentação (experiência vicária), apoio e encorajamento de pessoas próximas e respeitadas pela mulher (persuasão verbal) e reações psicológicas diante do ato de amamentar (estado emocional e fisiológico). Essas experiências auxiliarão diretamente na escolha, realização e manutenção do comportamento favorável ou não diante do ato de amamentar (Dennis e Faux, 1999).

No estudo conduzido por Pereira et al. (2010), identificou que 92,9% das crianças que estavam em aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar, mantiveram a amamentação até o sexto mês de vida da criança. Este estudo reforça que a efetividade e a eficiência das ações de apoio e empoderamento das mulheres diante da sua capacidade de amamentar, desde a gestação até o momento da alta hospitalar influenciará grandemente na adesão ou não à prática do aleitamento materno.

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo tem como finalidade investigar a influência da autoeficácia materna detectada ainda na gestação e os fatores associados que podem contribuir na adesão ao aleitamento exclusivo na alta hospitalar.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

### 2.1 Desenho e população de estudo

Estudo de coorte prospectivo, constituída por gestantes usuárias das Unidades de Saúde da Família (USF) presentes no município de Piracicaba, interior do estado de São Paulo.

Os critérios de inclusão foram: a mulher deveria ter idade superior a 18 anos, estar no último trimestre gestacional, participar dos grupos de orientação à gestante da sua unidade de abrangência e realizar os exames de pré-natal na própria unidade. Além disso, só foram incluídas mulheres com gestação única (não gemelar) e que não haviam apresentado complicações maternas ou fetais até o dia da entrevista.

A coleta de dados foi realizada de julho a dezembro de 2015, onde a pesquisadora entrou em contato com todas as 44 USF do município para verificar se havia gestantes que estivessem inseridas nos critérios de inclusão dessa pesquisa. Nos casos positivos, a pesquisadora participava de um dos encontros do grupo de orientação para apresentar a finalidade da pesquisa, e convidá-las a participar. Assim, participaram do estudo 210 gestantes usuárias de 15 USF.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas:

Na primeira etapa, durante o encontro do grupo de orientação do qual a gestante participava, foram coletados os dados socioeconômicos, demográficos e obstétricos (idade, nível de escolaridade, renda mensal, paridade, tempo gestacional, qualidade da experiência – relato pessoal

da gestante relacionado com a amamentação, complicações maternas, presença do companheiro e aceitação da gestação pelo pai da criança) e as questões dos instrumentos que mensuravam o nível de autoeficácia (geral e na amamentação). A data provável do parto (DPP) era anotada para que a pesquisadora planejasse o primeiro contato com a mãe após o nascimento da criança.

A segunda e última etapa consistiu em uma entrevista com a mãe, via contato telefônico, ainda na primeira semana de nascimento da criança, para perguntar se estava ou não em aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar.

## 2.2 Instrumentos utilizados na coleta dos dados

### 2.2.1 Escala de Autoeficácia Geral Percebida

O instrumento de autoeficácia geral foi desenvolvido através da escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAEGP) de Matthias Jersusalém e Ralf Schwarzer, em 1979, contendo 20 itens, sendo readaptada para 10 itens por Schols e cols (2002). No Brasil foi traduzida e validada por Souza & Souza (2004).

A EAEGP, é autoaplicável, consta de 10 assertivas organizadas de acordo com as percepções que as pessoas têm de si mesmas. Cada item é avaliado de 1 a 4 pontos, sendo, 1 - não é verdade ao meu respeito; 2 – dificilmente verdade ao meu respeito; 3 – moderadamente verdade ao meu respeito; 4 – totalmente verdade ao meu respeito. O número mínimo de pontos são quatro e os máximos são de quarenta e quatro pontos, e traduz uma autoeficácia alta igual e acima de 25 pontos, e autoeficácia baixa abaixo de 24 pontos.

### 2.2.2 Escala de Autoeficácia na Amamentação

Baseada na teoria de autoeficácia desenvolvida por Bandura (1977), as pesquisadoras canadenses Dennis e Faux (1999) desenvolveram a Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES), a fim de estudar a confiança materna para a prática do aleitamento (ORIÁ, 2008).

No Brasil, a BSES foi traduzida, adaptada e validada por Oriá (2008), com o nome de Autoeficácia na Amamentação versão Brasil (BSES-VB). A utilização deste instrumento possibilita conhecer quais as dificuldades apresentadas pela mulher em dois domínios: Técnico (aspectos técnicos do aleitamento materno como: posição correta da criança durante a amamentação, conforto durante o ato de amamentar, reconhecimento de sinais de uma boa lactação, entre outros) e Pensamento Intrapessoal (referentes ao desejo da mulher em amamentar, sua motivação interna, satisfação com a experiência em amamentar, dentre outros fatores). (Oriá 2008).

Este instrumento permite conhecer, ainda na gestação, em qual

domínio a mulher tem menor autoeficácia relacionada ao aleitamento, possibilitando a implantação de estratégias de intervenção para promoção do aleitamento materno e prevenção do desmame precoce, antes mesmo do nascimento da criança (Oriá, 2008).

A BSES-VB é autoaplicável, contém 33 assertivas organizadas nos dois domínios. A cada questão, a mulher atribui uma pontuação variável de 1 a 5 pontos, considerando: 1-discordo totalmente; 2-discordo; 3-as vezes concordo; 4-concordo; 5-concordo totalmente. As pontuações totais podem variar de 33 a 165 pontos, sendo que as gestantes com maiores pontuações são consideradas com mais chance de manter o aleitamento materno exclusivo por um período mais prolongado. A escala não reporta uma média pontual para descrever as gestantes, apenas detecta o ponto mais específico que a mulher tem maior dificuldade com a amamentação (Oriá, 2008 e 2010).

### 2.2.3 Variáveis do estudo

a) Variável desfecho: tipo de aleitamento na alta hospitalar (aleitamento materno exclusivo, sim ou não).

b) Variáveis independentes: idade materna e paterna, renda familiar e escolaridade materna (dicotomizada pela mediana), paridade (primípara e múltipara), tempo gestacional (termo, pré-termo), tipo de parto (normal e cesárea), complicações maternas e vontade de amamentar (sim ou não), qualidade da experiência (boa ou ruim), presença de companheiro e aceitação da gestação (sim ou não), autoeficácia geral (alta ou baixa, dicotomizada pela mediana), autoeficácia na amamentação (baixa, média e alta).

### 2.2.4 Análise estatística

Foi construído um banco de dados eletrônico no programa Excel®, no qual foram inseridos os dados coletados e realizados a análise bivariada pelo teste qui-quadrado no nível de significância de 5%, para testar a associação entre a variável desfecho (tipo de aleitamento na alta hospitalar) e as variáveis independentes (socioeconômicas, demográficas, obstétricas e autoeficácia). Os respectivos intervalos de confiança (IC) de 95% foram estimados no nível de 5%. Todos os testes estatísticos foram realizados pelo programa Biostat®. (2007).

## 3. RESULTADOS

Metade das mulheres da amostra estudada tinha idade menor ou igual a 24 anos de idade, enquanto a idade paterna, 51,9%, tinham idade menor ou igual a 29 anos. Constatou-se que a maioria (82,9%) possuía o 2º grau completo ou mais, portanto, a maioria estudou por um período de no mínimo 8 anos, além disso, observou-se que 58,6% das gestantes tinham uma renda mensal familiar maior ou igual a cinco salários-mínimos.

Em relação à paridade, 50,5% eram múltiparas. Dessas, 30,5% afirmaram que tiveram experiência boa com a amamentação na gestação anterior. A maioria delas (65,2%) relataram que tinha a presença do companheiro em casa e 89% disseram que o pai da criança aceitou a gestação.

O tipo de parto também foi analisado, sendo constatado que 52% das gestantes tiveram parto normal e 81,4% tiveram gestação a termo. Quanto a presença de complicações, 77,6% das mulheres relataram que não sofreram nenhuma complicação, além de que, uma parcela expressiva afirmou que tinha vontade de amamentar (95,2%).

A maioria das gestantes (93,3%) apresentou alto nível de autoeficácia geral e menos da metade das mães (40,5%) apresentou baixo nível de autoeficácia na amamentação (Tabela 1).

**Tabela 1:** Associação entre variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas e níveis de autoeficácia com a prática do aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar. Piracicaba, SP, 2015

| Variáveis                   | Categorias | Amostra<br>N=210 | Aleitamento materno<br>exclusivo (alta hospitalar) |            | OR    | IC (95%)    | p-valor |
|-----------------------------|------------|------------------|--|------------|-------|-------------|---------|
|                             |            |                  | Sim  | Não        |       |             |         |
| Idade materna               | ≤24        | 105 (50%)        | 80 (76,2%)   | 25 (23,8%) | 1,53  | 0,84-2,81   | 0,2194  |
|                             | >24        | 105 (50%)        | 71 (67,6%)   | 34 (32,4%) | 1,00  |             |         |
| Idade paterna               | ≤29        | 109 (51,9%)      | 85 (78%)   | 24 (22%)   | 1,88  | 1,02-3,46   | 0,0599  |
|                             | >29        | 101 (48,1%)      | 66 (65,3%)   | 35 (34,7%) | 1,00  |             |         |
| Renda                       | ≤5         | 123 (58,6%)      | 85 (69,1%)   | 38 (30,9%) | 1,00  |             | 0,03590 |
|                             | >5         | 87 (41,4%)       | 66 (75,9%)   | 21 (24,1%) | 1,41  | 0,75-2,62   |         |
| Escolaridade materna        | ≤8         | 174 (82,9%)      | 123 (70,7%)  | 51 (29,3%) | 1,00  |             | 0,5108  |
|                             | >8         | 36 (17,1%)       | 28 (77,8%)   | 08 (22,2%) | 1,45  | 0,62-3,40   |         |
| Paridade                    | Primípara  | 104 (49,5%)      | 80 (76,9%)   | 24 (23,1%) | 1,64  | 0,89-3,02   | 0,1473  |
|                             | Múltipara  | 106 (50,5%)      | 71 (67%)   | 35 (33%)   | 1,00  |             |         |
| Qualidade da experiência    | Boa        | 62 (30,5%)       | 39 (62,9%)   | 23 (37,1%) | 1,00  |             | 0,3419  |
|                             | Ruim       | 42 (20%)         | 31 (73,8%)   | 11 (26,2%) | 1,66  | 0,70-3,93   |         |
| Presença do companheiro     | Sim        | 137 (65,2%)      | 112 (81,8%)  | 25 (18,3%) | 1,69  | 0,86-3,31   | 0,1732  |
|                             | Não        | 73 (34,8%)       | 53 (72,6%)   | 20 (27,4%) | 1,00  |             |         |
| Aceitação pelo pai          | Sim        | 187 (89%)        | 140 (74,9%)  | 47 (25,1%) | 3,25  | 1,34-7,86   | 0,0133  |
|                             | Não        | 23 (11%)         | 11 (47,8%)   | 12 (52,2%) | 1,00  |             |         |
| Tipo de Parto               | Normal     | 109 (52%)        | 82 (75,2%)   | 27 (24,8%) | 1,41  | 0,77-2,58   | 0,3371  |
|                             | Cesárea    | 101 (48%)        | 69 (68,3%)   | 32 (31,7%) | 1,00  |             |         |
| Tempo Gestacional           | Termo      | 171 (81,4%)      | 131 (76,6%)  | 40 (23,4%) | 3,11  | 1,51-6,40   | 0,0029  |
|                             | Pré-Termo  | 39 (18,6%)       | 20 (51,3%)   | 19 (48,7%) | 1,00  |             |         |
| Complicações                | Sim        | 47 (22,4%)       | 23 (48,9%)   | 24 (51,1%) | 1,00  |             | 0,0001  |
|                             | Não        | 163 (77,6%)      | 128 (78,5%)  | 35 (21,5%) | 3,82  | 1,93-7,56   |         |
| Vontade de Amamentar        | Sim        | 200 (95,2%)      | 151 (75,5%)  | 49 (24,5%) | 27,34 | 3,43-224,46 | <0,0001 |
|                             | Não        | 10 (4,8%)        | 01 (10%)   | 09 (90%)   | 1,00  |             |         |
| Autoeficácia GERAL          | Baixa      | 14 (6,7%)        | 06 (42,9%)   | 08 (57,1%) | 1,00  |             | 0,0281  |
|                             | Alta       | 196 (93,3%)      | 145 (74%)  | 51 (26%)   | 3,79  | 1,25-11,45  |         |
| Autoeficácia na Amamentação | Baixa      | 85 (40,5%)       | 68 (80%)   | 17 (20%)   | 1,17  | 0,55-2,50   | 0,8276  |
|                             | Média      | 75 (35,7%)       | 58 (77,3%)   | 17 (22,7%) | 1,00  |             |         |
|                             | Alta       | 50 (23,8%)       | 39 (78%)   | 11 (22%)   | 1,04  | 0,44-2,46   |         |

#### 4. DISCUSSÃO

Dos dados socioeconômicos das participantes que referiam amamentar de forma exclusiva na alta hospitalar, um dado que chamou a atenção foi o fato que mulheres que tinham renda maior a cinco salários mínimos, tiveram mais chances de estar em aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar, indo de encontro com o estudo de Machado *et al.*, (2014) que mostraram que baixas condições socioeconômicas juntamente com à baixa escolaridade materna influenciam na manutenção do aleitamento materno exclusivo, pela falta de conhecimento e de acesso da mãe as informações sobre a amamentação natural para a saúde da criança. Para a UNICEF (2019) afirma que quanto maior a renda, maiores são as chances de um lactente não ser amamentado de maneira exclusiva podendo chegar em de 23,9%. Entretanto, na revisão integrativa realizada por Araújo *et al.*, (2021), a confiança e o apoio disponibilizado a ela facilitará a instalação dessa prática, independente das suas condições socioeconômicas.

No estudo de Martins *et al.*, (2021), evidenciou que, as mulheres que na alta hospitalar estavam em aleitamento materno tiveram mais chances de desmame, quando comparados com as mulheres que obtiveram alta em amamentação exclusiva, evidenciando a importância de uma assistência de qualidade ainda no ambiente hospitalar.

As mulheres que relataram que houve aceitação da gestação pelo pai da criança (89%), mostrou-se um fator positivo para a prática do aleitamento materno exclusivo no momento da alta hospitalar, pois a aceitação da gestação pelo pai aumenta a confiança da mulher em amamentar e provê apoio durante o processo de lactação, que ajuda no sucesso do aleitamento, mesmo que essa mãe não tenha ainda vivenciado essa prática (Morgado *et al.*, 2013; Lino *et al.*, 2020, Alcântara *et al.*, 2021). Enquanto, no estudo de Bocollini *et al.*, (2013) mostra que quando os pais aprovam a amamentação, 98,1% das crianças eram amamentadas e apenas, 26,9% eram amamentadas quando o pai era indiferente.

Em relação à vontade de amamentar, pelo fato de as mulheres já terem recebido informações a respeito da importância do aleitamento materno, pode ter ajudado a grande maioria responder positivamente, o que gerou uma alta significância estatística, mostrando assim, que a vontade de amamentar auxilia no aleitamento na alta hospitalar. Sandre-Pereira *et al.*, (2000) ao abordarem as mães que tinham acabado de terem filhos, sobre seu conhecimento de amamentação, também notaram que todas elas haviam desejado, desde a gestação, praticar o aleitamento materno. Os estudos de Rodrigues *et al.*, (2014) e Lodi *et al.*, (2019) ressaltam que a mulher preparada ainda no pré-natal, por meio de informações e orientações pertinentes tanto na gestação, quanto ao parto, tem mais chances de enfrentar esse período com maior confiança, harmonia e prazer.

Neste estudo, foi verificada a associação entre autoeficácia geral (através do instrumento de Autoeficácia Geral Percebida, aplicado durante

a gestação) com o aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar. Entretanto, ao investigar, ainda no período gestacional, a autoeficácia específica para a amamentação (com o uso do instrumento de Autoeficácia para a Amamentação), não foi observada associação com a manutenção do aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar. Esses resultados mostram que, é notório que a maioria das informações será absorvida somente quando a mulher se depara com as suas próprias dificuldades, ou seja, após o nascimento da criança (Dennis, 2003; Lodi *et al.*, 2019). Ressalta-se que foram verificados menores níveis de autoeficácia específica para a amamentação no domínio técnico, o que pode ser atribuído à primiparidade de metade da amostra, ou seja, faltaram conhecimento e experiência prévia em aleitamento para que essas mulheres sentissem maior confiança no ato de amamentar (Lodi *et al.*, 2019). Neste contexto, é importante enfatizar que o instrumento que mensura autoeficácia geral apresenta situações que, na maioria das vezes, já foi vivenciada pelo respondente, diferente do instrumento específico, cujas situações propostas podem nunca ter sido experimentadas (no caso das primíparas). Bandura (1977) afirma que é possível uma pessoa apresentar altos índices de autoeficácia geral e baixos índices de autoeficácia para situações específicas, tal como amamentar. Assim, empregar instrumentos específicos para investigar a autoconfiança para determinadas ações, permite o conhecimento dos diversos domínios do funcionamento humano. A análise do indivíduo em relação à sua habilidade para realizar uma tarefa dentro de um domínio específico ou em uma situação particular de funcionamento, pode demonstrar que ele é muito eficaz num domínio e menos em outro (Bandura, 1977).

Diversos autores consideram a existência de um sentimento de autoeficácia geral, descrevendo-o como uma percepção mais ampla e estável em relação a uma grande variedade de situações ou de desafios, ou seja, é a percepção da eficácia pessoal, independente da situação na qual o indivíduo se encontre (Schuwarzer e Jerusalem, 1995; Scholz *et al.*, 2002). Ramos *et al.*, (2021) defendem que a autoeficácia é um componente da motivação da mulher, para ser persistente na aquisição e na mudança de um determinado comportamento. Oriá (2010) relata que o instrumento de autoeficácia específico para a amamentação utilizado neste estudo, permite conhecer, previamente (ainda no período gestacional), a confiança da mulher para a prática da amamentação e que esta identificação precoce possibilitaria a intervenção entre as mulheres com menores níveis de autoeficácia, ou seja, entre aquelas potencialmente mais propensas ao insucesso em amamentar. Este instrumento permite, inclusive, identificar em qual domínio ocorre o menor nível de confiança (técnico e de conhecimento intrapessoal), possibilitando a implementação de estratégias personalizadas para a promoção do aleitamento. Intervenções precoces e específicas poderiam contribuir, em médio e longo-prazo, para a redução das taxas de desmame precoce e para o prolongamento do período do aleitamento materno exclusivo (Morais *et al.*, 2021).

## 5. CONCLUSÃO

A manutenção do aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar esteve associada à idade paterna, renda maior de cinco salários-mínimos, aceitação da gestação pelo pai, tempo gestacional a termo, vontade de amamentar e não ter complicações maternas.

Pela Escala de Autoeficácia na Amamentação aplicada durante a gestação não apresentou associação com a variável desfecho, diferentemente da escala de Autoeficácia Geral que se mostrou associado com o aleitamento exclusivo na alta hospitalar, demonstrando ser um instrumento de fácil aplicação o que estimula o seu uso para identificação de mães com maior risco de desmamar precocemente.

## REFERÊNCIAS

Alcântara FSCP, Santos IMM, Silva DBT, Silva CV, Silva AP. The role of father in breastfeeding: challenges for nursing in the rooming-in care. *R. pesq. cuid. fundam. online* [Internet]. 2021 jan/dez; 13:861-867. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcf.v13.9571>.

Alves JS, Oliveira MIC, Rito RVVF. Orientações sobre amamentação na atenção básica a saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. *Ciênc.Saúde Colet.* 2018; 23(4): 1077-88.

Araújo SC, Souza ADA, Bomfim ANA, Santos JB. Fatores intervenientes do desmame precoce durante o aleitamento materno exclusivo. *REAS.* 2021; 13 (4): 1-8.

Ayres LFA, Cnossen RE, Passos CM, Lima VD, Prado MRMC, Beirigo BA. Factors associated with skin-to-skin contact. *Esc Anna Nery* 2021;25(2):e20200116.

Ayres M, Ayres Júnior M, Ayres DL, Santos AA. *Bioestat: Aplicação estatísticas nas áreas das ciências biomédicas.* 2007. Ong Mamiraua. Belém, Pará.

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

Bocolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Péres-Escamilla R. A amamentação na primeira hora de vida e mortalidade neonatal. *J. Pediatr. (Rio J.)*.2013; 89(2): 131-36.

Carrascoza KC, Possobon RF, Costa Junior A, Moraes ABA. Aleitamento materno até os seus meses de vida: percepção das mães. *Physis.* 2011; 21(3): 1045-59.

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

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

744.

Ferreira FV, Marchionatti AM, Oliveira MDM, Praetzel JR. Associação entre a duração do aleitamento materno e sua influência sobre o desenvolvimento de hábitos orais deletéricos. *Rev. Sul-Bras. Odontol.* 2010. 7(1):35-40.

Flores A, Anchondo I, Huang C, Villanos M, Finch C. “Las Dos Cosas”, or Why Mexican American Mothers Breastfeeding, But Not for Long. *Southern Medical Journal.* 2016; 109 (1): 42-50.

Lino CM, Ribeiro ZB, Possobon RF, Lodi JC. O impacto da depressão pós-parto no aleitamento materno e no desenvolvimento infantil: uma revisão integrativa. *Rev. Nursing.* 2020; 23(260): 3507-11.

Lodi JC, Milagres CS, Giovani PA, Guerra LM, Possobon RF. Impact of maternal self-efficacy and associated factors on maintaining exclusive breastfeeding in the city of Piracicaba-SP: Cohort study. *Rev. Mundo da Saúde.* 2019; 43(2): 326-43.

Machado MCM, Assis KF, Oliveira FCC, Ribeiro AQ, Araújo MA, Cury AF, Priore SE, Cast SC. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais. *Rev Saúde Pública.* 2014; 48(6): 985-94.

Martins FA, Ramalho AA, Andrade AM, Optiz SP, Koifman RJ, Silva IF. Padrões de amamentação e fatores associados ao desmame precoce na Amazônia ocidental. *Rev Saude Publica.* 2021; 55:21. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002134>.

Moraes GGW, Christoffel MM, Toso BRGO, Viera CS. Association between duration of exclusive breastfeeding and nursing mothers' self-efficacy for breastfeeding. *Rev Esc Enferm USP.* 2021;55:e03702

Morgado CMC, Werneck GL, Hasselmann MH. Rede e apoio social e práticas alimentares de crianças no quarto mês de vida. *Ciênc. saúde coletiva.* 2013; 18 (2): 367-76.

Oriá MO, Ximenes LB. Translation and cultural adaptation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale to Portuguese. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23 (2): 230-8.

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

Pereira RSVP, Oliveira MICO, Andrade CLT, Brito AS. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. *Cad. Saúde Pública.* 2010; 26(12): 2343-54.

Pinto SL, Barruffini ACC, Silva VO, Ramos JEP, Junqueira IC, et al. Evaluation of breastfeeding self-effectiveness and its associated factors in puerperal women assisted at a public health system in Brazil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2021; 21 (1): 89-96.

Ramos ALL, Lopes BB, Lima LR, Holanda RE, Lima LC, Chaves AFL. Autoeficácia em amamentar entre mães de bebês prematuros. 2021 jan/dez; 13:262-267. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v13.8498>.

Rodrigues BC, Peloso SM, França LCR, Ichisato SMT, Higarahi IH. Aleitamento materno e desmame: um olhar sobre a vivência das mães enfermeiras. *Rev Reme*. 2014; 15(5): 832-41.

Scholz U, Doña BGS, Schwarzer R. Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric Findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*. 2002; 18(3): 242-51.

Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized self-efficacy scale. In J. Weinman S. *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs*. 1995. Windsor, UK: NFER-NELSON. 35-37.

Souza I & Souza MA. Validação da Escala de Autoeficácia Geral Percebida. *Rev. Universidade Rural*. 2004; 26 (2):12-17.

Souza MLB, Santos TP, Alves OM, Leite FMC, Lima EFA, Primo CC. Avaliação da autoeficácia na amamentação em puerpéras. *Enferm. Foco* 2020; 11 (1): 153-157.

Souza SNDH, Mello DF, Ayres JRCM. O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado. *Cad. Saude Publica*. 2013; 29(6): 1186-94.

Victoria CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC, Group TL. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. 2016;387(10017):475-90.

World Health Organization, UNICEF. *Baby-friendly Hospital Initiative: Revised, updated, and expanded for integrated care*. Geneva: World Health Organization; 2009.

## **ASSOCIATION BETWEEN MATERNAL SELF-EFFICACY AND TYPE OF BREASTFEEDING AT HOSPITAL DISCHARGE**

**ABSTRACT** - Introduction: The benefits of breastfeeding for the child are widely known and publicized, however, adherence is below what is recommended by the World Health Organization. One of the causes for this low adherence is the lack of maternal confidence regarding their ability to breastfeeding, which can be studied within the construct of self-efficacy. This study investigated the association between pregnant women's self-efficacy and her association with the practice of exclusive breastfeeding at the time of hospital discharge. Objectives: To investigate the influence of maternal self-efficacy during pregnancy and associated factors that may contribute to adherence to exclusive breastfeeding at hospital discharge. Materials and methods: Participated in this study 210 pregnant women assisted from 15 Family Health Units (USF) in the city of Piracicaba-SP. Mothers were approached at two times: in the last trimester of pregnancy, when they answered socioeconomic and demographic questions and the Perceived General Self-Efficacy and Breastfeeding Self-Efficacy

Instruments (BSES); and in the baby's first week of life, to verify the practice of breastfeeding at the time of hospital discharge. Results: Family monthly income above five minimum wages in effect at the time of data collection, full-term birth, absence of maternal complications, willingness to breastfeed and high level of general self-efficacy perceived were associated with the practice of exclusive breastfeeding at the time after hospital discharge. Conclusion: The level of Perceived General Self-efficacy proved to be a predictor variable for the practice of exclusive breastfeeding at the time of hospital discharge, and the instrument is easy to apply, which encourages its use to identify mothers at greater risk of early weaning.

**KEYWORDS:** Breastfeeding; Self-efficacy in breastfeeding; Weaning,

# A AUTOEFICÁCIA NO PÓS-PARTO IMEDIATO E SUA INFLUÊNCIA NO ALEITAMENTO MATERNO NO 30º DIA DE VIDA DA CRIANÇA

**Jucilene Casati Lodi**

[lattes.cnpq.br/5883220207237904](https://lattes.cnpq.br/5883220207237904)

Faculdade de Odontologia de Piracicaba FOP/UNICAMP

**Clarice Santana Milagres**

[lattes.cnpq.br/3208001767000501](https://lattes.cnpq.br/3208001767000501)

Faculdade São Leopoldo Mandic.

**Maria Cristina Pauli da Rocha**

[lattes.cnpq.br/4336686521586645](https://lattes.cnpq.br/4336686521586645)

Faculdade de Ciências Médicas, FCM/UNICAMP

**Melisa Sofia Gomez**

[lattes.cnpq.br/3229284709660350](https://lattes.cnpq.br/3229284709660350)

Faculdade de Odontologia de Piracicaba FOP/UNICAMP

**Karine Laura Cortellazzi**

[lattes.cnpq.br/4286204965056294](https://lattes.cnpq.br/4286204965056294)

Faculdade de Odontologia de Piracicaba, FOP/UNICAMP

**Rosana de Fátima Possobon**

[lattes.cnpq.br/2160429571991060](https://lattes.cnpq.br/2160429571991060)

Faculdade de Odontologia de Piracicaba FOP/UNICAMP

**RESUMO** - A manutenção do aleitamento materno está associada a diversas variáveis dentre as quais merece destaque a confiança da mulher em sua própria capacidade de nutrir o filho. A falta de confiança no ato de amamentar levaria ao desmame precoce, sendo essa confiança estudada dentro do constructo de autoeficácia. Objetivo: Avaliar o nível de autoeficácia na amamentação, durante o puerpério imediato e verificar a associação com a manutenção do aleitamento exclusivo no primeiro mês de vida. Metodologia: O estudo foi quantitativo, de coorte observacional prospectivo, com 210 mulheres adscritas as unidades de saúde da família, participantes do grupo de pré-natal. As gestantes foram abordadas durante o último trimestre de gestação e responderam o questionário contendo dados socioeconômicos e demográficos. Ainda na primeira semana de vida da criança, as mulheres foram abordadas para responder ao instrumento de Autoeficácia na Amamentação – Short Form (BSES-VB - SF) para analisar a autoeficácia para a manutenção do aleitamento materno no 30º dia de vida. Foi realizada análise bivariada, no

nível de significância de 5%, para testar a associação entre o aleitamento materno exclusivo no 30º dia de vida com as variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas e a autoeficácia na amamentação. Resultados: 49,5% da amostra era constituída por mulheres primíparas, 52% das crianças nasceram de parto normal, sendo 81,4% de tempo gestacional a termo, sem complicações maternas (78,6%) e as mães tinham vontade de amamentar (95,2%) e o uso do instrumento de autoeficácia na amamentação, durante o puerpério imediato, estiveram associados à manutenção do aleitamento materno exclusivo no 30º dia de vida. Conclusão: As mães com alta e média autoeficácia, detectada no puerpério imediato, auxiliou a manutenção do aleitamento materno exclusiva no final do primeiro mês.

**PALAVRAS-CHAVE:** Autoeficácia; Autoeficácia na amamentação; Período Pós-Parto.

## 1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde tem dado ênfase nos últimos anos para a atenção primária em saúde como um sistema capaz de designar uma somatória de valores e princípios que auxilia na elaboração de políticas públicas de saúde com o intuito de assegurar o direito universal à saúde<sup>1</sup>.

O Programa de Saúde da Família (PSF) hoje denominado, Estratégia de Saúde da Família (ESF) atua como a “porta de entrada” da população no sistema de saúde e desenvolve ações por meio de uma equipe multidisciplinar que assume o desafio da prestação de uma abordagem integral e contínua ao indivíduo, família e comunidade<sup>2</sup>.

Uma das áreas temáticas de atuação da ESF é o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança, que pode ser considerada uma das melhores linhas de cuidado para a promoção e o apoio ao aleitamento materno, evidenciando um esforço nacional para prevenir as doenças da infância e reduzir a mortalidade infantil<sup>3</sup>. Victora *et al*<sup>4</sup>, enfatizam que a amamentação pode ser considerada como uma das estratégias para alcançar os objetivos de desenvolvimento sustentável, pois essa ampliação universal conseguiria evitar todas as 823 mil mortes causadas por não adesão ao aleitamento e 20 mil mortes de câncer de mama a cada ano, garantindo assim, um impacto econômico favorável tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento.

Entretanto, de acordo com o último dado nacional sobre a Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras, com o passar dos dias de vida, decaí significativamente a taxa de amamentação exclusiva, variando de 72,3% no primeiro dia a 60,7% no final do primeiro mês de vida, demonstrando que este é um período crítico para o estabelecimento da amamentação exclusiva<sup>5</sup>.

Dessa forma, os profissionais de saúde que trabalham na atenção materno-infantil têm desempenhado um papel cada vez mais importante na

prevenção do desmame precoce. Ao lidar com as gestantes e puérperas, encorajando-as ao aleitamento, contribuem para o aumento das taxas de aleitamento exclusivo e, por conseguinte, para a diminuição da incidência de doenças da infância<sup>6</sup>.

A manutenção do aleitamento materno está associada a diversas variáveis<sup>7,8,9</sup>, dentre as quais merece destaque a confiança da mulher em sua própria capacidade de nutrir o filho. A falta de confiança no ato de amamentar levaria ao desmame precoce<sup>10,11,12</sup>.

O construto da autoeficácia, desenvolvido por Bandura<sup>13</sup> foi a base dos estudos Dennis e Faux<sup>14</sup>, que desenvolveu instrumentos para investigar a confiança da mulher em suas habilidades como nutriz. Segundo este construto, todo comportamento é escolhido, realizado e mantido em função das expectativas dos resultados (sucesso ou fracasso) e de suas próprias habilidades em realizar o comportamento (expectativa de autoeficácia)<sup>10,14,15</sup>.

Neste contexto, o presente estudo investigou o índice de amamentação exclusiva no 30º dia de vida da criança e sua associação com autoeficácia materna no puerpério imediato.

## 2. METODOLOGIA

### 2.1 Desenho do estudo

Estudo analítico, do tipo coorte prospectivo, com uma amostra constituída por 210 gestantes que eram atendidas em 15 das 44 Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Piracicaba, interior do estado de São Paulo.

Foram incluídas na amostra mulheres com mais de 18 anos de idade, que haviam realizado o acompanhamento pré-natal e os exames gestacionais e, ainda, participado dos grupos de orientação à gestante nas USF. Além disso, deveriam estar no último trimestre de gestação única (não gemelar) e não ter apresentado complicações tanto maternas quanto fetais até o momento da entrevista. As mães que tiveram complicações no parto e pós-parto, que exigiram cuidado intensivo hospitalar, da própria mãe ou da criança, por um período superior a 24h, foram excluídas da amostra, pois esta ocorrência poderia comprometer o início da amamentação.

A pesquisa foi realizada de fevereiro a agosto de 2015. Durante esse período, foi feito contato telefônico com todas as USF, a fim de verificar se havia usuárias no último trimestre gestacional e se havia, no período, a realização de grupos de orientação à gestante. Em caso positivo, a pesquisadora visitava as unidades, num dos encontros do grupo, para conversar com as gestantes e convidá-las para compor a amostra.

Desta forma, participaram deste estudo 210 mulheres, usuárias de 15 Unidades de Saúde do município, pois apenas nessas unidades havia

gestantes que se encaixavam nos critérios de inclusão do estudo. Vale enfatizar que as unidades de saúde realizam apenas acompanhamento de pré-natal de baixo risco. Quando diagnosticado complicações, as mulheres são encaminhadas para grupos de gestação de alto risco, com acompanhamento realizado no ambiente hospitalar.

O contato com a mulher foi realizado em três fases:

Na primeira fase, a participante era abordada no dia de um encontro do grupo de gestante na USF. Era explicada a finalidade da pesquisa e, as gestantes que aceitavam participar, respondiam questões referentes aos dados socioeconômicos e demográficos (idade e nível de escolaridade materna e paterna, tipo de residência, presença de companheiro) e sobre a gestação e os filhos anteriores (paridade, números de filhos, planejamento da gravidez e aceitação da gravidez pelo pai da criança). A pesquisadora investigava a data provável do parto, para planejar a segunda fase da pesquisa.

A segunda fase acontecia até 10 dias após o nascimento da criança, por meio de ligação telefônica, durante a qual a pesquisadora aplicava o instrumento da Autoeficácia na Amamentação – Short Form (BSES – SF).

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

Todas as mulheres relataram que haviam recebido a visita da equipe de saúde da sua unidade de saúde na primeira semana pós-parto, para auxiliar as mães nas suas dúvidas quanto ao cuidado com o recém-nascido e com o manejo da lactação.

## 2.2 Instrumento utilizado na coleta de dados

Foi utilizada a Escala de Autoeficácia na Amamentação - Short Form (BSES-SF) elaborada por Dennis<sup>15</sup>, na qual no Brasil foi traduzida e validada por Dodt<sup>10</sup>, na qual avalia dois domínios: o domínio técnico (8 itens) refere-se aos aspectos técnicos da amamentação, tais como a posição para amamentar e o reconhecimento do sinal de uma boa pega. O segundo domínio (pensamento intrapessoal - 6 itens), refere-se ao desejo de amamentar e à sua motivação interna para esta prática. Assim sendo, cada um dos 14 itens da Escala recebe uma pontuação de 1 a 5, de acordo com as respectivas respostas: *discordo totalmente*, *discordo*, *às vezes concordo*, *concordo* e *concordo totalmente*. A pontuação geral da escala varia de 14 a 70 pontos sendo a autoeficácia classificada em 3 níveis: baixa (14 a 32 pontos), médio (33 a 51 pontos) e alto (52 a 70 pontos).

## 2.3 Variáveis do estudo

A variável dependente desse estudo foi a manutenção do aleitamento

materno exclusivo no 30º dia de vida da criança. Sendo dicotomizada em sim (aleitamento materno exclusivo) e não (aleitamento complementado ou desmame).

As variáveis independentes (socioeconômicas, demográficas e obstétricas) foram idade e nível de escolaridade materna e paterna, renda familiar, dicotomizados pela mediana; tipo de moradia, presença do companheiro, aceitação da gestação pelo pai, gravidez planejada, tempo gestacional, tipo de parto, complicações de saúde maternas durante gestação (diabetes e hipertensão arterial), vontade de amamentar, problemas mamários (fissura e ingurgitamento), uso de chupeta e de mamadeira, ajuda de avós e aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar, classificados em sim ou não e a escala de autoeficácia na amamentação – Short Form, classificada em baixa, média e alta.

## 2.4 Análise dos dados

Realizada tabulação dos dados com dois pesquisadores independentes em planilhas no Programa Excel, versão 2013, e realizado a análise estatística, utilizando-se o Software Biostat® 5.0<sup>16</sup>, para analisar a associação entre a variável dependente (aleitamento materno exclusivo no 30º dia de vida) e as variáveis independentes (socioeconômicas, demográficas, obstétricas e autoeficácia na amamentação – Short Forma), no nível de significância de 5%.

## 2.5 Considerações éticas

De acordo com as normas determinadas pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP-Unicamp (CAA: 37381714.1.0000.5418) e todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

## 3. RESULTADOS

A amostra foi constituída por 210 gestantes, participantes das Unidades de Saúde da Família do município de Piracicaba - SP. Sendo que, metade da amostra tinham idade menor ou igual a 24 anos e, apenas 17,1% tinham mais que oito anos de estudo. Quanto a idade paterna, 52% tinham idade menor a 30 anos e 87,1% tinham até oito anos de escolaridade. Das mulheres, 65,2% afirmaram ter a presença do companheiro. Quanto ao tipo de moradia, 79,5% relataram que sua casa era alugada, 70% disseram que moravam até 3 pessoas na residência e 58,3% da renda mensal, era constituída por até cinco salários-mínimos, sendo que, 68,6% das mulheres trabalhavam fora de casa. A caracterização da amostra esta demonstrada na tabela 1 abaixo.

**Tabela 1:** Caracterização da amostra segundo os dados socioeconômicos e demográficos das mulheres pertencentes as Unidades de Saúde da Família no município de Piracicaba-SP, 2015

| Variáveis                         | N   | %    |
|-----------------------------------|-----|------|
| <b>Idade Materna</b>              |     |      |
| ≤ 24                              | 105 | 50   |
| >24                               | 105 | 50   |
| <b>Escolaridade Materna</b>       |     |      |
| ≤ 8                               | 174 | 82,9 |
| >8                                | 36  | 17,1 |
| <b>Idade Paterna</b>              |     |      |
| ≤ 29                              | 109 | 52   |
| >29                               | 101 | 48   |
| <b>Escolaridade Paterna</b>       |     |      |
| ≤ 8                               | 181 | 86,2 |
| >8                                | 29  | 13,8 |
| <b>Presença do Companheiro</b>    |     |      |
| Sim                               | 137 | 65,2 |
| Não                               | 73  | 34,8 |
| <b>Tipo de Moradia</b>            |     |      |
| Própria                           | 43  | 20,5 |
| Não Própria                       | 167 | 79,5 |
| <b>Nº Moradores da Residência</b> |     |      |
| ≤ 3                               | 147 | 70   |
| >3                                | 63  | 30   |
| <b>Renda Mensal</b>               |     |      |
| ≤ 5 salários Mínimos              | 123 | 58,6 |
| >5 Salários Mínimos               | 87  | 41,4 |
| <b>Ocupação Materna</b>           |     |      |
| Do Lar                            | 66  | 31,4 |
| Trabalha Fora                     | 144 | 68,6 |

Quanto ao nível de autoeficácia na amamentação no puerpério imediato, esteve associado com a manutenção do aleitamento materno exclusivo no 30º dia de vida, apresentando as mulheres nível médio ( $p=0,0007$ ) e alto ( $p= <0,0001$ ).

Em relação aos dados obstétricos, 49,5% da amostra era constituída por mulheres primíparas, sendo 81,4% de tempo gestacional a termo,

52% parto normal, sem complicações maternas (78,6%) e com vontade de amamentar (95.2%), que mostraram associação para a manutenção do aleitamento materno exclusivo no 30<sup>a</sup> dia de vida. Também houve associação, o não uso de chupeta (p=0,0290), aceitação da criança pelo pai (p=0,0138) e a presença de aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar (<0,0001). Quanto à ajuda recebida, 51,9% afirmaram que não receberam ajuda das avós para o cuidado com a criança e 61% relataram que não apresentaram dificuldades na lactação. Entre as mulheres multíparas, 61,3% afirmaram que a sua experiência anterior com a amamentação foi boa. Como demonstrado na tabela 2.

**Tabela 2:** Associação das variáveis autoeficácia na amamentação, obstétricas, vontade de amamentar, uso de chupeta e com o aleitamento materno exclusivo no 30<sup>a</sup> dia de vida da criança (Piracicaba, SP, 2015)

| Variáveis   | Categorias | Amostra<br>N=210 | Aleitamento materno<br>exclusivo (30 <sup>a</sup> dia) |            | OR     | IC (95%)     | p-valor           |
|---|------------|------------------|--|------------|--------|--------------|-------------------|
|   |            |                  | Sim  | Não        |        |              |                   |
| <b>Autoeficácia na amamentação – Short Form</b>         | Baixa      | 27 (12,9%)       | 03 (11,1%)   | 24 (88,9%) | 1,00   |              |                   |
|   | Média      | 13 (6,1%)        | 09 (69,2%)   | 04 (30,8%) | 18,00  | 3,35-96,74   | <b>0,0007</b>     |
|   | Alta       | 170 (81%)        | 153 (90%)  | 17 (10%)   | 72,00  | 19,61-264,36 | <b>&lt;0,0001</b> |
| <b>Aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar</b> | Sim        | 151 (71,9%)      | 149 (98,7%)  | 02 (1,3%)  | 200,22 | 44,29-905,11 | <b>&lt;0,0001</b> |
|   | Não        | 59 (28,1%)       | 16 (27,1%)   | 43 (72,9%) | 1,00   |              |                   |
| <b>Vontade de amamentar</b>                             | Sim        | 200 (95,2%)      | 164 (82%)  | 36 (18%)   | 41,00  | 5,03-333,90  | <b>&lt;0,0001</b> |
|   | Não        | 10 (4,8%)        | 01 (10%)   | 09 (90%)   | 1,00   |              |                   |
| <b>Aceitação pelo pai</b>                               | Sim        | 187 (89%)        | 152 (81,3%)  | 35 (18,7%) | 3,34   | 1,35-8,24    | <b>0,0138</b>     |
|   | Não        | 23 (11%)         | 13 (56,5%)   | 10 (43,5%) | 1,00   |              |                   |
| <b>Paridade</b>   | Primípara  | 104 (49,5%)      | 89 (85,6%)   | 15 (14,4%) | 2,34   | 1,17-4,68    | 0,0225            |
|   | Múltipara  | 106 (50,5%)      | 76 (71,7%)   | 30 (28,3%) | 1,00   |              |                   |
| <b>Tempo Gestacional</b>                                | Termo      | 171 (81,4%)      | 142 (83%)  | 29 (17%)   | 3,41   | 1,60-7,23    | <b>0,0020</b>     |
|   | Pré-Termo  | 39 (18,6%)       | 23 (59%)   | 16 (41%)   | 1,00   |              |                   |
| <b>Tipo de Parto</b>                                    | Normal     | 109 (52%)        | 86 (78,9%)   | 23 (21,1)  | 1,04   | 0,54-2,01    | 0,9616            |
|   | Cesárea    | 101 (49%)        | 79 (78,2%)   | 22 (21,8%) | 1,00   |              |                   |
| <b>Complicações maternas</b>                            | Sim        | 47 (21,4%)       | 26 (55,3%)   | 21 (44,7%) | 1,00   |              |                   |
|   | Não        | 163 (78,6%)      | 139 (85,3%)  | 24 (14,7%) | 4,68   | 2,28–9,61    | <b>&lt;0,0001</b> |
| <b>Uso de chupeta</b>                                   | Sim        | 83 (39,5%)       | 58 (69,9%)   | 25 (30,1%) | 1,00   |              |                   |
|   | Não        | 127 (60,5%)      | 107 (84,3%)  | 20 (15,7%) | 2,31   | 1,18-4,50    | <b>0,0290</b>     |
| <b>Ajudas das avós</b>                                  | Sim        | 101 (48,1%)      | 84 (83,2%)   | 17 (16,8%) | 1,71   | 0,87-3,36    | 0,1632            |
|   | Não        | 109 (51,9%)      | 81 (74,3%)   | 28 (25,7%) | 1,00   |              |                   |
| <b>Dificuldades na lactação</b>                         | Sim        | 82 (39%)         | 65 (79,3%)   | 17 (20,8%) | 1,07   | 0,54-2,11    | 0,9804            |
|   | Não        | 128 (61%)        | 100 (78,1%)  | 28 (21,9%) | 1,00   |              |                   |
| <b>Experiência anterior</b>                             | Boa        | 65 (61,3%)       | 43 (66,1%)   | 22 (33,9%) | 1,00   |              |                   |
|   | Ruim       | 41 (38,7%)       | 33 (80,5%)   | 08 (19,5%) | 2,11   | 0,83-5,34    | 0,1694            |

## 4. DISCUSSÃO

O primeiro mês de vida da criança é considerado um momento crítico para a manutenção do aleitamento materno exclusivo (AME) nos meses subsequentes. De acordo com o último dado nacional sobre a prevalência do aleitamento materno no país, mostrou que, 60,7% estavam em AME com 30 dias de vida<sup>5</sup>, demonstrando que apesar dos inúmeros benefícios já conhecidos, ainda é uma prática que requer intervenções para assegurar a sua continuidade<sup>10</sup>. Uma dessas intervenções é empoderar essa mulher que ela é capaz, e assim, a auxiliará no aumento da sua confiança na sua capacidade em amamentar.

Dessa forma, no presente estudo mães com média e alta eficácia em amamentar, no período de puerpério imediato (até dez dias após o parto), estiveram fortemente associadas com a manutenção do AME no 30º dia de vida, corroborando com o estudo de validação da presente escala usada nesse estudo<sup>10</sup>. Isso pode ser explicado pelo fato que 71% das mulheres da amostra terem saído da maternidade em AME e destas quase 100% permaneciam em AME no 30º dia de vida da criança. Também, pode ser evidenciado pelo fato que mais de 95% das mulheres que compuseram a amostra, afirmaram ainda na gestação, que tinham a vontade de amamentar, sendo que esse processo é mais bem conduzido quando a mulher deseja tal situação, acrescidos do apoio e de encorajamento de profissionais capacitados neste importante momento de sua vida, garantindo assim, êxito na sua prática<sup>17</sup>, assim, essas variáveis podem ter contribuídos no aumento da confiança materna.

A confiança materna no ato de amamentar é um importante fator para determinar o início e a manutenção da amamentação. Estudo realizado no Canadá mostrou forte associação entre a baixa confiança materna em amamentar com o desmame precoce, mostrando que essas mulheres têm 34 vezes mais chance de abandonar o aleitamento materno<sup>10</sup>. Já Taveras *et al.*<sup>17</sup>, verificaram que mulheres que apresentaram baixa confiança ainda na segunda semana pós-parto, estiveram relacionadas com o desmame precoce. Tais estudos, evidenciam o papel importante de analisar a confiança materna, diante da sua capacidade de amamentar, somados com o conhecimento adquiridos ainda no pré-natal para obter sucesso frente ao mesmo.

Assim, no presente estudo todas as mulheres realizaram acompanhamento de pré-natal e foram orientadas da importância da amamentação ainda na gestação, que segundo Demitto *et al.*<sup>20</sup>, as intervenções e orientações realizadas com as mulheres ainda no pré-natal apresentam associação significativa com a manutenção do aleitamento materno por um período maior.

Quanto aos dados socioeconômicos, metade da amostra tinham idade menor que 25 anos (com variação de 18 a 39 anos), demonstrando uma tendência brasileira de aumento da taxa de fecundidade nesta faixa etária da população, sendo que a faixa etária de 20 a 34 anos ainda concentra o maior número de parto, porém os índices vêm aumentando entre as mulheres com

mais de 35 anos de idade<sup>21</sup>.

No que se refere ao nível de escolaridade, a maioria das mulheres (82,9%) estudaram menos de oito anos. De acordo com o último dados nacionais divulgados da pesquisa demográfica em relação à saúde da mulher e da criança, no ano de 2009<sup>5</sup>, 50% das mulheres em idade reprodutiva declararam ter pelos oito anos de estudo e no Estado de São Paulo, 58% das gestantes, no ano de 2010, afirmaram terem de 8 a 11 anos de estudo<sup>21</sup>, demonstrando que o resultado da presente pesquisa está acima do dado nacional, porém, abaixo dos dados do estado de São Paulo. O nível de escolaridade da mulher reflete diretamente na composição da renda familiar, sendo que 58,6% da amostra tinha renda familiar menor e igual a cinco salários mínimos. O estudo conduzido por Gusmão et al.<sup>22</sup>, revelou que mulheres com menor escolaridade e baixa renda familiar tendem a desmamar seu filho mais precocemente, devido à falta de informações sobre a importância da manutenção do aleitamento para a saúde da criança. Fato que não foi observado no presente estudo, mesmo não tendo apresentado significância nessas duas variáveis na amostra.

Em relação a aceitação da gestação pelo pai, estudos<sup>23,24</sup>, têm demonstrado que o apoio paterno apresenta associação com a extensão do aleitamento materno, como comprovado no presente estudo. Morgado et al.<sup>23</sup>, afirmam que mulheres que têm apoio significativo de pessoas próximas a elas, como por exemplo, seu companheiro, ajudará a manter e enfrentar os desafios da amamentação. Tanto a opção quanto a duração de amamentar estão fortemente influenciadas por atitudes adquiridas socialmente e pelo suporte e apoio que a mulher sente que terá de familiares e da comunidade. Especialmente a primípara, deve, se possível, ter ajuda de familiares nas tarefas domésticas. Logo, é de suma importância identificar pessoas da família ou da comunidade que lhes possam prestar apoio nos cuidados com o neonato e proteger as puérperas de possíveis mitos, tabus e práticas prejudiciais à amamentação<sup>25,26</sup>.

Sendo assim, o presente estudo mostrou que mulheres primíparas tiveram 2,34 mais chances de estar em aleitamento materno exclusivo no 30º dia de vida, indo de contramão com os estudos que afirmam que a multiparidade influencia a manutenção do aleitamento materno<sup>27-30</sup>. Entretanto, Berra et al.<sup>31</sup>, afirmam que, embora primíparas tenham tendências a iniciar a amamentação mais cedo, costumam-se decair com o passar dos meses, em comparação com as múltiparas. No entanto, no presente estudo, a associação entre paridade e aleitamento materno pode ter acontecido devido à interação de outras variáveis, como a aceitação da gravidez pelo pai ( $p=0,0138$ ), além de estar fortemente associado com a vontade de amamentar ( $<0,0001$ ), ou seja, mulheres que tinham vontade de amamentar desde a gestação, superavam com mais facilidade as intercorrências mamárias, tão comum nessa fase da vida da mulher.

Quando analisadas as complicações maternas durante o parto,

mostrou que 78,6% não tiveram complicações e, isso, auxiliou a ter 4,68 vezes mais chances também de permanecerem em AME. Fleming et al.<sup>32</sup> afirmaram que a qualidade do acompanhamento pré-natal e o número elevado de consultas, são fatores predisponentes para a redução das complicações maternas, podendo ser uma das explicações para o resultado de poucas intercorrências apresentadas pelas puérperas deste estudo. Entretanto, vale salientar, que as Unidades de Saúde da Família realizam apenas acompanhamento de pré-natal de baixo risco, as de alto risco, são encaminhadas para outro serviço da rede pública<sup>33</sup>, fato este que pode ter auxiliado em número reduzido de complicações na hora do parto.

Entretanto, profissionais da saúde devem ficar atentos em promover intervenções mais eficazes ao grupo de primíparas, pois estas muitas vezes se encontram mais susceptíveis à aprendizagem, pois não trazem bagagem anterior e isso facilita a comunicação. Contudo, as mulheres com experiência anterior, muitas vezes vem “armadas” com argumentos e justificativas fundamentadas no fracasso prévio, o que pode necessitar deste profissional, uma comunicação efetiva que requer mais envolvimento e paciência redobrada, para não haver o risco de causar conflitos e dúvidas quanto ao processo de amamentar<sup>10</sup>.

Vale enfatizar que o presente estudo foi realizado com mulheres que são atendidas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF dispõe de grandes vantagens quanto ao acompanhamento dessas mulheres, uma vez que, assumem atividades preventivas como ações prioritárias, e no âmbito da saúde materno-infantil, o incentivo ao aleitamento materno se apresenta como uma das principais ações para os profissionais da atenção básica, somando ainda a realização de visitas domiciliares as puérperas ainda na primeira semana de vida da criança<sup>34</sup>.

Além do mais, o não uso de chupeta pelas crianças da amostra estudada, mostrou associação significativa para a manutenção do AME, corroborando com a literatura que o uso da chupeta desenvolve uma relação com o desmame precoce<sup>35,36</sup>. Um estudo de metanálise<sup>35</sup> realizada para conhecer os fatores associados ao desmame precoce, evidenciou que o uso da chupeta foi o principal fator associado com a interrupção, aumentando em duas vezes o risco de interrupção do aleitamento materno.

Dessa forma, ressaltamos que a educação em saúde é peça fundamental para que a mulher possa mudar seu comportamento, aumentar a sua confiança frente à conduta e as orientações do profissional, logo, é imprescindível que o mesmo sempre reforce a importância do aleitamento materno tanto para a mãe, como para seu filho, tendo em vista que as mulheres que possuem esse conhecimento têm maiores chances de amamentar por mais tempo.

## 5. CONCLUSÃO

O presente estudo analisou a importância de verificar o nível de confiança materna, através da escala de autoeficácia na amamentação, diante da sua capacidade de manter o aleitamento materno exclusivo até o 30<sup>a</sup> dia de vida. Demonstrando que mães com alta e média autoeficácia, detectada no puerpério imediato, auxiliou a manutenção do aleitamento materno exclusiva no final do primeiro mês, somados ainda com a vontade de amamentar e sendo um fator diferencial no nosso trabalho, o acompanhamento dessas mulheres nas unidades de saúde da família.

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

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório Mundial de Saúde 2008: atenção primária em saúde agora mais do que nunca. Genebra: OMS; 2008).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: nutrição infantil. Aleitamento materno e alimentação complementar: Normas e manuais técnicos. Cadernos de Atenção Básica 23. Brasília (DF): Editora MS, 2015.
4. Victora CG, Bahl RMD, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. 2016. 387(10017) 475-490.
5. Brasil. Ministério da Saúde. II Pesquisa Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
6. Oriá MO. Tradução, adaptação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale: aplicação em gestantes [tese]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem; 2008.
7. Rodrigues MJ, Mazzuchetti L, Mosquera OS, Cardoso MA. Factors associated with breastfeeding in the first year of life in Cruzeiro do Sul, Acre. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife. 2021; 21 (1): 171-177.
8. Silva ACP, Andrade BD, Martins TC, Santos MTM, Oliveira RMS, Cândido AP, Netto MP. Fatores associados ao tempo e a frequência do aleitamento materno. 2021. *Rev. APS*; 24(1): 61-75.

9. Arns-Neumann C, Ferreira TK, Cat MNL, Martins M. Aleitamento Materno em Prematuros: Prevalência e Fatores Associados à Interrupção Precoce. *Jornal Paranaense de Pediatria* - 2020; 21(1):18-24. Disponível em: <http://www.jornaldepediatria.org.br>.
10. Dodt RCM. Aplicação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Short Form (BSES-SF) em puerpéras. [tese]. 2008. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará.
11. Dodou HD, Bezerra RA, Chaves AFL, Vasconcelos CTM, Barbosa LP, Oriá MOB. Telephone intervention to promote maternal breastfeeding self-efficacy: randomized clinical trial. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e20200520. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0520>.
12. Monteiro JCS, Guimarães CMS, Melo LCO, Bonelli MCP. Breastfeeding self-efficacy in adult women and its relationship with exclusive maternal breastfeeding. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2020;28:e3364.
13. Bandura, A.; Adams, N.E.; Beyer, J. Cognitive processes mediating behavioral change. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1977; 35 (3): 125-139.
14. Dennis CL, Faux S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Res. Nurs. Health*. 1999; 22 (5): 399-409.
15. Dennis CL. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003; 32: 734-744.
16. Ayres M, Ayres Júnior M, Ayres DL, Santos AA. *Bioestat: Aplicação estatísticas nas áreas das ciências biomédicas*. 2007. Ong Mamiraua. Belém, Pará.
17. Taveras EM, Capra AM, Braveman PA, Jensvold NG, Escobar GJ, Lieu TA. Clinician Support and Psychosocial Risk Factors Associated With Breastfeeding Discontinuation. *Pediatrics*. 2003; 113(1): 108-115.
- Galv18. ão DG. Formação em aleitamento materno e suas repercussões na prática clínica. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(2):308-14.
19. Dunn S, Davies B, Mcclery L, Edwards N, Gaboury I. The Relationship Between Vulnerability Factors and Breastfeeding Outcome. *JOGNN*. 2006; 35(1): 87-96.
20. Demitto MO, Silva TC, Páchoa ARZ, Mathias TAF, Bercin LO. Orientação sobre amamentação na assistência pré-natal: uma revisão integrativa. *Rev. Rene*. 2010; 11 (1): 223-229.
21. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. O perfil dos nascimentos na cidade de São Paulo: Dez anos do SINASC. *Boletim CEInfo - Análise*. São Paulo. 2011: Secretaria Municipal da Saúde.
22. Gusmão AM, Béria JU, Gigante LP, Leal AF, LB Schermann. Prevalência de

aleitamento materno exclusivo e fatores associados: estudo transversal com mães adolescentes de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(11): 3357-68.

23. Morgado CMC, Werneck GL, Hasselmann MH. Rede e apoio social e práticas alimentares de crianças no quarto mês de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013. 18(2):367-376.

24. Freitas WMF, Coelho EAC, Silva ATMC. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(1):137-145.

25. Melo MCP, Gomes LMA, Mistura C, Cruz DD, Ferreira AC, Fernandes CX. Saberes populares e produção de saúde: repensando práticas no cuidado materno-infantil. *Rev. APS*. 2015; 18(4): 492 – 499.

26. Rodrigues JM, Oliveira TD, Soares GFG. Análise de gênero sobre as práticas de amamentação de três gerações: avó - filha – neta. *Pensar Acadêmico*. 2016; 14 (2): 91-99.

27. Silveira FJF, Lamounier JA. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais. *Cad Saude Publica*. 2006; 22 (1): 69-77.

28. Duijts L, Jaddoe VW, Hofman A, Moll, HA. Prolonged and exclusive breastfeeding reduces the risk of infectious diseases in infancy. *Pediatrics*. 2010; 126(3):18-25.

29. Chaves AFL, Lima GP, Melo GM, Rocha RR, Vasconcelos HCA, Oriá MOB. Aplicação de álbum seriado para promoção da autoeficácia materna em amamentar. *Rev Reme*. 2015; 16(3):407-14.

30. Hackman NM, Schaefer EW, Beiler JS, Rose CM, Paul IM. Breastfeeding Outcome Comparison by Parity. *Breastfeed Med*. 2015; 10(3): 156–162.

31. Berra S, Sabolsky J, Rajmil L, Passamonte R, Pronsato J, Botinof M. Correlates of breastfeeding duration in an urban cohort from Argentina. *Acta Paediatrica*. 2003; 92(8):952-57

32. Fleming N, Natalia NG, Osborne C, Yasseen AS, Jessica Dy, White RR, Walker M. Adolescent pregnancy outcomes in the province of Ontario: a cohort study. *JOGC*. 2013; 35 (3): 234–245.

33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

34. Rocha FAA, Ferreira Júnior AR, Menezes Júnior CC, Rodrigues MENG. O enfermeiro da estratégia de saúde da família como promotor do aleitamento materno. *Rev Contexto & Saúde*. 2016; 16 (31): 15-24.

35. Pereira-Santos M, Santana MS, Oliveira DS, Nepomuceno Filho RA, Lisboa CS. Prevalência e fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: metanálise de estudos epidemiológicos brasileiros. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2017; 17 (1): 69-78.
36. Buccini GS, Benício MHDA, Venancio SI. Determinantes do uso de chupeta e mamadeira. Rev Saúde Pública 2014; 48(4):571-571.

### **SELF-EFFICACY IN THE IMMEDIATE POSTPARTUM PERIOD AND ITS INFLUENCE ON BREASTFEEDING ON THE 30TH DAY OF THE CHILD'S LIFE**

**ABSTRACT** - The maintenance of breastfeeding is associated with several variables among which stand out the confidence of women in their own ability to nurture the child. Lack of confidence in the act of breastfeeding would lead to early weaning, and that trust studied within the construct of self-efficacy. Objective: To evaluate the level of self-efficacy in breastfeeding during the postpartum and the association with the maintenance of exclusive breastfeeding in the first month of life. Methodology: The study was quantitative, prospective observational cohort of 210 women ascribed health facilities of the family, participants in the prenatal group. The women were addressed during the last trimester of pregnancy and answered the questionnaire containing socioeconomic and demographic data. Also in the first week of the child's life, women were addressed to answer the Self-efficacy instrument in Breastfeeding - Short Form (BSES-VB - SF) to analyze self-efficacy for maintenance of breastfeeding on the 30th day of life. Bivariate analysis was performed at 5% significance level to test the association between exclusive breastfeeding on the 30th day of life with socioeconomic, demographic, obstetric and self-efficacy in breastfeeding. Results: 49.5% of the sample consisted of primiparous women, 52% of children were delivered vaginally, with 81.4% of gestational time at term without maternal complications (78.6%) and mothers were breastfeeding will (95.2%) and the use of self-efficacy instrument on breastfeeding during postpartum, were associated with the maintenance of exclusive breastfeeding in the 30th day of life. Conclusion: The mothers with high and medium self-efficacy, detected immediately postpartum, helped the maintenance of exclusive breastfeeding in the first month.

**KEYWORDS:** Self-efficacy; Self-efficacy in breastfeeding; Postpartum Period.

# FATORES ASSOCIADOS AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO AOS 6 MESES DE VIDA DA CRIANÇA

**Fernanda Gabriele da Costa Raven**

[lattes.cnpq.br/2547031878352410](https://lattes.cnpq.br/2547031878352410)

Faculdade de Odontologia de Piracicaba FOP/UNICAMP

**Lucas Miotto Reducino**

[lattes.cnpq.br/9093608320492708](https://lattes.cnpq.br/9093608320492708)

Faculdade de Odontologia de Piracicaba FOP/UNICAMP

**Janaína da Câmara Zambelli**

[lattes.cnpq.br/7623254688615917](https://lattes.cnpq.br/7623254688615917)

Faculdade de Odontologia de Piracicaba FOP/UNICAMP

**Karine Laura Cortellazzi**

[lattes.cnpq.br/4286204965056294](https://lattes.cnpq.br/4286204965056294)

Faculdade de Odontologia de Piracicaba FOP/UNICAMP

**Rosana de Fátima Possobon**

[lattes.cnpq.br/2160429571991060](https://lattes.cnpq.br/2160429571991060)

Faculdade de Odontologia de Piracicaba FOP/UNICAMP

meses de vida da criança com as condições socioeconômicas da gestante e as variáveis do pré e pós-parto. Métodos: Trata-se de estudo analítico de corte transversal com 305 crianças e suas respectivas mães, inscritas no Programa de Atenção Precoce à Saúde oferecido pelo Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais (Cepae-FOP-Unicamp), no município de Piracicaba, Estado de São Paulo, Brasil. Resultados: A prevalência de aleitamento materno exclusivo ao 6º mês foi de 23,9% e de desmame, 8,9%. Não foram detectadas diferenças estatisticamente significantes entre as variáveis socioeconômicas, demográficas e relacionadas ao pré e pós-parto. Houve associação significativa entre abandono do aleitamento materno exclusivo e uso de chupeta ( $p= 0,0085$ ;  $OR= 0,45$ ;  $IC\ 95\%: 0,25-0,80$ ). Conclusão: Para esta amostra, o uso da chupeta foi fator de risco para a manutenção do aleitamento materno exclusivo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Aleitamento Materno; Fatores de risco; Desmame.

**RESUMO** - Objetivo: Investigar a associação entre aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros

## 1. INTRODUÇÃO

Inúmeras vantagens justificam a importância do leite materno, por tratar-se de um alimento completo, isento de contaminação, adaptado ao metabolismo do lactente, que fornece água e é rico em fatores de proteção, diminuindo os riscos de alergia e infecções (NASCIMENTO, ISSLER, 2003; WHO, 2008; WHO, 2009; WHO, 2018).

A prática do aleitamento materno constitui uma das medidas necessárias para a saúde e para o desenvolvimento da criança nos primeiros meses de vida. É considerado o alimento ideal e deve ser oferecido de forma exclusiva até o sexto mês de vida e, de forma complementada, pelo menos até 1 ano de idade, podendo ser mantida até 2 anos de idade ou mais (COHEN *et al.*, 1994; WHO, 2008; VICTORA *et al.*, 2016).

O aleitamento materno exclusivo (AME) é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a oferta apenas de leite materno, sem mesmo água ou chá, sendo permitido somente gotas de vitaminas ou medicamentos, e aleitamento complementado quando as crianças recebem outros tipos de alimentos além do leite materno (WHO, 2008; WHO, 2018).

Inúmeras vantagens justificam a importância do leite materno, por tratar-se de um alimento completo, isento de contaminação, adaptado ao metabolismo do lactente, que fornece água e é rico em fatores de proteção, diminuindo os riscos de alergia e infecções (NASCIMENTO; ISSLER, 2003).

A amamentação natural supre a necessidade de sucção do bebê, dispensando a utilização de chupeta, hábito que pode levar ao desenvolvimento de quadros de mal oclusão. Além disso, a amamentação estimula o sistema estomatognático, corrigindo a desproporção fisiológica entre crânio cefálico e crânio facial, a pequena altura da face e a disto-relação da mandíbula em relação à maxila (retrognatismo mandibular), presentes ao nascimento (BALDRIGHI *et al.*, 2001; GISFREDE *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2018).

A pesquisa nacional de prevalência de amamentação materna exclusiva (AME), feita em 2008, mostra que, nas capitais brasileiras, a taxa de AME em crianças menores de 6 meses é de 41%, ou seja, a média dos seis primeiros meses de vida. O mesmo inquérito mostrou que apenas 9,1% das crianças estão sendo amamentadas de forma exclusiva ao sexto mês (180 dias de vida) (BRASIL, 2009).

Diversos fatores podem influenciar a manutenção do aleitamento materno, entre eles estão a idade materna, a primiparidade, o trabalho materno, o nível socioeconômico e as orientações de profissionais da saúde (BRASILEIRO *et al.*, 2012; CARRASCOZA *et al.*, 2011; AMARAL *et al.*, 2015; CAVALCANTI *et al.*, 2021).

O uso de chupetas tem sido apontado por diversos autores como um fator de risco à manutenção do aleitamento (SOARES *et al.*, 2003; CARVALHAES *et al.*, 2007; CHAVES *et al.*, 2007; VIEIRA *et al.*, 2021). No Brasil, o uso da chupeta se constitui em um importante hábito cultural, sendo

oferecida para a maioria das crianças nos primeiros dias de vida. A chupeta é um dos itens da lista de “enxoval do bebê”, adquirida pela mãe antes mesmo do nascimento, de baixo custo e amplamente acessível à população (LEITE *et al.*, 1999; TOMITA *et al.*, 2004; CAVALCANTI *et al.*, 2021).

Estudar os motivos associados com a interrupção do aleitamento materno pode permitir o aprimoramento de estratégias de aconselhamento para a manutenção do aleitamento materno.

Diante do exposto, o presente estudo tem por objetivo verificar a prevalência de AME na alta hospitalar e aos 6 meses de vida da criança, e investigar a associação entre aleitamento materno exclusivo ao sexto mês e condições socioeconômicas e variáveis do pré e pós-parto, em uma amostra de participantes do Programa de Atenção Precoce à Saúde oferecido pelo Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais (CEPAE-FOP-Unicamp) no município de Piracicaba, São Paulo, Brasil.

## 2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo, cujos participantes foram crianças nascidas entre 2008-2011, e suas mães, participantes do Programa de Atenção Precoce à Saúde, oferecido pelo Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais (Cepae) da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP – Unicamp), no município de Piracicaba, Estado de São Paulo, Brasil.

Foram coletados dados dos prontuários e do registro de controle do serviço, que são planilhas do Excel que contém dados transportados dos prontuários eletrônicos, a fim de diagnóstico de necessidades de intervenção, tais como o acompanhamento das taxas de aleitamento, de uso de chupeta, de prevenção de doenças bucais e de alterações nutricionais, entre outras variáveis. Só foram incluídos dados de crianças que participaram do Programa por, pelo menos, 6 meses de vida, e que tiveram todos os campos devidamente preenchidos. Além disso, foram utilizados no estudo somente os dados das crianças cujas mães consentiram em participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa, uma vez que o banco de dados é referente não somente as crianças em tratamento, como também as crianças desistentes e àquelas que já receberam alta.

As variáveis de exposição do estudo foram classificadas conforme a seguir: (a) Idade materna: adolescentes (<19 anos), mulheres em idade reprodutiva (de 19 a 35 anos de idade) e mulheres em grupo de risco (>35 anos) (PARIZOTO *et al.*, 2009); (b) Idade do pai: menor ou igual a 38 anos ou maior que 38 anos; (c) Presença do pai (residindo na mesma casa com a criança): sim ou não; (d) Primiparidade: sim ou não; (e) Experiência em amamentação (já ter amamentado ao menos um filho, por no mínimo 6 meses): sim ou não; (f) Gravidez planejada: sim ou não; (g) Escolaridade da mãe e do pai: tempo de estudo igual ou inferior a 8 anos e superior a 8 anos

(CORTELLAZZI *et al.*, 2009); (h) Renda familiar em salários mínimos: até 4 e mais do que 4 (CORTELLAZZI *et al.*, 2009); (i) Início das consultas do pré-natal: antes do 4º mês ou após o 4º mês de gestação (CORTELLAZZI *et al.*, 2009); (j) Número de consultas do pré-natal: até 4 consultas ou mais do que 4 consultas (CHAVES *et al.*, 2007); (k) Problemas de saúde da mãe durante a gestação, segundo seu relato: sim ou não; (l) Parto: normal (parto vaginal) ou cesárea; (m) Idade gestacional no parto: pré-termo: menos de 37 semanas ou a termo: 37 semanas ou mais de gestação; (n) Peso ao nascer: menos de 2.500g e 2.500g ou mais; (o) Início da amamentação: até 4 horas após o parto ou mais de 4 horas (BRASILEIRO *et al.*, 2012); (p) Alojamento conjunto: sim ou não; (q) Aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar: sim ou não; (r) Problemas de mama surgidos durante os seis primeiros meses de vida da criança (ingurgitamento mamário, fissura mamilar ou mastite): sim ou não; (s) Usa chupeta: sim ou não.

Para a análise estatística, utilizou-se o Software BioEstat 5.3. Foi utilizado o Modelo de Regressão Logística, para obter os valores de Odds Ratio (OR) para identificação das variáveis associadas independentes. A análise testou a associação entre as variáveis independentes e a dependente (Aleitamento Materno Exclusivo).

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), tendo sido aprovado sob registro n°144/2012.

### 3. RESULTADOS

Os dados de caracterização das 305 crianças da amostra estão descritos na Tabela 1. Observando esta tabela, é possível verificar que 39,3% das crianças vinham de família com renda inferior a 4 salários mínimos. A maioria dos pais e das mães estudou mais do que 8 anos. Em relação à idade, a maioria das mães tinha entre 19 e 35 anos e os pais, menos de 38 anos.

A maioria das mães planejou a gravidez, era primigesta e residia com o pai da criança. Nenhuma das variáveis descritas na Tabela 1 mostrou associação significativa com a manutenção do aleitamento de forma exclusiva até o sexto mês de vida da criança.

A Tabela 2 apresenta os dados relativos ao pré-natal e ao pós-parto (até o 6º mês após o parto). A maioria das mães iniciou o pré-natal antes do 4º mês de gestação, passando por mais do que 4 consultas e não apresentou problemas de saúde.

A Tabela 3 mostra que, na alta hospitalar 30,2% das mães já não amamentavam de forma exclusiva. No sexto mês de vida, 8,9% das crianças da amostra não recebiam mais leite materno.

A maioria das crianças da amostra nasceu a termo, de parto do tipo cesáreo, com mais do que 2500g. Entre as mães, mais da metade da

amostra iniciou o aleitamento mais de 4 horas após o parto, sendo que 74,4% permaneceram em alojamento conjunto. Ao longo dos seis meses em que foram observadas, 27,5% das mães relataram problemas de mama (ingurgitamento mamário ou fissura mamilar).

Em relação ao uso da chupeta, mais da metade da amostra nunca utilizou. Esta variável mostrou associação com a manutenção do aleitamento de forma exclusiva até o sexto mês de vida, sendo que entre as crianças que não usaram chupeta, houve maior chance de manter o aleitamento sem complementação. (OR 0,45; IC 0,25-0,80; p=0,0085).

**Tabela 1:** Associação entre aleitamento materno ao 6º mês de vida e variáveis socioeconômicas e demográficas

| Variável                   | Categorias      | N=305       | Aleitamento Materno ao 6º Mês de vida |                    | OR   | IC (95%)   | P-valor |
|----------------------------|-----------------|-------------|---------------------------------------|--------------------|------|------------|---------|
|                            |                 |             | Exclusivo                             | Complemen-<br>tado |      |            |         |
| Idade da Mãe               | ≤ 19            | 12 (3,9%)   | 4 (33,3%)                             | 8 (66,7%)          | 1,67 | 0,48-5,73  | 0,6377  |
|                            | 19 - 35         | 260 (85,2%) | 60 (23,1%)                            | 200 (76,9%)        | 1,00 |            |         |
|                            | ≥ 35            | 33 (10,8%)  | 9 (27,3%)                             | 24 (72,7%)         | 1,25 | 0,55-2,83  | 0,751   |
| Idade do Pai               | ≤ 38            | 268 (87,9%) | 62 (23,1%)                            | 206 (76,9%)        | 1,00 |            |         |
|                            | >38             | 37 (12,1%)  | 11 (29,7%)                            | 26 (70,3%)         | 1,40 | 0,66-3,00  | 0,4991  |
| Presença do Pai            | Sim             | 271 (88,9%) | 66 (24,4%)                            | 205 (75,6%)        | 1,00 |            |         |
|                            | Não             | 34 (11,1%)  | 7 (20,6%)                             | 27 (79,4%)         | 0,80 | 0,33-1,93  | 0,7857  |
| Primiparidade              | Sim             | 232 (76,1%) | 51 (22%)                              | 181 (78%)          | 0,88 | 0,50 -1,55 | 0,7825  |
|                            | Não             | 73 (23,9%)  | 22 (30,1%)                            | 51 (69,9%)         | 1,00 |            |         |
| Experiência em amamentação | Sim             | 45 (14,8%)  | 16 (35,6%)                            | 29 (64,4%)         | 1,00 |            |         |
|                            | Não             | 260 (85,2%) | 57 (21,9%)                            | 203 (78,1%)        | 0,51 | 0,26-1,00  | 0,0735  |
| Gravidez planejada         | Sim             | 200 (65, %) | 51 (25,5%)                            | 149 (74,5%)        | 1,00 |            |         |
|                            | Não             | 105 (34,4%) | 22 (21%)                              | 83 (79%)           | 0,77 | 0,44-1,37  | 0,4574  |
| Escolaridade da mãe        | Sem informação  | 81 (26,6%)  | 19 (23,5%)                            | 62 (76,5%)         |      |            |         |
|                            | Até 8 anos      | 18 (5,9%)   | 6 (33,3%)                             | 12 (66,7%)         | 0,65 | 0,57-4,62  | 0,5048  |
|                            | Mais que 8 anos | 206 (67,5%) | 48 (23,3%)                            | 158 (76,7%)        | 1,00 |            |         |
| Escolaridade do pai        | Sem informação  | 81 (26,6%)  | 19 (23,5%)                            | 62 (76,5%)         |      |            |         |
|                            | Até 8 anos      | 44 (1,4%)   | 10 (22,7%)                            | 34 (77,3%)         | 0,91 | 0,42-1,99  | 0,9664  |
|                            | Mais que 8 anos | 180 (59 %)  | 44 (24,4%)                            | 136 (75,6%)        | 1,00 |            |         |
| Renda <sup>1</sup>         | Sem informação  | 81 (26,6%)  | 19 (23,5%)                            | 62 (76,5%)         |      |            |         |

|            |             |            |            |      |           |        |
|------------|-------------|------------|------------|------|-----------|--------|
| ≤ 4        | 120 (39,3%) | 27 (22,5%) | 93 (77,5%) | 0,83 | 0,45-1,53 | 0,6545 |
| Mais que 4 | 104 (34,1%) | 27 (26 %)  | 77 (74%)   | 1,00 |           |        |

Valor de referência: Aleitamento Materno aos 6 meses, <sup>1</sup> salários mínimos

**Tabela 2:** Associação entre aleitamento materno ao 6º mês de vida e variáveis do pré-natal e pós-parto

| Variável                              | Categorias           | N=305       | Aleitamento Materno ao 6º Mês de vida |                    | OR   | IC        | p      |
|---------------------------------------|----------------------|-------------|---------------------------------------|--------------------|------|-----------|--------|
|                                       |                      |             | Exclusivo                             | Complemen-<br>tado |      |           |        |
| <b>Início PN</b>                      | Antes 4 mês          | 288 (94,4%) | 72 (25%)                              | 216 (75%)          | 1,00 |           |        |
|                                       | Após 4 mês           | 17 (5,6%)   | 1 (5,9%)                              | 16 (94,1%)         | 0,19 | 0,02-1,44 | 0,1329 |
| <b>Nº de Consulta PN <sup>1</sup></b> | Até 4 consultas      | 34 (11,1%)  | 10 (29,4%)                            | 24 (70,6%)         | 1,38 | 0,62-3,03 | 0,5613 |
|                                       | Mais que 4 consultas | 271 (88,9%) | 63 (23,2%)                            | 208 (76,8%)        | 1,00 |           |        |
| <b>Problema Saúde da Mãe</b>          | Sim                  | 53 (17,4%)  | 9 (17%)                               | 44 (83%)           | 0,6  | 0,28-1,30 | 0,2593 |
|                                       | Não                  | 252 (82,6%) | 64 (25,4%)                            | 188 (74,6%)        | 1,00 |           |        |
| <b>Tempo Gestacional <sup>2</sup></b> | Pré termo            | 38 (12,5%)  | 12 (31,6%)                            | 26 (68,4%)         | 1,56 | 0,74-3,27 | 0,3285 |
|                                       | A termo              | 267 (87,5%) | 61 (22,8%)                            | 206 (77,2%)        | 1,00 |           |        |
| <b>Parto</b>                          | Normal               | 83 (27,2%)  | 23 (27,7%)                            | 60 (72,3%)         | 1,00 |           |        |
|                                       | Cesárea              | 222 (72,8%) | 50 (22,5%)                            | 172 (77,5%)        | 0,76 | 0,43-1,35 | 0,427  |
| <b>Peso ao nascer</b>                 | ≤ 2500 g             | 25 (8,2%)   | 8 (32%)                               | 17 (68%)           | 1,56 | 0,64-3,77 | 0,4582 |
|                                       | >2500 g              | 280 (91,8%) | 65 (23,2%)                            | 215 (76,8%)        | 1,00 |           |        |
| <b>Início Ama-<br/>mentação</b>       | ≤ 4 horas após parto | 130 (42,6%) | 33 (25,4%)                            | 97 (74,6%)         | 1,00 |           |        |
|                                       | > 4 horas            | 175 (57,4%) | 40 (22,9%)                            | 135 (77,1%)        | 0,87 | 0,51-1,48 | 0,707  |
| <b>Alojamento<br/>Conjunto</b>        | Sim                  | 227 (74,4%) | 53 (23,3%)                            | 174 (76,7%)        | 1,00 |           |        |
|                                       | Não                  | 78 (25,6%)  | 20 (25,6%)                            | 58 (74,4%)         | 1,13 | 0,62-2,05 | 0,7982 |
| <b>Problemas de<br/>Mama</b>          | Sim                  | 84 (27,5%)  | 21 (25%)                              | 63 (75%)           | 1,08 | 0,60-1,94 | 0,9055 |
|                                       | Não                  | 221 (72,5%) | 52 (23,5%)                            | 169 (76,5%)        | 1,00 |           |        |
| <b>Usa Chupeta</b>                    | Sim                  | 126 (41,3%) | 20 (15,9%)                            | 106 (84,1%)        | 0,45 | 0,25-0,80 | 0,0085 |
|                                       | Não                  | 179 (58,7%) | 53 (29,6%)                            | 126 (70,4%)        | 1,00 |           |        |

Valor de referência: Aleitamento Materno aos 6 meses, <sup>1</sup> Pré Natal, <sup>2</sup> salários mínimos.

**Tabela 3:** Distribuição da amostra quanto ao tipo de aleitamento na alta hospitalar e aos 6 meses (n= 305)

|        | Aleitamento Materno Exclusivo | Aleitamento Materno Complementado | Desmame   |
|--------|-------------------------------|-----------------------------------|-----------|
| Alta   | 213 (69,8%)                   | 92 (30,2%)                        | 0         |
| 6º mês | 73 (23,9%)                    | 205 (67,2%)                       | 27 (8,9%) |

#### 4. DISCUSSÃO

O presente estudo constatou que a maioria das mães tinha idade entre 19 e 35 anos. Porém, esta variável não mostrou associação significativa com a manutenção do AME até o sexto mês de vida, corroborando com o estudo de Salustiano *et al.* (2012). A relação da idade materna com a manutenção do AME parece ser um pouco controversa. Parizoto *et al.* (2021) e Bezerra *et al.* (2012) relatam que as mães com idade entre 19 e 35 anos são as que mantêm o AME por mais tempo. Em relação às mães adolescentes, alguns autores relatam que elas têm menor chance de manter o AME por estarem menos dispostas a amamentar do que as adultas (WARKENTIN *et al.*, 2012; CAVALCANTI *et al.*, 2021).

A condição socioeconômica não mostrou associação significativa com a duração do AME neste estudo, a maior parte dos pais estudaram mais que 8 anos e possuem renda menor que 4 salários mínimos. A variável escolaridade materna é considerada fator de proteção ao aleitamento materno por diversos pesquisadores. Estudos mostram que a duração da amamentação exclusiva é menor em populações de baixa renda e com menor escolaridade, provavelmente porque as classes mais favorecidas tenham uma valorização maior dos benefícios da prática do aleitamento materno (QUELUZ *et al.*, 2012; SALUSTIANO *et al.*, 2012; ALVARENGA *et al.*, 2017).

A falta de experiência em aleitamento e a primiparidade também são apontadas como fatores de risco para o desmame precoce (FRANÇA *et al.*, 2007; NIQUINI *et al.*, 2009; MARANHÃO *et al.*, 2015). Parizoto *et al.* (2012) afirmam que as multíparas têm maior chance de amamentarem seus filhos até o sexto mês de forma exclusiva. Esses achados confirmam a tendência percebida em relação aos dados deste estudo, em que houve maior taxa de aleitamento complementado entre as mães primíparas e entre aquelas sem experiência anterior em lactação.

A maioria das mães observadas neste estudo contava com a presença do companheiro. Alguns autores sugerem que essa é uma variável importante para a manutenção do aleitamento, devido ao suporte oferecido à puérpera (BRASILEIRO *et al.*, 2008). Entretanto, há estudos que afirmam haver maior chance de interrupção da amamentação entre mães casadas, pela crença de que a relação sexual pode interferir na amamentação ou, ainda, porque o companheiro sente-se enciumado pela relação mãe-bebê, desencorajando a mulher à amamentação (QUELUZ *et al.*, 2012).

Além desses dados, foi possível observar que a maioria das mães iniciou o pré-natal antes do 4º mês de gestação, passando por mais do que 4 consultas e não apresentando problemas de saúde durante este período. Estas variáveis são consideradas fatores de proteção ao AME já que os conhecimentos adquiridos durante o pré-natal parecem contribuir para a manutenção do AME (PARIZOTO *et al.*, 2009; CARRASCOZA *et al.*, 2011; WARKENTIN *et al.*, 2012).

O parto tipo cesáreo, o nascimento à termo e o peso superior a 2500 g ao nascer foram predominantes na amostra deste estudo. Porém, não tiveram associação significativa com AME, corroborando os achados Salustiano *et al.* (2012). Entretanto, Queluz *et al.* (2012) sugerem que o baixo peso ao nascer e a prematuridade podem dificultar o estabelecimento do aleitamento materno, especialmente quando estas crianças permanecem por longos períodos em unidades de terapia intensiva neonatais.

Entre as mães, mais da metade da amostra iniciou o aleitamento mais de 4 horas após o parto. Diversos estudos afirmam que iniciar a amamentação até 4 horas após o parto é fator de proteção ao AME (BAUTISTA, 1997; CHAVES *et al.*, 2007). Porém, não houve associação significativa entre manutenção do AME e início do aleitamento.

Pérez-Escamilla *et al.* (1994) analisaram a relação causal entre práticas hospitalares em maternidade e o sucesso da lactação, e constataram que alojamento conjunto e orientação sobre amamentação têm impacto positivo sobre a lactação, e que o contato precoce entre mãe e criança parece ter efeito benéfico, principalmente para as primíparas. Neste sentido, alguns estudos evidenciam menores taxas, tanto de início quanto de duração de amamentação, em mães que são submetidas à cesárea, uma vez que este tipo de parto dificulta tanto a ida para o alojamento conjunto quanto o início precoce da amamentação (SILVEIRA *et al.*, 2008).

A prevalência de mães que já complementavam o aleitamento no momento da alta hospitalar, cerca de um terço da amostra. Esta variável tem sido apontada como sendo de risco para o desmame precoce (SALUSTIANO *et al.*, 2012).

A maioria das mães participantes deste estudo (91,1%) manteve o aleitamento, mesmo que de forma complementada, até o sexto mês de vida da criança, superando a média nacional, que é de 41%<sup>18</sup>. Esta prevalência pode ser decorrente da participação da amostra no programa de aconselhamento sobre aleitamento, o que demonstra a relevância do acesso à informação e apoio à esta prática pelas puérperas.

No presente estudo, o uso de chupeta foi a única variável significativamente associada com interrupção do AME nos primeiros seis meses de vida. Entre as crianças que usavam chupeta, houve maior chance de estar em aleitamento complementado ao sexto mês de vida. Esse resultado corrobora outros estudos brasileiros que também apontaram forte associação

entre uso de chupeta e desmame (PARIZOTO *et al.*, 2009; QUELUZ *et al.*, 2012; SALUSTIANO *et al.*, 2012; CAVALCANTI *et al.*, 2021).

Na amostra estudada por Silveira e Lamounier (2003), as crianças que faziam uso de chupeta tinham 3,07 vezes mais chance de interromper o aleitamento materno antes do sexto mês. Mascarenhas *et al.* (2006) relataram 4 vezes mais chance de interrupção do aleitamento exclusivo entre crianças usuárias de chupeta.

Os autores têm tentado entender o motivo pelo qual o uso da chupeta leva ao desmame precoce. Alguns pesquisadores sugerem que o uso da chupeta camufle dificuldades maternas na prática da amamentação. Mamas extremamente cheias de leite, por exemplo, que diminuem o trabalho muscular de sucção realizado pelo bebê durante a mamada, podem contribuir para a introdução da chupeta. Isto porque a necessidade de sucção é mantida, uma vez que esta não foi saciada durante a extração do leite, o que leva a criança a mostrar-se agitada, o que é solucionado pela mãe por meio do uso da chupeta, que permitirá à criança exercitar a musculatura envolvida nos movimentos de ordenha, saciando em parte a necessidade de sucção (BATISTA *et al.*, 2018). Se o problema com o manejo da lactação (neste caso, o excesso de leite no momento da mamada) não é solucionado, haverá pouca estimulação mamária e diminuição na produção de leite, aumentando as chances de interrupção do AME.

Assim, está claro que a inexperiência da mãe em cuidar da criança contribui negativamente para a manutenção do AME. A ansiedade e a insegurança da mãe podem dificultar a identificação dos reais motivos do choro da criança e, sem conseguir solução para a situação, começa a usar a chupeta como calmante, repercutindo negativamente na amamentação. Segundo Queluz *et al.* (2012), é comum, no cotidiano dos serviços, ouvir das mães que o uso da chupeta é adotado para diminuir o choro do bebê.

Outra hipótese para justificar o efeito negativo do uso de chupeta sobre o aleitamento é o mecanismo denominado confusão de bicos que é causada pela maneira diferente de sucção entre o peito (movimento de ordenha) e a mamadeira (sucção negativa). Como a extração do leite da mamadeira é mais fácil do que a do leite materno, o bebê pode passar a recusar o peito e desmamar precocemente (LAMOUNIER, 2003).

Este estudo mostra a necessidade de instruir as mães sobre as formas de lidar com o choro da criança e sobre como identificar e sanar os problemas que levam a criança a comportar-se de maneira irritada. Problemas relacionados com a criança, tais como dores abdominais e dificuldades para dormir (comuns e até esperados nesta fase da vida da criança) e dificuldades em manejar a lactação podem levar ao uso de chupeta e ao desmame precoce, o que acarretará, no futuro, problemas potencialmente de mais difícil solução, tais como mal oclusões, alterações fonoarticulatórias e nutricionais. Uma equipe de saúde capacitada para oferecer o suporte adequado à mãe, não somente informativo e instrumental, como também afetivo, ajudando-a

a superar suas dificuldades, poderia contribuir para os aumentos das taxas de AME, na medida em que contribui para a tranquilização das mães que vivenciam experiências ansiogênicas em relação ao aleitamento.

## 5. CONCLUSÕES

As taxas de aleitamento materno exclusivo ao sexto mês de vida, tanto neste estudo como as encontradas em diversas regiões do Brasil estão aquém daquelas preconizadas pela OMS. Inúmeras variáveis podem interferir no estabelecimento e na manutenção do aleitamento materno. Neste estudo, as crianças que utilizaram chupeta tiveram uma maior chance de não serem amamentadas de forma exclusiva até o sexto mês de vida. Porém, novos estudos precisam ser realizados para definir o verdadeiro papel da chupeta no abandono do aleitamento materno, ou seja, se a chupeta sinaliza dificuldades na prática do aleitamento ou se ela atua iniciando o processo de desmame. Ao identificar o verdadeiro papel da chupeta novas ações poderão ser tomadas para apoiar a mãe de forma mais pontual e, potencialmente mais eficaz durante o aleitamento materno.

## REFERÊNCIAS

ALVARENGA, Sandra Cristina et al. Fatores que influenciam o desmame precoce. **Aquichan**, v. 17, n. 1, p. 93-103, 2017.

AMARAL, Luna Jamile Xavier et al. Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrizes. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 36, p. 127-134, 2015.

BALDRIGHI, Sílvia Elaine Zuim Moraes et al. A importancia do aleitamento natural na prevenção de alterações miofuncionais e ortodônticas. **Rev. dent. press ortodon. ortop. maxilar**, p. 111-121, 2001.

BATISTA, Christyann LC et al. Association between pacifier use and bottle-feeding and unfavorable behaviors during breastfeeding. **Jornal de Pediatria**, v. 94, p. 596-601, 2018.

BAUTISTA, Leonelo E. Duration of maternal breast-feeding in the Dominican Republic. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 1, p. 104-111, 1997.

BEZERRA, Vera Lúcia VA et al. Aleitamento materno exclusivo e fatores associados a sua interrupção precoce: estudo comparativo entre 1999 e 2008. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 30, p. 173-179, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: **Editora do Ministério da Saúde**, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: **Editora do Ministério da Saúde**, 2009.

BRASILEIRO, Aline Alves et al. Amamentação entre filhos de mulheres trabalhadoras. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 642-648, 2012.

BRASILEIRO, Aline Alves et al. Impacto do incentivo ao aleitamento materno entre mulheres trabalhadoras formais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 1705-1713, 2010.

CALDEIRA, Antônio P.; GOULART, Eugênio MA. A situação do aleitamento materno em Montes Claros, Minas Gerais: estudo de uma amostra representativa. **J Pediatr (Rio J)**, v. 76, n. 1, p. 65-72, 2000.

CARRASCOZA, Karina Camillo et al. Aleitamento materno em crianças até os seis meses de vida: percepção das mães. *Physis*: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1045-1060, 2011.

CARRASCOZA, Karina Camilo et al. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo em crianças assistidas por programa interdisciplinar de promoção à amamentação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4139-4146, 2011.

CARVALHAES, Maria Antonieta de Barros Leite; PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima; COSTA, Marilene Plácido da. Fatores associados à situação do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses, em Botucatu-SP. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 62-69, 2007.

CAVALCANTI, Natália Borba; DA SILVA, Ana Carla Macedo; DO NASCIMENTO, José William Araújo. Fatores associados ao desmame precoce no Brasil: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. e58010111630-e58010111630, 2021.

CHAVES, Roberto G.; LAMOUNIER, Joel A.; CÉSAR, Cibele C. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, v. 83, p. 241-246, 2007.

COHEN, Roberta J. et al. Effects of age of introduction of complementary foods on infant breast milk intake, total energy intake, and growth: a randomised intervention study in Honduras. **The Lancet**, v. 344, n. 8918, p. 288-293, 1994.

CORTELLAZZI, Karine Laura et al. Influência de variáveis socioeconômicas, clínicas e demográfica na experiência de cárie dentária em pré-escolares de Piracicaba, SP. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, p. 490-500, 2009.

FIGUEIREDO, Lúcia MH; GOULART, Eugênio MA. Análise da eficácia do Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno em um bairro periférico de Belo Horizonte (Brasil): 1980/1986/1992. **J Pediatr (Rio J)**, v. 71, n. 4, p. 203-208, 1995.

FRANÇA, Giovanni Vinícius Araújo de et al. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 711-718, 2007.

GISFREDE, Thays Ferreira et al. Hábitos bucais deletérios e suas consequências em Odontopediatria. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 73, n. 2, p. 144, 2016.

LEITE ICG, RODRIGUES CC, FARIA AR, MEDEIROS GV, PIRES LA. Associação entre mal oclusões. **RFO UPF**, 9(2): p.101-104 2004.

MARANHÃO, Thatiana Araújo et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, p. 132-139, 2015.

MASCARENHAS, Maria Laura W. et al. Prevalence of exclusive breastfeeding and its determiners in the first 3 months of life in the South of Brazil. **Jornal de pediatria**, v. 82, p. 289-294, 2006.

NASCIMENTO, Maria Beatriz Reinert do; ISSLER, Hugo. Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. **Revista do Hospital das Clínicas**, v. 58, p. 49-60, 2003.

NIQUINI, Roberta Pereira et al. Fatores associados à introdução precoce de leite artificial, Município do Rio de Janeiro, 2007. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, p. 446-457, 2009.

PARIZOTO, Giuliana M. et al. Tendência e determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses. **Jornal de Pediatria**, v. 85, n. 3, p. 201-208, 2009.

PEREZ-ESCAMILLA, Rafael et al. Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breast-feeding success: an analytical overview. **American journal of public health**, v. 84, n. 1, p. 89-97, 1994.

QUELUZ, Mariângela Carletti et al. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, p. 537-543, 2012.

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 Obstetria**, v. 34, p. 28-33, 2012.

SILVA et al. Importância da sucção para o desenvolvimento craniofacial. **American Journal of Oral Health and Dentistry**, v. 1, 2018. [acessado em 14 nov de 2021]. Disponível em: <https://aepub.com/Journals/american-journal-of-oral-health-and-dentistry>

SILVEIRA, Francisco José Ferreira da; LAMOUNIER, Joel Alves. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha,

Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 69-77, 2006.

SILVEIRA, Regina Bosenbecker da; ALBERNAZ, Elaine; ZUCCHETO, Lucas Miranda. Fatores associados ao início da amamentação em uma cidade do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 8, p. 35-43, 2008.

SOARES MFM, GIUGLIANI ERJ, BRAUN ML, SALGADO ACN, OLIVEIRA AP, AGUIAR PR. Pacifier use and its relationship with early weaning in infants born at a Child-Friendly Hospital. **J Pediatr (Rio J)**, v. 79, n. 4, p. 309-16, 2003.

VICTORA, Cesar G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 475-490, 2016.

VIEIRA, Graciete Oliveira et al. Risk factors for and protective factors against breastfeeding interruption before 2 years: a birth cohort study. **BMC pediatrics**, v. 21, n. 1, p. 1-10, 2021.

WARKENTIN, Sarah et al. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo antes dos seis meses em crianças matriculadas em creches públicas e filantrópicas do Município de São Paulo, Brasil. **Nutrire Rev. Soc. Bras. Aliment. Nutr**, p. 105-117, 2012.

WHO, UNICEF; USAID, AED; UCDAVIS, IFPRI. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. **Geneva: World Health Organization**, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services**. World Health Organization, 2017. [acessado em 13 de ago de 2021]. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation/en/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Newborns: reducing mortality. **Geneva: World Health Organization**, 2019. [acessado em 13 ago de 2021]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/en/>

## FACTORS ASSOCIATED WITH EXCLUSIVE BREASTFEEDING AT 6 MONTHS OF AGE

**ABSTRACT** - Purpose: To investigate the relationship between exclusive breastfeeding for the first six months of a child's life and the socioeconomic conditions of the mother, as well as prenatal and postnatal variables. Methods: This was a cross-sectional analytical study of 305 children and their mothers in the early health care program offered by the Center for Dental Research and Special Patient Care (Cepae-FOP-Unicamp) in Piracicaba, São Paulo State, Brazil. Results: 23.9% were exclusively breastfed and 8.9% were weaned at 6 months of age. No statistically significant differences were found in socioeconomic, demographic, prenatal and postnatal related variables. There was a significant association between giving up exclusive breastfeeding and pacifier use ( $p= 0.0085$ ;  $OR= 0.45$ ;  $95\% CI: 0.25-0.80$ ). Conclusion: For this sample, pacifier use was a risk factor for maintaining exclusive breastfeeding.

**KEYWORDS:** Breastfeeding; Risk factor; Weaning.

# FATORES BIOPSISSOCIAIS E LOCUS DE CONTROLE RELACIONADOS AO DESMAME PRECOCE: UMA ANÁLISE HIERÁRQUICA

**Ana Claudia Gomes de Almeida**  
[lattes.cnpq.br/2224232020157682](https://lattes.cnpq.br/2224232020157682)

Faculdade de Odontologia de  
Piracicaba FOP/UNICAMP

**Fernando Márcio Cortelo**  
[lattes.cnpq.br/9957808329127956](https://lattes.cnpq.br/9957808329127956)

Faculdade de Ciências Médicas,  
FCM/UNICAMP

**Janaina da Câmara Zambelli**  
[lattes.cnpq.br/7623254688615917](https://lattes.cnpq.br/7623254688615917)

Faculdade de Odontologia de  
Piracicaba FOP/UNICAMP

**Karine Laura Cortellazzi**  
[lattes.cnpq.br/4286204965056294](https://lattes.cnpq.br/4286204965056294)

Faculdade de Odontologia de  
Piracicaba FOP/UNICAMP

**Sergio Tadeu Martins Marba**  
[lattes.cnpq.br/7795931247031734](https://lattes.cnpq.br/7795931247031734)

Faculdade de Ciências Médicas,  
FCM/UNICAMP

**Rosana de Fátima Possobon**  
[lattes.cnpq.br/2160429571991060](https://lattes.cnpq.br/2160429571991060)

Faculdade de Odontologia de  
Piracicaba FOP/UNICAMP

**RESUMO** - Objetivo: Avaliar as causas do desmame precoce através do modelo hierárquico, composto por variáveis distais, intermediárias e proximais, relacionando-as com às condições socioeconômicas e demográficas, às variáveis do pré e pós-natal a ao locus de controle. Métodos: Coorte retrospectivo. A amostra foi composta por 410 mães de crianças de 0 a 5 anos, da campanha nacional de vacinação infantil, realizada em 2013. As informações foram coletadas via questionários autoaplicáveis, incluindo a escala multidimensional de locus de controle de Levenson. A variável de desfecho foi o desmame precoce, enquanto as variáveis socioeconômicas, demográficas, do pré e pós-parto e o locus de controle foram as variáveis independentes. Realizou-se a análise de regressão logística múltipla hierárquica. Foram testadas, no modelo múltiplo, as variáveis com  $p \leq 0.20$  nas análises brutas (distal, intermediária e proximal), permanecendo no modelo, aquelas que continuaram associadas ao desmame com  $p \leq 0.05$ , após o ajuste, para as variáveis do mesmo bloco, finalizando com as hierarquicamente superiores. Resultados: A prevalência do desmame precoce foi de 40%.

Houve associação estatisticamente significativa entre desmame precoce e a variável distal “escolaridade materna” (IC95% = 1.18 – 3.22;  $p= 0.0131$ ), as variáveis proximais “experiência prévia em amamentar” (IC95% = 3.76 – 9.75;  $p= <0,0001$ ) e “uso de chupeta” (IC95%= 1.78 – 4.17;  $p=<0.0001$ ). Conclusão: As mulheres que estão no grupo de risco ao desmame precoce são aquelas com baixa escolaridade, sem experiência prévia em aleitamento e que ofereceram chupeta. A variável locus de controle não teve associação significativa com o desmame precoce.

**PALAVRAS-CHAVE:** Aleitamento materno; Desmame precoce; Chupeta; Locus de controle.

## 1. INTRODUÇÃO

No Brasil, menos de 10% das crianças são mantidas em aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida (BRASIL, 2009; DO NASCIMENTO *et al.*, 2018). Embora pesquisas nacionais constatem que, nas últimas décadas houve um aumento nos índices de aleitamento materno, a frequência do desmame precoce, ainda é alta e considerada um fator preocupante, diante da relevância da amamentação nos primeiros seis meses de vida (KUMMER *et al.*, 2000; ORTELAN *et al.*, 2019).

Dentre as morbidades associadas com a interrupção do aleitamento materno antes dos 180 dias de vida e, conseqüentemente, com a introdução precoce de alimentos, destacam-se: anemia (HADLER *et al.*, 2002), doenças respiratórias como pneumonia (BOCCOLINI *et al.*, 2011), rinite e asma, e manifestações alérgicas desencadeadas pelo excesso de proteínas do leite de vaca, ocasionando eczemas e urticárias (STRASSBURGER *et al.*, 2010).

A literatura científica considera a ausência de experiência prévia em amamentação (VIEIRA *et al.*, 2010; FERNANDES; HOFELMANN, 2020), a escolaridade materna (NIQUINI *et al.*, 2010) e a utilização de chupeta (SILVEIRA; LAMOUNIER, 2006) como fatores potencialmente associados à ocorrência do desmame precoce. Tais estudos evidenciaram questões socioeconômicas, demográficas e comportamentais, além de políticas públicas e aspectos culturais que permeiam esta prática (FUJIMORI *et al.*, 2010). Porém, diferenciando-se destas pesquisas, este estudo buscou suporte na escala multidimensional de locus de controle, proposta por Hanna Levenson (LEVENSON, 1973), adaptada por Dela Coleta (COLETA, 1987) e validada no Brasil por Tamayo (TAMAYO, 2012).

O conceito de locus de controle foi descrito, inicialmente, por Julian Rotter, em 1966, baseado na teoria de aprendizagem social de Albert Bandura, que se refere às expectativas generalizadas de controle interno ou externo sobre a recompensa (ROTTER, 1966). Este constructo foi desenvolvido para classificar as crenças que os indivíduos possuem sobre a fonte controladora (interna ou externa) dos acontecimentos de sua vida (LEVENSON, 1973; ROTTER, 1966).

Desta forma, os indivíduos considerados internos são aqueles que parecem controlar melhor o meio, utilizando as informações de saúde de forma menos estressante, vivenciando melhor suas experiências. Entretanto, indivíduos considerados externos podem atribuir o controle de suas ações a outras pessoas mais poderosas ou ao acaso, e isso interferir em sua saúde (COLETA, 1987; LEFCOURT, 1984).

Deste modo, buscou-se verificar, pela utilização de um modelo hierárquico, quais variáveis estavam associadas ao desmame precoce e se o locus de controle das mães poderia influenciar o tempo de manutenção do aleitamento materno. Destaca-se o ineditismo deste estudo, pois não há investigações associando locus de controle e aleitamento materno.

## 2. MÉTODOS

Este estudo foi do tipo coorte retrospectivo. A amostra foi composta por 410 mães de crianças com idade de 0 a 5 anos. Os dados foram coletados durante a campanha nacional de vacinação, ocorrida em junho de 2013. Neste mesmo ano, ocorreu o nascimento de 5.279 crianças no município, representando, em uma população de 385.287 pessoas, 1,37% da população total da cidade (INSTITUTO DE PESQUISAS E PLANEJAMENTO DE PIRACICABA, 2013).

Nesta campanha, o município contou com 71 postos de vacinação, sendo a coleta de dados realizada em 11 postos. Para definir estas localidades, foi adotado o procedimento de amostragem por conglomerado, sendo feito o sorteio de duas unidades dentro de cada macrorregião da cidade, exceto pela região central, na qual foram incluídas 3 unidades, devido ao maior número de crianças.

Os dados foram coletados por onze equipes, cada uma formada por 2 profissionais de saúde voluntários e seis bolsistas. Estas pessoas foram treinadas pela pesquisadora, por meio de palestras informativas sobre o projeto, forma de abordagem das mães e aplicação dos questionários, garantindo o conhecimento sob os instrumentos e a padronização na forma de aplicação dos mesmos. Cada equipe permaneceu em sua respectiva unidade em período integral, no dia da vacinação.

Assim, foram abordadas todas as mulheres que compareceram às unidades da vacinação, sendo que somente as mães das crianças foram convidadas a participar da pesquisa, ou seja, não foram incluídos na amostra os dados de crianças que estavam acompanhadas por outro responsável que não a própria mãe. Além disso, foram excluídos da amostra os questionários preenchidos de forma incompleta e os dados de crianças com idade inferior a 6 meses e que ainda estavam em aleitamento materno, visto que o desfecho investigado seria o desmame precoce, não sendo possível prever até quando a prática do aleitamento seria mantida.

Foram utilizados 3 instrumentos para a coleta dos dados: a)

questionário socioeconômico, baseado em Meneghim *et al.*, que incluía questões a respeito de renda mensal familiar, número de habitantes da casa, tipo de residência, grau de instrução dos pais e profissão do chefe de família; b)entrevista semiestruturada, contendo informações sobre variáveis potencialmente associadas ao desmame precoce; este instrumento foi desenvolvido pela pesquisadora e continha questões sobre a idade materna e paterna, estado civil, idade e gênero da criança, paridade, experiência em aleitar e informações sobre o início do pré-natal, tipo de parto, problemas durante o parto com a mãe e/ou com a criança, permanência em alojamento conjunto, início da amamentação, acesso à informações sobre amamentação e manejo da lactação, vontade de amamentar, planejamento da gravidez, intercorrências mamárias, uso de chupeta e mamadeira, retorno ao trabalho e participação da avó nos cuidados com a criança; c)Escala Multidimensional de locus de controle (COLETA, 1987).

Desenvolvida por Levenson (1973), adaptada no Brasil por Dela Coleta (1987) e validada por Tamayo (2012), esta escala de autoavaliação é composta por 24 questões, com cinco alternativas de resposta: concordo totalmente, concordo em partes, indeciso, discordo em partes e discordo totalmente, correspondendo a uma pontuação de 5 a 1, respectivamente. Cada respondente obtém três pontuações, de acordo com as subescalas mensuradas pelo instrumento: Internalidade ou Externalidade (outros poderosos e ao acaso). Quanto maior a pontuação em uma dessas subescalas, mais próxima a crença do indivíduo naquela fonte como controladora dos eventos de sua vida.

Desta forma, o desmame precoce foi considerado como a variável de desfecho, dicotomizada em sim e não. As variáveis independentes dicotomizadas pela mediana foram: a renda mensal familiar, o número de pessoas habitando o mesmo lar e idades maternas e paterna. As variáveis separadas em sim ou não foram: gravidez planejada, problemas no parto com a mãe ou com a criança, retorno ao trabalho, participação da avó, experiência em amamentação, informações sobre amamentação e manejo da lactação, vontade de amamentar, intercorrências mamárias, permanência em alojamento conjunto e uso de chupeta e mamadeira.

Com isso, as demais variáveis foram categorizadas da seguinte forma: Habitação: própria e não própria; Chefe de família: apenas o pai e participação da mãe (somente a mãe ou a mãe e o pai); Presença do companheiro: com e sem companheiro; Paridade: primípara e múltípara; Locus de controle: internalidade e externalidade; Sexo da criança: masculino e feminino; Tipo de parto: normal e cesáreo; Escolaridade paterna e materna: ≤8anos de estudo e >8 anos8, Início do pré-natal: antes do 4º mês e depois do 4º mês, Nascimento: a termo e pré-termo, Peso ao nascer: ≤2500g e >2500g, Início da amamentação: ≤4 horas após o parto e >4 horas (CARRASCOZA *et al.*, 2011).

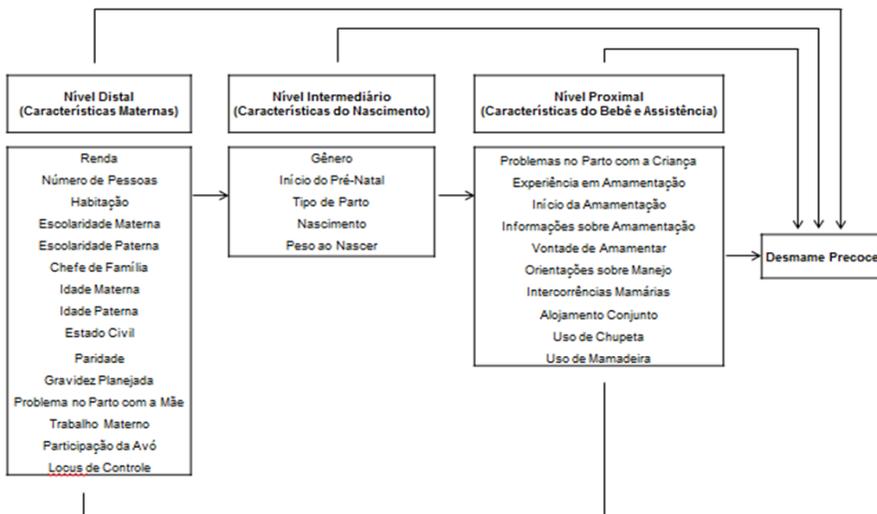
Para a análise dos dados, utilizou-se a regressão logística múltipla

hierárquica. As variáveis foram divididas em níveis: distal, incluindo características maternas; intermediário, correspondendo às características do nascimento; e proximal, referindo-se às características do bebê e da assistência. A distribuição das variáveis em cada nível foi baseada no modelo conceitual hierarquizado proposto por Alves *et al.* (2013) e Nascimento *et al.* (2013) (Figura 1).

Para avaliar a associação entre o tempo de desmame precoce e as variáveis independentes, utilizou-se o modelo de regressão logística múltipla hierarquizada, pelo procedimento PROC GENMOD do programa estatístico SAS24. Foram testadas neste modelo as variáveis com  $p \leq 0,20$  nas análises brutas, de cada nível, permanecendo no modelo aquelas que continuaram associadas ao desmame precoce com  $p \leq 0,05$  após o ajuste para as variáveis do mesmo nível e para as hierarquicamente superiores (Figura 1).

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo no Comitê de Ética sob protocolo 004/2013.

**Figura 1:** Modelo teórico para investigação de variáveis associadas ao desmame precoce



### 3. RESULTADOS

A prevalência de desmame precoce entre as crianças da amostra foi de 40%, ou seja, 60% ainda estavam em aleitamento materno, de forma exclusiva ou complementada, no 180º dia de vida.

As tabelas 1, 2 e 3 mostram, respectivamente, a associação da variável de desfecho (desmame precoce) com as variáveis dos níveis distal, intermediário e proximal. Dentre as variáveis do nível distal, a habitação

( $p=0,0171$ ) e a escolaridade materna ( $p=0,0131$ ) e paterna ( $p=0,0397$ ) foram associadas significativamente com desmame precoce (Tabela 1). Não houve associação significativa entre o desfecho e as variáveis do nível intermediário (Tabela 2). Em relação às variáveis do nível proximal, o desmame esteve associado à experiência em amamentação ( $p<0,0001$ ) e ao uso de chupeta ( $p<0,0001$ ) (Tabela 2).

Há menor chance de desmame precoce entre mães com maior escolaridade ( $p=0,0012$ ) e com experiência em amamentação ( $<0,0001$ ) e entre crianças que não utilizam chupeta ( $p<0,0001$ ) (tabela 3).

**Tabela 1:** Análise bruta das variáveis distais associadas ao desmame precoce de crianças entre 0 a 5 anos do Município.

| Distais                      | Categoria            | Desmame precoce |             | ORbruto | IC95%     | p valor |
|------------------------------|----------------------|-----------------|-------------|---------|-----------|---------|
|                              |                      | SIM*            | NÃO         |         |           |         |
|                              |                      | N (%)           | N (%)       |         |           |         |
| Renda                        | ≤ 2 Salários mínimos | 51 (45,13)      | 62 (54,87)  | 1,00    |           |         |
|                              | > 2 Salários mínimos | 108 (38,16)     | 175 (61,84) | 0,75    | 0,48-1,16 | 0,2443  |
| Número de Pessoas na família | ≤ 2 Pessoas          | 14 (45,16)      | 17 (54,84)  | 1,27    | 0,60-2,66 | 0,6556  |
|                              | > 2 Pessoas          | 138 (39,32)     | 213 (60,68) | 1,00    |           |         |
| Habitação                    | Própria              | 53 (32,72)      | 109 (67,28) | 0,59    | 0,38-0,89 | 0,0171  |
|                              | Não-Própria          | 107 (45,15)     | 130 (54,85) | 1,00    |           |         |
| Escolaridade Paterna         | ≤ 8 anos de estudo   | 56 (48,28)      | 60 (51,72)  | 1,00    |           |         |
|                              | > 8 anos de estudo   | 105 (36,59)     | 182 (63,41) | 0,61    | 0,39-0,95 | 0,0397  |
| Escolaridade Materna         | ≤ 8 anos de estudo   | 42 (52,50)      | 38 (47,50)  | 1,92    | 1,18-3,22 | 0,0131  |
|                              | > 8 anos de estudo   | 115 (36,51)     | 200 (63,49) | 1,00    |           |         |
| Chefe de Família             | Só a Mãe + Mãe e Pai | 40 (43,01)      | 53 (56,99)  | 1,00    |           |         |
|                              | Apenas o Pai         | 111 (40,36)     | 164 (59,64) | 0,89    | 0,55-1,44 | 0,7439  |
| Idade da Mãe                 | < 30 anos            | 84 (39,81)      | 127 (60,19) | 1,00    |           |         |
|                              | ≥ 30 anos            | 80 (40,20)      | 119 (59,80) | 1,01    | 0,68-1,50 | 0,9839  |
| Idade do Pai                 | < 32 anos            | 95 (44,81)      | 117 (55,19) | 1,00    |           |         |
|                              | ≥ 32 anos            | 69 (34,85)      | 129 (65,15) | 0,65    | 0,44-0,98 | 0,0504  |
| Presença do companheiro      | Com companheiro      | 133 (39,35)     | 205 (60,65) | 0,75    | 0,42-1,34 | 0,4139  |
|                              | Sem companheiro      | 25 (46,30)      | 29 (53,70)  | 1,00    |           |         |
| Paridade                     | Primípara            | 46 (36,22)      | 81 (63,77)  | 1,00    |           |         |
|                              | Múltipara            | 97 (41,45)      | 137 (58,54) | 0,80    | 0,51-1,25 | 0,3909  |
| Gravidez Planejada           | Sim                  | 100 (39,37)     | 154 (60,63) | 0,91    | 0,60-1,39 | 0,7736  |
|                              | Não                  | 60 (41,38)      | 85 (58,62)  | 1,00    |           |         |
| Problema no Parto com a Mãe  | Sim                  | 11 (42,31)      | 15 (57,69)  | 1,00    |           |         |
|                              | Não                  | 135 (42,32)     | 184 (57,68) | 1,00    | 0,44-2,24 | 0,8374  |

|                     |               |             |             |      |           |        |
|---------------------|---------------|-------------|-------------|------|-----------|--------|
| Retorno ao Trabalho | Sim           | 81 (41,33)  | 115 (58,67) | 1,00 |           |        |
|                     | Não           | 69 (39,88)  | 104 (60,12) | 0,94 | 0,62-1,42 | 0,8609 |
| Participação da Avó | Sim           | 111 (42,21) | 152 (57,79) | 1,00 |           |        |
|                     | Não           | 35 (35,00)  | 65 (65,00)  | 0,73 | 0,45-1,18 | 0,2581 |
| Locus de Controle   | Externalidade | 15 (42,86)  | 20 (57,14)  | 1,00 |           |        |
|                     | Internalidade | 141 (38,84) | 222 (61,16) | 0,84 | 0,41-1,70 | 0,7769 |

IC = Intervalo de confiança; OR= Odds Ratio Salário Mínimo de R\$755,00

**Tabela 2:** Análise bruta das variáveis intermediárias e proximais associadas ao desmame precoce de crianças entre 0 a 5 anos do Município

| Intermediárias      | Categoria        | Desmame precoce |              | ORbruto | IC95%     | p valor |
|---------------------|------------------|-----------------|--------------|---------|-----------|---------|
|                     |                  | SIM*<br>N (%)   | NÃO<br>N (%) |         |           |         |
| Gênero              | Feminino         | 80 (40,20)      | 119 (59,80)  | 0,92    | 0,61-1,39 | 0,797   |
|                     | Masculino        | 74 (42,05)      | 102 (57,95)  | 1,00    |           |         |
| Início do Pré-Natal | Antes do 4º mês  | 148 (39,15)     | 230 (60,85)  | 0,64    | 0,29-1,42 | 0,3758  |
|                     | Depois do 4º mês | 13 (50,00)      | 13 (50,00)   | 1,00    |           |         |
| Tipo de Parto       | Normal           | 43 (37,39)      | 72 (62,61)   | 0,83    | 0,53-1,30 | 0,5074  |
|                     | Cesário          | 121 (41,58)     | 170 (58,42)  | 1,00    |           |         |
| Nascimento          | A termo          | 108 (39,85)     | 163 (60,15)  | 0,89    | 0,52-1,55 | 0,8088  |
|                     | Pré-termo        | 28 (42,42)      | 38 (57,58)   | 1,00    |           |         |
| Peso ao Nascer      | ≤ 2.500g         | 12 (48,00)      | 13 (52,00)   | 1,00    |           |         |
|                     | > 2.500g         | 31 (35,23)      | 57 (64,77)   | 0,58    | 0,23-1,44 | 0,3537  |

| Proximais                            | Categoria | Desmame precoce |              | ORbruto | IC95%     | p valor |
|--------------------------------------|-----------|-----------------|--------------|---------|-----------|---------|
|                                      |           | SIM*<br>N (%)   | NÃO<br>N (%) |         |           |         |
| Problema no parto com o bebê         | Sim       | 6 (40,00)       | 9 (60,00)    | 1,00    |           |         |
|                                      | Não       | 139 (41,99)     | 192 (58,01)  | 1,08    | 0,37-3,12 | 0,9089  |
| Experiência em amamentação           | Sim       | 73 (26,83)      | 199 (73,16)  | 1,00    |           |         |
|                                      | Não       | 80 (68,96)      | 36 (31,03)   | 6,05    | 3,76-9,75 | <0,0001 |
| Início da amamentação                | ≤ 4 horas | 110 (37,29)     | 185 (62,71)  | 0,72    | 0,45-1,17 | 0,2406  |
|                                      | > 4 horas | 40 (44,94)      | 49 (55,06)   | 1,00    |           |         |
| Informações sobre amamentação        | Sim       | 138 (38,44)     | 221 (61,56)  | 0,52    | 0,28-0,96 | 0,0537  |
|                                      | Não       | 26 (54,17)      | 22 (45,83)   | 1,00    |           |         |
| Vontade de amamentar                 | Sim       | 142 (38,48)     | 227 (61,52)  | 0,50    | 0,25-0,99 | 0,0691  |
|                                      | Não       | 20 (55,56)      | 16 (44,44)   | 1,00    |           |         |
| Orientações sobre manejo da Lactação | Sim       | 139 (40,06)     | 208 (59,94)  | 0,57    | 0,25-1,27 | 0,2412  |
|                                      | Não       | 14 (53,85)      | 12 (46,15)   | 1,00    |           |         |

|                          |     |             |             |      |           |         |
|--------------------------|-----|-------------|-------------|------|-----------|---------|
| Intercorrências mamárias | Sim | 70 (38,89)  | 110 (61,11) | 1,00 |           |         |
|                          | Não | 61 (45,19)  | 74 (54,81)  | 1,29 | 0,82-2,03 | 0,3142  |
| Alojamento Conjunto      | Sim | 133 (41,56) | 187 (58,44) | 1,23 | 0,74-2,03 | 0,4883  |
|                          | Não | 30 (36,59)  | 52 (63,41)  | 1,00 |           |         |
| Uso de Chupeta           | Sim | 102 (51,78) | 95 (48,22)  | 2,70 | 1,78-4,17 | <0,0001 |
|                          | Não | 60 (28,57)  | 150 (71,43) | 1,00 |           |         |
| Uso de Mamadeira         | Sim | 117 (41,20) | 167 (58,80) | 1,00 |           |         |
|                          | Não | 36 (34,62)  | 68 (65,38)  | 0,75 | 0,47-1,20 | 0,2902  |

IC = Intervalo de confiança OR= Odds Ratio.

**Tabela 3:** Resultado da análise de regressão logística múltipla hierarquizada, ajustada para descrever a influência das variáveis estudadas sobre o desmame precoce.

| Variável                    | Categoria          | Estimativa | \$EP | OR ajustado | IC95%      | p-valor |
|-----------------------------|--------------------|------------|------|-------------|------------|---------|
| Intercepto                  |                    | -1,74      | 0,22 |             |            | <0,0001 |
| <b>Nível I (Distal)</b>     |                    |            |      |             |            |         |
| Escolaridade Materna        | ≤ 8 anos de estudo | 0,96       | 0,30 | 2,63        | 1,45-4,66  | 0,0013  |
|                             | > 8 anos de estudo | 1,00       |      |             |            |         |
| <b>Nível III (Proximal)</b> |                    |            |      |             |            |         |
| Experiência em Amamentação  | Sim                | 1,00       |      |             |            |         |
|                             | Não                | 1,86       | 0,26 | 6,42        | 3,86-10,71 | <0,0001 |
| Chupeta                     | Sim                | 1,01       | 0,24 | 2,74        | 1,70-4,39  | <0,0001 |
|                             | Não                | 1,00       |      |             |            |         |

As variáveis do nível II (intermediário) não foram significativas ( $p > 0,05$ ).

\$=Erro padrão; IC=Intervalo de confiança; OR=Odds Ratio.

#### 4. DISCUSSÃO

A taxa de aleitamento materno no estado de São Paulo, no 180° dia de vida, é de 72%, ou seja, inferior à taxa nacional (77,6%) (BRASIL, 2009). Estas taxas são superiores à encontrada entre as crianças deste estudo, sugerindo a necessidade de incentivar o aleitamento materno nessas famílias.

Embora a maioria dos pais da amostra tivesse mais de 8 anos de estudo, o desmame precoce esteve significativamente associado ao baixo nível de instrução materno. A pesquisa de Volpini e Moura (2005), também realizada em campanha de vacinação, mostrou que o risco para o desmame entre mães com menos de oito anos de estudo foi o dobro em relação às mães que frequentaram oito ou mais anos de escola. O maior grau de

instrução facilitaria o acesso à informação sobre os benefícios do aleitamento materno, sendo que as mulheres mais instruídas valorizariam mais esta prática (KUMMER *et al.*, 2000).

Neste estudo, verificou-se que as crianças que usavam chupeta tinham mais chance de desmamar precocemente, corroborando com os resultados encontrados por Silveira e Lamounier (2006), assim como Santos *et al.* (2019). As justificativas para a associação entre estas variáveis são divergentes, sendo que há estudos que defendem que a chupeta pode ser um indicativo de dificuldades na amamentação e que elas seriam usadas como uma forma de diminuir e espaçar as mamadas, especialmente entre mães com baixo nível de autoconfiança para a lactação, ou seja, não sendo considerada, a causa primária do desmame (VICTORA *et al.*, 1997; BATISTA *et al.*, 2017).

A falta de experiência prévia em amamentação também influenciou significativamente o desmame precoce. Porém, houve maior frequência de desmame entre mães multíparas, ou seja, que já haviam experimentado o aleitamento materno anteriormente, das quais era esperado menos dificuldades com a instalação e o manejo desta prática (RECH *et al.*, 2021). Os achados relativos à paridade diferem dos resultados de Venâncio *et al.* (2002), que verificaram maior ocorrência de desmame entre primíparas. O estudo de Urbanetto *et al.* (2018) destaca que a ausência de experiência prévia em amamentar pode contribuir com o processo de desmame precoce. Vale ressaltar que o presente estudo não verificou se a experiência prévia em amamentação foi positiva ou não, uma vez que o sucesso em amamentar o primeiro filho poderia refletir na maior habilidade materna em lidar com as dificuldades inerentes ao processo da lactação.

A investigação sobre locus de controle da mãe-nutriz parece ser importante para a detecção de vulnerabilidades que podem desencadear o processo de desmame precoce. Ao considerar o locus de controle como uma variável que pode prever a prática do aleitamento, a investigação sobre esta variável poderia ser útil na elaboração de estratégias mais pontuais e, potencialmente mais eficientes, para prevenção do desmame precoce entre mães que supostamente apresentam maior chance de interromper a amamentação antes do sexto mês de vida. Porém, neste estudo, não se observou associação entre desmame precoce e o locus das mães, havendo o predomínio do locus de controle interno, causando um desbalanceamento na amostra. Infere-se que a escala utilizada não foi sensível para a identificação adequada do tipo de locus, uma vez que o grau de escolaridade dos respondentes pode interferir na compreensão das perguntas que compõem a ferramenta (ALVES; LOPES, 2007).

## 5. CONCLUSÕES

Este estudo indica a importância de considerar os aspectos

socioeconômicos, demográficos e biológicos envolvidos no processo de desmame precoce. Pela observação dos resultados das pesquisas sobre desmame precoce, encontradas na literatura, ficou evidente a necessidade de compreender a subjetividade materna envolvida no ato de aleitar e o quanto o processo de desmame precoce é permeado por complexidades, dificuldades e culpa. Os resultados obtidos estão de acordo com diversos pesquisadores em relação à influência da escolaridade dos pais, da ausência de experiência em amamentar e da utilização da chupeta no processo que desfavorece o aleitamento materno. A confirmação da influência destas variáveis sobre o desmame indica quão imprescindível é desenvolver estratégias de incentivo ao aleitamento de forma específica a cada mãe ou grupo de mães, de acordo com o contexto no qual a díade está inserida.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Aline Salheb; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Locus of Control and choice of contraceptive method. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 60, n. 3, p. 273-278, 2007.

ALVES, Ana Lúcia Naves; OLIVEIRA, Maria Inês Couto de; MORAES, José Rodrigo de. Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação e sua relação com o aleitamento materno exclusivo. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 1130-1140, 2013.

BATISTA, Christyann Lima Campos; RIBEIRO, Valdinar Sousa; NASCIMENTO, Maria do Desterro Soares Brandão. Influência do uso de chupetas e mamadeiras na prática do aleitamento materno. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 5, n. 2, p. 184-191, 2017.

BOCCOLINI, Cristiano Siqueira et al. Breastfeeding can prevent hospitalization for pneumonia among children under 1 year old. **Jornal de pediatria**, v. 87, p. 399-404, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: **Editora do Ministério da Saúde**, v.1. 108, p. 2009, 2009.

CARRASCOZA, Karina Camilo et al. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo em crianças assistidas por programa interdisciplinar de promoção à amamentação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4139-4146, 2011.

COLETA, Marília Ferreira Dela. Escala multidimensional de locus de controle de Levenson. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 39, n. 2, p. 79-97, 1987.

DO NASCIMENTO, JESSICA DA CONCEIÇÃO et al. PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NAS REGIÕES BRASILEIRAS EM 2015. **Carpe Diem: Revista Cultural e Científica do UNIFACEX**, v. 16, n. 2, p. 252-

269, 2018.

FERNANDES, Renata Cordeiro; HÖFELMANN, Doroteia Aparecida. Intenção de amamentar entre gestantes: associação com trabalho, fumo e experiência prévia de amamentação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1061-1072, 2020.

FUJIMORI, Elizabeth et al. Aspectos relacionados ao estabelecimento e à manutenção do aleitamento materno exclusivo na perspectiva de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, p. 315-327, 2010.

INSTITUTO DE PESQUISAS E PLANEJAMENTO DE PIRACICABA. Piracicaba (SP); 2013.

KUMMER, Suzane C. et al. Evolução do padrão de aleitamento materno. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, p. 143-148, 2000.

LEFCOURT, Herbert M.; MARTIN, Rod A.; SALEH, Wendy E. Locus of control and social support: Interactive moderators of stress. **Journal of personality and social psychology**, v. 47, n. 2, p. 378, 1984.

LEVENSON, Hanna. Multidimensional locus of control in psychiatric patients. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 41, n. 3, p. 397, 1973.

MENEGHIM, Marcelo de Castro et al. Classificação socioeconômica e sua discussão em relação à prevalência de cárie e fluorose dentária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 523-529, 2007.

NASCIMENTO, Vivianne Cavalcanti do et al. Associação entre as orientações pré-natais em aleitamento materno e a satisfação com o apoio para amamentar. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 13, p. 147-159, 2013.

NIQUINI RP, BITTENCOURT SA, LACERDA EMA, OLIVEIRA MIC, LEAL MC. Acolhimento e características maternas associados à oferta de líquidos a lactentes. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, p. 677-685, 2010.

ORTELAN, Naiá; VENANCIO, Sonia Isoyama; BENICIO, Maria Helena D.'Aquino. Determinantes do aleitamento materno exclusivo em lactentes menores de seis meses nascidos com baixo peso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00124618, 2019.

RAMOS, Carmen V.; ALMEIDA, João AG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **Jornal de pediatria**, v. 79, p. 385-390, 2003.

RECH, Rafaela Soares et al. Factors associated with the initiation of breastfeeding in a maternity hospital in Lima, Peru. In: CoDAS. **Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, 2021.

SANTOS, Eryka Maria dos et al. Avaliação do aleitamento materno em crianças até dois anos assistidas na atenção básica do Recife, Pernambuco, Brasil. **Ciência &**

**Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1211-1222, 2019.

SILVEIRA, Francisco José Ferreira da; LAMOUNIER, Joel Alves. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 69-77, 2006.

TAMAYO, Álvaro. Validade fatorial da escala Levenson de locus de controle. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 5, n. 1, p. 111-122, 1989.

URBANETTO, Priscila Daniele Gonçalves et al. Facilidades e dificuldades encontradas pelas puérperas para amamentar/Facilities and difficulties found by mothers to breastfeed. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 2, p. 399-405, 2018.

VENANCIO, Sonia Isoyama et al. Frequency and determinants of breastfeeding in the state of São Paulo, Brazil. **Revista de saude publica**, v. 36, n. 3, p. 313-318, 2002.

VOLPINI, Cíntia Cristina de Almeida; MOURA, Eryl Catarina. Determinantes do desmame precoce no distrito noroeste de Campinas. **Revista de Nutrição**, v. 18, p. 311-319, 2005.

### **BIOPSYCHOSOCIAL FACTORS AND LOCUS OF CONTROL RELATED TO EARLY WEANING: A HIERARCHICAL ANALYSIS**

**ABSTRACT** - Purpose: To evaluate the causes of early weaning through a hierarchical model, composed of distal, intermediate, and proximal variables, relating them to socioeconomic and demographic conditions, to prenatal and postnatal variables, and to the locus of control. Methods: Retrospective cohort. The sample was composed of 410 mothers of children aged 0 to 5 years, from the national childhood vaccination campaign, held in 2013. Information was collected via self-administered questionnaires, including Levenson's multidimensional locus of control scale. The outcome variable was early weaning, while socioeconomic, demographic, pre- and postpartum variables, and locus of control were the independent variables. Hierarchical multiple logistic regression analysis was performed. Variables with  $p \leq 0.20$  in the crude analyses (distal, intermediate and proximal) were tested in the multiple models, remaining in the model, those that remained associated with weaning with  $p \leq 0.05$ , after adjustment, for the variables in the same block, ending with the hierarchically superior ones. Results: The prevalence of early weaning was 40%. There was a statistically significant association between early weaning and the distal variable "maternal education" (95%CI = 1.18 - 3.22;  $p = 0.0131$ ), the proximal variables "previous breastfeeding experience" (95%CI = 3.76 - 9.75;  $p = <0.0001$ ) and "pacifier use" (95%CI = 1.78 - 4.17;  $p = <0.0001$ ). Conclusion: Women who are in the risk group for early weaning are those with low education, no previous breastfeeding experience, and who offered a pacifier. The locus of control variable had no significant association with early weaning.

**KEYWORDS:** Breastfeeding; Early weaning; Pacifier; Locus of control.

# O APOIO DO PAI E AS PRÁTICAS DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: UM ESTUDO LONGITUDINAL

**Maria Cristina Pauli da Rocha**

[lattes.cnpq.br/4336686521586645](https://lattes.cnpq.br/4336686521586645)

Faculdade de Ciências Médicas,  
FCM/UNICAMP

**Jucilene Casatti Lodi**

[lattes.cnpq.br/5883220207237904](https://lattes.cnpq.br/5883220207237904)

Faculdade de Odontologia de  
Piracicaba FOP/UNICAMP

**Karine Laura Cortellazzi**

[lattes.cnpq.br/4286204965056294](https://lattes.cnpq.br/4286204965056294)

Faculdade de Odontologia de  
Piracicaba FOP/UNICAMP

**Sérgio Tadeu Martins Marba**

[lattes.cnpq.br/7795931247031734](https://lattes.cnpq.br/7795931247031734)

Faculdade de Ciências Médicas,  
FCM/UNICAMP

**Rosana de Fátima Possobon**

[lattes.cnpq.br/2160429571991060](https://lattes.cnpq.br/2160429571991060)

Faculdade de Odontologia de  
Piracicaba FOP/UNICAMP

**RESUMO** - Objetivo: Verificar se a percepção da mãe sobre o apoio oferecido pelo pai/companheiro influenciou na manutenção do

aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança. Método: Estudo longitudinal com 310 mulheres, realizado durante a gestação, com 30 e 180 dias de vida da criança. Foi realizada análise de associação entre aleitamento materno exclusivo (aos 30 e 180 dias) e variáveis socioeconômicas, demográficas e gestacionais e de apoio paterno, além de regressão logística simples, múltipla, curvas de sobrevida. Resultados: Aos 30 dias, tiveram mais chance de estar em aleitamento materno exclusivo meninas que moravam em residência não própria, filhas de mães experientes em amamentar, de pais que sempre/quase sempre sentiam o movimento do bebê no ventre materno. Aos 180 dias, tiveram mais chance de estar em aleitamento materno exclusivo crianças nascidas em famílias de maior renda, fruto de gravidez planejada, com mães experientes em amamentar, que não ofereceram chupeta, não retornaram ao trabalho e que tiveram uma menor percepção de apoio oferecido pelo companheiro. Conclusão: As percepções de apoio mostraram associação com manutenção do aleitamento materno exclusivo somente aos 180 dias, sendo a

porcentagem de aleitamento materno exclusivo maior entre mães com menor percepção de apoio do pai/companheiro.

**PALAVRAS-CHAVE:** Aleitamento Materno; Pai; Apoio Social; Desmame Precoce; Fatores de Risco.

## 1. INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) é reconhecido pelos inúmeros benefícios que proporcionam tanto ao recém-nascido quanto para mãe<sup>(1)</sup>. Entretanto, no Brasil a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) em menores de seis meses não corresponde aos índices de 50% preconizados pela Organização Mundial de Saúde para 2025<sup>(2)</sup>. Ao contrário do que se acreditava, o AM não é uma prática inata e sim “uma habilidade que necessita ser resgatada, uma prática que precisa ser aprendida e apoiada”<sup>(3)</sup>.

Dentre os apoiadores da amamentação, a figura do pai/companheiro é retratada como um dos participantes que podem contribuir para o sucesso da amamentação, visto ser esta uma prática social<sup>(4)</sup>. A literatura é escassa e controversa em relação aos tipos de apoio e sua associação com o início e a manutenção do AME. Há uma lacuna na literatura, nacional e internacional, de estudos longitudinais, referentes a pesquisas que objetivam investigar se há associação entre a percepção da mãe sobre o apoio paterno na manutenção do AME por mais tempo. Os resultados deste estudo contribuem, portanto, para a maior compreensão sobre a influência da percepção da mãe sobre o apoio oferecido pelo pai/companheiro e a prática do aleitamento, tendo acompanhado a família desde a gestação até o sexto mês de vida.

## 2. MÉTODO

A amostra desta pesquisa foi constituída por gestantes e mães usuárias de 22 Unidades de Saúde da Família (USF) e 01 Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno, de uma cidade de médio porte do interior do estado de São Paulo, após a aprovação pelo Comitê de Ética sob número CAAE: 59563416.4.0000.5418. Trata-se de um estudo longitudinal que ocorreu em três etapas: etapa I (gestação), etapa II (30 dias de vida da criança) e etapa III (180 dias de vida da criança).

Foram incluídas na etapa I, gestantes com idade mínima de 18 anos, gestação única (não gemelar), que coabitavam com o companheiro, que participam de grupos de orientação às gestantes e que não tinham restrições físicas e/ou mentais que impossibilitassem a compreensão das questões que deviam responder para a coleta dos dados. Nesta etapa, a gestante respondia questões relacionadas a dados socioeconômicos e demográficos do casal e a pesquisadora perguntava a data provável do parto (DPP) para que fosse possível o contato telefônico com a mãe, um mês após a DPP.

Na etapa II e III, foram excluídas da amostra as mulheres cujos

recém-nascidos tinham idade gestacional menor do que 37 semanas e/ou peso menor que 2.500g, apresentavam malformações congênitas ou agravos à saúde que impediam a amamentação, que não mais coabitavam com seus companheiros e aquelas com as quais não foi possível contato telefônico. Assim, a amostra final constituiu-se por 310 mulheres. Na etapa II, foram utilizados para a coleta de dados: a Escala de Apoio do Companheiro à Amamentação (EACA), o questionário de acompanhamento após nascimento e o questionário sobre dados do parto e pós-parto.

A Escala do Apoio do Companheiro à Amamentação (EACA) é um instrumento constituído por 16 itens que contemplam o apoio emocional, instrumental, informativo e o auto apoio<sup>(5)</sup>. Os itens da EACA foram formatados para serem respondidos numa escala tipo Likert de 3 pontos, obedecendo aos seguintes escores: 1-Nunca; 3-Raramente/às vezes; 5-Quase sempre/ sempre, de acordo com o grau de concordância. A resposta “Não se aplica” foi incluída para os casos nos quais a pergunta não fazia parte da realidade da mulher<sup>(5)</sup>.

No questionário de acompanhamento após o nascimento eram abordadas questões sobre a alimentação do bebê sendo possível identificar se o mesmo estava em AM exclusivo, predominante (com uso de água/chá) ou complementado (uso de fórmula infantil), assim como se eram utilizados bicos artificiais (chupeta, mamadeira) e o questionário sobre dados de parto e pós-parto, abordava informações sobre o nascimento do recém-nascido, tais como o tipo de parto, a idade gestacional, o peso ao nascimento, problemas durante o parto com a mãe e com o bebê, problemas na amamentação, envolvimento do pai com a gravidez, entre outros.

Na etapa III, novamente foram utilizadas EACA e o questionário de acompanhamento após nascimento. As variáveis dependentes foram: AME (30 dias) e AME (180 dias) (dicotomizadas em sim ou não) e as independentes foram: renda mensal da família, número de pessoas na família, idade do pai e da mãe, nível de escolaridade do pai e da mãe, participação do pai nas consultas do pré-natal, participação do pai nos exames de ultrassom, pai tocava o ventre da mãe para sentir o movimento do bebê, nível de percepção de apoio oferecido pelo pai com 30 e 180 dias (variáveis estas dicotomizadas pela mediana); sexo do bebê (dicotomizadas em feminino e masculino), e gravidez planejada, experiência em amamentar, receber ajuda no hospital para amamentar, problemas de mama, introdução de chupeta e retorno da mãe ao trabalho (com respostas “sim” ou “não”).

Após a análise descritiva, foram realizadas análises de regressão logística simples, relacionando cada variável independente com os desfechos (AME aos 30 e 180 dias). As variáveis com  $p < 0,20$  nas análises simples foram testadas em modelos de regressão logística múltipla, permanecendo no modelo final aquelas com  $p \leq 0,05$ . A partir dos modelos de regressão logística foram estimados os odds ratios brutos e ajustados com os respectivos intervalos de 95% de confiança. O ajuste dos modelos foi

avaliado pelo Critério de Informação de Akaike (AIC). As curvas de sobrevivência foram calculadas pelo método de Kaplan Meier. Para a comparação entre as curvas foi utilizado o teste de log-rank e a dimensão do efeito entre os subgrupos foi estimado pelo *hazard ratio* (HR). Foram considerados como dados censurados os participantes em AME aos 180 dias e as observações perdidas (participantes que não foram mais encontradas) e como falha a introdução de algum alimento. As análises foram realizadas com auxílio dos programas R e *Statistical Analysis System* (SAS), considerando o nível de significância de 5%.

### 3. RESULTADOS

A amostra final aos 30 dias de vida do bebê, constituiu-se por 352 mulheres, sendo 42,3% com renda maior do que quatro salários mínimos, 61,9% vivendo em casas com até duas pessoas (gestante e companheiro) e 60,8% em casas próprias (Tabela 1). As crianças do sexo feminino, filhas de mães com experiência em amamentar e de pais que tocavam sempre ou quase sempre o ventre da mulher para sentir o movimento do bebê que residiam em casa não própria, tiveram mais chance de estar em amamentação exclusiva aos 30 dias (Tabela 1).

**Tabela 1:** Análises (brutas e ajustadas) das associações entre a manutenção do AME (aleitamento materno exclusivo) até 30 dias e as variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamental e apoio oferecido pelo pai/companheiro. Piracicaba, SP, Brasil, 2016 a 2019.

| Variável                 | Categoria        | N (%)       | AME – 30 dias |           | <sup>†</sup> OR bruto<br>( <sup>‡</sup> IC95%) | p-valor | <sup>†</sup> OR ajustado<br>( <sup>‡</sup> IC95%) | p-valor |
|--------------------------|------------------|-------------|---------------|-----------|--|---------|---|---------|
|                          |                  |             | *Sim          | Não       |  |         |   |         |
|                          |                  |             | n (%)         | n (%)     |  |         |   |         |
| Residência               | Própria          | 214 (60,8%) | 138(64,5%)    | 76(35,5%) | 1,00   |         | 1,00  |         |
|                          | Não própria      | 138 (39,2%) | 112(81,2%)    | 26(18,8%) | 2,37 (1,42-3,95)                               | 0,0009  | 2,26 (1,33-3,82)                                  | 0,0025  |
| Experiência em amamentar | Sim              | 85 (24,2%)  | 72(84,7%)     | 13(15,3%) | 2,76 (1,45-5,26)                               | 0,0019  | 2,60 (1,34-5,06)                                  | 0,0048  |
|                          | Não              | 267 (75,8%) | 178(66,7%)    | 89(33,3%) | 1,00   |         | 1,00  |         |
| Pai sentia o             | Raram/às vezes   | 11 (3,1%)   | 4(36,4%)      | 7(63,6%)  | 1,00   |         | 1,00  |         |
| mov. do bebê             | Quase semp/sempr | 341 (96,9%) | 246(72,1%)    | 95(27,9%) | 4,53 (1,29-15,83)                              | 0,0179  | 4,14 (1,14-15,01)                                 | 0,0305  |
| Sexo do bebê             | Masculino        | 178 (50,6%) | 118(66,3%)    | 60(33,7%) | 1,00   |         | 1,00  |         |
|                          | Feminino         | 174 (49,4%) | 132(75,9%)    | 42(24,1%) | 1,59 (1,00-2,54)                               | 0,0487  | 1,84 (1,13-3,00)                                  | 0,0145  |

\*Categoria de referência para a variável de desfecho. <sup>†</sup>Odds ratio. <sup>‡</sup>Intervalo de confiança (IC). AIC (modelo vazio) =366,18; AIC (modelo final) =342,44.

Aos 180 dias, tiveram mais chance de estar em AME as crianças nascidas de gravidez planejada, com mães com experiência em amamentar, que não ofereceram chupeta, não retornaram ao trabalho, que tiveram uma menor percepção de apoio oferecido pelo companheiro e que eram de famílias de maior renda (Tabela 2).

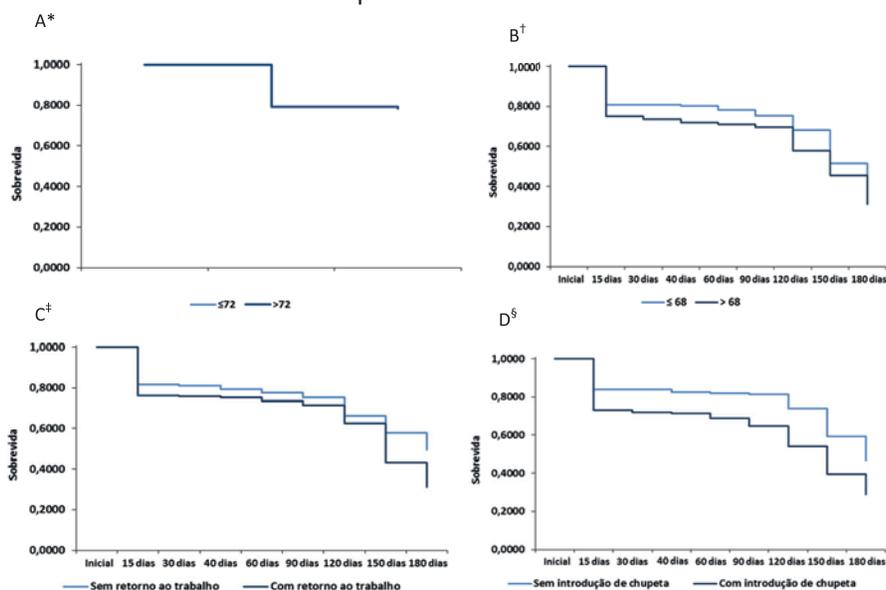
**Tabela 2:** Análises (brutas e ajustadas) das associações entre a manutenção do AME (aleitamento materno exclusivo) até 180 dias e as variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamental e apoio oferecido pelo pai/companheiro. Piracicaba, SP, Brasil, 2017 a 2019.

| Variável                    | Categoria      | N (%)       | AME – 180 dias |            | <sup>†</sup> OR bruto<br>( <sup>‡</sup> IC95%) | p-valor | <sup>†</sup> OR ajustado<br>( <sup>‡</sup> IC95%) | p-valor |
|-----------------------------|----------------|-------------|----------------|------------|--|---------|---|---------|
|                             |                |             | *Sim           | Não        |  |         |   |         |
|                             |                |             | n (%)          | n (%)      |  |         |   |         |
| Renda                       | Até 4 Sal Mín  | 177 (57,1%) | 62(35,0%)      | 115(65,0%) | 1,00   |         | 1,00  |         |
|                             | Mais 4 Sal Mín | 133 (42,9%) | 60(45,1%)      | 73(54,9%)  | 1,52 (0,96-2,41)                               | 0,0727  | 1,94 (1,14-3,31)                                  | 0,0148  |
| Gravidez Planejada          | Sim            | 223 (71,9%) | 95(42,6%)      | 128(57,4%) | 1,64 (0,97-2,79)                               | 0,0623  | 1,92 (1,06-3,47)                                  | 0,0311  |
|                             | Não            | 87 (28,1%)  | 27(31%)        | 60(69,0%)  | 1,00   |         | 1,00  |         |
| Experiência amamentar       | Sim            | 75 (24,2%)  | 41(54,7%)      | 34(45,3%)  | 2,29 (1,35-3,88)                               | 0,0021  | 2,42 (1,33-4,42)                                  | 0,0040  |
|                             | Não            | 235 (75,8%) | 81(34,5%)      | 154(65,5%) | 1,00   |         | 1,00  |         |
| Introdução de chupeta 180 d | Sim            | 160 (51,6%) | 49(30,6%)      | 111(69,4%) | 1,00   |         | 1,00  |         |
|                             | Não            | 150 (48,4%) | 73(48,7%)      | 77(51,3%)  | 2,15 (1,35-3,42)                               | 0,0013  | 1,94 (1,19-3,16)                                  | 0,0081  |
| Retorno ao Trabalho         | Sim            | 189 (61,0%) | 61(32,3%)      | 128(67,7%) | 1,00   |         | 1,00  |         |
|                             | Não            | 121 (39,0%) | 61(50,4%)      | 60(49,6%)  | 2,13 (1,33-3,41)                               | 0,0015  | 1,99 (1,20-3,31)                                  | 0,0081  |
| Percepção do apoio 180 d    | ≤68            | 182 (58,7%) | 81(44,5%)      | 101(55,5%) | 1,70 (1,06-2,72)                               | 0,0274  | 1,96 (1,16-3,32)                                  | 0,0123  |
|                             | >68            | 128 (41,3%) | 41(32,0%)      | 87(68,0%)  | 1,00   |         | 1,00  |         |

\*Categoria de referência para a variável de desfecho. <sup>†</sup>Odds ratio. <sup>‡</sup>Intervalo de confiança (IC). AIC (modelo vazio) =417,59; AIC (modelo final) =389,72. Salário mínimo 2016, Brasil.

A figura 1 apresenta as curvas de sobrevida da proporção de crianças com aleitamento materno exclusivo aos 30 e 180 dias de vida, de acordo com a percepção da mãe sobre o apoio oferecido pelo pai/companheiro, além das curvas de sobrevida da proporção de crianças com aleitamento exclusivo aos 180 dias de acordo com o retorno ou não ao trabalho pela mãe e introdução ou não de chupeta.

**Figura 1:** <sup>A\*</sup> Curva de sobrevivência (proporção de crianças com aleitamento exclusivo aos 30 dias) de acordo com percepção da mãe sobre o apoio oferecido pelo pai/companheiro durante gestação e primeiro mês de vida do bebê. <sup>B†</sup> Curva de sobrevivência (proporção de crianças com aleitamento exclusivo aos 180 dias) de acordo com percepção da mãe sobre o apoio oferecido pelo pai/companheiro durante gestação e primeiros meses de vida do bebê. <sup>C‡</sup> Curva de sobrevivência (proporção de crianças com aleitamento exclusivo aos 180 dias) de acordo com o retorno ou não ao trabalho pela mãe. <sup>D§</sup> Curva de sobrevivência (proporção de crianças com aleitamento exclusivo aos 180 dias) de acordo com a introdução ou não de chupeta com 180 dias.



Nota-se que não houve diferença entre os dois grupos (maior ou menor percepção de apoio) quanto à probabilidade de manutenção do AME até 30 dias ( $p > 0,05$ ). A probabilidade de AME aos 30 dias para a amostra toda foi de 0,7890, porém, as mulheres cujos pais tocavam sempre ou quase sempre o seu ventre, para sentir o movimento do bebê, apresentaram 4,14 (IC95%: 1,14-15,01) vezes mais chance de estar em AME aos 30 dias ( $p < 0,05$ ).

Em relação ao AME aos 180 dias, observou-se a probabilidade de 0,3886 para a amostra toda, sendo maior entre as mães com menor percepção de apoio, que não retornaram ao trabalho e que não introduziram chupeta ( $p < 0,05$ ). Não houve diferença entre os dois grupos (com gravidez planejada ou não) quanto à probabilidade de manutenção do AME até os 180 dias ( $p > 0,05$ ).

## 4. DISCUSSÃO

Neste estudo, a experiência prévia em amamentar foi a única variável que esteve associada a maior chance na manutenção do AME tanto aos 30 quanto aos 180 dias de vida da criança. Esse resultado corrobora com o achado de pesquisa que relataram que as primíparas são mais suscetíveis a dificuldades na amamentação, por inexperiência e insegurança. De acordo com estas autoras, a falta de experiência das primíparas aumenta a chance de uma amamentação insatisfatória, ocasionando um risco aumentado para o desmame precoce<sup>(6)</sup>.

O sexo do bebê foi outra variável que se mostrou significativa para uma maior probabilidade de AME aos 30 dias de vida. Tal como mostrou outro estudo, as crianças do sexo feminino tiveram mais chance de manter o AME no primeiro mês de vida<sup>(7)</sup>. Na prática diária este achado se justifica pelo relato de mães que referem acreditar que apresentam uma produção de leite insuficiente para atender a demanda de bebês do sexo masculino.

O fator socioeconômico também esteve associado à prática do aleitamento, porém de forma diferente aos 30 e 180 dias de vida da criança. Crianças nascidas de mães com residência não própria (alugada ou emprestada) tiveram mais chance de continuarem AME aos 30 dias, enquanto, aos 180 dias, a chance era maior entre crianças nascidas em famílias de maior renda.

Na literatura, a relação entre o nível socioeconômico e o AM também é contraditória. Enquanto há estudo que mostra que a menor renda está associada a maior tempo de AME devido à falta de condições das mães adquirirem leites industrializados<sup>(8)</sup>, outro relata que quanto menor a renda, menor a chance de manter o AME, devido ao desconhecimento das mães sobre os seus benefícios<sup>(9)</sup>. Há, ainda, pesquisadores que mostraram que, mães com alto nível socioeconômico, ao mesmo tempo que apresentam nível de instrução mais elevado facilitando a compreensão sobre os benefícios da amamentação, possuem maior acesso as fórmulas infantis, fato que pode levar ao desmame precoce<sup>(10)</sup>. Entretanto, este estudo foi o único que avaliou a mãe de forma longitudinal, a fim de verificar, numa mesma amostra, as mudanças que podem ocorrer ao longo do tempo da relação entre nível socioeconômico e AME.

Aos 180 dias de vida da criança, o retorno da mulher ao trabalho foi um fator de risco para o desmame, tal como tem sido mostrado, na literatura, de forma homogênea<sup>(11)</sup>. Um estudo a respeito da influência da licença-maternidade sobre o AME entre 3766 mulheres trabalhadoras, mostrou que não estar em licença maternidade aumentou 23% a chance da interrupção do AME<sup>(12)</sup>. Outro estudo comprovou que as mães que voltaram a trabalhar depois do quinto mês após o parto, 82,9% desmamaram após o quarto mês<sup>(13)</sup>.

Pesquisas já afirmavam que a oportunidade de a mãe ficar em casa nos primeiros 6 meses de vida da criança, poderia influenciar positivamente

na manutenção da amamentação por 2 anos ou mais<sup>(14)</sup>. Pode-se afirmar que a licença maternidade pode trazer impactos positivos para saúde da mulher e da criança e para economia de um país<sup>(15)</sup>, uma vez que, favorecer o AME, reduz a mortalidade materna e infantil, aumenta o quociente de inteligência infantil e o desempenho escolar, colaborando para redução da pobreza<sup>(1)</sup>. Nos Estados Unidos, onde a licença maternidade é bem mais curta do que no Brasil, a chance de as mulheres não iniciarem a amamentação ou interromperem precocemente é grande<sup>(16)</sup>. Ao contrário, em países em que a licença maternidade é estendida, tal como ocorre em países nórdicos e do leste europeu, o AM se prolonga<sup>(17)</sup>.

Outra variável que se mostrou associada à interrupção do AME aos 180 dias foi o uso da chupeta, utilizada por mais da metade das crianças da amostra. Vale ressaltar que todas as mães participaram de curso de gestantes nas unidades de saúde e receberam orientações sobre a importância de evitar a chupeta, devido aos malefícios causados pelo uso de bicos artificiais. Esses achados são semelhantes aos encontrados em outro estudo, o que só comprova os malefícios da chupeta<sup>(18)</sup>.

Ter planejado a gravidez foi outro fator associado à maior chance de haver AME aos 180 dias. De acordo com pesquisadora, o não planejamento da gravidez pode dificultar o estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe/bebê e ocasionar o desmame precoce<sup>(19)</sup>.

Em relação à percepção de apoio paterno pelas mães, não houve associação significativa com a manutenção do AME aos 30 dias de vida da criança. Entretanto, contrariando o esperado, aos 180 dias, as mães com maior percepção de apoio foram aquelas que interromperam precocemente o AME. Embora não tenha sido verificada associação significativa entre percepção de apoio pela mãe e a manutenção do AME aos 30 dias de vida do bebê, foi possível verificar que os filhos de pais que sentiam mais frequentemente os movimentos do bebê no ventre da mãe tiveram mais chance de estar em AME aos 30 dias, o que permite inferir a importância do apoio emocional neste período de instalação das práticas de amamentação.

Pesquisadores destacam a importância do maior envolvimento dos pais em todos os estágios da gravidez, pois ajuda-os a apoiarem suas parceiras e fornecem ao casal a oportunidade de adaptação e transição para a parentalidade<sup>(20)</sup>.

Embora pesquisadores revelem que o pai fornece suporte para o início e para a manutenção da amamentação, por meio do apoio emocional e prático<sup>(21)</sup>, outro estudo aponta que pode haver influência negativa sobre o AM quando o pai/companheiro não é favorável ou é ambivalente em relação à esta prática. Esta ambivalência se refere ao comportamento do pai que ora está voltado para a amamentação, ora para o desmame. Em alguns momentos, ele incentiva a mulher a ingerir líquidos para estimular a amamentação para, logo em seguida, oferecer chá na mamadeira para acalmar o bebê que chora<sup>(22)</sup>.

Assim, é lícito afirmar que o pai exerce influência no processo de aleitamento, seja durante a instalação ou a manutenção desta prática. Entretanto, de modo geral o pai não está envolvido no processo de amamentação e raramente recebe ou participa de orientações em grupo de gestante ou pré-natal. Apesar de haver pesquisadores mostrando que o AME até os seis meses de vida é maior entre crianças cujos pais receberam orientações sobre o processo de amamentação<sup>(23-24)</sup>, pouca atenção tem sido dada ao homem, no sentido de prepará-lo para a paternidade.

No presente estudo, foi rara a participação do pai/companheiro nos grupos de gestantes, o que leva à reflexão sobre o despreparo e a falta de informações para que, de fato, o homem possa fornecer um apoio efetivo à gestante e à nutriz, com vistas à manutenção do aleitamento. Autoras discutem que os pais gostariam de se envolver e apoiar suas parceiras na amamentação, mas se sentem deixados de fora e desamparados. As autoras reforçam que os pais desejam receber informações específicas e acessíveis sobre os benefícios da amamentação e sobre estratégias para incentivar e apoiar a parceira<sup>(23)</sup>. Aponta-se, com estes achados, uma lacuna deixada pelos profissionais de saúde na preparação do pai, que deveriam ser envolvidos, incluídos e apoiados, sendo reconhecida a sua importância na prática da amamentação.

Um estudo de metanálise comprovou que, quando os pais/companheiros são incluídos nas intervenções educacionais sobre aleitamento materno nos períodos de pré e pós-natal do bebê, há duas vezes mais chances de ocorrer o AME por seis meses<sup>(24)</sup>.

Porém, a presença de um pai sem preparo para oferecer o suporte adequado para a companheira pode ser prejudicial à manutenção do aleitamento. Pesquisadoras mostraram que a não coabitação com o pai/companheiro tinha associação positiva com a manutenção do AM por 2 anos ou mais. As autoras sugerem que coabitar com o companheiro acarretaria maior demanda para a mulher, sobretudo se ele não colabora com as atividades domésticas<sup>(11)</sup>.

Outro estudo mostrou que o envolvimento paterno nos cuidados com o bebê e com atividades domésticas foi inversamente associado à amamentação durante os primeiros 6 meses de vida, ou seja, o envolvimento do pai nestas atividades não fora capaz de reduzir a ansiedade materna a ponto de estimular o aleitamento<sup>(25)</sup>.

No presente estudo, quase metade das mães que não recebiam ajuda para cuidar da casa mantiveram o filho em AME aos 180 dias. De acordo a literatura, o apoio prático e emocional fornece resultados diferentes em relação à amamentação. O apoio emocional está associado à maior probabilidade de iniciar a amamentação, porém o apoio prático pode desencorajar o AM. Isto porque, ao prestar apoio prático, o pai oferece fórmulas infantis aos bebês, que dessa forma são menos dependentes das mães para alimentação. Os autores ressaltam, ainda, que há poucas evidências na literatura sobre a

associação entre a eficácia do apoio prático e a amamentação<sup>(26)</sup>.

Contraditoriamente, outro estudo defende que a participação do pai é peça fundamental para que o AM ocorra de forma exclusiva por mais tempo<sup>(27)</sup>. Segundo estes autores, o apoio do parceiro está associado a níveis favoráveis de autoeficácia materna, determinante para a prática da amamentação<sup>(28)</sup>.

Dessa forma, parece haver uma controvérsia sobre a participação do pai durante a amamentação, sendo que ele pode influenciar positiva ou negativamente esta prática. Ao mesmo tempo em que podem estimular as mulheres a prosseguirem amamentando, podem também apresentar sentimentos de ansiedade, ciúme, rejeição, exclusão, dificuldades sexuais, abandonando suas companheiras durante essa prática. A percepção do pai sobre a amamentação é responsável por determinar se o apoio oferecido à mulher será positivo ou negativo. Se o mesmo perceber a amamentação como importante, irá manifestar ações apoiadoras; ao contrário, se perceber a mesma como uma prática negativa, que o exclui do cuidado com seu filho, ele poderá apresentar-se pouco colaborativo, inferior e incompetente e acreditar que não possa participar desta experiência, por ser uma prática exclusiva da mãe<sup>(29)</sup>.

Pesquisadores mostraram que os pais acreditavam que amamentar era escolha das mulheres, e que seu papel era apenas o de apoiar a parceira, mas não tinham ideia do que poderiam fazer ou dizer. Alguns pais achavam que poderiam sugerir alimentação mista ao bebê, para permitir um maior intervalo entre as mamadas, permitindo mais tempo de descanso à mãe. Desta forma, eles poderiam ajudar com a alimentação do bebê em alguns momentos e o bebê ainda se beneficiaria da amamentação. Esses estudos indicam a necessidade de que os pais recebam informações sobre a amamentação e sobre estratégias de apoio à parceira para a prática do AM, bem como da sua inclusão nos grupos de pré-natal<sup>(30)</sup>. Intervenções educacionais direcionadas aos pais poderiam contribuir para a manutenção do aleitamento materno, uma vez que ajudaram o pai a estar mais apto para oferecer o apoio adequado à mulher.

A escala ou o instrumento para avaliação da percepção da mãe em relação ao apoio paterno não permite sondar a qualidade do apoio oferecido. Uma das questões do instrumento, referente ao apoio instrumental, foi se o pai tinha tempo para acompanhar a gestante nas consultas de pré-natal. Os resultados mostraram que quase metade dos pais não conseguiu ou conseguiu raramente acompanhar a gestante, o que pode ter interferido na qualidade do apoio oferecido para a prática da amamentação. Participar das consultas de pré-natal infere para que o pai adquira informações sobre amamentação que possam auxiliar a nutriz. O pai só participará de forma efetiva junto a nutriz na promoção do aleitamento materno se políticas públicas de saúde se consolidarem propondo ações que visem a participação e inserção deles em grupos de pré e pós-natal, inserindo estratégias de intervenções educacionais

sobre AM que inclua os pais neste processo para que, de fato, possam apoiar as nutrizes no AME

Outra questão relacionada ao apoio instrumental era se ao amamentar de madrugada, o companheiro lhe fazia companhia. Ao comparar as respostas das mães aos 30 e aos 180 dias, percebe-se que este tipo de apoio instrumental diminui consideravelmente. Entretanto, o instrumento não permite identificar o tipo de participação que o pai/companheiro tinha junto a nutriz.

Assim, a escala ora utilizada para verificar o apoio paterno limita-se a dicotomizar os dados em maior ou menor percepção de apoio pela mulher, por meio da mediana das pontuações obtidas. Porém, a qualidade do apoio parece ser uma avaliação mais subjetiva, que um instrumento único, quantitativo, não é suficientemente capaz de avaliar. Outro ponto que merece ser destacado é que a escala likert de três pontos, modelo utilizado para pontuação nesta escala, é menos confiável e tem menor capacidade de demonstrar com precisão a opinião do entrevistado quando comparada com a escala likert de cinco e de sete pontos. Além disso, a presença de questões invertidas e da resposta “não se aplica” podem confundir os entrevistados e enfraquecer o poder da escala<sup>(31)</sup>. Por meio do instrumento utilizada neste estudo, a mulher consegue relatar se o pai/companheiro a apoia nunca, raramente/às vezes ou quase sempre/sempre em determinada atividade prática, mas não consegue descrever ou detalhar quais são os apoios práticos executados, de fato, pelo pai, e nem mensurar a qualidade dessa participação.

## 5. CONCLUSÃO

Os fatores preditivos ao AME aos 30 dias de vida do bebê foram: ter residência própria, experiência em amamentar, pais que sempre ou quase sempre sentiam o movimento do bebê no ventre da mãe e crianças do sexo feminino e aos 180 dias: maior renda familiar, gravidez planejada, mães com experiência em amamentar, não utilizar chupeta e não retorno da mãe ao trabalho. Contrariando o esperado, a percepção da mãe sobre o apoio do pai/companheiro em relação a amamentação é um fator de risco para o AME aos 180 dias, pois quanto maior a percepção do apoio menor o AME.

## REFERÊNCIAS

1. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016; 387 (10017): 475-90.
2. World Health Organization [WHO]. Sixty-fifth World Health Assembly. Resolutions and decisions. Geneva: 21-26 may 2012.

3. Rodrigues G de M S, Lima OF, Aoyama E de A, Souza RAG de. Aleitamento materno é mais que um direito: um benefício para toda a família. *ReBIS*. 2019;1 (1) :1-8.
4. Gutmann VLR, Silva CD, Fazio A, Mota MS, Acosta DF. Cuidados com o recém-nascido: a contribuição do pai no aleitamento materno. *Vitalle- Revista de ciências da Saúde*. 2018;30 (2): 21-30.
5. França MS de. Validação de instrumentos de medição das práticas apoiadoras da rede social a mulher/nutriz. [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, programa de pós-graduação em Enfermagem, 2015.
6. Cavalcanti NB, Silva ACM da, Nascimento JWA do. Fatores associados ao desmame precoce no Brasil: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 2021; 10(1)
7. Souza MHN, Sodr e VRD, Silva FNF. Prevalence and factors associated with breastfeeding for children attending a public communitarianchild daycare center. *Ciencia y Enfermerla*. 2015; XXI (1): 55-67.
8. Wenzel D, Souza SB. Factors associated with breastfeeding in two municipalities with low human development index in Northeast Brazil. *Rev Bras Saude Matern. Infant*. 2014; 14 (3): 241-9.
9. Warkenting S, Taddei JAAC, Viana KJ, Colugnati FAB. Exclusive breastfeeding duration and determinants among Brazilian children under two years of age. *Revista de Nutri o*.2013;26 (3): 259-69.
10. Boccolini CS, de Carvalho ML, Oliveira MIC de. Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: A systematic review. *Rev Saude Pública*. 2015; 49: 91.
11. Rimes KA, Oliveira MIC de Boccolini CS. Maternity leave and exclusive breastfeeding Licen a-maternidade. *Revista de Saude Pública*. 2019; 53: 10.
12. Monteiro FR, Buccini G dos S, Venâncio SI, Costa THM da. Influence of maternity leave on exclusive breastfeeding. *J. Pediatr (Rio J)* 2017 Sep./Oct; 93 (5): 475-81.
13. Brasileiro AA, Ambrosano GMB, Marba STM, Possobon R de F. Breastfeeding among children of women workers. *Rev Saude Pública*. 2012;46 (4): 642-48.
14. Martins EJ, Giugliani ERJ. Which woman breastfeed for 2 years or more? *J Pediatr (Rio J)*.2012;88 (1): 67-73.
15. Rollins NC, Bhandari N, Hajeerhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*.2016;387(10017): 491-504.
16. Guendelman S, Kosa JL, Pearl M, Graham S, Goodman J, Kharrazi M. Juggling work and breastfeeding: effects of maternity leave and occupational characteristics.

Pediatrics. 2009; 123 (1): e38-46.

17. Santos SMS, Dantas A de SB, Cavalcante EGR et al. Uso da chupeta como fator preditivo a interrupção precoce da amamentação: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*. 2021; 10(8):e2710816672.

18. Araújo SC de, Souza ADA de, Bomfim ANA, Santos JB dos. Fatores intervenientes do desmame precoce durante o aleitamento materno exclusivo. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2021; 13(4).

19. Lindberg L, Maddow-Zimet I, Kost K, Lincoln A. Pregnancy intentions and maternal and child health: a analysis of longitudinal data in Oklahoma. *Matern Child Health J*. 2015;19 (5): 1087-96.

20. Mitchell-Box KM, Braun KL. Impacto f male-partner-focused interventions on breastfeeding initiation, exclusivity, and continuation. *J Hum Lact* 2013; 29: 473-9.

21. Duarte J, Nelas P, Coutinho E, Chaves C, Amaral, O; Dionísio R. Influence of obstetric and maternal characteristics on the prevalence of breastfeeding. *Revista de Psicologia*. 2019;1 (3): 357-66.

22. Silva BT, Santiago LB, Lamonier JA. Fathers support on breastfeeding: an integrative review. *Rev Paul Pediatr*. 2012;30 (1) :122-30.

23. Brown A, Davies R. Fathers' experiences of supporting breastfeeding: challenges for breastfeeding promotion and education. *Maternal and Child Nutrition*. 2014;10: 510-26.

24. Mahesh PKB, Gunathunga MW, Arnold SM, Jarasinghe C, Pathirana S, Makarim MF, et al. Effectiveness of targeting fathers for brastyfeeding promotion: systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2018; 18:1140.

25. Jun I, Takeo F, Ronald GB. Is Paternal Infant Care Associated with Breastfeeding? A Population-Based Study in Japan. *Journal of Human Lactation*. 2013;29 (4): 491-9.

26. Emmott EH, Mace R. Practical Support from Fathers and Grandmothers Is Associated with Lower Levels of Breastfeeding in the UK Millennium Cohort Study. *PLOS ONE*. 2015;10 (7): e133547.

27. Abbass-Dick J, Dennis CL. Breast-feeding Coparenting Framework. Breast-feeding Coparenting Framework: A New Framework to Improve Breast-feeding Duration and Exclusivity. *Family & Community Health*. 2017; 40(1): 28-31.

28. Yang X, Gao LL, Ip WY, Sally Chan WC. Predictors of breast-feeding self-efficacy in the immediate postpartum period: A cross-sectional study. *Midwifery*. 2016 Oct; 41:1-8.

29. Marques ES, Cotta RMM, Magalhães KA, Sant'Ana LFR, Gomes AP, Batista RS. The influence of the social net of lactating mothers in the breastfeeding: the strategic

role

of the relatives and professionals of health. *Cienc. Saúde colet.* 2010;15 (1): 1391-400.

30. Merrit R, Vogel M, Ladbury P, Johnson S. A qualitative study to explore father's attitudes towards breastfeeding in Southwest England. *Primary Health Care Research & Development.* 2019;20 (e24):1-7.

31. Dalmoro M, Vieira KM. Dilemmas of the type likert scales construction: does the number of items and the disposition influence results? *Revista Gestão Organizacional.* 2013; 6: 161-74.

### FATHER'S SUPPORT AND EXCLUSIVE BREASTFEEDING PRACTICES: A LONGITUDINAL STUDY

**ABSTRACT** - To verify whether the mother's perception of the support offered by the father/partner influenced the maintenance of exclusive breastfeeding until the child's sixth month of life. Method: Longitudinal study with 310 women, carried out during pregnancy, with 30 and 180 days of life of the child. Association analysis was performed between exclusive breastfeeding (30 and 180 days) and socioeconomic, demographic, gestational and paternal support variables, in addition to simple and multiple logistic regression, survival curves. Results: At 30 days, girls who lived in their own home, daughters of experienced breastfeeding mothers, fathers who always/ almost always felt the baby's movement in the womb had a greater chance of being exclusively breastfed. At 180 days, children born into higher-income families, as a result of planned pregnancy, with experienced breastfeeding mothers, who did not offer a pacifier, did not return to work, and who had a lower perception of support offered, had more chance of being exclusively breastfed. by the partner. Conclusion: Perceptions of support were associated with maintenance of exclusive breastfeeding only at 180 days, with the percentage of exclusive breastfeeding being higher among mothers with a lower perception of support from the father/partner.

**KEYWORDS:** Breast Feeding; Fathers; Social Support; Weaning; Risk Factors.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Açúcares 49  
Afetivo 82, 106  
Afro-americanas 44  
Agitada 82  
Agravos 29, 101  
Água 75  
Aleitamento 12-29, 34, 36-89, 91, 94-97, 99-113  
Alergia 75  
Alojamento 77-79, 81, 90, 94  
Alta 14, 19, 21, 22, 36, 45, 48-61, 64, 66, 67, 70, 76, 77, 80, 81, 88  
Alugada 64  
Amostra 19, 21, 24, 28, 30, 32, 35, 39, 44, 52, 55, 61, 62, 64-69, 74, 76-78, 80-82, 84, 87, 89, 91, 94, 95, 100-102, 104-106  
Análise 13, 16, 18, 26, 30, 31, 39, 40, 52, 55, 60, 64, 71, 72, 77, 84, 87-99, 101-103  
Ansiedade 82, 107, 108  
Aprendizagem 69, 88  
Associação 27-31, 33, 43, 45, 48, 49, 52-54, 56, 57, 60-62, 64, 66-69, 74, 76-81, 85, 88, 91, 95, 97, 99, 100, 106-108  
Australiana 44  
Autoconfiança 29, 38, 55, 95  
Autoeficácia 12, 13, 31, 34, 36-74, 108

### B

Bancos 15  
Barreiras 23  
Básicas 32

Bebê 14, 15, 23, 29, 33, 49, 58, 75, 76, 82, 91, 93, 99, 101, 102, 104-109  
Benefícios 23, 25, 48, 49, 67, 80, 95, 100, 105, 107  
Biológicos 96  
Biopsicossociais 13, 87-99  
Bolsistas 89  
Brasil 15, 25, 37, 39, 43, 51, 63, 83, 88, 90, 100  
Brasileira 15, 27, 28, 30, 33, 37, 44, 45, 61, 67, 70, 75, 83-86, 96, 97  
Bucal 16

### C

Calmante 82  
Canguru 15  
Casa 53, 64, 76, 102, 105, 107  
Cefálico 75  
Cesárea 52, 66, 77, 79, 81  
Chá 5, 16, 22, 26, 28, 29, 31, 35, 44, 45, 52, 54, 56, 58, 67-69, 71, 72, 75, 78, 80-84, 92, 95, 99, 102, 104-107, 110-112  
Chefe 90, 92  
Chinesas 44  
Choro 23, 82  
Chupetas 23, 26, 75, 96  
Civil 17, 19  
Coerência 12, 28-36  
Coleta 26, 28, 30, 31, 33, 49-52, 63, 76, 87-90, 96, 100, 101  
Companheiro 44, 51-53, 63-65, 68, 80, 90, 92, 99-102, 107, 109  
Comportamento 22, 37, 49, 50, 55, 62, 69, 106

Confiança 30, 31, 37, 38, 43-45, 48, 49, 51, 52, 54, 55, 60, 62, 67, 69, 70, 93, 94, 101-103

Conjunto 15, 19, 77-79, 81, 90, 94

Controle 13, 76, 87-99

Convicção 37

Crânio 75, 85

Crenças 22, 26, 88

Criança 13-26, 31, 34, 37, 42, 44, 48-55, 57, 60-97, 99, 100, 102-107, 109

Crêrrios 38, 39, 42, 50, 63

## D

Dados 14-19, 23, 28, 30, 33, 37-39, 49-52, 54, 60, 63-65, 67, 68, 76, 77, 80, 81, 89, 90, 100-102, 109

Demográfica 18, 19, 28, 30, 48, 52, 53, 61, 64, 68, 74, 78, 84, 87, 88, 99, 102, 103

Depressão 34, 43, 57

Desafiador 70

Desafio 15, 22, 55, 61, 68

Desenho 50, 62

Desfecho 30, 38, 52, 56, 87, 89-91, 101-103

Desmame 14, 20, 23, 25, 26, 34, 38, 43, 44, 49, 52, 54-58, 60, 62, 64, 67, 69, 74, 80-84, 87-98, 100, 105, 106, 110, 111

Divisor 30

Dormir 82

Duração 12, 15, 24, 26, 36-48, 57, 68, 72, 80, 81, 84, 85, 98

## E

Educação 15, 26, 46, 69, 97

Escala 30, 37, 38, 42, 43, 46, 51, 52, 56, 58, 63, 64, 67, 70, 87, 88,

90, 95, 96, 98, 101, 108, 109

Escolaridade 19, 23, 30, 50, 52, 54, 63-65, 68, 76, 78, 80, 88, 90, 92, 94-96, 101

Estado 17, 19, 29, 43, 47, 50, 62, 68, 74, 76, 90, 94, 100, 106

Estratégia 15, 21-23, 37, 38, 43, 45, 46, 52, 55, 61, 69, 72, 76, 95, 96, 107, 108

Estudo 13, 14, 16-19, 21-24, 28-34, 36-45, 47, 48, 50, 52, 54, 55, 60, 62-64, 67-70, 72-74, 76, 77, 80-84, 88-90, 92, 94, 95, 97, 99-113

Etária 24, 33, 67

Exame 16, 50, 62, 101

Exclusão 39, 108

Exclusivo 13-22, 24-26, 36-38, 44-46, 48-57, 60-62, 64-68, 70, 72-88, 96, 97, 99-113

## F

Familiar 15, 17-19, 29, 30, 32, 33, 37, 44, 49, 52, 64, 68, 77, 90, 109

Fases 63

Fatores 13, 14, 23, 26, 33-35, 37, 46, 48, 50, 51, 56, 57, 69, 70, 72-100, 109-111

Fecundidade 67

Fisiológica 43, 75

## G

Geral 33, 48, 49, 51-56, 58, 63, 107

Gestacional 35, 43, 45, 50, 52, 55, 56, 61, 62, 64-66, 77, 79, 101

Gestão 12, 14-28, 112

Grau 52, 90, 94, 95, 101

Gravidez 16, 28-35, 39, 63, 64, 68, 76-78, 90, 92, 99, 101, 102, 104, 106, 109

## H

Habitação 91, 92  
Hábito 23, 24, 57, 75, 85  
Hierárquica 13, 87-99  
Hospitalar 12, 21, 45, 48-60, 62-64, 66, 76, 77, 80, 81  
Humor 29

## I

Impacto 21, 22, 24-26, 29, 32, 33, 37, 57, 61, 81, 84, 106, 111  
Incentivo 12, 14-28, 44, 45, 69, 84, 96, 100  
Inclusão 39, 42, 50, 63, 108  
Independentes 30, 39, 52, 64, 77, 87, 90, 91, 101  
Índices 15, 21, 22, 24, 55, 67, 88, 100  
Infecções 49, 75  
Influência 13, 23, 25, 26, 36, 46, 48, 50, 54, 57, 60-75, 83, 84, 89, 94, 96, 100, 105-108  
Instrumentos 36, 39, 43, 45, 48, 51, 55, 62, 89, 110  
Intercepto 94  
Intercorrências 68, 69, 90, 94  
Interdisciplinar 12, 14-28, 84, 96  
Intrapessoal 51, 55, 63  
Irritada 82

## J

Jovens 23, 31-33

## L

Latinas 44  
Leite 15, 17, 19, 23, 24, 26, 58, 75, 77, 82, 84, 85, 88, 105  
Ligação 63  
Limitações 33  
Locus 13, 87-98

Longitudinal 12-28, 34, 99-113

## M

Macrorregião 89  
Mãe 15-19, 22-24, 26, 28-34, 44, 45, 48, 49, 51, 53, 54, 56, 58, 61-63, 67, 69, 70, 72, 74, 76-85, 87, 89, 90, 92, 94-96, 99-109  
Mamadeiras 23, 96  
Mandíbula 75  
Manejo 16, 32, 63, 82, 90, 93, 95  
Materno 12-29, 33, 36-38, 44-58, 60-91, 94-97, 99-113  
Maxila 75  
Mecanismo 82  
Mensal 18, 19, 30, 49, 50, 52, 64, 65, 90, 101  
Mês 13-16, 18, 19, 21-24, 26, 28-30, 32, 33, 37, 38, 44, 45, 50-52, 54, 56, 57, 60, 61, 67-70, 72, 74-91, 93, 95, 97, 99-101, 104, 105, 107, 108  
Metabolismo 75  
Método 15, 16, 28, 30, 32, 36, 38, 48, 50, 60, 62, 74, 76, 87, 89, 99, 100, 102  
Modelo 15, 22, 24, 26, 30, 44, 77, 87, 89, 91, 101, 109  
Mulher 25, 26, 29-31, 33, 36-39, 42-45, 49-55, 60-70, 76, 80, 84, 88, 89, 95, 97, 99-102, 104-110  
Múltiparas 53, 66, 68, 80, 95

## N

Nascido 27, 97  
Neonato 44, 68  
Nutricional 29  
Nutrientes 49

## O

Obstáculos 37, 43

Obstétrica 38, 52, 53, 61, 64, 66  
Obtenção 22, 28, 30, 39  
Orientações 50, 54, 56, 67, 69,  
75, 93, 97, 106, 107  
Orofacial 16

## P

Pai 13, 17-19, 23, 34, 37, 43, 44,  
51, 53, 54, 56, 61, 63, 64, 66-68,  
72, 76-78, 80, 90, 92, 94, 96, 99-  
113  
Paterna 19, 52, 56, 63-65, 90, 92,  
111, 112  
Pediátrica 38  
Peito 82  
Percebida 48, 49, 51, 54, 58, 80  
Percepção 22, 23, 29, 55, 56, 84,  
99-104, 106, 108, 109  
Perinatal 29  
Planejamento 12, 14-36, 43, 63,  
89, 90, 97, 106  
População 26, 28, 30, 33, 38, 50,  
61, 67, 76, 89  
Pós-parto 13, 16, 34, 36, 43, 44,  
57, 60-77, 79, 87, 101  
Prazeroso 70  
Precoce 13, 16, 17, 22, 23, 25, 26,  
38, 43, 44, 49, 52, 55, 60, 62, 67,  
87-100, 105, 106, 110, 111  
Pré-natal 15, 35, 46, 50, 54, 60,  
62, 67, 69, 71, 72, 77, 79, 81, 90,  
101, 107, 108  
Problema 22, 23, 33, 64, 77-79,  
81, 82, 90, 92, 93, 101  
Programa 12, 14-30, 32, 52, 58,  
61, 64, 74, 76, 81, 83, 84, 91, 96,  
102, 110  
Proteínas 49, 88  
Psicológicas 50

Puerpério 36, 37, 42-44, 46, 60-  
62, 65, 67, 70

## R

Recém 39, 44, 63, 100, 101, 110  
Recomendação 14, 37  
Relacionados 16, 37, 82, 87-99  
Renda 18, 19, 49, 50, 52, 54, 56,  
64, 65, 68, 77, 78, 80, 90, 92, 99,  
101, 102, 105, 109  
Reprodutiva 32, 68, 76  
Residência 64, 65, 90, 99, 105,  
109  
Revisão 12, 24-26, 34, 36-48, 54,  
57, 71, 84, 110, 111  
Risco 23, 24, 29, 31, 33-35, 38,  
39, 49, 56, 63, 69, 72, 74-76, 80,  
81, 88, 94, 100, 105, 109

## S

Salários 18, 19, 49, 52, 54, 56, 64,  
65, 68, 77, 79, 80, 92, 102  
Saúde 14-18, 22-27, 29-38, 43-  
50, 54, 56-58, 60-65, 68-77, 79,  
81-86, 89, 96-98, 100, 101, 106-  
108, 110-112  
Seleção 30, 38-40  
Senso 12, 28-36  
Sexual 32, 80  
Sintomas 43  
Sistemática 12, 37, 36, 38-48  
Socioeconômica 19, 28, 30, 34,  
48, 53, 54, 61, 74, 76, 78, 80, 84,  
87, 88, 97, 99, 102, 103  
Subescalas 90  
Sucção 75, 82, 85  
Suscetibilidade 22, 32

## T

Transversal 28, 30, 33, 42, 72, 74

## U

Unidades 32, 48, 50, 60, 62, 64, 65, 69, 70, 81, 89, 100, 106

Utilizados 17, 18, 38, 40, 51, 76, 89, 101

## V

Vacinação 28, 30, 87, 89, 94

Variáveis 17-19, 22, 28-31, 33, 49, 52, 53, 60-68, 74, 76-79, 81, 83, 84, 87-96, 99, 101-103

Versão 28, 30, 37, 38, 45, 51, 64

Vida 13-16, 18, 19, 21-23, 26, 27, 29, 32, 33, 37, 44, 45, 49, 50, 56, 57, 60-91, 94, 95, 99, 100, 102-107, 109

Vínculo 29, 49, 106

Vitaminas 18, 49, 75

Voluntários 89

Vulnerabilidade 25, 43, 58, 95

## **SOBRE A ORGANIZADORA**

### **Rosana de Fátima Possobon**

Graduada em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas (FOP-Unicamp) (1991), tem mestrado e doutorado em Odontologia, com área de concentração em Farmacologia, Anestesiologia e Terapêutica também pela FOP-Unicamp (2000 e 2003) e pós-doutoramento pela University of Florida (Community Dentistry and Behavioral Science Department - College of Dentistry - Gainesville - Fl - EUA- 2017-2018).

É Professora Associada (MS5-3) da Área de Psicologia Aplicada do Departamento de Ciências da Saúde e Odontologia Infantil da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Unicamp e coordenadora do Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais - Cepae-FOP-Unicamp. Docente responsável e coordenadora do Curso de Especialidade Profissional “Atendimento Interdisciplinar Preventivo na Primeira Infância” (FOP-Unicamp).

Tem experiência na área de Odontologia, atuando principalmente nos seguintes temas: comportamentos de saúde, manejo do comportamento infantil em odontologia, aleitamento materno, programa preventivo em puericultura e interdisciplinaridade em saúde.



## **Reflexões sobre Características Parentais que Influenciam a Gestação e o Aleitamento Materno**

[www.bookerfield.com](http://www.bookerfield.com) 

[contato@bookerfield.com](mailto:contato@bookerfield.com) 

[@bookerfield](https://www.instagram.com/bookerfield) 

Bookerfield Editora 



# Reflexões sobre Características Parentais que Influenciam a Gestação e o Aleitamento Materno

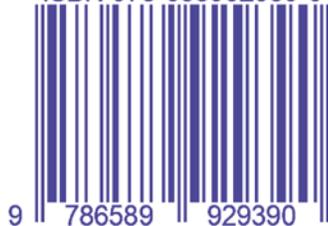
[www.bookerfield.com](http://www.bookerfield.com) 

[contato@bookerfield.com](mailto:contato@bookerfield.com) 

[@bookerfield](https://www.instagram.com/bookerfield) 

Bookerfield Editora 

ISBN 978-658992939-0



9

786589

929390