UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

CAROLINA MARIA DE SÁ GUIMARÃES

Autoeficácia na amamentação no pós-parto imediato entre puérperas adolescentes e adultas
em uma maternidade no município de Ribeirão Preto/SP.

Ribeirão Preto

2015

CAROLINA MARIA DE SÁ GUIMARÃES

Autoeficácia na amamentação no pós-parto imediato entre puérperas adolescentes e adultas
em uma maternidade no município de Ribeirão Preto/SP.

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciências, Programa
Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Assistência à saúde da
mulher no ciclo vital

Orientadora: Profa. Dra. Juliana Cristina dos
Santos Monteiro

Ribeirão Preto

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Guimarães, Carolina Maria de Sá

Autoeficácia na amamentação no pós-parto imediato entre
puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade no município de
Ribeirão Preto/SP. Ribeirão Preto, 2015.

108p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde
Pública.

Orientadora: Monteiro, Juliana Cristina dos Santos.

1. Aleitamento materno. 2. Autoeficácia. 3. Confiança. 4. Saúde materno-infantil

GUIMARÃES, Carolina Maria de Sá

Autoeficácia na amamentação no pós-parto imediato entre puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade no município de Ribeirão Preto/SP.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Enfermagem Saúde Pública.

Aprovado em: / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

*Dedico este trabalho a cada uma das **mães** que passaram pela minha vida profissional ao longo de todos esses anos, e que na árdua, mas inesquecível, batalha pelo **aleitamento materno**, me permitiram fazer parte de suas histórias, e me deram a honra de aprender e de viver as emoções e as riquezas que só a amamentação é capaz de proporcionar. Cada atendimento, cada mamada acompanhada foi fundamental não somente para a elaboração e conclusão deste trabalho, mas principalmente para me tornar uma profissional melhor e uma mulher mais consciente.*

Agradecimento especial

*À minha querida professora, orientadora e parceira **Dra Juliana Cristina dos Santos Monteiro**, agradeço por todo este período de convívio, de aprendizados, de companheirismo. Obrigada pela oportunidade de ser sua aluna, pela paciência e incentivo, e principalmente pela confiança, por acreditar em minha capacidade.*

Jú, seu cuidado, sua amizade, seus “puxões de orelha”, sua alegria e seu profissionalismo foram fundamentais para a conclusão deste trabalho. Muito obrigada!

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus, pela oportunidade de crescimento pessoal, profissional e espiritual, por iluminar meus caminhos e por me guiar até aqui.

*Aos meus pais, **Areovaldo** e **Argenita**, pelo dom da vida e pelos ensinamentos que me ajudaram a ser uma pessoa de bem.*

*À minha querida amiga, parceira, irmã e às tantas vezes “mãe”, **Luciana Herrero** por todas as oportunidades, pelo apoio, pelo carinho, pela paciência, pelo incentivo e pela compreensão. E a toda equipe do **Instituto Aninhare** pela parceria e cumplicidade.*

*Às minhas amigas **Luciana Stoppa**, **Estefania Piza** e **Michele Belan** pelos “momentos-desabafo”, pela torcida e pela amizade.*

*Às amigas e parceiras **Alexandra Amaral** e **Anna Maria Meyer** que me inspiraram e incentivaram a buscar esta oportunidade, e pelos nossos deliciosos encontros e cafés ao longo deste período.*

*Às minhas parceiras de estudo **Raquel Germano** e **Bruna Cremasco**, por dividir as responsabilidades, as conquistas e as dificuldades das diversas fases deste trabalho.*

*Às minhas amigas e parceiras nesta jornada do Mestrado, em especial à **Marina Sayuri**, pelos momentos partilhados, pela cumplicidade e pela amizade empre.*

*Às Profas. Dras **Ana Márcia S. Nakano** e **Flávia Azevedo Gomes-Sponhoz** pelas valiosas contribuições e orientações no exame de qualificação.*

*À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, ao **Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública** e aos docentes pelo aprendizado e crescimento profissional.*

*Às **puérperas participantes do estudo** por doar um momento de seu tempo e compartilhar informações que foram fundamentais para a construção deste trabalho.*

*A todos os **profissionais** que, de alguma forma, contribuíram com seus conhecimentos para a realização deste trabalho.*

“(...) De igual modo, a maternidade é a plenitude do coração feminino, que norteia o progresso. Concepção, gravidez, parto e devoção afetiva representam estações difíceis e belas de um ministério sempre divino.”

(Chico Xavier e Waldo Vieira – pelo Espírito André Luiz).

RESUMO

GUIMARÃES, C. M. S. **Autoeficácia na amamentação no pós-parto imediato entre puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade no município de Ribeirão Preto/SP**. 2015. 108 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

O aleitamento materno é recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) até o sexto mês de vida da criança, e complementado até 2 anos ou mais. Esta recomendação baseia-se nos inúmeros benefícios da amamentação já descritos pela literatura. Apesar destes benefícios, os índices de amamentação no Brasil e no mundo encontram-se abaixo do recomendado. Dentre os fatores que levam as mulheres a desmamar precocemente destaca-se a confiança em amamentar, também conhecida como Autoeficácia na Amamentação, que é uma variável modificável e pode, assim, ser melhorada quando é identificada. Os objetivos deste estudo foram: verificar a autoeficácia na amamentação entre puérperas adolescentes e adultas no pós-parto imediato; comparar os escores da autoeficácia na amamentação entre os dois grupos; verificar a associação entre as variáveis socioeconômicas, obstétricas e neonatais e os níveis de autoeficácia na amamentação. Trata-se de um estudo observacional, transversal e descritivo, realizado no alojamento conjunto do CRSM-MATER, no município de Ribeirão Preto/SP. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a julho de 2014, utilizando-se como instrumentos um questionário com informações sociodemográficas e obstétricas; e a versão brasileira da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES) que avaliou a autoeficácia na amamentação. A amostra foi constituída de 400 puérperas, sendo 306 adultas e 94 adolescentes. Os dados foram processados e analisados utilizando-se os programas estatísticos Statistical Analysis System SAS® 9.0 e R versão 3.0. A análise dos dados foi fundamentada na estatística descritiva para caracterizar a amostra; para verificar a associação entre as variáveis qualitativas, foi realizado o Teste Exato de Fisher; para comparar os valores de autoeficácia entre puérperas adolescentes e adultas, as médias foram submetidas ao teste *t-Student*. Para todos os testes foi considerado um nível de significância de 5%. Tanto entre as puérperas adolescentes quanto entre as puérperas adultas, a maioria (54%) apresentou níveis elevados de autoeficácia, e a diferença entre os escores de adolescentes e adultas não foi estatisticamente significativo ($p=0,3482$). Entre as adolescentes, níveis de autoeficácia mais elevados e estatisticamente significativos estavam associados às variáveis: ter apoio da mãe ou da sogra no pós-parto ($p=0,0083$), amamentar na primeira hora de vida ($p=0,0244$) e estar em aleitamento materno exclusivo no momento da coleta de dados ($p=0,0148$). Entre as adultas, as que se declararam de cor preta ou parda apresentaram níveis de autoeficácia mais elevados, como também as que apresentavam maior nível de escolaridade, sendo estes resultados estatisticamente significativos, ($p=0,0304$ e $p=0,0280$ respectivamente). Conclui-se que a idade isoladamente não foi um fator preditivo da autoeficácia mais elevada, porém cada grupo apresentou particularidades que influenciaram a confiança da mulher no ato de amamentar. Os profissionais devem estar atentos à autoeficácia na amamentação, visto que é uma variável modificável, com o intuito de direcionar ações específicas aos grupos de mulheres adolescentes e adultas, favorecendo assim o aumento dos índices de aleitamento.

Descritores: Aleitamento materno. Autoeficácia. Confiança. Saúde Materno-infantil.

ABSTRACT

GUIMARAES, C. M. S. **Breastfeeding Self-efficacy in the immediate postpartum period between adolescents and adults mothers at a maternity hospital in Ribeirao Preto, Brazil.** 2015. 108 f. Thesis (Master) – University of São Paulo at Ribeirao Preto College of Nursing. Ribeirao Preto, 2013.

The World Health Organization (WHO) recommends exclusive breastfeeding for the first six months of life and continued breastfeeding with complementary foods up for two years. This recommendation is based on the benefits described on the scientific literature. However, Brazilian and world exclusive breastfeeding rates are lower than recommended. The maternal confidence for breastfeeding, called Breastfeeding Self-efficacy, is one reasons for the early weaning and is a modifiable variable that can be improved, once it is identified. The aims of this study are: measure breastfeeding self-efficacy between adolescents and adults mothers in the immediate postpartum; comparing breastfeeding self-efficacy scores between these two groups; verifying the association between socioeconomics, obstetrics and neonatal results with breastfeeding self-efficacy levels. This is an observational, cross-sectional and descriptive study, developed at a maternity hospital in Ribeirao Preto, Brasil. Data were collected between January and July 2014; the sociodemografics and obstetrics information were collected using a questionnaire developed for this study; the breastfeeding self-efficacy scores was obtained using the Brazilian version of the *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES). The sample consisted of 400 mothers, with 306 adults and 94 adolescents. Data were processed and analyzed using the Statistical Analysis System SAS® 9.0 and R 3.0 version. Descriptive statistics were used to analyze the socio-demographics and obstetrics datas; Fisher Exact Test was used to verify association between qualitative variables; *Student t*-test was used to compare medians of breastfeeding self-efficacy between adolescents and adults mothers. For all tests was considered a 5% significance level. Most adolescents and adults mothers (54%) presented high levels of breastfeeding self-efficacy and there was no statistical significant difference between scores of adolescents and adults mothers ($p=0,3482$). Between the adolescents mothers, the high levels of breastfeeding self-efficacy were associated with these variables: have support of mother or mother in law at the postpartum period ($p=0,0083$), breastfeeding at the first hour of life ($p=0,0244$) and exclusively breastfeeding at the moment of data collection ($p=0,0148$). Between the adults mothers, women whom were considered themselves as black or brown-skinned had high levels of breastfeeding self-efficacy, as also whom had more educational levels and this results were statistical significant ($p=0,0304$ and $p=0,0280$ respectively). In conclusion, the maternal age only was not a predictive of high level of breastfeeding self-efficacy. However, each group of mothers presented particularities that could influence the women breastfeeding confidence. Health professionals need to be careful about breastfeeding self-efficacy since this is a modifiable variable, in order to direct specific actions for each group of mothers (adolescents and adult mothers) to improve the breastfeeding rates.

Descriptors: Breastfeeding. Self-efficacy. Confidence. Maternal and Child Health

RESUMEN

GUIMARÃES, C. M. S. **Autoeficacia para la Lactancia Materna en el posparto inmediato entre puérperas adolescentes y adultas en una maternidad en la ciudad de Ribeirão Preto/SP**. 2015. 108 f. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

La lactancia materna es recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) hasta el sexto mes de vida del niño, y complementada hasta 2 años o más. Esta recomendación se basa en los inúmeros beneficios del amamantamiento ya descritos por la literatura. A pesar de estos beneficios, los índices del amamantamiento en el Brasil y en el mundo se encuentran abajo del recomendado. Entre los factores que llevan al desmame precoz de las mujeres se destaca la confianza en amamantar, también conocida como Autoeficacia para la Lactancia Materna, que es una variable modificable y puede, de ese modo, ser mejorada cuando es identificada. Los retos de este estudio fueron: verificar la Autoeficacia para la Lactancia Materna entre puérperas adolescentes y adultas en el posparto inmediato; comparar los escores de la Autoeficacia para la Lactancia Materna entre los dos grupos; verificar la asociación entre las variables socioeconómicas, obstétricas y neonatales y los niveles de Autoeficacia para la Lactancia Materna. Se trata de un estudio observacional, transversal y descriptivo, realizado en el alojamiento conjunto del CRSM-MATER, en la ciudad de Ribeirão Preto/SP. La colecta de datos fue realizada en el período de enero a julio de 2014, utilizándose como instrumentos un cuestionario con informaciones socios demográficos y obstétricos, y la versión brasileña de la *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES) que evaluó el autoeficacia para la Lactancia Materna. La muestra fue constituida de 400 puérperas, siendo 306 adultas y 94 adolescentes. Los datos fueron procesados y analizados utilizándose los programas estadísticos Statistical Analysis System SAS® 9.0 y R versión 3.0. El análisis de los datos fue fundamentada en la estadística descriptiva para caracterizar la muestra; para verificar la asociación entre las variables cualitativas, fue realizado el Test Exacto de Fisher; para comparar los valores de autoeficacia entre puérperas adolescentes y adultas, las medias fueron sometidas al test *t-Student*. Para todos los testes fue considerado un nivel de significancia de 5%. Tanto entre las puérperas adolescentes cuanto entre las puérperas adultas, la mayoría (54%) presentó niveles elevados de autoeficacia, y la diferencia entre los escores de adolescentes y adultas no fue estadísticamente significativo ($p=0,3482$). Entre las adolescentes, niveles de autoeficacia más elevados y estadísticamente significativos estaban asociados a las variables: tener apoyo de la madre o de la suegra en el posparto ($p=0,0083$), amamantar en la primera hora de vida ($p=0,0244$) y estar amamantando exclusivamente en el momento de la colecta de datos ($p=0,0148$). Entre las adultas, las que se declaraban de color negra o parda presentaron niveles de autoeficacia más elevados, como también las que presentaban mayor nivel de escolaridad, siendo estos resultados estadísticamente significativos, ($p=0,0304$) y ($p=0,0280$) respectivamente. Se concluye que la edad aislada no ha sido un factor predictivo del autoeficacia más elevada, sin embargo, cada grupo presentó particularidades que influenciaron la confianza de la mujer en el acto de amamantar. Los profesionales deben de estar atentos al auto eficacia en el amamantamiento, visto que es una variable modificable, con el intuito de direccionar acciones específicas a los grupos de mujeres adolescentes y adultas, favoreciendo así, el aumento de los índices de amamantamiento.

Descriptor: Lactancia Materna. Autoeficacia. Confianza. Salud Materno-infantil.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	DISTRIBUIÇÃO DAS PUÉRPERAS PARTICIPANTES DO ESTUDO SEGUNDO IDADE, COR AUTORREFERIDA, ESCOLARIDADE, INTERFERÊNCIA DA GESTAÇÃO NOS ESTUDOS, RELIGIÃO, OCUPAÇÃO, ESTADO MARITAL, MORADIA, AUXÍLIO NOS CUIDADOS COM O BEBÊ E RENDA FAMILIAR EM SALÁRIOS MÍNIMOS DE R\$ 724,00. RIBEIRÃO PRETO, 2014.	46
TABELA 2	DISTRIBUIÇÃO DAS PUÉRPERAS QUANTO AO NÚMERO DE GESAÇÕES, PARTO, ABORTO E DE FILHOS VIVOS. RIBEIRÃO PRETO, 2014.	47
TABELA 3	DISTRIBUIÇÃO DAS PUÉRPERAS QUANTO AO PLANEJAMENTO DA GESTAÇÃO, INÍCIO DO PRÉ-NATAL E NÚMERO DE CONSULTAS NO PRÉ-NATAL. RIBEIRÃO PRETO, 2014.....	48
TABELA 4	DISTRIBUIÇÃO DAS PUÉRPERAS QUANTO A TER APRESENTADO INTERCORRÊNCIA NA GESTAÇÃO, TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO, E QUANTO AO TIPO DE PARTO. RIBEIRÃO PRETO, 2014.....	49
TABELA 5	DISTRIBUIÇÃO DOS NEONATOS, FILHOS DAS PARTICIPANTES, QUANTO AO SEXO E PESO AO NASCER. RIBEIRÃO PRETO, 2014.	49
TABELA 6	DISTRIBUIÇÃO DE PUÉRPERAS QUANTO A OCORRÊNCIA DA AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA E QUANTO AO TIPO DE ALEITAMENTO MATERNO NO MOMENTO DA COLETA DE DADOS. RIBEIRÃO PRETO, 2014.....	50
TABELA 7	DISTRIBUIÇÃO DAS PUÉRPERAS ADOLESCENTES E ADULTAS QUANTO À CLASSIFICAÇÃO DE AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO. RIBEIRÃO PRETO, 2014.....	51
TABELA 8	COMPARAÇÃO DE MÉDIA DOS ESCORES GLOBAIS DA <i>BREASTFEEDING SELF-EFFICACY SCALE</i> ENTRE PUÉRPERAS ADOLESCENTES E ADULTAS. RIBEIRÃO PRETO, 2014.....	51
TABELA 9	COMPARAÇÃO DE MÉDIA DOS ESCORES DO DOMÍNIO TÉCNICO DA <i>BREASTFEEDING SELF-EFFICACY SCALE</i> ENTRE PUÉRPERAS ADOLESCENTES E ADULTAS. RIBEIRÃO PRETO, 2014.....	52
TABELA 10	COMPARAÇÃO DE MÉDIA DOS ESCORES DO DOMÍNIO PENSAMENTO INTRAPESSOAL DA <i>BREASTFEEDING SELF-EFFICACY SCALE</i> ENTRE PUÉRPERAS ADULTAS E ADOLESCENTS. RIBEIRÃO PRETO, 2014.....	53
TABELA 11	ANÁLISE DA AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO, ASSOCIADA ÀS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ENTRE ADOLESCENTES E ADULTAS. RIBEIRÃO PRETO, 2014.	55
TABELA 12	ANÁLISE DA AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO, ASSOCIADA ÀS CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS ANTERIORES ENTRE ADOLESCENTES E ADULTAS. RIBEIRÃO PRETO, 2014.....	57
TABELA 13	ANÁLISE DA AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO, ASSOCIADA ÀS CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS ATUAIS ENTRE ADOLESCENTES E ADULTAS. RIBEIRÃO PRETO, 2014.	57

TABELA 14	ANÁLISE DA AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO, ASSOCIADA ÀS INTERCORRÊNCIAS E TIPO DE PARTO, ENTRE ADOLESCENTES E ADULTAS. RIBEIRÃO PRETO, 2014.	58
TABELA 15	ANÁLISE DA AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO, ASSOCIADA ÀS VARIÁVEIS SEXO DA CRIANÇA E PESO AO NASCER, ENTRE ADOLESCENTES E ADULTAS. RIBEIRÃO PRETO, 2014.	58
TABELA 16	ANÁLISE DA AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO, ASSOCIADA ÀS VARIÁVEIS “AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA DO NEONATO” E “TIPO DE ALEITAMENTO MATERNO NO MOMENTO DA COLETA”, ENTRE ADOLESCENTES E ADULTAS. RIBEIRÃO PRETO, 2014.....	59

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS DOS SCORES TOTAIS DA <i>BREASFEEDING SELF-EFFICACY SCALE</i> ENTRE PUÉRPERAS ADOLESCENTES E ADULTAS. RIBEIRÃO PRETO, 2014.	52
GRÁFICO 2	DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS DOS SCORES DO DOMÍNIO TÉCNICO DA <i>BREASFEEDING SELF-EFFICACY SCALE</i> ENTRE PUÉRPERAS ADOLESCENTES E ADULTAS. RIBEIRÃO PRETO, 2014.	53
GRÁFICO 3	DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS DOS SCORES DO DOMÍNIO PENSAMENTO INTRAPESSOAL DA <i>BREASFEEDING SELF-EFFICACY SCALE</i> ENTRE PUÉRPERAS ADOLESCENTES E ADULTAS. RIBEIRÃO PRETO, 2014.	54

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
INTRODUÇÃO	17
1.1 O DESMAME PRECOCE ENTRE PUÉRPERAS ADOLESCENTES E ADULTAS	19
1.2 AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO	300
2 OBJETIVOS	33
2.1 OBJETIVO GERAL.....	34
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
3 MÉTODO	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
3.1 DESENHO DO ESTUDO.....	36
3.2 LOCAL DO ESTUDO	37
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	37
3.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	38
3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO	40
3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	42
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	42
4 RESULTADOS	44
4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO	45
4.2 A AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO	50
4.3 AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO E AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E OBSTÉTRICAS: ANÁLISE DE ASSOCIAÇÕES	54
5 DISCUSSÃO	60
5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO	61
5.2 A AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO	67
5.3 AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO E AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E OBSTÉTRICAS: ANÁLISE DE ASSOCIAÇÕES	70
6 CONCLUSÕES.....	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
7 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E A PESQUISA.....	80
REFERÊNCIAS	83
APENDICE A	98
APENDICE B	100
APENDICE C	102
ANEXO A	105
ANEXO B	108

Apresentação

Desde a infância sempre estive envolvida com as questões da maternidade. Nas brincadeiras de criança sempre atuava “cuidando” de algum bebê, e quando alguma mulher da família se tornava mãe eu estava sempre por perto para ajudá-la nos cuidados com o recém-nascido. No momento da escolha pela profissão, durante o cursinho pré-vestibular, conheci mais sobre a Enfermagem e percebi que era o caminho a ser seguido.

Ingressei na universidade no ano de 2000, no curso de Bacharelado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), Universidade de São Paulo (USP). Durante a graduação participei de um projeto de Extensão Universitária intitulado “Atenção aos pais de recém-nascidos internados em UTI neonatal”, no qual fui bolsista da Coordenadoria de Assistência Social – COSEAS/USP. Este trabalho se constituía em promover atividades lúdico-pedagógicas com os pais que permaneciam na UTI neonatal, com o objetivo de preencher o seu tempo livre durante o período de internação dos bebês.

Também durante a graduação desenvolvi um trabalho de iniciação científica intitulado “O posicionamento correto do prematuro em cuidado intensivo e intermediário neonatal: bases teóricas para a assistência de enfermagem”, no qual fui bolsista PIBIC/USP/CNPq. Mas era durante os estágios em alojamento conjunto, atuando com o binômio mãe e filho que eu mais me identificava.

Conclui a graduação em 2003, e iniciei minha atuação no mercado de trabalho em hospitais gerais, e posteriormente na rede privada, no setor de Medicina Preventiva, através de grupos educativos e programas de monitoramento de pacientes portadores de diabetes. Em 2007 tive minha primeira oportunidade de atuar com grupo de gestantes, quando da ocasião trabalhava para o Grupo São Francisco Clínicas em Ribeirão Preto, no setor de Medicina Preventiva, e fui convidada a coordenar o grupo de gestantes oferecido pela empresa.

Neste mesmo ano, buscando aprimorar meus conhecimentos na área da saúde materno-infantil, fiz meu primeiro curso voltado para o aleitamento materno, realizado no Banco de Leite Humano do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP. O curso teórico-prático de banco de leite humano - processamento e controle de qualidade, me permitiu um contato mais profundo com as questões do aleitamento materno, o que me motivou a buscar mais conhecimento. Em 2009 tive a oportunidade de realizar o curso de Manejo Clínico do Aleitamento Materno, com o Dr. Marcus Renato de Carvalho, e neste mesmo ano também participei do Curso de Aconselhamento do Aleitamento Materno.

No ano de 2010 comecei a realizar os primeiros atendimentos domiciliares pós-parto, através do Instituto Aninhare, empresa privada que oferece cursos e palestras para gestantes, além de grupos de apoio na gestação e no pós-parto, e apoio domiciliar no puerpério. Também neste ano comecei a trabalhar no setor de Medicina Preventiva da UNIMED – Ribeirão Preto, onde era responsável pela realização do grupo de gestantes. No decorrer das atividades na UNIMED, começou a surgir de forma espontânea a procura por orientações no pós-parto, tanto pelas usuárias do convênio como por alguns obstetras que encaminhavam suas clientes, me permitindo ampliar o contato com as mulheres no pós-parto.

Em 2011, realizei minha pós-graduação *Latu Sensu* em Enfermagem Obstétrica pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, finalizando em 2012. Durante este período intensifiquei meu trabalho no apoio ao aleitamento materno, mas já começava a me sentir incomodada com as dificuldades apresentadas pelas mulheres em manter o aleitamento pelo tempo recomendado pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde, e pela falta de suporte do sistema de saúde, em especial na rede privada. Este incômodo me motivou a buscar o Mestrado para aprofundar meus conhecimentos nesta temática, e também com a finalidade de contribuir para uma melhor formação dos profissionais que atuam diretamente na assistência materno-infantil.

Assim, em janeiro de 2013 ingressei no Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo sob a orientação da Prof^a Dr^a Juliana Cristina dos Santos Monteiro. Durante o período de realização deste trabalho, busquei aprimorar meus conhecimentos profissionais e acadêmicos através da participação de eventos científicos, Grupos de Pesquisa, grupos de estudo com colegas e orientadora e cursos de atualização. Tive também a oportunidade de ministrar palestras em eventos e grupos de estudos da própria Universidade. Além disso, durante este período tive a oportunidade de planejar e ministrar cursos de capacitação profissional em aleitamento materno através do Instituto Profissional do Bem.

A prática do aleitamento materno envolve diversos aspectos, entre eles a confiança da mulher em sua capacidade de nutrir seu bebê, chamada de Autoeficácia na Amamentação. A Autoeficácia na Amamentação é uma variável que se modifica ao longo do processo do aleitamento materno e merece atenção especial, principalmente por sofrer influência de fatores relacionados à mulher e ao ambiente onde está inserida. Assim este estudo buscou, além de verificar os níveis de confiança que as mulheres iniciam o aleitamento materno, identificar quais são os fatores que podem interferir na Autoeficácia na Amamentação, dando subsídios aos profissionais no planejamento das ações para esta fase do período perinatal.

1. Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2009) considera que a alimentação adequada na infância é a forma de intervenção mais eficaz na promoção da saúde infantil, e recomenda que as crianças sejam amamentadas exclusivamente ao peito até o sexto mês de vida e de forma complementar até os dois anos ou mais. Esta recomendação também é seguida pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS), e os benefícios para a saúde da mulher e da criança, além dos benefícios econômicos, já estão amplamente descritos na literatura (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009b; TOMA; REA, 2008).

O início da amamentação deve ocorrer ainda na sala de parto, dentro da primeira hora de vida do neonato, como recomenda a OMS e o Ministério da Saúde (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009). A amamentação precoce é de fundamental importância no início da vida, uma vez que contribui para a redução de até 22% da mortalidade neonatal, para a formação da flora intestinal que irá proteger a criança contra doenças infecciosas do trato gastrointestinal, e na formação do vínculo e estabelecimento do apego (BOCCOLINI et al., 2013; TOMA; REA, 2008).

Para a saúde da criança, a amamentação tem efeito protetor contra infecções respiratórias graves como pneumonia e bronquiolite, além de otite média, e reduz em até 14 vezes o risco de morrer por diarreia no primeiro ano de vida (BOCCOLINI et al., 2011; TOMA; REA, 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013b). Há também indícios de proteção contra a Síndrome da Morte Súbita, provavelmente devido à menor incidência de infecções, pela frequência das mamadas e maior contato do bebê com a mãe (TOMA; REA, 2008). Em longo prazo, a amamentação pode contribuir para redução dos valores de pressão arterial, menor risco de obesidade e de ter diabetes tipo 2, além de melhor desempenho em testes de inteligência (TOMA; REA, 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013a).

Para a saúde da mulher, os estudos demonstram uma relação positiva entre amamentar e a redução dos cânceres de mama, de ovário e de endométrio, além da redução de mortes por artrite reumatóides, por menor risco de fraturas e osteoporose, pela diminuição do sangramento pós-parto – o que protege contra hemorragia e anemia, pelo maior tempo de amenorreia e maior espaçamento entre as gestações, e o retorno precoce ao peso pré-gravídico (BARTICK et al., 2013; TOMA; REA, 2008). A amamentação também está associada, em longo prazo, à redução de doenças cardiovasculares, como hipertensão e infarto agudo do miocárdio, e de diabetes tipo 2, podendo evitar cerca de quatro mil mortes maternas prematuras anualmente (BARTICK et al., 2013; ZIEGLER et al., 2012). Especialmente para as mulheres que apresentam diabetes durante a gestação, a amamentação prolongada reduz em

até 40% os riscos de desenvolver diabetes tipo 2 após o parto (ZIEGLER et al., 2012). No que diz respeito à saúde mental materna, há evidências de que a amamentação atua como fator protetor contra a depressão pós-parto, visto que a amamentação melhora o bem-estar psicológico da mãe, através da regulação do sono, aumento da autoeficácia, melhora do envolvimento emocional entre mãe e bebê, além da ação hormonal, regulando a secreção do cortisol basal diurno (FIGUEIREDO et al., 2013).

Quanto aos benefícios econômicos, o custo para alimentar um lactente com fórmula infantil equivale a 35% do salário mínimo acumulado em um período de seis meses (ARAUJO et al., 2004), ou ainda, um valor 3,3 vezes maior do que os gastos com a suplementação da alimentação da nutriz com alimentos que forneçam adição de energia e outros nutrientes necessários à produção do leite materno, representando um impacto econômico muito grande para as famílias de menor poder aquisitivo (BARBOSA et al., 2007). Alguns estudos apontam para os gastos que poderiam ser evitados com o tratamento de doenças na infância e na fase adulta se a amamentação fosse bem sucedida (BARTICK et al., 2013; MA; BREWER-ASLING; MAGNUS, 2013). Bartick et al. (2013) verificaram que o governo norte-americano gasta cerca de US\$18,3 bilhões em tratamento de doenças maternas potencialmente evitáveis pela amamentação como câncer de mama e de ovário, hipertensão e infarto agudo do miocárdio, e que os custos com tratamentos pediátricos anuais chegam a US\$14,2 bilhões ou US\$3.430 por nascimento, devido à amamentação abaixo do ideal. Já no estudo de Ma, Brewer-Asling e Magnus (2013), a economia no estado de Louisiana poderia chegar a US\$216 milhões no tratamento e internações decorrentes de doenças na infância se as mães amamentassem por mais tempo.

Nas últimas três décadas houve uma significativa melhora nos índices de aleitamento materno no Brasil, o que contribuiu para a redução da mortalidade infantil no país (VENANCIO et al., 2010; VICTORA et al., 2011). Apesar desta constatação, os índices de amamentação permanecem abaixo do recomendado pela OMS, estimando-se que no mundo, apenas 34,8% das crianças são amamentadas exclusivamente até o sexto mês de vida, muito abaixo do mínimo indicado pela OMS, que é de 50% das crianças com até 6 meses de vida (BRASIL, 2009a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). No Brasil, de acordo com os últimos dados levantados pela II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais e Distrito Federal (BRASIL, 2009a), este índice foi de 41% no conjunto das capitais. No município de Ribeirão Preto/SP, segundo os dados coletados em 2011 (RIBEIRÃO PRETO, 2012) o índice foi de apenas 32,5% das crianças em aleitamento materno exclusivo aos 6 meses de vida.

1.1 O desmame precoce entre puérperas adolescentes e adultas

A escolha pela amamentação muitas vezes é feita ainda na gestação, em alguns casos antes mesmo da concepção (GERD et al., 2012; LÖÖF-JOHANSON; FOLDEVI; RUDEBECK, 2013). A este respeito, um estudo realizado na Suécia demonstrou que a tomada de decisão ocorre mesmo antes de as mulheres se familiarizarem com as implicações da amamentação, ainda na gestação (LÖÖF-JOHANSON; FOLDEVI; RUDEBECK, 2013). Os autores também observam a influência de outros fatores, relacionados aos papéis sociais e aos estilos de vida da mulher moderna que podem tornar o processo de amamentação contraditório.

Neste sentido, evidências científicas demonstram que o desmame precoce é um fenômeno complexo, que vai além do determinismo biológico, sofrendo influência de fatores psicológicos, sociais e culturais, e caracteriza-se pela introdução de outros alimentos na dieta da criança que está em aleitamento materno exclusivo antes dos seis meses de idade (MONTEIRO; NAKANO; GOMES, 2011; OLIVEIRA et al., 2010). As nutrizes têm consciência dos benefícios do leite materno, mas observa-se que este conhecimento não é o suficiente para manter a amamentação por tempo prolongado, como recomendado (ISSLER et al., 2010).

A dor aparece como fator importante para o desmame no primeiro mês pós-parto, além das dificuldades de intercorrências mamárias ocorridas nas primeiras semanas após o nascimento, gerando tensão e insegurança nas nutrizes (ABREU; FABBRO; WERNET, 2013; HAGGKVIST et al., 2010). Um estudo realizado na Suécia mostrou que aproximadamente 30% das mulheres que interrompem a amamentação no primeiro mês após o nascimento o fazem devido a problemas no processo de amamentação (GERD et al., 2012). O desconforto físico traz mal-estar, e as sensações negativas podem levar à diminuição do reflexo de ejeção do leite, aumentando a impressão de leite insuficiente, além de diminuir a confiança da mulher em sua capacidade de amamentar (DENNIS, 1999; ISSLER et al., 2010).

A quantidade de leite produzido e a qualidade do leite aparecem como as justificativas mais apresentadas pelas mulheres para a introdução precoce de fórmulas infantis e outros alimentos na dieta da criança, porém, a hipogalactia ocorre em apenas 1,5% da população e a produção de leite de baixo valor nutricional é uma situação rara sendo, portanto, justificativas relatadas pelas mulheres, mas que não se caracterizam como uma situação real (ABREU; FABBRO; WERNET, 2013; ISSLER et al., 2010; MONTEIRO; NAKANO; GOMES, 2011;

TARRANT. et al., 2010). Muitas vezes, a justificativa de não produzir leite suficiente é uma solução socialmente aceitável para o desmame, libertando a mulher de um papel imposto socialmente (ISSLER et al., 2010). Esta situação é claramente observada em um estudo na Austrália, no qual aproximadamente 25% das mulheres que interromperam a amamentação precocemente o fizeram justificando a decisão pela baixa produção de leite (BLYTH et al., 2002). Resultados de outro estudo apontaram que a confiança da mulher em não saber o volume exato de leite que o bebê recebia teve associação positiva com a duração do aleitamento materno (KRONBORG; VAETH, 2004). Estudo realizado em Brasília também identificou a hipogalactia como um dos motivos relatados pelas mães para a introdução precoce de outros alimentos na dieta das crianças antes de 6 meses de idade (SOUZA et al., 2012). Segundo Wagner et al. (2013), quanto maior a preocupação materna com a produção de leite na primeira semana após o parto, maior o risco de introdução de fórmula infantil entre 30 e 60 dias após o nascimento.

A introdução precoce de fórmulas infantis e de outros alimentos na dieta da criança trazem riscos para a interrupção precoce da amamentação. A introdução de fórmulas lácteas, água ou água com açúcar ainda na primeira semana de vida do bebê aumenta o risco de interrupção da amamentação não somente no primeiro mês de vida, mas também entre o primeiro e o terceiro mês de vida da criança; além disso, a introdução de fórmula láctea na primeira semana de vida do bebê aumenta em seis vezes a chance de interromper a amamentação precocemente, e esta suplementação pode ocorrer quando a motivação materna para a amamentação exclusiva está abalada (HAGGKVIST et al., 2010).

O choro da criança também é um fator que pode levar a mãe a associar este ato com a fome de seu filho, principalmente após a amamentação, gerando angústia e insegurança sobre a qualidade e a quantidade de leite produzido, e favorecendo a introdução de outros leites, e do uso da mamadeira e da chupeta. Estes últimos levam à confusão de bicos, mamadas infrequentes e ineficazes que realmente não sustentam o bebê, reforçando a ideia de leite fraco culminando no desmame precoce (ABREU; FABBRO; WERNET, 2013; GIULIANI et al., 2012). O choro excessivo leva ao estresse parental e ao menor senso de competência e eficácia, culminando no desmame precocemente (ROWE; FISHER, 2010).

As variáveis psicossociais, tais como a intenção em amamentar, a confiança e o suporte social despontam entre os estudos realizados, influenciando fortemente o comportamento na amamentação (KOOLS; THIJS; DE VRIES, 2005; KRONBORG; VAETH, 2004). Os sentimentos ambíguos vividos neste período são muito comuns, oscilando entre o prazer e uma experiência positiva, para uma fase desgastante, ruim e estressante

(ISSLER et al., 2010). O cansaço, a falta de rotina de sono devido às mamadas frequentes e a falta de liberdade aparecem com justificativas para a descontinuidade da amamentação, além do retorno ao trabalho (TARRANT et al., 2011).

O apoio recebido pelos familiares, em especial as avós e os pais das crianças, é essencial para a tomada de decisão e a manutenção do aleitamento materno, mostrando que o meio em que a mulher está inserida interfere na sua capacidade e incentivo à amamentação, tornando-a mais confiante e segura para realizar esta tarefa, assim como a insistência da família e do parceiro em dar fórmula ao bebê influenciam a decisão da mulher em não amamentar (ABREU; FABBRO; WERNET, 2013; ENTWISTLE; KENDALL; MEAD, 2010; GIULIANI et al., 2012; KOOLS; THIJS; DE VRIES, 2005). Estudo realizado em Porto Alegre/RS mostrou que as mulheres que coabitam com suas mães ou sogras apresentam maior risco associado à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo, observando que se a avó recomenda oferecer água, chás ou outros tipos de leite, aumenta o risco de desmame em até 4,5 vezes (SANTO; OLIVEIRA; GIUGLIANI, 2007).

Em um estudo realizado na Irlanda, 73% das mulheres que estavam amamentando seus bebês no momento da alta hospitalar relataram receber encorajamento positivo de seus parceiros para amamentar, o que contribuiu positivamente para a manutenção de algum tipo de amamentação até o sexto mês de vida do bebê (TARRANT et al., 2011). Segundo estes mesmos autores, as mulheres que recebem apoio do parceiro para amamentar tem 2,27 vezes mais chance de estar amamentando no momento da alta. O apoio positivo recebido pela mulher melhora a autoestima, diminui os riscos de depressão pós-parto e ajuda no processo do aleitamento materno (ISSLER et al., 2010).

O suporte profissional antes e durante o período de amamentação também é fator importante na manutenção da lactação, especialmente na primeira semana após o parto, sendo que o contato profissional precoce após o nascimento, principalmente através de visitas domiciliares e contatos telefônicos, permite orientar a nutriz antes que ocorram as dificuldades neste período mais vulnerável, ajudando as mulheres a se sentirem mais confiantes na sua habilidade para amamentar por mais tempo (HAGGKVIST et al., 2010; TARRANT et al., 2011). Em Araçatuba e Piacatu, interior de São Paulo, um estudo realizado com 84 mães verificou que 49% delas mantiveram o aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de vida, mas nenhuma delas manteve a exclusividade da amamentação até o sexto mês de vida do bebê, e que apenas 13% da sua amostra foram acompanhadas pela equipe local de saúde durante todo o período da lactação, concluindo que este pode ter sido um dos motivos para as mulheres não terem conseguido manter a amamentação (MOIMAZ et

al., 2013). Na Irlanda, receber suporte profissional e se sentir satisfeito com este atendimento foram fatores que favoreceram a manutenção da amamentação na alta hospitalar e aos seis meses de vida do bebê (TARRANT et al., 2011). A orientação profissional é importante na tomada de decisão em relação ao aleitamento materno, assim como em outros cuidados de saúde, interferindo na confiança da mulher na sua capacidade para realizar a amamentação (GIULIANI et al., 2012).

Experiências anteriores com a amamentação podem influenciar no comportamento frente ao aleitamento materno, uma vez que mulheres com experiências anteriores positivas tem maior chance de iniciar e de amamentar por mais tempo (KOOLS; THIJS; DE VRIES, 2005; KRONBORG; VAETH, 2004). Estudo realizado no Canadá mostrou que as mulheres que já tinham filhos apresentavam duas vezes mais chances de amamentar exclusivamente por seis meses do que as mulheres que estavam na primeira gestação, justificando que as multíparas possuem maior autoconfiança, além de maior conhecimento sobre o assunto, adquiridos na experiência anterior com a amamentação (JESSRI et al., 2013). A vivência com outras mulheres que amamentam ou amamentaram também pode contribuir para o sucesso na amamentação, como os grupos de apoio formado por mães que obtiveram sucesso na amamentação, aumentando os níveis de confiança destas mulheres. (NOEL-WEISS; HÉBERT, 2004).

Outro fator que pode influenciar a duração da amamentação é a idade materna. A maternidade na adolescência pode trazer alguns riscos à saúde da mulher, como o aumento da morbidade, transmissão de doenças sexuais e dificuldades socioeconômicas para a mãe, além do risco de prematuridade e baixo peso para os bebês (GOMES; FONSECA; VEIGA, 2002; KEOWN; WOODWARD; FIELD, 2001; RAFFERTY; GRIFFIN; LODISE, 2011). Estes riscos inerentes à maternidade na adolescência podem influenciar negativamente o processo de amamentar e torná-lo bastante complexo (SAES; GOLDBERG; ONDANI, 2006). Apesar disso, alguns estudos realizados com adolescentes demonstram que o comportamento frente à amamentação é semelhante ao comportamento das adultas, tendo altas taxas de iniciação e um declínio importante até o sexto mês de vida (FILAMINGO; LISBOA; BASSO, 2012; FROTA; MARCOPITO, 2004; GLASS et al., 2010; HORTA et al., 2007). Em alguns casos, pode existir uma situação mais favorável à amamentação por parte das adolescentes, que iniciam o aleitamento materno mais precocemente do que as adultas após o parto, e após a alta apresentam maior probabilidade de estarem ofertando o leite materno aos seus filhos quando comparadas com mulheres mais velhas (FROTA; MARCOPITO, 2004). Porém, outros autores apontam que a associação entre fatores pessoais e a condição de ser adolescente e ter

parceiro íntimo aumenta o risco de desmame precoce para as adolescentes em relação às adultas (CRUZ; ALMEIDA; ENGSTROM, 2010;).

É importante destacar que, segundo alguns autores, as adolescentes são capazes de iniciar e continuar a amamentação assim como as mulheres adultas, necessitando apenas de orientação sensível e particular de todos os envolvidos, de forma a ajudá-la a tornar-se mãe e amadurecer como uma adulta responsável (NELSON; SETHI, 2005). A falta de informação, orientação e suporte tornam o processo da amamentação complexo e complicado, uma vez que não houve a promoção de habilidades e conhecimento necessários para lidar com as dificuldades, diminuindo assim a confiança materna para a prática do aleitamento materno (SMITH et al., 2012).

Nesbitt et al.(2012) observaram que o comprometimento das adolescentes em relação à amamentação também influencia a tomada de decisão, sendo que algumas estão dispostas a tentar amamentar enquanto outras se sentem na obrigação de realizar esta prática para não decepcionar os familiares e parceiros. Os autores também encontraram que, quanto maior o comprometimento com a amamentação, maior a durabilidade; o maior comprometimento está relacionado com as expectativas que as adolescentes têm de si mesma, ajudando a vencer as barreiras e as dificuldades da amamentação.

O grau de maturidade do adolescente influencia no desenvolvimento do processo de tomada de decisão, podendo gerar ansiedade, o que leva a escolhas que evitam situações dolorosas, baseadas na vontade de terceiros (WAMBACH; KOEHN, 2004). Neste sentido, para algumas adolescentes, a amamentação é um processo difícil enquanto o uso da mamadeira é automático e simples, o que dificulta a escolha pelo método de alimentação da criança e leva muitas a adotar o método misto (WAMBACH; KOEHN, 2004).

A intenção em amamentar existe entre as gestantes adolescentes, como mostra o estudo realizado nos Estados Unidos, no qual 75% das participantes declararam esta intenção ainda no pré-natal (SIPSMA et al., 2013). No entanto, apesar de terem opinião formada sobre a amamentação, muitas vezes são concepções equivocadas (GOULET et al., 2002). As concepções erradas e os mitos sobre o aleitamento materno deveriam ser abordados ainda na fase escolar, iniciando os processos educativos em relação à amamentação antes da gestação, promovendo atitudes mais positivas dos adolescentes frente ao aleitamento materno (BROWNELL et al., 2002; CAMAROTTI et al., 2011; FELDMAN-WINTER; SHAIKH, 2007; GILES et al., 2010; GOULET et al., 2002; VIEIRA; SILVA; BARROS FILHO, 2003). Os hábitos culturais e as normas sociais influenciam o comportamento frente ao aleitamento materno na adolescência, da mesma forma que influenciam a amamentação na fase adulta,

mas a escolha por amamentar também pode ser construída, através de experiências e vivências com a amamentação; por exemplo, o contato com mães que amamentam, seja ao longo da infância, durante a própria adolescência e na gestação, o fato de ter sido amamentado quando bebê, e a transferências de informações e valores em especial na escola através de aulas sobre esta temática e seus benefícios, ajudam a adolescente a construir um compromisso com o aleitamento materno (ALEXANDER; O'RIORDAN; FURMAN, 2010; CAMAROTTI et al, 2011; FELDMAN-WINTER; SHAIKH, 2007; GILES et al., 2010; GOULET et al., 2002; TUCKER; WILSON; SAMANDARI, 2011; VIEIRA; SILVA; BARROS FILHO, 2003).

A primeira semana após o parto aparece como uma semana de maior risco, onde as adolescentes apresentam problemas também comuns entre as adultas, como traumas mamilares, dificuldades de pega adequada do recém-nascido e inflamações mamárias, além de queixas comuns como baixa produção de leite e percepção de que o bebê não estava satisfeito, e estes fatores são as principais causas da interrupção do aleitamento materno exclusivo nos primeiros dias após o parto (FILAMINGO; LISBOA; BASSO, 2012; GLASS et al., 2010). As adolescentes tem maior probabilidade de apresentarem mais dificuldades para amamentar nos primeiros dias pós-parto quando comparadas às adultas, o que está fortemente associada ao desmame, independentemente de outros fatores (CRUZ; ALMEIDA; ENGSTROM, 2010; FROTA; MARCOPITO, 2004). É nesta fase que o suporte profissional continuado é de fundamental importância, pois as adolescentes se encontram fora do ambiente hospitalar e não dispõe de suporte satisfatório em casa para sanar as dificuldades iniciais da amamentação, uma vez que o apoio moral nem sempre é suficiente, e muitas vezes a família não está preparada para auxiliar no manejo técnico da amamentação, dificultando ainda mais a superação das barreiras, levando ao desmame precoce (CAMAROTTI et al., 2011; TUCKER; WILSON; SAMANDARI, 2011).

Famíliares com experiências positivas em relação ao aleitamento materno tendem a incentivar e encorajar a adolescente a amamentar seu bebê, assim como as experiências negativas da família encorajam a introdução da fórmula na alimentação da criança, fato também observado em relação às adultas (MORRISON et al., 2008; NESBITT et al., 2012). A convivência e o incentivo de outras mulheres da família, como tias, avós da adolescente, irmãs, madrastras, assim como amigas, podem encorajar ou não as adolescentes a iniciar e manter o aleitamento materno, dando razões para amamentar ou para interromper o processo, dependendo da experiência pessoal de cada uma delas (NESBITT et al., 2012; TUCKER; WILSON; SAMANDARI, 2011; WAMBACH; KOEHN, 2004).

O envolvimento das avós (mãe das adolescentes) e o suporte oferecido na amamentação e nos cuidados com os bebês exercem forte influência na escolha por amamentar e sua manutenção, aumentando ou diminuindo a confiança da mãe adolescente (FELDMAN-WINTER; SHAIKH, 2007; MORRISON et al., 2008; TAKEMOTO et al., 2011). Muitas adolescentes ainda dependem dos pais financeiramente, o que pode ser uma barreira para a amamentação, pois se a família não incentiva o aleitamento materno, muitas adolescentes não conseguem contrariar a família e acatam a opção do desmame (FELDMAN-WINTER; SHAIKH, 2007; FILAMINGO; LISBOA; BASSO, 2012; SIPSMA et al., 2013; SMITH et al., 2012).

O apoio e o incentivo do pai da criança aparecem como importantes fatores na intenção para amamentar, sendo fundamentais para a prática da amamentação, tanto para as adolescentes como para as adultas (BROWNELL et al., 2002; MORRISON et al., 2008; TAKEMOTO et al., 2011). Apesar desta evidência, um estudo apontou que a vida conjugal da adolescente pode ser um fator favorável ao desmame, visto que a gravidez pode gerar transtornos emocionais acarretando em dificuldades para a adolescente conciliar os papéis de mãe e esposa, levando-a a escolher entre a amamentação ou a vida conjugal (FROTA; MARCOPITO, 2004). A interferência da amamentação na relação com o parceiro é citada por alguns autores, que apontam que apesar de haver o apoio do companheiro e ajuda no momento da amamentação, reconhecem que o uso da mamadeira favorece ter um tempo livre para estar com o parceiro (NESBITT et al., 2012).

O contato com outras adolescentes que amamentam e a participação em grupos de apoio também impactam a escolha e manutenção da amamentação já que, ao se encontrar com outras meninas que também amamentam, elas não se sentem sozinhas e ficam à vontade para amamentar e falar sobre amamentação (NESBITT et al., 2012).

Além do apoio recebido, as razões pela escolha da amamentação são os benefícios para o bebê, os benefícios financeiros e por proporcionar um maior vínculo da mãe com o bebê (NESBITT et al., 2012; SMITH et al., 2012), apesar deste último fator não aparecer no estudo conduzido nos Estados Unidos onde apenas algumas mães adolescentes relatam o vínculo como um benefício do aleitamento materno (WAMBACH; KOEHN, 2004). Em um estudo prospectivo realizado também nos Estados Unidos, as principais razões apresentadas para interromper precocemente a amamentação foram: experiência desagradável, falta de controle da amamentação e recomendação de profissionais de saúde para introduzir fórmula (SMITH et al., 2012). No estudo realizado em Cleveland, Estados Unidos, os fatores que mais influenciaram na decisão de amamentar foram: a paridade (primíparas tinham maior intenção

em amamentar), autoavaliação dos conhecimentos sobre a amamentação e apoio do pai do bebê (ALEXANDER; O'RIORDAN; FURMAN, 2010). A autoavaliação dos conhecimentos sobre a amamentação é um importante indicador da escolha do tipo de alimentação da criança entre as primíparas, e está relacionada com a autoeficácia na amamentação (ALEXANDER; O'RIORDAN; FURMAN, 2010).

Muitas adolescentes se preocupam com o as mudanças físicas que podem ocorrer com as mamas após a amamentação, como flacidez, além de se sentirem incomodadas com o bebê em contato com a mama (MORRISON et al., 2008). Além disso, a percepção da imagem corporal também interfere na decisão por amamentar, como observou Sipsma et al. (2013) em seu estudo no qual as adolescentes obesas tiveram 67% menos chance de amamentar exclusivamente, provavelmente devido à sua percepção de imagem corporal, o que a dificulta de amamentar em situações de maior exposição como em locais públicos. Ainda em relação à autoimagem, dentre as razões apresentadas pelas adolescentes para não amamentar está o fato de se sentir constrangida de amamentar em público, além de não gostar, não desejar se sentir cansada, por achar que não está produzindo leite suficiente, por sentir dor nos mamilos e não ter controle sobre o processo da amamentação (MORRISON et al., 2008; SMITH et al., 2012; TUCKER; WILSON; SAMANDARI, 2011). Nesbitt et al. (2012) chamam a atenção, nesta situação, para o impacto que a maternidade e a amamentação na adolescência exercem sobre o processo de desenvolvimento natural desta fase do ciclo vital. Além do estigma de ser uma mãe adolescente, existe ainda o estigma de amamentar em público, o que causa o constrangimento por se sentirem “observadas” e “avaliadas” pelos outros o tempo todo (NESBITT et al., 2012). Estudo realizado no Havaí revelou que amamentar em público na região das participantes é visto como algo vergonhoso, não há suporte ou promoção da amamentação, levando as mães a optar por oferecer a mamadeira para alimentar o bebê em público; outras não se incomodam em alimentar o bebê em público, mas não encontram local adequado, amamentando muitas vezes em banheiros ou dentro do carro, local abafado e quente (MORRISON et al., 2008). Além disso, as participantes relatam também que apesar da praticidade de amamentar ao peito, há uma limitação na vida social, dificultando sair com os amigos e participar de determinados eventos (MORRISON et al., 2008).

As demandas físicas também aparecem nos estudos como uma barreira para a manutenção do aleitamento materno entre as adolescentes (NESBITT et al., 2012; SMITH et al., 2012). Adolescentes relataram que amamentar é mais difícil do que imaginavam, e que exaustão de amamentar várias vezes ao dia e a dificuldade de lidar com a privação de sono, o

que intensifica o cansaço, favorece a introdução de mamadeiras, possibilitando dividir a responsabilidade de alimentar o bebê com outros (NESBITT et al., 2012).

O retorno aos estudos também se apresenta como causa de desmame precoce entre as adolescentes, uma vez que aquelas que estudam e engravidam não encontram apoio e nem estrutura física adequada para amamentar nos estabelecimentos de ensino, e se sentem expostas e observadas (FROTA; MARCOPITO, 2004; SIPSMA et al., 2013; TAKEMOTO et al., 2010; TUCKER; WILSON; SAMANDARI, 2011). Entre as adolescentes, uma das maiores barreiras para a continuidade da amamentação é o retorno à escola, com dificuldades de intervalos para extração do leite, locais adequados para realizar esta ordenha e falta de orientação, além da falta de integração entre a escola e os serviços de saúde para um maior suporte ao aleitamento materno na adolescência (TUCKER; WILSON; SAMANDARI, 2011).

O apoio profissional promove conhecimento e melhora as habilidades para lidar com as dificuldades da amamentação, aumentando a confiança materna para superar as barreiras desta fase (NESBITT et al., 2012). O suporte ao aleitamento materno é multidimensional, sendo necessário apoio prático, informativo e emocional (SMITH et al., 2012). Sipsma et al. (2013) reforçam a necessidade do apoio profissional ao demonstrar, em seu estudo, que as participantes que necessitaram de maior tempo de internação tiveram maior probabilidade de amamentar, pois o tempo maior de internação está relacionado a maior suporte profissional justamente no período de maior dificuldade e maior risco para o desmame. Além disso, adolescentes que não planejaram amamentar ou que não tinham na família a cultura da amamentação e que não foram amamentadas por suas mães, optaram por amamentar seus bebês após as orientações e encorajamento dos profissionais de saúde durante a internação (TUCKER; WILSON; SAMANDARI, 2011).

Apesar desta constatação, muitos profissionais de saúde podem influenciar o desmame precoce quando não orientam adequadamente o manejo do aleitamento materno, retirando das jovens mães o controle e o poder de decisão sobre a alimentação de seus filhos. Este ato faz com que as adolescentes percam a confiança nas suas habilidades para enfrentar as dificuldades da amamentação e de cuidar adequadamente de seus bebês (SMITH et al., 2012). O medo de perder o controle sobre a amamentação também aparece no estudo de Nelson (2009), no qual as adolescentes relatam a preocupação com o bebê que pode se “acostumar” só com o peito, e quando mais velhos não aceitarem a mamadeira ou de terem dificuldades em desmamar quando as crianças atingirem uma determinada idade.

Com base no exposto, e apesar do comportamento semelhante, há uma prevalência maior de iniciação do aleitamento materno entre as mulheres adultas do que entre as adolescentes, assim como as adultas são mais propensas a amamentar por mais tempo do que as adolescentes (ALEXANDER; O'RIORDAN; FURMAN, 2010; FELDMAN-WINTER; SHAIKH, 2007; GLASS et al., 2010; MONTEIRO et al., 2013; TUCKER; WILSON; SAMANDARI, 2011). Estudo realizado em Ohio, nos Estados Unidos, demonstra que 44,3% das adolescentes iniciaram o aleitamento materno, comparadas à 64,9% das adultas (APOSTOLAKIS-KYRUS; VALENTINE; DE FRANCO, 2013). Ainda segundo estes autores, as adolescentes têm 33% menos probabilidade de amamentar; os indicadores de suporte social e estabilidade socioeconômica são os que mais influenciam os baixos níveis de iniciação do aleitamento materno entre as adolescentes, além da assistência pré-natal de baixa qualidade e a falta de informação (APOSTOLAKIS-KYRUS; VALENTINE; DE FRANCO, 2013). Outro estudo realizado na Carolina do Norte, também nos Estados Unidos, aponta que 52% das adolescentes iniciaram o aleitamento materno após o parto, mas apenas um quarto permaneceu amamentando ao final do primeiro mês, sendo que apenas 17% em aleitamento materno exclusivo (TUCKER; WILSON; SAMANDARI, 2011).

A partir das justificativas apresentadas para a ocorrência do desmame, tanto entre adultas como entre adolescentes, observa-se que algumas das variáveis relacionadas à duração da amamentação, como a percepção de pouco leite, o suporte pessoal e profissional e as experiências vividas passam pela construção ou manutenção da confiança materna em sua capacidade de lidar com uma situação complexa, como o aleitamento materno, e os estudos apontam que a intenção em amamentar e a confiança influenciam fortemente o comportamento na amamentação (KOOLS; THIJIS; DE VRIES, 2005; KRONBORG; VAETH, 2004).

Vários estudos têm demonstrado que as percepções maternas sobre sua capacidade para amamentar estão associadas à confiança da mulher para realizar este processo (BLYTH et al., 2002; DENNIS, 2002; DIGIROLAMO et al., 2005; DUNN et al., 2006). A confiança materna, portanto, tem sido identificada como uma importante variável que influencia o início e a manutenção do aleitamento materno (DENNIS; HEAMAN; MOSSMAN, 2011).

Diferentemente das variáveis não modificáveis ou pouco modificáveis (como o estado marital, o nível educacional e as condições socioeconômicas), a confiança materna é uma variável modificável e acessível aos profissionais de saúde, e a sua análise permite identificar as mulheres de maior risco para o desmame precoce e realizar intervenções individualizadas quando for necessário (BLYTH et al., 2002; ORIÁ et al., 2009). Estudos que analisaram esta

variável, entre mães adultas, identificaram que quanto maior a confiança da mulher, maior a chance de manter a amamentação por mais tempo (BLYTH et al., 2002; NICHOLS et al., 2009; ZUBARAN; FORESTI, 2011). Entretanto, a confiança para amamentar entre mães adolescentes ainda foi pouco explorada, apesar de alguns estudos já terem identificado que a baixa idade materna é uma das características das mulheres que desmamam precocemente (KRONBORG; VAETH, 2004; MEEDYA; FAHY; KABLE, 2010).

Assim, considera-se que o aprofundamento das questões referentes à confiança na capacidade para amamentar, tanto entre as mães adolescentes como entre as adultas, se faz necessário, a fim de contribuir na identificação daquelas com maior risco de desmame precoce.

1.2 Autoeficácia na amamentação

A confiança da mulher na sua habilidade para amamentar, também chamada de autoeficácia na amamentação, é explicada pela Teoria da Autoeficácia na Amamentação, desenvolvida por Dennis a partir do construto de confiança ou autoeficácia, que integra a Teoria Social Cognitiva de Bandura (DENNIS, 1999).

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

Segundo o construto da autoeficácia, todo comportamento é escolhido, realizado e mantido em função das expectativas dos resultados que poderão ser obtidos a partir deste comportamento (expectativa de resultados), e das expectativas sobre suas próprias habilidades em realizar o comportamento (expectativa de autoeficácia) (DENNIS, 1999; 2006). O resultado positivo (sucesso) ou negativo (fracasso) encontrado ao realizar determinada tarefa naturalmente influenciarão as decisões de iniciar um dado comportamento, bem como o esforço para mantê-lo (BANDURA et al., 2008; ORIÁ, 2008).

As crenças ou expectativas de autoeficácia possuem quatro fontes de informação (BANDURA et al., 2008; ORIÁ, 2008). São elas:

- Experiência pessoal ou experiência de domínio: uma tarefa anteriormente realizada produz determinado resultado que pode ser positivo, promovendo um alto senso de autoeficácia, ou negativo, promovendo um baixo senso de autoeficácia;
- Experiências vicárias: é uma fonte de informação mais fraca do que a anterior, e consiste em observar outras pessoas executando determinada tarefa. Pode ser tornar uma fonte mais sensível se o indivíduo não possui experiência anterior em dado comportamento ou se não estão certos de sua autoeficácia. Além disso, é importante que o observador apresente características semelhantes ao grupo observado;
- Persuasão verbal ou social: cultiva a crença das pessoas em suas capacidades enquanto garante que o sucesso imaginado é alcançável. É diferente de um elogio simplesmente; as persuasões positivas encorajam, enquanto as persuasões negativas enfraquecem o indivíduo;
- Estado emocional e fisiológico: o estado emocional e fisiológico influenciam as expectativas da pessoa em sua capacidade de realizar determinada tarefa. Pensamentos negativos e temores provocam reações afetivas que diminuem a percepção de autoeficácia, desencadeando mais estresse e agitação, levando a um desempenho inadequado.

Os indivíduos confiantes tendem a encarar as tarefas mais difíceis como desafios a serem dominados, enquanto os indivíduos menos confiantes encaram como ameaças a serem evitadas. A crença de autoeficácia não avalia a real competência do indivíduo, mas sim sua percepção em relação à sua capacidade (BANDURA et al., 2008).

O comprometimento das mulheres com suas metas são essenciais para a manutenção da intenção de amamentar; aprender e continuar a amamentar requer um esforço significativo, motivação e suporte (DENNIS, 1999). Assim, a autoeficácia na amamentação está relacionada à percepção da mulher sobre sua capacidade de amamentar seu bebê e na crença de que tem conhecimentos e habilidades suficientes para realizar a amamentação de seu filho com êxito (DENNIS, 1999).

A escolha por amamentar é realizada a partir das expectativas de resultado, que é influenciada por quatro processos: (a) se a mãe decidiu por amamentar ou não, (b) quanto esforço é despendido, (c) se ela terá padrões de pensamento autoincentivadores ou autodestrutivos, e (d) como ela responderá emocionalmente frente às dificuldades na amamentação. Já a expectativa de autoeficácia, que também interfere na escolha pelo comportamento do aleitamento materno, se desenvolve a partir das quatro fontes de

informações apresentadas anteriormente: (a) experiência pessoal, (b) experiências vicárias, (c) persuasão verbal e (d) estado psicológico e afetivo (DENNIS, 1999; 2006).

Uma mãe determina sua capacidade de amamentar ao fato de já ter amamentado anteriormente e qual foi o resultado deste processo (experiência pessoal), e também ao aprendizado por observação (experiência vicária), que pode ter um forte impacto na percepção da autoeficácia e dependerá do modelo que será seguido, como por exemplo, uma mãe pode ter maior sucesso na amamentação se observar mães que também obtiveram sucesso na amamentação, e que apresentam as mesmas condições socioeconômicas e características psicossociais (DENNIS, 1999). A influência da persuasão verbal na confiança da mulher em amamentar está relacionada com o reforço positivo promovido por profissionais de saúde que estão assistindo as lactantes, assim como de seus familiares e outras pessoas que fazem parte de sua rede social; quanto maior a credibilidade promovida pela persuasão verbal, mais consegue atingir a percepção de autoeficácia (DENNIS, 1999; DENNIS; FAUX, 1999). Com relação ao estado psicológico e afetivo, sentimentos de satisfação e excitação aumentam a confiança no processo de amamentar, enquanto que dor, fadiga, ansiedade ou estresse reduz o senso de autoeficácia (DENNIS, 1999).

Para avaliar o nível de autoeficácia na amamentação, Dennis e Faux (1999) desenvolveram e validaram a *Breastfeeding Self-efficacy Scale* – BSES, uma escala tipo Likert, que teve seu conteúdo elaborado a partir dos problemas relacionados à prática e duração da amamentação apresentados pela literatura, e já foi adaptada para vários países, entre estes, o Brasil (ORIÁ; XIMENES, 2010). As evidências mostram que a BSES é um instrumento válido e confiável, que pode ser usado para auxiliar profissionais de saúde que atuam em prol da amamentação, ajudando a identificar as mulheres com maior risco de desmame precoce, bem como a área em que a mulher apresenta maior dificuldade (DENNIS, 2006; DENNIS; HEAMAN; MOSSMAN, 2011).

Estudos realizados utilizando a BSES comprovam que as mulheres com maior nível de autoeficácia amamentam por mais tempo quando comparadas com as que apresentam um nível menor de confiança (BLYTH et al., 2002; DENNIS, 2006). Apesar disso, não foram encontrados trabalhos que comparem os resultados do referido instrumento entre mulheres adolescentes e adultas.

Assim, a proposta do presente estudo é avaliar e comparar a confiança materna na habilidade para amamentar entre mães adolescentes e adultas. Este estudo tem a finalidade de auxiliar os profissionais de saúde que atuam junto ao binômio mãe e filho, e pode contribuir para a implementação de ações que favoreçam o aumento nas taxas de aleitamento materno.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

- Verificar a autoeficácia materna na habilidade para a amamentação entre puérperas adolescentes e adultas.

2.2. Objetivos específicos

- Identificar a autoeficácia na amamentação entre os dois grupos estudados (adolescentes e adultas);
- Comparar os escores da autoeficácia na amamentação entre puérperas adolescentes e adultas;
- Verificar a existência de associação entre a autoeficácia na amamentação e as variáveis sociodemográficas e obstétricas das puérperas adolescentes e adultas.

3. Método

Esta pesquisa integrou um estudo maior que teve como objetivos compreender o comportamento e a autoeficácia das mulheres durante a fase do aleitamento materno, e identificar as dificuldades em iniciar e manter a amamentação. As pesquisadoras envolvidas foram duas alunas de Mestrado, duas alunas de Iniciação Científica e a pesquisadora coordenadora, que orientou esta dissertação. As pesquisadoras tiveram participação estratégica, colaborando ativamente para o desenvolvimento global da pesquisa.

3.1. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo.

Os estudos observacionais se caracterizam pela não intervenção do pesquisador na realidade, que apenas observa e registra as informações de seu interesse para análise posterior. Os estudos transversais constituem uma subcategoria dos estudos observacionais (PEREIRA, 1995).

Os estudos transversais são utilizados quando se deseja estimar a frequência com que um determinado evento se manifesta em uma população específica, além dos fatores associados com o mesmo. A coleta de dados envolve um recorte único no tempo, sendo que os dados sobre a exposição e o desfecho são coletados simultaneamente (PEREIRA, 1995; POLIT; BECK, 2011). A condução de um estudo transversal envolve: a definição de uma população de interesse; estudo da população por meio da realização de censo ou amostragem de parte dela; e determinação da presença ou ausência do desfecho e da exposição para cada um dos indivíduos estudados (GORDIS, 2004).

Os estudos descritivos são utilizados para analisar a distribuição de um evento, na população, em termos quantitativos, com os objetivos de: identificar grupos de risco, o que informa sobre as necessidades e as características dos segmentos que poderiam beneficiar-se de alguma forma de medida saneadora; sugerir explicações para as variações de frequência, o que serve de base ao prosseguimento de pesquisas sobre o assunto, através de estudos analíticos (PEREIRA, 1995).

3.2. Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no alojamento conjunto do Centro de Referência à Saúde da Mulher – MATER (CRSM-MATER), situada no município de Ribeirão Preto, São Paulo.

O município de Ribeirão Preto é referência regional na área da saúde. O CRSM-MATER compõe os serviços da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo desde 2009 e é mantido com recursos orçamentários da própria Secretaria e do Sistema Único de Saúde (SUS), sob a administração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto com interveniência da Fundação de Apoio ao Ensino e Pesquisa (FAEPA). É campo de ensino, pesquisa e extensão da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

O CRSM-MATER faz atendimentos de ginecologia e obstetrícia, realizando cerca de um terço dos partos do SUS do município, além de atender os 26 municípios da Divisão Regional de Saúde de Ribeirão Preto DRS-XIII. O referido serviço integra o Projeto Nascer da Secretaria Municipal de Saúde, que objetiva acompanhar as gestantes provenientes da Rede Básica de Saúde desde o último trimestre até o final do ciclo gravídico-puerperal.

3.3. População e amostra

A população de referência foi constituída por todas as puérperas adolescentes e adultas admitidas no alojamento conjunto do CRSM-MATER. O cálculo amostral foi realizado com informações do Relatório Anual de Enfermagem do CRSM-MATER-2011 (CENTRO DE REFERENCIA À SAÚDE DA MULHER – MATER, 2011) e de pesquisa anterior (ORIÁ; XIMENES, 2010) envolvendo a confiança materna para amamentar entre brasileiras, e foi baseado na comparação de médias entre dois grupos – puérperas adolescentes e puérperas adultas.

Considerando erro amostral tolerável de 5%, nível de confiança de 95%, e perda prevista de 10%, a amostra mínima deveria ser composta por 396 puérperas, sendo 90 adolescentes e 306 adultas. Das adultas participantes, quatro foram excluídas no momento da coleta de dados, sendo que duas não responderam o instrumento completamente e duas tinham filhos que apresentaram intercorrências de saúde. Entre as adolescentes, três foram

excluídas, sendo que o filho de uma delas apresentou intercorrências de saúde e duas não estavam com os responsáveis legais para autorizar a participação e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Assim, a amostra do estudo foi composta por 400 puérperas, sendo 94 adolescentes e 306 adultas.

Estas puérperas foram selecionadas por amostragem aleatória simples, por meio de sorteio no alojamento conjunto do CRSM-MATER, e que preenchiam os seguintes critérios de inclusão:

- puérperas que estavam em condições físicas para amamentar;
- puérperas que tiveram filhos com idade gestacional a termo (>37 semanas);
- puérperas com no mínimo 24 horas de pós-parto;
- puérperas que estavam acompanhadas pelos seus filhos no alojamento conjunto;

Os critérios de exclusão foram:

- puérperas que apresentaram patologias ou intercorrências pós-parto que impediam o aleitamento materno;
- puérperas que tiveram bebês que apresentavam anormalidades e/ou que necessitavam de cuidados especiais;
- puérperas com deficiência auditiva, visual ou cognitiva;
- puérperas desorientadas quanto ao tempo, espaço ou pessoa.

3.4. Procedimentos para coleta de dados

As puérperas admitidas no alojamento conjunto do CRSM-MATER e que preenchiam os critérios estabelecidos foram convidadas a participar do estudo. Os dados foram coletados no período de janeiro a julho de 2014, por meio de entrevista estruturada por um questionário e por informações coletadas nos prontuários das participantes do estudo. A coleta foi realizada por todas as pesquisadoras envolvidas no projeto de pesquisa maior, no qual este trabalho está inserido.

Para coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos. O primeiro instrumento foi construído especificamente para este estudo e contemplou os dados de identificação e as características sociodemográficas e obstétricas das participantes (Apêndice A). Este instrumento foi respondido pelas participantes e, quando havia dúvidas com relação aos dados informados, as pesquisadoras consultaram os prontuários das puérperas.

O segundo instrumento constituiu-se da BSES, utilizada para avaliar a autoeficácia das participantes na capacidade para amamentar (Anexo A). A BSES é uma escala do tipo Likert contendo 33 questões divididas em dois domínios: Técnico e Pensamento Intrapessoal. Cada questão apresenta cinco possibilidades de resposta com escores que variam de 1 a 5, sendo 1-discordo totalmente; 2-discordo; 3-às vezes concordo; 4-concordo; 5-concordo totalmente. Assim, os escores totais da escala variam de 33 a 165 pontos (ORIÁ; XIMENES, 2010). A autoeficácia na amamentação identificada através da escala é distribuída de acordo com as pontuações obtidas a partir da somatória de cada questão: confiança ou eficácia baixa (33 a 118 pontos), confiança ou eficácia média (119 a 137 pontos), confiança ou eficácia alta (138 a 165 pontos) (BLYTH et al., 2004). Este instrumento já foi testado em diversas fases do ciclo gravídico-puerperal, e os resultados apresentados suportam sua utilização em qualquer etapa do período perinatal (LEWALLEN, 2006). Por ser auto-aplicável, este instrumento foi respondido diretamente pela puérpera, sem interferência do pesquisador. Assim, as puérperas responderam se e com qual intensidade concordavam ou discordavam de cada questão. Quando a puérpera estava com algum acompanhante, também foi solicitado a este que não intervisse nas respostas.

Os dados foram coletados no alojamento conjunto com puérperas adolescentes e adultas que tinham no mínimo 24 horas de pós-parto. A BSES aplicada para avaliar a autoeficácia na amamentação no pós-parto imediato é uma importante ferramenta para identificar as mulheres que tem maior chance de sucesso na amamentação e aquelas que têm maior necessidade de intervenção e suporte mais específico para continuar amamentando (DENNIS, 2006). Este período também foi escolhido para que as puérperas tivessem um tempo para pudessem iniciar e vivenciar a amamentação, descansar, se alimentar e realizar higiene corporal. Após este período, as mães foram convidadas a participar, sendo as mesmas previamente esclarecidas sobre o estudo. Após terem ciência da pesquisa e dos aspectos éticos, as puérperas adultas que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). Para puérperas adolescentes foi também solicitada a autorização do seu responsável legal, e assinaram o Termo de Assentimento (Apêndice C).

Antes do início da coleta foi realizado um estudo piloto, com a finalidade de definir a operacionalização do trabalho, realizando ajustes necessários, tais como: identificação do momento mais oportuno para a coleta de dados, espaço físico e horários adequados para a realização das entrevistas. As participantes do estudo piloto seguiram os mesmo critérios de inclusão e exclusão da pesquisa.

3.5. Variáveis do estudo

As variáveis abordadas pelos instrumentos de coleta de dados foram:

Variável dependente

É o nível de autoeficácia na amamentação no pós-parto imediato.

Esta variável foi verificada por meio da aplicação do segundo instrumento, a BSES, descrito anteriormente.

Variáveis independentes

As variáveis independentes foram verificadas por meio da aplicação do primeiro instrumento, descrito anteriormente.

Variáveis relacionadas às características sociodemográficas:

- Idade da participante: em anos completos na data da coleta de dados;
- Cor autorreferida pelas puérperas: branca, preta, amarela, parda e vermelha;
- Escolaridade: analfabeta, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo e pós-graduação;
- Interferência da gestação nos estudos: se as puérperas interromperam os estudos precocemente devido à gestação;
- Religião: católica, evangélica, espírita, protestante, judaica, afro-brasileira, budista, muçulmana, testemunha de Jeová, anglicana, agnóstico, ateu, acredita em Deus mas não segue uma religião, não tem nenhuma religião;
- Ocupação da participante: realiza trabalho remunerado fora do lar, não realiza trabalho remunerado fora do lar;
- Estado civil da participante: solteira, casada, amasiada, separada/divorciada;
- Condição de moradia da participante: própria, alugada, emprestada, invadida, outra;
- Renda familiar em salários mínimos;
- Ajuda de alguém nos cuidados com o bebê: sim ou não;
- Quem ajudará com os cuidados com o bebê: marido/companheiro, mãe, sogra, outro familiar, amiga.

Variáveis relacionadas às características obstétricas:

- Número de gestações;
- Número de partos;
- Número de abortos;
- Número de filhos vivos;
- Gestação atual foi planejada: sim ou não;
- Idade gestacional que iniciou as consultas de pré-natal em semanas;
- Número de consultas de pré-natal realizadas durante a gestação;
- Intercorrências na gestação atual: sim ou não;
- Tipos de intercorrências na gestação: infecção do trato urinário, sangramento, anemia, toxoplasmose, hipertensão, sífilis, dengue, hipotensão, hiperglicemia, perda líquida, ameaça de aborto, hipotireoidismo, alterações cardíacas, descolamento prematuro de placenta, infecção, hiperemese gravídica;
- Tipo de parto: normal, cesárea, ou fórceps;
- Intercorrências no trabalho de parto e/ou parto: sim ou não;
- Tipo de intercorrências no trabalho de parto e/ou parto: sangramento, hipertensão, placenta aderida, hipotensão, sofrimento fetal, taquipneia transitória do recém-nascido, parada no trabalho de parto, eclampsia, fratura de clavícula do recém-nascido, pré-eclampsia, febre;
- Intercorrências no pós-parto: sim ou não;
- Tipos de intercorrências no pós-parto: infecção do trato urinário, hipertensão, endometrite, deiscência, cefaleia pós-raqui, sangramento, taquipneia, alteração cardiorrespiratória do recém-nascido, febre, infecção do recém-nascido.

Variáveis neonatais:

- Sexo do recém-nascido: feminino ou masculino;
- Peso do recém-nascido em gramas;
- Realização de amamentação na primeira hora de vida: sim, não ou não sabe;
- Tipo de aleitamento no momento da coleta de dados: aleitamento materno exclusivo, aleitamento materno predominante (com água e/ou chá), aleitamento materno misto (com outros leites), ou não estava amamentando.

3.6. Processamento e análise dos dados

Os dados foram armazenados em uma planilha eletrônica estruturada no Microsoft Excel, por meio de dupla digitação, o que possibilitou a validação dos dados digitados para eliminar possíveis erros e garantir confiabilidade na compilação dos dados. Para análise dos dados foram utilizados os programas estatísticos Statistical Analysis System SAS® 9.0 e R versão 3.0.

Para caracterizar a amostra, a análise dos dados foi fundamentada na estatística descritiva, o que permitiu mostrar a variabilidade dos valores das variáveis do estudo. Para as variáveis qualitativas foram apresentadas as frequências absolutas e relativas de cada categoria. Para as variáveis quantitativas foram utilizadas médias e medianas, desvios-padrão, mínimo e máximo para indicar a variabilidade dos dados.

Para verificar a associação entre as variáveis qualitativas, foi realizado o Teste Exato de Fisher. Para comparar os valores de autoeficácia entre puérperas adolescentes e adultas, as médias foram submetidas ao teste *t-Student*. Para a utilização deste teste é necessário testar se as variâncias dos dois grupos são estatisticamente iguais, e se os dados seguem distribuição normal. Para a realização deste procedimento foi utilizado o procedimento PROC TTEST do Software SAS ® 9.0. Para todos os testes foi considerado um nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$).

3.7 Aspectos éticos

Quanto aos aspectos éticos foram seguidas as normas para pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Dessa forma, inicialmente o projeto foi encaminhado à Comissão de Pesquisa do CRSM – MATER, e foi obtida a autorização para realização da pesquisa. Após, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Anexo B).

Considerando que a pesquisa poderia gerar dúvidas e desconfortos mínimos, tais como incômodo com alguma pergunta durante a entrevista na instituição, as pesquisadoras estiveram à disposição para ouvir e esclarecer as dúvidas, conversar sobre os possíveis

incômodos e explicar a importância das entrevistas, o tratamento sigiloso dos dados da pesquisa ou qualquer outra dificuldade.

4. Resultados

4.1. Caracterização das participantes do estudo

Fizeram parte deste estudo 400 puérperas, sendo 94 adolescentes e 306 adultas. Entre as adolescentes, a idade média foi de 16,53 anos e desvio-padrão de 1,44, e a idade média entre as adultas foi de 26,49 anos com desvio-padrão de 5,02.

A Tabela 1 apresenta a distribuição das participantes do estudo quanto às variáveis: idade, cor autorreferida, escolaridade, interferência da gestação nos estudos, religião, ocupação, estado marital, moradia, renda familiar e recebimento de auxílio nos cuidados com o bebê.

Com relação à cor da pele, a cor parda foi referida por 44,50% do total das participantes.

No que se refere à escolaridade, a maioria das adolescentes (58,51%) referiu ter o Ensino Fundamental Completo, enquanto que 48,37% das adultas declararam ter completado o Ensino Médio. A maioria das puérperas (80,50%) relatou que não parou de estudar devido à gestação.

Quanto à religião, a maioria das puérperas declarou ter alguma religião (76,00%), sendo que para estas puérperas, a religião mais citada foi a católica (40,50%), seguida da evangélica (32,50%).

A maioria das participantes (65,75%) declarou que não realizou trabalho remunerado fora do lar. Com relação à renda familiar mensal, a média entre as adolescentes foi de 2,23 salários mínimos (DP=1,49). Entre as adultas, a renda média mensal foi de 2,68 salários mínimos (DP=1,51).

Em relação ao estado marital, a maioria referiu que tinha um companheiro, sendo que 49,50% eram amasiadas e 27% casadas. A maioria das participantes (44, 25%) declarou residir em casa própria.

Tabela 1– Distribuição das puérperas participantes do estudo segundo idade, cor autorreferida, escolaridade, interferência da gestação nos estudos, religião, ocupação, estado marital, moradia, auxílio nos cuidados com o bebê e renda familiar em salários mínimos de R\$ 724,00. Ribeirão Preto, 2014.

2014.						
Idade (anos)	Adolescente (n=94)				Adulta (n=306)	
Média	16,53 (DP=1,44)				26,49 (DP=5,02)	
Mediana	17,00				27,00	
Mínimo	12,00				19,00	
Máximo	18,00				44,00	
	Adolescente (n=94)		Adulta (n=306)		Total (n=400)	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Cor auto-referida						
Branca	26	27,66	116	37,91	142	35,50
Preta	16	17,02	49	16,01	65	16,25
Amarela	05	5,32	10	3,26	15	3,75
Parda	47	50,00	131	42,81	178	44,50
Escolaridade						
Fundamental Incompleto	21	22,34	51	16,67	72	18,00
Fundamental Completo	55	58,51	96	31,37	151	37,75
Ensino Médio Completo	18	19,15	148	48,37	166	41,50
Superior Completo	00	00,00	11	3,59	11	2,75
Parou de estudar devido à gestação						
Sim	36	38,30	42	13,73	78	19,50
Não	58	61,70	264	86,27	322	80,50
Religião						
Tem alguma religião	63	67,02	241	78,76	304	76,00
Crê em Deus, mas não tem religião	31	32,98	61	19,93	92	23,00
Não tem religião	00	00,00	04	1,31	04	1,00
Ocupação						
Realiza trabalho remunerado fora do lar	12	12,77	125	40,85	137	34,25
Não realiza trabalho remunerado fora do lar	82	87,23	181	59,15	263	65,75
Estado Marital						
Solteira	37	39,36	55	17,97	92	23,00
Casada	13	13,83	95	31,05	108	27,00
Amasiada	44	46,81	154	50,33	198	49,50
Separada/divorciada	00	0,00	02	0,65	02	0,50
Condição de Moradia						
Própria	49	52,13	128	41,83	177	44,25
Alugada	36	38,30	124	40,52	160	40,00
Emprestada	08	8,51	35	11,44	43	10,75
Invadida	00	0,00	01	0,33	01	0,25
Outra	01	1,06	18	5,88	19	4,75
Auxílio nos cuidados com o bebê						
Sim	94	100	247	80,72	341	85,25
Não	00	0,00	59	19,28	59	14,75
Renda Familiar em SM						
	Adolescente (n=65)				Adulta (n=273)	
Média	2,23 (DP=1,49)				2,68 (DP=1,51)	
Mediana	1,93				2,35	
Mínimo	0,11				0,05	
Máximo	8,98				13,81	

As participantes também foram questionadas se teriam algum tipo de auxílio no pós-parto para os cuidados com o bebê. A maioria das participantes (85,25%) referiu que sim, e destas (341) 46,33% disseram que contariam com a ajuda da mãe. Entre as adolescentes, 100% das participantes relataram que contariam com ajuda no pós-parto, sendo que destas 50,00% contariam com a ajuda da mãe.

Analisando as características obstétricas anteriores, na Tabela 2 pode-se observar a distribuição das puérperas quanto ao número de gestações, parto e aborto e número de filhos vivos.

A maioria das adolescentes apresentou uma gestação (93,62%), porém entre as adultas, a maioria teve três ou mais gestações (40,52%). Quanto ao número de partos, 93,62% das adolescentes referiu ter tido apenas um parto, enquanto o número de primíparas entre as adultas foi de 35,29%. Apenas uma adolescente referiu ter sofrido aborto, enquanto o número de adultas que tiveram aborto foi de 52. Com relação ao número de filhos vivos, a maioria das adolescentes (94,68%) relatou ter um filho vivo, sendo esta a mesma resposta dada por 35,95% das adultas.

Tabela 2- Distribuição das puérperas quanto ao número de gestações, parto, aborto e de filhos vivos. Ribeirão Preto, 2014.

Número de gestações	Adolescente (n=94)		Adulta (n=306)		Total (n=400)	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Uma	88	93,62	97	31,70	185	46,25
Duas	06	6,38	85	27,78	91	22,75
Três ou mais	00	0,00	124	40,52	124	31,00
Número de partos						
Um	88	93,62	108	35,29	196	49,00
Dois	06	6,38	101	33,01	107	26,75
Três ou mais	00	0,00	97	31,70	97	24,25
Número de abortos						
Um	01	100,00	40	76,92	41	77,36
Dois	00	0,00	11	21,15	11	20,75
Três ou mais	00	0,00	01	1,92	01	1,89
Número de filhos vivos						
Um	89	94,68	110	35,95	199	49,75
Dois	05	5,32	100	32,68	105	26,25
Três ou mais	00	0,00	96	31,37	96	24,00

Com relação às características obstétricas atuais, as informações da Tabela 3 apresentam os dados referentes ao planejamento da gestação, início do pré-natal e número de consultas no pré-natal.

Tabela 3– Distribuição das puérperas quanto ao planejamento da gestação, início do pré-natal e número de consultas no pré-natal. Ribeirão Preto, 2014.

Planejamento da gestação	Adolescente (n=94)		Adulta (n=306)		Total (n=400)	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Sim	32	34,04	147	48,04	179	44,75
Não	62	65,96	159	51,96	221	55,25
Início do pré-natal						
1º trimestre	49	60,49	200	71,17	249	68,78
2º trimestre	30	37,04	70	24,91	100	27,62
3º trimestre	02	2,47	11	3,91	13	3,60
Número de consultas no pré-natal						
Até 5 consultas	13	14,94	36	12,33	49	12,93
6 ou mais consultas	74	85,06	256	87,67	330	87,07

Do total das participantes, 55,25% disseram não ter planejado a gestação, a maioria iniciou o pré-natal no primeiro trimestre de gestação (68,78%) e realizou seis consultas ou mais (87,07%).

A Tabela 4 apresenta a frequência de intercorrências na gestação, no trabalho de parto e parto e no pós-parto, e também os tipos de parto observados.

Do total das puérperas entrevistadas, 38,00% apresentaram algum tipo de intercorrência durante a gestação. Entre as adolescentes (n=37), as intercorrências mais comuns foram infecção do trato urinário (64,86%), seguido de anemia (13,51%), sangramento (8,11%) e sífilis (5,41%). Uma adolescente (2,70%) apresentou toxoplasmose, uma (2,70%) apresentou hipertensão arterial e uma (2,70%) apresentou outras infecções. Com relação às intercorrências apresentadas pelas adultas (n=115), 67,83% apresentou infecção do trato urinário, 11,30% apresentou sangramento durante a gestação, 8,70% apresentou hipertensão arterial. Três adultas (2,61%) tiveram anemia durante a gestação e outras três (2,61%) algum tipo de risco de aborto; duas (1,74%) apresentaram sífilis, outras duas (1,74%) tiveram descolamento prematuro de placenta. Ainda entre as adultas, foi observado um caso (0,87%) para cada uma das intercorrências a seguir: hipotensão, hipotireoidismo, alterações cardíacas e hiperemese gravídica.

A maioria das participantes do estudo teve parto normal (74,00%) e intercorrências durante o trabalho de parto e/ou parto em 7,75% do total da amostra. Entre as adolescentes (n=5), foram observados: sangramento, hipertensão arterial, hipotensão, sofrimento fetal e eclampsia. Em relação às adultas (n=26), oito delas (30,77%) apresentaram sinais de sofrimento fetal e cinco (19,23%) apresentaram sangramento entre outras intercorrências.

Tabela 4– Distribuição das puérperas quanto a ter apresentado intercorrência na gestação, trabalho de parto, parto e pós-parto, e quanto ao tipo de parto. Ribeirão Preto, 2014.

	Adolescente (n=94)		Adulta (n=306)		Total (n=400)	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Intercorrências na gestação						
Sim	37	39,36	115	37,58	152	38,00
Não	57	60,64	191	62,42	248	62,00
Intercorrências no trabalho de parto e/ou parto						
Sim	05	5,32	26	8,50	31	7,75
Não	89	94,68	280	91,50	369	92,25
Tipo de parto						
Normal	81	86,17	215	70,26	296	74,00
Cesárea	13	13,83	85	27,78	98	24,50
Fórceps	00	00,00	06	1,96	06	1,50
Intercorrências no pós-parto						
Sim	08	8,51	17	5,56	25	6,25
Não	86	91,49	289	94,44	375	93,75

Com relação ao pós-parto, 25 (6,25%) puérperas relataram intercorrências, sendo que destas, oito eram adolescentes e 17 eram adultas. Entre as oito adolescentes, três (37,50%) apresentaram febre e as demais apresentaram casos de infecção do trato urinário, hipertensão arterial, sangramento aumentado, alteração cardiorrespiratória no recém-nascido e infecção do recém-nascido. Entre as 17 adultas, ocorreram cinco (29,41%) casos de alteração cardiorrespiratória do recém-nascido, quatro (23,53%) casos de cefaleia pós-raquianestesia, três (17,65%) apresentaram febre, dois (11,76%) casos de hipertensão e dois (11,76%) casos de sangramento aumentado e uma (5,88%) apresentou taquipnéia.

As características dos recém-nascidos, filhos das participantes, quanto ao sexo e peso ao nascer, estão apresentadas na Tabela 5.

Tabela 5– Distribuição dos neonatos, filhos das participantes, quanto ao sexo e peso ao nascer. Ribeirão Preto, 2014.

	Adolescente (n=94)		Adulta (n=306)		Total (n=400)	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Sexo do neonato						
Feminino	52	55,32	146	47,71	198	49,50
Masculino	42	44,68	160	52,29	202	50,50
Peso ao nascimento (gramas)						
< 2.500g	00	00	11	3,61	11	2,76
2.500 – 4.000g	89	95,70	280	91,80	369	92,71
> 4.000g	04	4,30	14	4,59	18	4,52

Do total da amostra, 50,50% dos neonatos eram do sexo masculino e 49,50% do sexo feminino. Entre as participantes que informaram o peso de seu filho recém-nascido ao

nascimento, a maioria (92,71%) teve filhos com peso adequado ao nascer. A média de peso entre os bebês das adolescentes foi de 3.233,38g, sendo o peso mínimo de 2.500g e o máximo de 4.235g. Entre as adultas, a média de peso de nascimento de seus bebês foi de 3.235g, sendo o peso mínimo de 2.035g e o máximo de 4.795g.

A Tabela 6 mostra a distribuição de puérperas em relação à amamentação na primeira hora de vida e ao tipo de aleitamento materno momento da coleta de dados. 236 puérperas (59,00%) relataram ter amamentado seu bebê na primeira hora após o parto. No momento da coleta, 367 puérperas amamentavam seu bebê exclusivamente (91,75%).

Tabela 6– distribuição de puérperas quanto a ocorrência da amamentação na primeira hora de vida e quanto ao tipo de aleitamento materno no momento da coleta de dados. Ribeirão Preto, 2014.

	Adolescente (n=94)		Adulta (n=306)		Total (n=400)	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Amamentação na primeira hora de vida						
Sim	54	57,45	182	59,48	236	59,00
Não	39	41,49	118	38,56	157	39,25
Não soube responder	01	1,06	06	1,96	07	1,75
Tipo de AM na coleta de dados						
Aleitamento materno exclusivo	87	92,55	280	91,50	367	91,75
Aleitamento materno predominante	02	2,13	11	3,59	13	3,25
Aleitamento materno misto	05	5,32	14	4,58	19	4,75
Não estava amamentando	00	0,00	01	0,33	01	0,25

4.2. A autoeficácia na amamentação

A autoeficácia na amamentação é classificada em autoeficácia baixa (33 a 118 pontos), autoeficácia moderada (119 a 137 pontos) e autoeficácia alta (138 a 165 pontos) (BLYTH et al., 2004). A Tabela 7 mostra a distribuição de adolescentes e adultas quanto à classificação em relação à autoeficácia.

Do total da amostra, 218 puérperas (54,50%) apresentaram autoeficácia alta, sendo este resultado equivalente entre adolescentes e adultas.

Tabela 7– Distribuição das puérperas adolescentes e adultas quanto à classificação de autoeficácia na amamentação. Ribeirão Preto, 2014.

Classificação de autoeficácia	Adolescente (n=94)		Adulta (n=306)		Total (n=400)	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Baixa	11	11,70	40	13,07	51	12,75
Moderada	32	34,04	99	32,35	131	32,75
Alta	51	54,26	167	54,58	218	54,50

Para a comparação da autoeficácia na amamentação entre os grupos estudados, foi realizada a somatória dos escores da *Breastfeeding Self-efficacy Scale* e o cálculo da média de pontuação, global e de cada domínio do instrumento (Técnico e Pensamento Intrapessoal), e para cada grupo de puérperas (adolescentes e adultas). Os valores médios foram comparados utilizando-se o teste *t-Student* para analisar se a diferença entre as médias foi estatisticamente significativa. Foram considerados resultados estatisticamente significativos aqueles que apresentaram valores de $p < 0,05$ com intervalo de confiança de 95%.

A Tabela 8 mostra a média dos escores globais entre adolescentes e adultas e a comparação entre as médias. Observa-se que não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,3482$) entre as médias de pontuação global entre o grupo das adolescentes e das adultas, ou seja, entre os grupos estudados o nível de autoeficácia na amamentação é semelhante. Este resultado está ilustrado no Gráfico 1, pela distribuição de boxplot.

Tabela 8– Comparação de média dos escores globais da *Breastfeeding Self-efficacy Scale* entre puérperas adolescentes e adultas. Ribeirão Preto, 2014.

Comparação	n	Média	Diferença	IC 95%	p
Adolescente	94	138,86	1,79	-1,96 – 5,54	0,3482
Adulta	306	137,07			

Gráfico 1– Distribuição das médias dos scores totais da *Breastfeeding Self-efficacy Scale* entre puérperas adolescentes e adultas. Ribeirão Preto, 2014.

Na análise do domínio Técnico, os resultados de comparação entre as médias mostrou que também não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos estudados, conforme pode-se observar na Tabela 9. Ao realizar a comparação entre as médias, obteve-se um valor para $p=0,2142$. Este resultado indica que em relação ao domínio Técnico que envolve a amamentação, o nível de autoeficácia entre os grupos foi semelhante.

Tabela 9– Comparação de média dos escores do domínio Técnico da *Breastfeeding Self-efficacy Scale* entre puérperas adolescentes e adultas. Ribeirão Preto, 2014.

Comparação	n	Média	Diferença	IC 95%	p
Adolescente	94	83,32	1,49	-0,87 – 3,85	0,2142
Adulta	306	81,83			

O Gráfico 2 mostra a distribuição das médias dos escores do domínio Técnico entre adolescentes e adultas.

Gráfico 2– Distribuição das médias dos escores do domínio Técnico da *Breastfeeding Self-efficacy Scale* entre puérperas adolescentes e adultas. Ribeirão Preto, 2014.

Com relação ao domínio Pensamento Intrapessoal, ao realizar a comparação das médias, observou-se que também não houve diferença estatisticamente significativa, com valor de $p=0,7139$, ou seja, o nível de autoeficácia para este domínio é semelhante entre adolescentes e adultas. A Tabela 10 mostra em detalhe os dados desta análise.

Tabela 10 - Comparação de média dos escores do domínio Pensamento Intrapessoal da *Breastfeeding Self-efficacy Scale* entre puérperas adultas e adolescents. Ribeirão Preto, 2014.

Comparação	n	Média	Diferença	IC 95%	p
Adolescente	94	55,54	0,30	-1,30 – 1,89	0,7139
Adulta	306	55,25			

O Gráfico 3 mostra a distribuição das médias dos escores do domínio Pensamento Intrapessoal entre adolescentes e adultas.

Gráfico 3– Distribuição das médias dos escores do domínio Pensamento Intrapessoal da *Breastfeeding Self-efficacy Scale* entre puérperas adolescentes e adultas. Ribeirão Preto, 2014.

4.3 Autoeficácia na amamentação e as variáveis sociodemográficas e obstétricas: análise de associações

Os dados coletados foram analisados através de associações entre a variável dependente “autoeficácia na amamentação” e as variáveis independentes referentes às características sociodemográficas, obstétricas anteriores e atual, características do recém-nascido, e da amamentação. A análise foi feita através da aplicação do Teste Exato de Fisher. Foram consideradas associações estatisticamente significativas aquelas que apresentaram valores de $p < 0,05$ com intervalo de confiança de 95%.

A Tabela 11 apresenta os resultados da associação entre a variável dependente “autoeficácia na amamentação” e as características sociodemográficas.

Tabela 11– Análise da autoeficácia na amamentação, associada às características sociodemográficas entre adolescentes e adultas. Ribeirão Preto, 2014.

	Adolescente				Adulta			
	Autoeficácia			p-valor*	Autoeficácia			p-valor*
	Baixa n(%)	Moderada n(%)	Alta n(%)		Baixa n(%)	Moderada n(%)	Alta n(%)	
Cor auto-referida								
Branca	02 (2,13)	09 (9,57)	15 (15,96)	0,4529	11 (3,59)	30 (9,80)	75 (24,51)	0,0304
Preta/Parda	07 (7,45)	22 (23,40)	34 (36,17)		28 (9,15)	63 (20,59)	89 (29,08)	
Amarela	02 (2,13)	01 (1,06)	02 (2,13)		01 (0,33)	06 (1,96)	03 (0,98)	
Escolaridade								
Ensino Fundamental Incompleto	04 (4,26)	07 (7,45)	10 (10,64)	0,1900	10 (3,27)	11 (3,59)	30 (9,80)	0,0280
Ensino Fundamental Completo	03 (3,19)	21 (22,34)	31 (32,98)		09 (2,94)	41 (13,40)	46 (15,03)	
Ensino Médio Completo	04 (4,26)	04 (4,26)	10 (10,64)		17 (5,56)	45 (14,71)	86 (28,10)	
Ensino Superior Completo	00 (0,00)	00 (0,00)	00 (0,00)		04 (1,31)	02 (0,65)	05 (1,63)	
Interrompeu os estudos devido à gestação								
Sim	06 (6,38)	14 (14,89)	16 (17,02)	0,2743	03 (0,98)	17 (5,56)	22 (7,19)	0,3240
Não	05 (5,32)	18 (19,15)	35 (37,23)		37 (12,09)	82 (26,80)	145 (47,39)	
Religião								
Tem alguma religião	07 (7,45)	23 (24,47)	33 (35,11)	0,7753	29 (9,48)	80 (26,14)	132 (43,14)	0,2720
Crê em Deus, mas não tem religião	04 (4,26)	09 (9,57)	18 (19,15)		11 (3,59)	16 (5,23)	34 (11,11)	
Não tem religião	00 (0,00)	00 (0,00)	00 (0,00)		00 (0,00)	03 (0,98)	01 (0,33)	
Ocupação								
Realiza trabalho remunerado fora do lar	00 (0,00)	06 (6,38)	06 (6,38)	0,3357	15 (4,90)	41 (13,40)	69 (22,55)	0,9064
Não realiza trabalho remunerado fora do lar	11 (11,70)	26 (27,66)	45 (47,87)		25 (8,17)	58 (18,95)	98 (32,03)	
Estado marital								
Solteira/separada/divorciada	03 (3,19)	13 (13,83)	21 (22,34)	0,7215	08 (2,61)	25 (8,17)	24 (7,84)	0,0839
Casada/amasiada	08 (8,51)	19 (20,21)	30 (31,91)		32 (10,46)	74 (24,18)	143 (46,73)	
Tipo de moradia								
Própria	03 (3,19)	15 (15,96)	31 (32,98)	0,1772	16 (5,23)	42 (13,73)	70 (22,88)	0,7177
Alugada	06 (6,38)	13 (13,83)	17 (18,09)		15 (4,90)	42 (13,73)	67 (21,90)	
Emprestada	02 (2,13)	04 (4,26)	02 (2,13)		04 (1,31)	12 (3,92)	19 (6,21)	
Invadida	00 (0,00)	00 (0,00)	00 (0,00)		00 (0,00)	00 (0,00)	01 (0,33)	
Outra	00 (0,00)	00 (0,00)	01 (1,06)		05 (1,63)	03 (0,98)	10 (3,27)	
Renda familiar mensal em salários mínimos (R\$ 724,00)								
Até 2	04 (6,15)	10 (15,38)	22 (33,85)	0,4278	12 (4,40)	31 (11,36)	50 (18,32)	0,9899
2,1 a 4	02 (3,08)	11 (16,92)	10 (15,38)		19 (6,96)	43 (15,75)	73 (26,74)	
Acima de 4	01 (1,54)	01 (1,54)	04 (6,15)		05 (1,83)	16 (5,86)	24 (8,79)	

Continua.

Tabela 11 - Conclusão

	Adolescente				Adulta			
	Autoeficácia			p-valor*	Autoeficácia			p-valor*
	Baixa n(%)	Moderada n(%)	Alta n(%)		Baixa n(%)	Moderada n(%)	Alta n(%)	
Auxílio nos cuidados com o bebê								
Sim	11 (11,70)	32 (34,04)	51 (54,26)	**	29 (9,48)	86 (28,10)	132 (43,14)	0,1060
Não	00 (0,00)	00 (0,00)	00 (0,00)		11 (3,59)	13 (4,25)	35 (11,44)	
Auxílio de quem								
Marido/companheiro/namorado	04 (4,26)	10 (10,64)	04 (4,26)	0,0083	09 (3,64)	25 (10,12)	43 (17,41)	0,5939
Mãe/sogra	07 (7,45)	14 (14,89)	35 (37,23)		14 (5,67)	48 (19,43)	75 (30,36)	
Outro familiar/amigo	00 (0,00)	08 (8,51)	12 (12,77)		06 (2,43)	13 (5,26)	14 (5,67)	

*Teste Exato de Fisher; IC (95%) = Intervalo de Confiança de 95%

**Não foi possível calcular o valor de *p*

Entre as adolescentes, a variável independente que mostrou associação significativa com a autoeficácia na amamentação foi “**Auxílio** de quem”. De acordo com os resultados, as adolescentes que recebiam ajuda de suas mães e/ou sogras tiveram maior nível de autoeficácia na amamentação ($p=0,0083$). As demais variáveis sociodemográficas (cor auto-referida, escolaridade, interrupção dos estudos devido a gestação, religião, ocupação, estado marital, tipo de moradia e renda) não apresentaram associação significativa com a autoeficácia.

Entre o grupo das adultas, houve associação significativa entre as variáveis “cor auto-referida” e “escolaridade” e a autoeficácia na amamentação. As mulheres que se referiram de cor preta ou parda apresentaram maior nível de autoeficácia do que as que se referiram branca ou amarela ($p=0,0304$). Com relação à variável “escolaridade”, os resultados mostraram que quanto maior o nível de escolaridade, maior o nível de autoeficácia ($p=0,0280$). As demais variáveis sociodemográficas (interrompeu os estudos devido a gestação, religião, ocupação, tipo de moradia, renda familiar, ajuda nos cuidados como bebê e tipo de ajuda) não apresentaram associação positiva com a autoeficácia na amamentação. A variável “estado marital” não mostrou associação positiva, mas o resultado ($p=0,0839$) indica uma tendência para que mulheres casadas/amasiadas tenham maior nível de autoeficácia na amamentação.

A Tabela 12 apresenta os resultados da associação entre a variável dependente “autoeficácia na amamentação” e as variáveis relacionadas às características obstétricas anteriores.

De acordo com os resultados, nenhuma das variáveis independentes (número de gestações, parto, aborto e filhos vivos) apresentou associação estatisticamente significativa com a autoeficácia na amamentação, tanto entre as adolescentes quanto entre as adultas.

Tabela 12 - Análise da autoeficácia na amamentação, associada às características obstétricas anteriores entre adolescentes e adultas. Ribeirão Preto, 2014.

	Adolescente				Adulta			
	Autoeficácia			p-valor*	Autoeficácia			p-valor*
	Baixa n(%)	Moderada n(%)	Alta n(%)		Baixa n(%)	Moderada n(%)	Alta n(%)	
Nº de gestações								
Uma	10 (10,64)	32 (34,04)	46 (48,94)	0,1515	13 (4,25)	36 (11,76)	48 (15,69)	0,7461
Duas	01 (1,06)	00 (0,00)	05 (5,32)		10 (3,27)	27 (8,82)	48 (15,69)	
Três ou mais	00 (0,00)	00 (0,00)	00 (0,00)		17 (5,56)	36 (11,76)	71 (23,20)	
Nº de partos								
Um	11 (11,70)	31 (32,98)	46 (48,94)	0,4733	14 (4,58)	42 (13,73)	52 (16,99)	0,2169
Dois	00 (0,00)	01 (1,06)	05 (5,32)		10 (3,27)	28 (9,15)	63 (20,59)	
Três ou mais	00 (0,00)	00 (0,00)	00 (0,00)		16 (5,23)	29 (9,48)	52 (16,99)	
Nº de abortos								
Um	01 (100,0)			**	04 (7,69)	12 (23,08)	24 (46,15)	0,9286
Dois					01 (1,92)	04 (7,69)	06 (11,54)	
Três ou mais					00 (0,00)	00 (0,00)	01 (1,92)	
Nº de filhos vivos								
Um	11 (11,70)	31 (32,98)	47 (50,00)	0,8118	14 (4,58)	44 (14,38)	52 (16,99)	0,1054
Dois	00 (0,00)	01 (1,06)	04 (4,26)		10 (3,27)	26 (8,50)	64 (20,92)	
Três ou mais	00 (0,00)	00 (0,00)	00 (0,00)		16 (5,23)	29 (9,48)	51 (16,67)	

* Teste Exato de Fisher; IC (95%) = Intervalo de confiança de 95%

** Não foi possível calcular o valor de p, pois apenas uma adolescente declarou ter sofrido aborto

A Tabela 13 apresenta os resultados de associação entre a variável dependente “autoeficácia na amamentação” e as variáveis independentes “gestação planejada”, “idade gestacional no início do pré-natal” e “número de consultas no pré-natal”, que se referem às características obstétricas atuais; os resultados não apontaram associação estatisticamente significativa, nem para o grupo das adolescentes e nem para o grupo das adultas.

Tabela 13– Análise da autoeficácia na amamentação, associada às características obstétricas atuais entre adolescentes e adultas. Ribeirão Preto, 2014.

	Adolescente				Adulta			
	Autoeficácia			p-valor*	Autoeficácia			p-valor*
	Baixa n(%)	Moderada n(%)	Alta n(%)		Baixa n(%)	Moderada n(%)	Alta n(%)	
Gestação planejada								
Sim	04 (4,26)	08 (8,51)	20 (21,28)	0,4051	13 (4,25)	50 (16,34)	84 (27,45)	0,1093
Não	07 (7,45)	24 (25,53)	31 (32,98)		27 (8,82)	49 (16,01)	83 (27,12)	
Idade gestacional no início do pré-natal (semanas)								
Até 12	07 (8,64)	15 (18,52)	27 (33,33)	0,8242	28 (9,96)	62 (22,06)	110 (39,15)	0,9062
De 13 a 24	03 (3,70)	11 (13,58)	16 (19,75)		07 (2,49)	25 (8,90)	38 (13,52)	
25 ou mais	00 (0,00)	00 (0,00)	02 (2,47)		01 (0,36)	04 (1,42)	06 (2,14)	
Número de consultas no pré-natal								
Até 5	00 (0,00)	06 (6,90)	07 (8,05)	0,4378	05 (1,71)	12 (4,11)	19 (6,51)	0,9063
6 ou mais	10 (11,49)	26 (29,89)	38 (43,68)		32 (10,96)	83 (28,42)	141 (48,29)	

* Teste Exato de Fisher; IC (95%) = Intervalo de confiança de 95%

A Tabela 14 mostra os resultados da associação entre a variável dependente “autoeficácia na amamentação” e as variáveis independentes “intercorrência na gestação”, “intercorrência no trabalho de parto e parto”, “tipo de parto” e “intercorrência no pós-parto”. Os resultados obtidos não mostraram associação estatisticamente significativa para esta análise em nenhum dos grupos estudados.

Tabela 14– Análise da autoeficácia na amamentação, associada às intercorrências e tipo de parto, entre adolescentes e adultas. Ribeirão Preto, 2014.

adolescentes e adultas. Ribeirão Preto, 2014.								
	Adolescente				Adulta			
	Autoeficácia			p-valor*	Autoeficácia			p-valor*
	Baixa n(%)	Moderada n(%)	Alta n(%)		Baixa n(%)	Moderada n(%)	Alta n(%)	
Intercorrência na gestação								
Sim	05 (5,32)	09 (9,57)	23 (24,47)	0,2930	15 (4,90)	40 (13,07)	60 (19,61)	0,7606
Não	06 (6,38)	23 (24,47)	28 (29,79)		25 (8,17)	59 (19,28)	107(34,97)	
Intercorrência no trabalho de parto e/ou parto								
Sim	01 (1,06)	01 (1,06)	03 (3,19)	0,6661	05 (1,63)	08 (2,61)	13 (4,25)	0,6202
Não	10 (10,64)	31 (32,98)	48 (51,06)		35 (11,44)	91 (29,74)	154 (50,33)	
Tipo de parto								
Normal	09 (9,57)	26 (27,66)	46 (48,94)	0,4741	29 (9,48)	73 (23,86)	113 (36,93)	0,4187
Cesárea	02 (2,13)	06 (6,38)	05 (5,32)		10 (3,27)	26 (8,50)	49 (16,01)	
Fórceps	00 (0,00)	00 (0,00)	00 (0,00)		01 (0,33)	00 (0,00)	05 (1,63)	
Intercorrência pós-parto								
Sim	00 (0,00)	03 (3,19)	05 (5,32)	0,7624	03 (0,98)	06 (1,96)	08 (2,61)	0,6449
Não	11 (11,70)	29 (30,85)	46 (48,94)		37 (12,09)	93 (30,39)	159 (51,96)	

* Teste Exato de Fisher; IC (95%) = Intervalo de confiança de 95%

Em relação às informações referentes ao recém-nascido, foi verificada a associação entre a variável “autoeficácia na amamentação” e as variáveis independentes “sexo da criança” e “peso ao nascer”. A Tabela 15 traz os resultados desta análise, demonstrando que não houve associação estatisticamente significativa.

Tabela 15- Análise da autoeficácia na amamentação, associada às variáveis sexo da criança e peso ao nascer, entre adolescentes e adultas. Ribeirão Preto, 2014.

	Adolescente				Adulta			
	Autoeficácia			<i>p</i> -valor*	Autoeficácia			<i>p</i> -valor*
	Baixa n(%)	Moderada n(%)	Alta n(%)		Baixa n(%)	Moderada n(%)	Alta n(%)	
Sexo da criança								
Feminino	07 (7,45)	17 (18,09)	28 (29,79)	0,8744	21 (6,86)	45 (14,71)	80 (26,14)	0,7417
Masculino	04 (4,26)	15 (15,96)	23 (24,47)		19 (6,21)	54 (17,65)	87 (28,43)	
Peso ao nascer								
< 2.500g	00 (0,00)	00 (0,00)	00 (0,00)	0,7852	04 (1,31)	02 (0,66)	05 (1,64)	0,1976
2.500 – 4.000g	11 (11,83)	30 (32,26)	48 (51,61)		34 (11,15)	94 (30,82)	152(49,84)	
> 4.000g	00 (0,00)	02 (2,15)	02 (2,15)		02 (0,66)	03 (0,98)	09 (2,95)	

* Teste Exato de Fisher; IC (95%) = Intervalo de confiança de 95%

As informações das variáveis independentes “aleitamento materno na primeira hora de vida” e “tipo de aleitamento materno no momento da coleta” também foram analisadas em relação à variável dependente “autoeficácia na amamentação”. A Tabela 16 mostra os resultados da associação. Entre as adolescentes, os resultados mostraram que aquelas que amamentaram na primeira hora de vida do neonato apresentaram maior nível de autoeficácia na amamentação, sendo este resultado estatisticamente significativo ($p=0,0244$). Neste mesmo grupo (adolescentes), estar amamentando exclusivamente no momento da coleta dos dados também apresentou associação significativa com maior nível de autoeficácia na amamentação ($p=0,0148$). Entre o grupo das adultas não houve associação estatisticamente significativa na análise destas mesmas variáveis.

Tabela 16– Análise da autoeficácia na amamentação, associada às variáveis “amamentação na primeira hora de vida do neonato” e “tipo de aleitamento materno no momento da coleta”, entre adolescentes e adultas. Ribeirão Preto, 2014.

	Adolescente				Adulta			
	Autoeficácia			p-valor*	Autoeficácia			p-valor*
	Baixa n(%)	Moderada n(%)	Alta n(%)		Baixa n(%)	Moderada n(%)	Alta n(%)	
Aleitamento materno na primeira hora de vida								
Sim	09 (9,68)	13 (13,98)	32 (34,41)	0,0244	18 (6,00)	59 (19,67)	105 (35,00)	0,1221
Não	02 (2,15)	19 (20,43)	18 (19,35)		21 (7,00)	38 (12,67)	59 (19,67)	
Tipo de aleitamento materno no momento da coleta								
Aleitamento materno exclusivo	11 (11,70)	27 (28,72)	49 (52,13)	0,0148	36 (11,76)	89 (29,08)	155 (50,65)	0,7103
Aleitamento materno predominante	00 (0,00)	00 (0,00)	02 (2,13)		01 (0,33)	04 (1,31)	06 (1,96)	
Aleitamento materno misto	00 (0,00)	05 (5,32)	00 (0,00)		03 (0,98)	05 (1,63)	06 (1,96)	
Não está amamentando	00 (0,00)	00 (0,00)	00 (0,00)		00 (0,00)	01 (0,33)	00 (0,00)	

* Teste Exato de Fisher; IC (95%) = Intervalo de confiança de 95%

5. Discussão

5.1. Caracterização das participantes do estudo

A amostra deste estudo foi composta por dois grupos: puérperas adolescentes e adultas.

As adolescentes apresentaram idade entre 12 e 18 anos com de média de 16,53 anos, e as adultas tinham idade entre 19 e 44 anos, com média de 26,49 anos. No Estado de São Paulo e no Brasil observa-se uma concentração maior de gestação na adolescência na faixa etária de 15 a 19 anos, mas com uma redução importante nos índices dos últimos anos (SÃO PAULO, 2011). No que se referem às adultas, os resultados do presente estudo seguem a tendência nacional 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 (SÃO PAULO, 2011).

Em relação à cor autorreferida, 50% das adolescentes e 42% das adultas se declararam de cor parda. No Brasil, vem crescendo a proporção na população de pessoas que se declaram pretas ou pardas desde 1999, sendo que em 2009, 44,2% da população se declararam parda (IBGE, 2010). No estudo realizado por Rodrigues (2013) também no município de Ribeirão Preto/SP, a maioria das mulheres participantes se declarou de cor preta ou parda. Porém, na cidade de São Paulo, em 2010, apenas 29,6% das mulheres que deram à luz se declarou de cor parda, um índice menor do encontrado no presente estudo (SÃO PAULO, 2011).

No que se refere ao nível de escolaridade, as adolescentes tinham Ensino Fundamental completo e as adultas, Ensino Médio completo. De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança, no ano de 2006 50% das mulheres em idade reprodutiva declararam ter pelo menos o Ensino Fundamental completo (BRASIL, 2009) e no Estado de São Paulo, 58% das mulheres que deram à luz no ano de 2010 possuíam de 8 a 11 anos de estudo (SÃO PAULO, 2011), mostrando que o resultado da presente pesquisa está de acordo com os dados brasileiros. O nível de escolaridade da mulher reflete diretamente na composição da renda familiar e melhores condições de vida para a família; mulheres com menos tempo de estudo são alocadas em postos de trabalho precários (IBGE, 2010). Neste sentido, a maioria das adolescentes e das adultas declarou não ter interrompido os estudos devido à gestação e 65,75% das participantes declararam não realizar trabalho remunerado fora do lar, corroborando o resultado de outras pesquisas realizados em municípios do estado de São Paulo e Rio Grande do Sul, que identificaram que a maioria das mulheres (74% e 67%

respectivamente) não realizava trabalho fora do lar (FILAMINGO; LISBOA; BASSO, 2012; RODRIGUES et al, 2014).

Apesar desta constatação, dados nacionais de 2006 demonstram que 54,2% das mulheres em idade reprodutiva exercem alguma atividade remunerada, sendo que destas 79% o fazem fora do lar (BRASIL, 2009). O número de mulheres que se inseriram no mercado de trabalho formal está aumentando nos últimos anos, sendo que, em 2009, 48,8% das mulheres tinham algum tipo de trabalho com carteira assinada; em contrapartida, cerca de 60% das mulheres com idade de 16 a 24 anos estavam inseridas em trabalhos informais, o que pode ser devido à baixa escolaridade ou a dificuldade de acesso ao primeiro emprego (IBGE, 2010). Quanto maior o nível de escolaridade, maior é o tempo gasto com trabalhos formais e menor é o tempo dedicado aos afazeres domésticos, o que pode produzir uma sobrecarga de horas de trabalho para a mulher, que tem a responsabilidade do trabalho formal e também dos cuidados com a casa e com os filhos e demais familiares (IBGE, 2010). As mulheres que trabalham informalmente ou estão fora do mercado de trabalho estão privadas de receber os benefícios oferecidos pelo Governo Federal, como o salário-maternidade durante a licença, o que as obriga, muitas vezes, a retornar às suas atividades ou buscar uma fonte alternativa de renda, sendo que as mulheres que possuem trabalho formal e recebem o benefício da licença-maternidade apresentam maior prevalência do aleitamento materno (MACHADO et al., 2014). O momento do retorno ao trabalho e/ou aos estudos é citado como um dos motivos de interrupção precoce do aleitamento materno e merece atenção especial dos profissionais de saúde, com o intuito de orientarem adequadamente as mulheres para que possam planejar este retorno sem colocar em risco a amamentação (BROWN et al., 2014). No presente estudo a maioria das participantes, tanto adolescentes quanto adultas, referiu não realizar trabalho remunerado fora do lar e apresentou um nível de escolaridade mediano; somando-se à chegada do bebê, que pode tornar o retorno da mulher ao mercado de trabalho mais difícil, estes fatores podem contribuir para a manutenção de uma renda familiar mais baixa e condições de vida com mais dificuldades.

Com relação à renda familiar, entre as adolescentes a média foi de 2,23 salários mínimos e entre as adultas de 2,68 salários mínimos. Segundo o IBGE, em 2009, cerca de 22,9% das famílias brasileiras viviam com 1/2 salário mínimo *per capita* (IBGE, 2010). Também é possível observar claramente as diferenças de renda no país, que estão enraizadas nas desigualdades territoriais; apesar disso, essa diferença vem sofrendo uma redução, e a expansão dos programas de transferência de renda focados na população mais pobres, vêm

contribuindo para uma redistribuição interna entre as partes componentes do rendimento familiar total (IBGE, 2010).

No que se refere ao estado civil, a maioria das mulheres se declararam com um companheiro (casadas ou amasiadas). A presença do parceiro durante a fase do aleitamento materno é apontado por alguns autores como um fator importante para a manutenção ou interrupção precoce da amamentação (MORRISON et al., 2008; TAKEMOTO et al., 2011). Um estudo realizado no Canadá observou que uma das características das mulheres que tinha alguma razão ou justificativa para interromper a amamentação precocemente era ser solteiras (BROWN et al, 2014). Machado et al. (2014) observaram que as mulheres que não recebiam a ajuda do companheiro nos cuidados com o bebê interromperam a amamentação mais precocemente. Assim, as participantes do presente estudo apresentaram condição favorável ao aleitamento, no tocante à esta variável.

A maioria das puérperas, tanto adolescentes quanto adultas, declarou ter alguma religião, o que também pode influenciar positivamente nos índices maiores de aleitamento materno (BURDETTE; PILKAUSKAS, 2012). O comportamento religioso pode interferir na adoção de comportamentos saudáveis no processo de saúde-doença, uma vez que está permeado de significados, além do que a religião oferece suporte emocional e social, motivação, recursos de cuidados e ajuda a promover estilo de vida mais saudáveis (BUOSSO et al., 2011).

Tanto as adultas quanto as adolescentes declararam, em sua maioria que teriam auxílio no pós-parto para os cuidados com o bebê. Este resultado também foi observado em um estudo realizado no Canadá com gestantes adolescentes e adultas, no qual mais 80% das participantes declararam ter apoio no pós-parto durante todo o período ou a maior parte dele (KINGSTON et al, 2012). A presença de pessoas de confiança da mulher no período pós-parto, como a mãe ou uma irmã, é importante para o progresso e o sucesso da amamentação, facilitando a harmonia do processo e proporcionando condições favoráveis à amamentação natural (ISSLER et al, 2010). A presença de mães e irmãs das puérperas durante o período pós-parto geralmente oferecem um tipo de educação informal, e se estas mulheres estão distantes as puérperas sentem-se menos apoiadas e incentivadas (VAUGHN et al, 2010).

Com relação às características obstétricas das adolescentes, a maioria declarou ser primípara e ter um filho vivo. Entre as adultas, observa-se que 40,52% das puérperas relataram já ter ficado grávida três vezes ou mais, 31,70% declarou ter tido três partos ou mais. De acordo com a Teoria da Autoeficácia na Amamentação, as experiências pessoais com amamentação representam o pilar mais forte da construção da expectativa de autoeficácia

(DENNIS, 1999). Ter outros filhos e amamentar anteriormente pode fazer com que a mulher se sinta mais ou menos segura para amamentar o seu novo bebê, conforme tenha sido sua experiência anterior com a amamentação (RODRIGUES et al., 2014). O impacto da paridade nos resultados da amamentação foi evidenciado em estudo longitudinal, onde as multíparas realizaram a primeira mamada após o parto mais rapidamente, amamentaram mais vezes ao dia, tinham intenção de amamentar por mais tempo e apresentaram maiores índices de aleitamento materno com 2 semanas pós-parto, 2 meses e 6 meses (HACKMAN et al, 2015).

Com relação ao número de abortos, apenas uma adolescente declarou ter vivenciado esta situação, enquanto que 76,92% das puérperas adultas disseram já ter sofrido pelo menos um aborto. Estes resultados são semelhantes aos apresentados por um estudo da Turquia, no qual foram verificados que as taxas de aborto aumentam com o aumento da idade da mulher, sendo maior na faixa etária de mulheres com mais de 35 anos (KARABULUT et al., 2013).

Em relação à gestação atual, a maioria das adolescentes e das adultas referiu não ter planejado a gestação, ter iniciado o pré-natal ainda no 1º trimestre de gravidez e ter realizado seis consultas ou mais de pré-natal. Estudos realizados no Brasil e Canadá também identificaram que a maioria das gestantes, adolescentes e adultas, não planejou a gestação (RODRIGUES, 2013; KINGSTON et al, 2012). Porém, isto pode estar relacionado com fatores socioculturais, como na China, onde as mulheres se casam muito jovens e a gestação na adolescência é um fator socialmente aceitável, sendo que as mulheres relataram ter planejado a sua gestação (KU; CHOW, 2010). Também na Turquia, onde o casamento na adolescência é um fator importante e influencia os resultados da gravidez na adolescência, a maioria das adolescentes, que eram casadas, relatou ter ficado grávida intencionalmente (KARABULUT et al, 2013).

Com relação ao número de consultas pré-natal, os resultados obtidos vão ao encontro dos números brasileiros demonstrados pelo Ministério da Saúde, sendo que 61,84% das mulheres que deram à luz em 2011 declararam ter realizado mais de 07 consultas (BRASIL, 2011). A cobertura pré-natal no Brasil vem melhorando nas últimas décadas, no entanto, ainda existe a falta de integração dos serviços de saúde que atendem a mulher durante o acompanhamento da gestação e do parto, bem como o uso abusivo de intervenções e medicalizações em detrimento de medidas simples como avaliação das mamas e aferição da pressão arterial, medidas essas que fazem parte de um atendimento pré-natal de qualidade (VICTORA et al, 2011).

A maioria das adolescentes não apresentou nenhuma intercorrência durante a gestação e o trabalho de parto, tampouco no pós-parto, assim como as adultas. Segundo Fleming et al. (2013), as gestantes adolescentes apresentam um risco maior de complicações obstétricas e neonatais quando o fator idade está associado a outras variáveis como tabagismo e condições socioeconômicas desfavoráveis. Estes mesmos autores concluíram que a adolescência é vista como uma fase de maior risco para os efeitos adversos obstétricos, assim como mulheres acima de 35 anos de idade; no entanto, estes riscos podem ser acentuados ou atenuados por variáveis como condições socioeconômicas, biológicas e qualidade de acompanhamento do pré-natal (FLEMING et al, 2013), o que também pode ser a explicação para o resultado de poucas intercorrências apresentadas pelas puérperas deste estudo.

Com relação ao tipo de parto, 86,17% das adolescentes teve parto normal, assim como 70,26% das adultas. Desde 1985, A OMS recomenda que apenas 10 -15% dos partos sejam cesarianas (WHO, 2015). Segundo a OMS, as taxas de cesariana acima de 10% dos nascimentos não estão associadas com a redução da mortalidade materna, e como qualquer outra intervenção cirúrgica, quando feita sem indicação médica real, aumenta os riscos para a mãe e para a criança, a médio e longo prazo (WHO, 2015). Considerando que o estudo foi realizado em uma maternidade de baixo risco, podemos concluir que os partos das adolescentes encontram-se dentro das recomendações da OMS, porém o tipo de parto das pupérperas adultas está abaixo das recomendações. Os achados corroboram outros estudos realizados com gestantes adolescentes e adultas que apontam uma tendência para o aumento da taxa de parto normal entre as adolescentes e que, quanto maior a idade materna, maior a chance de a mulher ser submetida à cesariana (CHANTRAPANICHKUL; CHAWANPAIBOON, 2013; FLEMING et al, 2013; KARABULUT et al, 2013; KINGSTON et al, 2012). O tipo de parto é um fator que influencia o início e a manutenção do AM, visto que as mulheres que dão à luz por via vaginal têm mais chances de amamentarem o bebê na primeira hora de vida e de continuarem amamentando até seis meses (BENITES et al, 2014; WILL et al., 2013).

Quanto às características dos neonatos, entre as adolescentes, a maioria teve bebê do sexo feminino, com peso médio de 3.233,38g, e entre as adultas, a maioria era do sexo masculino, com peso médio de 3.235. A maioria das participantes teve filhos com peso adequado ao nascer. Nenhum recém-nascido de mãe adolescente apresentou baixo peso, enquanto que 3,61% dos bebês das adultas apresentaram peso menor do que 2.500g ao nascer. A proximidade dos pesos médios entre as adolescentes e as adultas está de acordo com os resultados apresentados por Karabulut et al. (2013), que apresentaram as médias de peso ao

nascer entre mulheres adolescentes, adultas jovens e adultas muito próximas (3.142g, 3.235g e 3.137g, respectivamente), porém, com a diferença entre o peso dos bebês das mães adolescentes e das adultas jovens estatisticamente significativa. Estudos apontam para um maior risco de mães adolescentes terem bebês de baixo peso ao nascer, devido à imaturidade anatômica, fase de crescimento do organismo materno e maior necessidade de vitaminas e minerais da adolescente, que compete com as necessidades do feto, além de estar associado às suas condições socioeconômicas e culturais (CHANTRAPANICHKUL; CHAWANPAIBOON, 2013; FLEMING et al, 2013; KARABULUT et al, 2013). No entanto, esta diferença de peso entre os filhos das adolescentes e das adultas não foram verificadas no presente estudo.

Com relação às informações sobre o início da amamentação, entre as adolescentes 57,45% declararam ter amamentado seu bebê na primeira hora de vida, e 92,55% estava em aleitamento materno exclusivo no momento da coleta de dados. Entre as adultas, 59,48% declararam ter amamentado seu bebê na primeira hora de vida e a maioria (91,50%) estava em aleitamento materno exclusivo no momento da coleta de dados. Considerando que a pesquisa foi realizada em uma maternidade acreditada pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), os índices de aleitamento materno na primeira hora de vida, encontram-se abaixo do recomendado pelo Passo Quatro dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, seguidos pela IHAC. Este passo recomenda que, entre as puérperas:

[...] pelo menos 80% devem confirmar que seus bebês foram colocados em contato pele a pele com elas imediatamente ou no prazo de cinco minutos após o parto e que esse contato se prolongou por no mínimo uma hora, a menos que houvesse razões médicas justificáveis para atrasar este contato; pelo menos 80% também devem confirmar que foram encorajadas a procurar, durante este primeiro período de contato, sinais de que seus bebês estavam prontos para mamar e a receber ajuda, se necessário (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008, p. 40).

Os resultados do presente estudo também estão abaixo do que foi verificado na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno realizada no Brasil, que demonstrou que 67,7% das crianças foram amamentadas na primeira hora de vida (BRASIL, 2009), o que também aponta para a necessidade de revisão das práticas hospitalares durante a assistência ao parto, a fim de melhorar os índices de aleitamento materno na primeira hora de vida. A amamentação na primeira hora de vida é de extrema importância para o início e a continuidade do aleitamento materno, e para estabelecer o vínculo emocional entre mãe e bebê, além de diminuir o risco de morte neonatal, especialmente as mortes causadas por infecções (WHO, 2009).

No que se refere ao tipo de alimentação da criança no momento da coleta de dados, mais de 90% da amostra, tanto de puérperas adolescentes quanto de puérperas adultas estavam em aleitamento materno exclusivo. Segundo o Passo Seis dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”:

[...] Os dados hospitalares devem indicar que pelo menos 75% dos bebês nascidos a termo durante o último ano foram exclusivamente amamentados ou exclusivamente alimentados com leite extraído do seio, do parto à alta do hospital (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008, p. 40).

Estudos realizados em instituições hospitalares que implementaram os passos da IHAC demonstram que os bebês nascidos nestas instituições apresentam maiores taxas de início e manutenção do aleitamento (INGRAM; JOHNSON; CONDON, 2011; SAMPAIO et al, 2011). No presente estudo, a semelhança do resultado entre adolescentes e adultas pode estar relacionado com o fato de que o incentivo ao aleitamento materno na maternidade estudada ocorre para todas as puérperas, independente da idade materna.

5.2 A autoeficácia na amamentação

A autoeficácia na amamentação refere-se à percepção da mulher na sua capacidade para amamentar, e a confiança da mulher irá influenciar no seu comportamento, como por exemplo, na tomada de decisão por amamentar e na manutenção do aleitamento materno (DENNIS, 1999). No presente estudo, a coleta de dados ocorreu 24 horas após o parto, com o objetivo de acessar o nível de autoeficácia no início da amamentação.

A maioria das participantes (54,50%) apresentou um alto nível de autoeficácia. Os escores da BSES demonstraram que, entre as puérperas adolescentes a média de pontuação foi de 138,86, indicando autoeficácia alta; entre as adultas, a média de pontuação foi de 137,07, indicando autoeficácia moderada, porém bem próxima ao limite inferior da autoeficácia alta. Os resultados corroboram os estudos de Dennis (2006) e Blyth (2004) que identificaram um nível de autoeficácia moderado entre participantes adultas. Com relação ao resultado das adolescentes, não foram encontrados estudos que analisaram os níveis de autoeficácia materna na amamentação entre esta população utilizando a BSES. Entretanto, estudo realizado no Canadá com mães adolescentes utilizando a versão reduzida da BSES (BSES – Short form) demonstrou que entre as adolescentes que iniciaram a amamentação, 57% apresentaram

autoeficácia alta no pré-natal (MOSSMAN et al, 2008). Estudos independentes realizados na China, durante a gestação e durante a hospitalização entre puérperas adultas, verificaram baixa autoeficácia (KU; CHOW, 2010; ZHU et al, 2014), o que diferem da realidade brasileira.

No que se refere à análise de cada domínio da BSES, em relação ao domínio Técnico o escore médio foi de 83,32 entre as adolescentes e de 81,83 entre as adultas; para o domínio Pensamentos Intrapessoal o escore médio das adolescentes foi de 55,54 e das adultas foi de 55,55. Estes resultados também são diferentes do que foi apresentado pelo estudo de Ku et al., que verificaram média de 63,94 para Pensamento Intrapessoal e média de 52,74 para o domínio Técnico (KU; CHOW, 2010). No estudo de Zhu et al. (2014), os autores observaram que as gestantes apresentaram menor autoeficácia no que diz respeito às técnicas de amamentação, ter uma produção de leite suficiente e ter suporte da família, e concluíram que os baixos níveis de autoeficácia entre as gestantes pode ser devido à pouca orientação sobre o aleitamento materno recebida por elas durante o pré-natal e a inadequada preparação para a prática da amamentação.

Os níveis de autoeficácia mais elevados verificados no presente estudo podem ser justificados pelo fato de a maternidade estudada seguir os passos da IHAC, como referido anteriormente. Estudos brasileiros realizados em hospitais não acreditados como Amigo da Criança também observaram níveis mais altos de autoeficácia nas primeiras 24hs após o parto, diferenciando-se do presente estudo pelo uso da forma reduzida da BSES (RODRIGUES et al, 2014; SOUZA; FERNANDES, 2014). A influência das ações praticadas nas maternidades da Iniciativa Hospital Amigo da Criança nos níveis de autoeficácia na amamentação merece maior investigação. No entanto, é importante salientar que, no Brasil, para além da IHAC, outras políticas e programas governamentais em prol da amamentação exercem importante papel no incentivo à prática do aleitamento materno. Desde a década de 1970 vários programas e estratégias foram lançadas com o objetivo de combater os altos índices de desmame. Na década de 1980 foram lançados o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), as portarias que tornou obrigatório nas maternidades a instituição do Alojamento Conjunto e a criação os Bancos de Leite Humano, a aprovação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL) e a criação de um grupo nacional da IBFAN (*International Baby Food Action Network*) (VENÂNCIO; NOGUEIRA-MARTINS; GIUGLIANI, 2010). Ainda no final da década de 80, a OMS/UNICEF definiu os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” que norteia o papel dos serviços de saúde e das maternidades na promoção e proteção ao aleitamento

materno. Na década de 1990 o Brasil assinou a Declaração de *Innocenti*, que tinha como meta: criar uma coordenação nacional de Amamentação, garantir que as maternidades cumprissem os Dez Passos, e proteger a mulher trabalhadora; em 1991 a OMS/UNICEF lançou a Iniciativa Hospital Amigo da Criança visando melhorar a qualidade de atenção ao recém-nascido saudável (VENÂNCIO; NOGUEIRA-MARTINS; GIUGLIANI, 2010). Entre os anos de 1990 e 2000 outras estratégias foram lançadas, como a criação da Aliança Mundial de Ações Pró-Amamentação (WABA), e a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de baixo peso pelo Ministério da Saúde (SILVA, 2014). Em 2004, o Ministério da Saúde lançou o Pacto pela Redução da Mortalidade materna e Neonatal e mais recentemente, em 2012 a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, integrando as atividades em prol do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável (VENÂNCIO; NOGUEIRA-MARTINS; GIUGLIANI, 2010). As estratégias governamentais impulsionaram os índices de AM no Brasil, no entanto, as taxas ainda continuam aquém do que é recomendado (BRASIL, 2009a; VENANCIO et al, 2010). Análises ao longo dos últimos anos demonstram que, mundialmente, as taxas do aleitamento materno estão estagnadas tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento, evidenciando a necessidade de fortalecer os programas exitosos e de desenvolver novas estratégias que sejam sensíveis à situação das mulheres que amamentam e suas famílias (MATANDA; MITTELMARK; KIGARU, 2014; UNICEF, 2013; UNITED STATES, 2010).

Acessar os níveis de autoeficácia no pós-parto imediato e identificar as puérperas com maior risco para o desmame precoce e que necessitam de maior suporte é uma ferramenta importante aos profissionais de saúde, uma vez que mulheres com dificuldade em iniciar e estabelecer a amamentação apresentam níveis baixos de autoeficácia (BLYTH et al, 2002), e são particularmente vulneráveis em interromper a amamentação nas primeiras 72 após o parto (WILHELM et al, 2010).

A comparação dos resultados da autoeficácia entre puérperas adultas e adolescentes não apresentou diferença estatisticamente significativa entre estes dois grupos, o que aponta para o fato de que a idade materna, como variável isolada, não influenciou o nível de autoeficácia materna na amamentação no pós-parto imediato. Estudo realizado na Austrália também não encontrou associação entre a idade materna e o nível de autoeficácia na amamentação (BLYTH et al, 2002). Em um estudo realizado no Canadá, Dennis (2006) observou que a idade materna interferiu nos níveis de autoeficácia na amamentação quando associada ao nível educacional e paridade, concluindo que mulheres mais velhas, com maior nível educacional e com número maior de filhos apresentavam maiores escores de

autoeficácia. Porém, outro estudo realizado na China, demonstrou que quanto maior a idade da mãe, menor o nível de autoeficácia na amamentação, mostrando uma associação inversa entre a idade materna e o nível de autoeficácia (KU; CHOW, 2010). Apesar destes achados, destaca-se que estes estudos tiveram como participantes apenas mulheres adultas, e nenhum outro trabalho foi encontrado comparando os resultados entre mães adolescentes e adultas. Um estudo que incluiu em sua amostra mães adolescentes com idade a partir de 16 anos apresentou média de 146,6 pontos da BSES, indicando um nível alto de autoeficácia (LINARES et al., 2015); no entanto, no estudo citado, não foi realizada a análise separada dos grupos de adolescentes e adultas, tampouco a influência da idade (adolescente ou adulta) nos escores apresentados.

5.3 Autoeficácia na amamentação e as variáveis sociodemográficas e obstétricas: análise de associações

Alguns fatores podem influenciar o nível de autoeficácia da mulher no pós-parto, como sua experiência prévia com a amamentação, a assistência recebida durante o pós-parto, o estado emocional da mãe, entre outros que podem facilitar ou dificultar o comportamento de amamentar o bebê (DENNIS, 1999). Algumas situações especiais podem ser verdadeiras barreiras para a prática do aleitamento materno, como as crenças e as práticas alimentares de diferentes grupos sociais, bem como o acesso à informações e ações educativas sobre o aleitamento materno em uma linguagem de fácil entendimento da mulher (VAUNGH et al., 2010).

Neste sentido, os fatores que influenciaram os níveis de autoeficácia na amamentação foram diferentes entre as puérperas adolescentes e adultas que participaram do presente estudo.

Entre as puérperas adolescentes, não foi verificada associação estatisticamente significativa entre a autoeficácia na amamentação e as variáveis: cor autorreferida, escolaridade, interrupção dos estudos devido à gestação, religião, ocupação, estado marital, tipo de moradia e renda familiar.

A análise mostrou que, para as adolescentes, houve associação estatisticamente significativa entre a variável “auxílio da mãe ou da sogra no pós-parto” e a autoeficácia na amamentação. Ou seja, aquelas que referiram ter o auxílio no pós-parto apresentaram nível de

autoeficácia maior. É importante salientar que tanto entre puérperas adolescentes quanto entre as puérperas adultas, o apoio no pós-parto é fator importante para o início e a manutenção do aleitamento materno (ABREU; FABBRO; WERNET, 2013; BARONA-VILAR; ESCRIBAR-AGUIR; FERRERO-GANDÍA, 2009; GIULIANI et al., 2012).

Independentemente do tipo de apoio, em ambos os casos, os resultados do presente estudo mostram que receber o apoio de alguém de confiança da puérpera influencia em sua autoeficácia para amamentar seu bebê. A ajuda no pós-parto é um dos fatores ambientais e emocionais que influencia a decisão da mulher em amamentar e aumenta sua autoestima, confiança e comportamentos saudáveis (KU; CHOW, 2010). O apoio recebido e percebido pela mulher durante a amamentação está relacionado com a Persuasão Verbal, que é uma das quatro fontes de informação que compõe as Expectativas de Autoeficácia. Segundo A Persuasão Verbal não deve ser interpretada como um elogio, mas sim como uma forma de cultivar a crença das pessoas em suas capacidades, garantindo que o sucesso desejado seja algo possível de ser alcançado (BANDURA et al., 2008). A Persuasão Verbal está diretamente relacionada com a existência de vínculo entre as partes e, quanto maior a credibilidade de quem persuade, maior é a chance de aumentar a confiança de quem está recebendo o apoio (DENNIS, 1999).

As mães das adolescentes são as maiores influenciadoras na sua experiência de amamentação, desde a tomada de decisão por amamentar ou não, até a manutenção do aleitamento materno (FAIRCHILD, 2013). As avós, quando presentes, são importantes para suprir a necessidade de suporte emocional e de informação para as mães adolescentes, independente da classe social (BARONA-VILAR; ESCRIBA-AGUIR; FERRERO-GANDIA, 2009). Em um estudo realizado no Canadá, a maioria das mães adolescentes que decidiram por amamentar seus filhos foi amamentada quando crianças, o que proporciona o maior suporte de suas mães, bem como maior encorajamento e o oferecimento de conselhos positivos sobre o aleitamento materno (MOSSMAN et al, 2008). Na China, mulheres que moravam com a sogra apresentaram maior nível de confiança na amamentação (KU, CHOW, 2010). Os resultados do presente estudo corroboram outros trabalhos que evidenciam que a convivência com mulheres da família, que já tiveram experiência com a amamentação, é um fator de maior influência para a adolescente no seu comportamento frente ao aleitamento materno (MORRISON et al., 2008; NESBITT et al., 2012; TUCKER; WILSON; SAMANDARI, 2011; WAMBACH; KOEHN, 2004). Entre as adultas, autores observaram que elas apresentam dificuldades por não terem suas mães ou irmãs por perto para fornecerem informações, apoio e ajudarem no aleitamento materno (VAUGHN et al., 2010).

Não houve associação estatisticamente significativa entre a autoeficácia na amamentação e as variáveis: interrupção dos estudos devido à gestação, religião, ocupação, tipo de moradia, renda familiar, ajuda nos cuidados como bebê e tipo de ajuda, entre as puérperas adultas.

Ainda com relação às adultas, foram verificadas associações significativas entre “cor da pele” e “escolaridade” com a autoeficácia na amamentação. Mulheres que se declararam pretas ou pardas apresentaram escores maiores em relação às que se declararam brancas ou de raça amarela; as mulheres que apresentavam nível escolar maior apresentaram maior nível de autoeficácia. Os resultados aqui apresentados diferem daqueles obtidos por Blyth et al. (2002), em estudo realizado na Austrália, que não encontrou relação entre a etnia e a autoeficácia na amamentação, e nem entre o nível de escolaridade da mãe e esta última variável. Estudo realizado na cidade de São Paulo, em 2012, utilizando a versão reduzida da BSES, também não encontrou associação entre a autoeficácia e a escolaridade (SOUZA, 2012). No entanto, outros estudos apontaram que mulheres com alto nível educacional apresentavam maior autoeficácia na amamentação com uma semana após o parto (DENNIS, 2006; ORIÁ, 2009). A associação positiva do nível de escolaridade com a autoeficácia na amamentação pode ter ocorrido porque as mulheres com nível educacional elevado possuem forte senso de competência pessoal e enfrentam as tarefas mais difíceis como desafios a serem vencidos e não como ameaças a serem evitadas (DENNIS, 2006).

No presente estudo a variável “renda familiar” não esteve associada com a autoeficácia na amamentação, no entanto, esta é uma variável que deve ser analisada com cautela. A renda familiar é um indicador importante para caracterizar o perfil socioeconômico das famílias brasileiras, uma vez que “[...] a renda adquirida pela família é, basicamente, o que define suas possibilidades de aquisição de bens e serviços” (IBGE, 2010, p.100). Assim, a renda familiar elevada pode facilitar o acesso da puérpera e sua família à serviços que suportem o aleitamento materno; entretanto, também pode facilitar o acesso às fórmulas infantis, causando o desmame precoce nos momentos de maior dificuldade. Na China, primíparas com alta renda familiar elevada apresentaram autoeficácia elevada e baixos índices de aleitamento materno exclusivo, provavelmente porque percebiam a amamentação como uma “moda” e um sinal de status social mais baixo, e a mamadeira como algo mais moderno (KU; CHOW, 2010). Apesar da evidência do efeito da renda familiar na autoeficácia, no presente estudo a análise destas variáveis não foi aprofundada.

Também no presente estudo, os resultados não apontaram associação entre o estado marital das puérperas e a autoeficácia na amamentação. Entretanto, entre as puérperas adultas os resultados apontam para uma tendência de que as mulheres com companheiro tenham maior autoeficácia. O apoio do parceiro é um importante preditor do início da amamentação, e uma variável que pode interferir no nível de confiança das mulheres em sua capacidade para amamentar, aumentando o nível de autoeficácia entre aquelas que apresentam apoio e incentivo do parceiro para esta prática (MANNION et al, 2013; MOSSMAN et al, 2008). A relação do estado marital com a duração do aleitamento materno é bastante evidente, sendo que mulheres casadas, que apresentam forte percepção de apoio do parceiro e disponibilidade do mesmo em ajudar no pós-parto, e que referem o parceiro como a pessoa mais importante na sua vida, apresentam mais chances de manter o aleitamento materno por mais tempo (DENNIS, 2006; KU; CHOW, 2010; LINARES et al, 2015; VAUGHN et al, 2010). Por outro lado, para a adolescente, a presença do parceiro pode ser um fator de conflito, em especial se este não apoia e incentiva a amamentação (FROTA; MARCOPITO, 2004; NESBITT et al., 2012).

No presente estudo, não foram verificadas associações estatisticamente significativas entre a autoeficácia na amamentação e o número de gestações, de partos, de abortos e de filhos vivos, tanto entre adultas quanto entre adolescentes. Entre as adolescentes não foram encontrados estudos que relacionam a paridade com os escores de autoeficácia, visto que, na maioria dos casos, elas são primíparas. Entre as adultas, estudos apontaram que as múltiparas apresentam maior nível de autoeficácia em comparação com as primíparas, (DENNIS, 2006; KU; CHOW, 2010). No entanto, esta variável isoladamente não foi um preditor da variação da autoeficácia na amamentação (DENNIS, 2006). As experiências pessoais anteriores com a amamentação é uma das fontes de informação que sustentam as expectativas de autoeficácia, sendo a mais poderosa e imediata fonte de informação, podendo influenciar positiva ou negativamente os níveis de confiança (DENNIS, 1999). As experiências pessoais com a amamentação estão relacionadas com a vivência pessoal da mulher com esta prática, o que explica o fato de mulheres que já tiveram filhos apresentarem maior nível de autoeficácia. No presente estudo, a história de amamentação das mulheres que se declararam múltiparas não foi investigada, o que pode ter sido um fator limitante para os resultados não estarem de acordo com a literatura.

Com relação à gestação atual, tanto entre o grupo de puérperas adolescentes quanto entre o grupo de puérperas adultas, não houve associação entre a autoeficácia na amamentação e as variáveis “gestação planejada”, “idade gestacional no início do pré-natal”,

e “número de consultas de pré-natal”. Rodrigues et al.(2014), utilizando a versão reduzida da BSES também não encontraram associação entre ter realizado o pré-natal e o número de consultas com a autoeficácia na amamentação. Um dos fatores que pode influenciar na confiança materna para amamentar é a realização ou não do pré-natal; as melhores taxas de adesão à amamentação devem-se às intervenções de profissionais de saúde desde o pré-natal, reforçando a importância de ações em prol do aleitamento iniciadas nestas consultas (SANDY; ANISFELD; RAMIREZ; 2009; WAMBACH et al., 2011). Apesar desta constatação, esta relação não foi verificada no presente estudo.

As variáveis intercorrências na gestação, intercorrências no trabalho de parto e parto, tipo de parto e intercorrências no pós-parto também não apresentaram associação com a autoeficácia na amamentação. Apesar de utilizar a versão reduzida da BSES, Tokat et al. (2014), em estudo realizado na Turquia, também não observou diferença entre os escores de autoeficácia e o tipo de parto. Porém, Dennis (2006), em seu estudo realizado no Canadá, observou que as mulheres que tiveram parto normal sem intervenções, satisfação com os métodos de alívio da dor durante o trabalho de parto, cuidado satisfatório durante o trabalho de parto, parto e pós-parto apresentaram níveis de autoeficácia maiores. Os estudos citados analisaram amostras de puérperas adultas. Não foram encontrados estudos que tenham relacionado o tipo de parto e a autoeficácia entre as puérperas adolescentes. No que diz respeito às intercorrências na gestação, trabalho de parto e parto, e no pós-parto e a associação com a autoeficácia na amamentação, não foram encontrados trabalhos científicos que fizessem esta análise. A condução do presente estudo em uma maternidade de baixo risco obstétrico, com baixas taxas de intercorrências, pode ter sido um dos motivos pelo qual não foram verificadas associações referentes a estas variáveis.

No que tange à amamentação na primeira hora de vida e ao tipo de aleitamento no momento da coleta de dados, estas variáveis apresentaram associação estatisticamente significativa com o nível de autoeficácia entre as puérperas adolescentes. Pesquisas utilizando a BESE-Short Form também encontraram associação entre amamentação na primeira hora após o parto e os níveis de autoeficácia na amamentação entre puérperas adultas (AGHDAS; TALAT; SEPIDEH, 2014; RODRIGUES et al., 2014). Não foram encontrados estudos que analisaram estas variáveis entre adolescentes. O contato pele a pele e início do aleitamento precocemente traz inúmeros benefícios para a mãe e para o bebê, e estão relacionados com a maior satisfação materna e o aumento da confiança da mulher na sua capacidade de amamentar e cuidar de seu bebê (AGHDAS; TALAT; SEPIDEH, 2014). Além disso, as sensações físicas vivenciadas pela mulher logo após o parto podem aumentar ou diminuir a

confiança; situações em que a mulher vivencia maior ansiedade, estresse e dor, diminuem o nível de ocitocina e o reflexo de ejeção do leite materno, levando à percepção de leite insuficiente e consequentemente à diminuição dos níveis de autoeficácia (MONTEIRO, 2008; ORIÁ, 2008).

Os resultados do presente estudo evidenciam semelhanças no comportamento entre as puérperas adolescentes e adultas no que se refere à autoeficácia na amamentação, o que pode ser um reflexo das ações realizadas na maternidade Amiga da Criança onde o estudo ocorreu. Entretanto, as especificidades verificadas entre as adolescentes, relativas ao aumento da autoeficácia quando estas referiram ter ajuda para o cuidado do recém-nascido, quando amamentaram na primeira hora pós-parto e quando estavam em AME ainda na internação demonstram que estes dados podem ser importantes para o suporte à continuidade do aleitamento materno, visto que a literatura científica refere que as mães adolescentes tem maior risco de não iniciar o aleitamento materno, maior risco de desmame precoce, em especial durante a internação hospitalar, menor chance de estar amamentando exclusivamente na alta hospitalar e maior risco de descontinuidade do aleitamento materno após a alta (FLEMING et al, 2013; KINGSTON et al, 2012). Com relação às adultas, a identificação de associação entre a autoeficácia e as variáveis “cor da pele” e “escolaridade”, e a tendência de associação com o estado marital demonstram que este grupo também apresenta características específicas que merecem maior atenção dos profissionais de saúde que atuam junto às mulheres e seus filhos.

6. *Conclusões*

Os resultados deste estudo permitem concluir que:

- Participaram deste estudo puérperas adolescentes e adultas. Entre as puérperas adolescentes, a amostra do estudo foi representada por mulheres com idade média de 16 anos de idade, de cor parda, com ensino fundamental completo, que não interromperam os estudos devido à gestação, não realizavam trabalho remunerado fora do lar, declararam-se amasiadas, residir em casa própria, ter renda familiar média de 2,23 salários mínimos e contar com auxílio nos cuidados com o bebê no pós-parto. Entre as puérperas adultas, a amostra foi representada por mulheres com idade média de 26 anos, de cor parda, com ensino médio completo, que não interromperam os estudos devido à gestação, não realizavam trabalho remunerado fora do lar, declararam-se amasiadas, residir em casa própria, ter renda familiar média de 2,68 salários mínimos e contar com auxílio nos cuidados com o bebê após o parto.
- A maioria das puérperas adolescentes era primigesta, primípara e tinha apenas um filho vivo; entre as puérperas adultas, a maior porcentagem era multigesta, primípara, já tinha sofrido um aborto e tinha um filho vivo.
- A maioria das puérperas adolescentes e das adultas não planejou a gestação, iniciou o pré-natal no primeiro trimestre de gestação e realizou seis ou mais consultas deste acompanhamento.
- No que se refere às informações da gestação atual, a maioria tanto das adolescentes quanto das adultas não apresentou nenhum tipo de intercorrência durante a gestação, trabalho de parto, parto e pós-parto. A maioria das participantes teve parto normal.
- No que se refere às características dos neonatos, a maioria apresentou peso adequado ao nascer, sendo que a maioria dos filhos das adolescentes foi do sexo feminino e entre os filhos das adultas, a maioria foi do sexo masculino;
- Com relação à amamentação, a maioria das participantes amamentou seu bebê na primeira hora após o nascimento e estava realizando aleitamento materno exclusivo no momento da coleta de dados.

Com relação aos dados referentes à autoeficácia na amamentação:

- 54,26% das puérperas adolescentes apresentaram autoeficácia alta, assim como 54,58% das puérperas adultas. A média dos escores da BSES entre as adolescentes foi de 138,86 e

entre as adultas foi de 137,07, não havendo diferença estatisticamente significativa para este resultado.

- Não houve diferença estatisticamente significativa na comparação da média dos escores do domínio Técnico e ao domínio Pensamento Intrapessoal da BSES entre as puérperas adolescentes e as adultas.
- Quanto às adolescentes, houve associação estatisticamente significativa entre a variável “auxílio de quem (para os cuidados do bebê)” e a variável dependente “autoeficácia na amamentação”. As puérperas que declararam ter auxílio da mãe e/ou sogra no pós-parto apresentaram maior nível de autoeficácia.
- Entre as puérperas adultas, houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis “cor autorreferida” e a “autoeficácia na amamentação”, sendo que as puérperas adultas que se declararam de cor preta ou parda apresentaram maior nível de autoeficácia do que aquelas que se declararam brancas ou amarelas.
- Entre as puérperas adultas, também houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis “escolaridade” e a “autoeficácia na amamentação”; aquelas com Ensino Médio completo apresentaram autoeficácia mais elevada do que aquelas com menor nível de escolaridade.
- Entre as puérperas adultas, houve uma tendência de associação entre a variável “estado marital” e a variável dependente “autoeficácia”; ou seja, as mulheres que se declararam casadas ou amasiadas apresentaram uma tendência de ter autoeficácia mais elevada do que aquelas que eram solteiras, separadas ou divorciadas.
- Não houve associação entre a variável dependente “autoeficácia na amamentação” e as variáveis relacionadas às características obstétricas anteriores, às características obstétricas atuais, às intercorrências obstétricas, ao tipo de parto, às características do neonato, tanto entre as puérperas adolescentes quanto entre as adultas.
- Entre as puérperas adolescentes houve associação estatisticamente significativa entre a variável “aleitamento materno na primeira hora de vida” e a variável dependente “autoeficácia na amamentação”. As adolescentes que amamentaram seus bebês na primeira hora de vida apresentaram autoeficácia mais elevada.
- Também houve associação estatisticamente significativa entre a variável “tipo de aleitamento materno no momento da coleta de dados” e a variável dependente “autoeficácia na amamentação” entre as puérperas adolescentes, sendo que aquelas em

aleitamento materno exclusivo no momento da coleta de dados apresentaram autoeficácia mais elevada.

7. Implicações para a prática e a pesquisa

O aleitamento materno é uma prática de fundamental importância para a saúde materno-infantil e para a sociedade. A OMS e o MS brasileiro recomendam, incentivam, protegem e apoiam as ações que dão suporte à mulher que amamenta e sua família.

O momento do parto e as práticas hospitalares no pós-parto imediato interferem diretamente na construção da autoeficácia materna. As experiências positivas durante o trabalho de parto e parto estão diretamente ligados a maiores níveis de autoeficácia uma semana após o parto (DENNIS, 2006). De acordo com a Teoria da Autoeficácia na Amamentação, a confiança da mulher na habilidade para amamentar seu bebê é construída sobre os pilares de suas experiências pessoais, de vivências com outras mulheres, de apoio e orientações adequadas que venham de pessoas de sua confiança, profissionais ou não, e de sua condição física e emocional durante o processo. Assim, a avaliação da autoeficácia da mulher em sua habilidade para amamentar no pós-parto imediato, ainda na instituição onde recebeu assistência, pode ser de grande valia para os profissionais de saúde.

O presente estudo é pioneiro na análise e comparação da autoeficácia na amamentação entre puérperas adolescentes e adultas. Independentemente da idade, as mulheres destes grupos não apresentaram diferenças significativas com relação à variável estudada. A participação de puérperas admitidas em uma maternidade credenciada pela IHAC pode ser considerada uma limitação do estudo, visto que estas instituições têm forte atuação em prol do aleitamento materno, fato que pode ter se refletido nas respostas das participantes.

Determinadas práticas, como o recebimento de apoio da mãe ou da sogra pela puérpera, a amamentação na primeira hora de vida e a prática do aleitamento materno exclusivo durante o período de admissão no alojamento conjunto, influenciaram o aumento da autoeficácia materna na amamentação, especialmente entre as adolescentes. Entre as adultas, a cor autorreferida (preta ou parda) e a escolaridade (Ensino Médio completo) estavam associadas à autoeficácia mais alta. Estes fatores se apresentam como indicadores importantes para o profissional de saúde, que tem grandes oportunidades de intervenções efetivas no processo do aleitamento materno, durante a permanência da puérpera no alojamento conjunto. Neste sentido, evidencia-se que estas práticas deveriam ser reforçadas e a identificação de mulheres que necessitam de maior suporte para a autoeficácia deveria ser sistematizada, com o intuito de reduzir as dificuldades iniciais nas primeiras semanas de amamentação, que são citadas como uma das principais causas de desmame precoce. A BSES é um instrumento de baixo custo, prático e de fácil aplicação, com evidências científicas de que o mesmo é confiável e válido para avaliação da confiança materna e pode ser utilizado para a identificação destas mulheres.

Além do presente trabalho, poucos foram os estudos encontrados na literatura científica que analisaram a autoeficácia na amamentação no pós-parto imediato. Ademais, apesar de a IHAC ser uma estratégia que pode fortalecer a autoeficácia materna, não foram encontrados estudos que relacionavam as ações ou indicadores das instituições Amigas da Criança e a autoeficácia na amamentação. Assim, considerando-se também que a BSES pode ser utilizada em qualquer momento do período perinatal, sugere-se que novas pesquisas sejam desenvolvidas, de forma que as mulheres sejam acompanhadas retrospectivamente e prospectivamente, com o intuito de ampliar o conhecimento e o acompanhamento do binômio mãe e filho em relação à prática do aleitamento materno. A autoeficácia na amamentação poderia ser investigada também sob a abordagem qualitativa, com o intuito de favorecer a compreensão desta variável entre as mulheres.

O presente estudo, portanto, traz contribuições importantes para a prática profissional, fornecendo subsídios que podem auxiliar no planejamento de ações para o fortalecimento da prática do aleitamento materno. Contribui também para a pesquisa, uma vez que mostra lacunas que ainda precisam ser investigadas, com o intuito de fornecer novas informações que favoreçam a prática profissional e o sucesso da amamentação.

Referências

ABREU, F. C. P.; FABBRO, M. R. C.; WERNET, M. Fatores que intervêm na amamentação exclusiva: revisão integrativa. **Rev RENE**, Fortaleza, v.14, n.3, p.610-619, 2013. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/697/pdf>>. Acesso em: 05 jan 2014.

AGHDAS, K.; TALAT, K.; SEPIDEH, B. Effect of immediate and continuous mother–infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial. **Women and Birth**, v.27, p.37–40, 2014.

ALEXANDER, A.; O'RIORDAN, M. A.; FURMAN, L. Do Breastfeeding intentions of pregnant inner-city teens and adult women differ? **Breastfeed med**, New Rochelle, v.5, n.6, p.289-296, Dec. 2010.

APOSTOLAKIS-KYRUS, K.; VALENTINE, C.; DEFRANCO, E. Factors associated with breastfeeding initiation in adolescent mothers. **J pediatr**, St Louis, v.163, n.5, p.1489-94, 2013. Disponível em: < <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84880416662&partnerID=40&md5=0459507533df74f0c21c990f3a127426> >. Acesso em: 30 nov 2013.

ARAÚJO, M. F. M. et al . Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v.4, n.2, Jun. 2004.

BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychol Rev**, v.84, n.2, p.191-215, Mar. 1977.

BANDURA, A. et al. **Teoria Social Cognitiva. Conceitos básicos**. Porto Alegre: 2008. 176p.

BARBOSA, M. B. et al . Custo da alimentação no primeiro ano de vida. **Rev. Nutr.**, Campinas , v. 20, n. 1, Feb. 2007.

BARONA-VILAR, C.; ESCRIBÁR-AGÜÍR, V.; FERRERO-GANDÍA, R. A qualitative approach to social support and breast-feeding decisions. **Midwifery**, v.25, n.2, p.187–194, 2009.

BARTICK, M. C. et al. Cost analysis of maternal disease associated with suboptimal breastfeeding. **Obstet gynecol**, Hagerstown, v.122, n.1, p.111-9, Jul 2013.

BENITES, D. et al. The influence of the type of birth and the mother's diet on the breastfeeding period. **J oral res**, Concepcion, v.3, n.3, p. 150-155, 2014.

BLYTH, R. J. et al. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. **Birth**, Boston, v.29, n.4, p.278-84, Dec. 2002.

BLYTH, R. J. et al. Breastfeeding duration in an australian population: the influence of modifiable antenatal factors. **J Hum Lact**, Charlottesville, v.20, n.8, p.30-38, 2004.

BOCCOLINI, C. S. et al. Breastfeeding can prevent hospitalization for pneumonia among children under 1 year old. **J pediatr**, Rio de Janeiro, v.87, n.5, p. 399-404, Sep-Oct 2011.

BOCCOLINI, C. S. et al. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. **J pediatr**, Rio de Janeiro, v.89, n.2, p. 131-6, Mar-Apr 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher – PNDS 2006** : dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 300p.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. DATASUS. **Coberturas de consultas de pré-natal**. 2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f06.def>>. Acesso em: 26 mar 2015.

_____. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 108p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 112 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

BROWN, C. R. L. et al. Factors influencing the reasons why mothers stop breastfeeding. **Can. j. public health.**, Ottawa, v.105, n.3, p.179-185, 2014.

BROWNELL, K. et al. Barriers to breastfeeding among African American adolescent mothers. **Clin pediatr**, Philadelphia, v.41, n.9, p.669-673, Nov-Dec. 2002.

BUOSSO, R. S. et al. Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.45, n.2, p.397-403, 2011.

BURDETTE, A. M.; PILKAUSKAS, N. V. Maternal religious involvement and breastfeeding initiation and duration. **Am. j. public health**, Washington, v.102, p.1865–1868, 2012.

CAMAROTTI, C. M. et al. Perfil da prática da amamentação em grupo de mães adolescentes. **Acta paul enferm**, São Paulo, v.24, n.1, p.55-60, 2011.

CENTRO DE REFERENCIA À SAÚDE DA MULHER – MATER. **Relatório Anual de Enfermagem do CRSM-MATER**. Ribeirão Preto: Centro de Referência à Saúde da Mulher – MATER, 2011. Mimeografado.

CHANTRAPANICHKUL, P.; CHAWANPAIBOON, S. Adverse pregnancy outcomes in cases involving extremely young maternal age. **Int. j. of gynecol obstet**. Limerik, v.120, p.160–164, 2013.

CRUZ, M. C. C.; ALMEIDA, J. A. G.; ENGSTROM, E. M. Práticas alimentares no primeiro ano de vida de filhos de adolescentes. **Rev nutr**, Campinas, v.23, n.2, p.201-210, Mar-Abr. 2010.

DENNIS, C. L. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. **J hum lact**, Charlottesville, v.15, n.3, p. 195-201, sep. 1999.

DENNIS, C. L.; FAUX, S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. **Res nurs health**, New York, v.22, n.5, p.399-409, oct. 1999.

_____. Breastfeeding initiation and duration: a 1990—2000 literature review. **JOGN nurs**, Philadelphia, v.31, n.1, p.12-32, Jan. 2002.

_____. Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period. **Res nurs health**, New York, v. 29, n. 4, p. 256-68, Aug. 2006.

DENNIS, C. L.; HEAMAN, M.; MOSSMAN, M. Psychometric Testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form Among Adolescents. **J adolesc health**, New York, v.49, n.3, p.265-271, Sep. 2011.

DIGIROLAMO, A. et al. Intention or experience? Predictors of continued breastfeeding. **Health educ. behav.**, Thousand Oaks, v.32, n.2, p.208-226, Apr. 2005.

DUNN, S. et al. The relationship between vulnerability factors and breastfeeding outcome. **JOGN nurs**, Philadelphia, v.35, n.1, p.87-97, Jan-Feb. 2006.

ENTWISTLE, F.; KENDALL, S.; MEAD, M. Breastfeeding support - the importance of self-efficacy for low-income women. **Matern child nutr**, Oxford, v.6, p.228-42, 2010.

FAIRCHILD, C. B. **Overcoming Barriers to Improve Breastfeeding Self-efficacy in Older Adolescent Mothers**. 2013, 195p. Tese (Doutorado). Walden Universtiy, 2013.

FELDMAN-WINTER, L.; SHAIKH, U. Optimizing breastfeeding promotion and support in adolescent mothers. **J hum lact**, Charlottesville, v.23, n.4, p.362-367, Nov. 2007.

FIGUEIREDO, B. et al. Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. **J pediatri**, Rio de Janeiro, v.89, n.4, p.332-8, jul-aug 2013.

FILAMINGO, B. O.; LISBOA, B. C. F.; BASSO, N. A. S. A prática do aleitamento materno entre mães adolescentes na cidade de dois córregos, Estado de São Paulo. **Sci med**, Porto Alegre, v.22, n.2, p. 81-85, 2012.

FLEMING, N. et al. Adolescent pregnancy outcomes in the province of Ontario: a cohort study. **J. obstet. gynaecol. Can.**, Toronto, v.35, n.3, p.234-245, 2013.

FROTA, D. A. L.; MARCOPITO, L. F. Amamentação entre mães adolescentes e não-adolescentes, Montes Claros, MG. **Rev saúde pública**, São Paulo, v.38, n.1, p.85-92, Fev. 2004.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado**. Módulo 1: histórico e implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 78 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado**. Módulo 2: fortalecendo e sustentando a iniciativa hospital amigo da criança: um curso para gestores. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 310 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

GLASS, T. L. et al. Infant feeding and contraceptive practices among adolescents with a high teen pregnancy rate: a 3-year retrospective study. **J womens health**, New York, v.19, n.9, p.1659-1663, Sep. 2010.

GERD, A. et al. Factors associated with discontinuation of breastfeeding before 1 month of age. **Acta paediatr**, Stockholm, v.101, n.1, p.55-60, 2012.

GILES, M. et al. Attitudes to breastfeeding among adolescents. **J hum nutr diet**, Londres, v.23, n.3, p.285-293, Jun. 2010.

GIULIANI, N. R et al. O início do desmame precoce: motivos das mães assistidas por serviços de puericultura de Florianópolis/SC para esta prática. **Pesqui bras odontopediatria clín integr**, João Pessoa, v.12, n.1, p. 53-58, Jan-Mar. 2012. Disponível em: < <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/1040/776> >. Acesso em: 20 dez 2013.

GLASS, T. L. et al. Infant Feeding and Contraceptive Practices Among Adolescents with a High Teen Pregnancy Rate: A 3-Year Retrospective Study. **J womens health**, New York, v.19, n.9, p.1659-1663, Sep. 2010.

GOMES, R.; FONSECA, E. M. G. O.; VEIGA, A. J. M. O. A visão da pediatria acerca da gravidez na adolescência: um estudo bibliográfico. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v.10, n.3; p.408-414, Mai-Jun. 2002.

GORDIS, L. **Epidemiology**. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2004.

GOULET, C. et al. Attitudes and subjective norms of Quebec adolescents toward breastfeeding. **Can j public health**, Ottawa, v.93, n.3, p.198-202, May-Jun. 2002.

HACKMAN, N. M. et al. Breastfeeding outcome comparison by parity. **Breastfeed. med.**, New Rochelle, v.10, n.3, p.156-162, 2015.

HAGGKVIST, A. et al. Prevalence of breast-feeding in the Norwegian Mother and Child Cohort Study and health service-related correlates of cessation of full breast-feeding. **Public health nutr**, Wallingford, v.13, n.12, p.2076-86, Dec. 2010.

HORTA, B. L. et al. Duração da amamentação em duas gerações. **Rev saúde pública**, São Paulo, v.41, n.1, p.13-18, Fev. 2007.

INGRAM, J.; JOHNSON, D.; CONDON, L. The effects of Baby Friendly Initiative training on breastfeeding rates and the breastfeeding attitudes, knowledge and self-efficacy of community health-care staff. **Prim. health care res. dev.**, London, v.12, p.266-275, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Síntese de Indicadores Sociais**: uma análise das condições de vida. Rio de Janeiro, 2010. 317p.

ISSLER, H. et al. Fatores socioculturais do desmame precoce: estudo qualitativo. **Pediatria**, São Paulo, v.32, n.2, p.113-120, 2010. Disponível em: < <http://www.pediatriaosaopaulo.usp.br/upload/pdf/1341.pdf> >. Acesso em: 05 jan 2014.

JESSRI, M. et al. Predictors of exclusive breastfeeding: observations from the Alberta pregnancy outcomes and nutrition (APrON) study. **BMC pediatrics**, London, v.13, n.1, 2013. Disponível em: < <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84878047446&partnerID=40&md5=6fbc10a0e5810ffd70c41e2a52655f25> >. Acesso em: 05 dez 2013.

KARABULUT, A. et al. Perinatal outcomes and risk factors in adolescent and advanced age pregnancies: Comparison with normal reproductive age women. **J. obstet. gynaecol.**, Bristol, v.33, p.346–350, May 2013.

KEOWN, L. J., WOODWARD, L. J.; FIELD, J. Language development of preschool children born to teenage mothers. **Infant child develop.**, v.10, n.3; p.129-145; Set. 2001.

KINGSTON, D. et al. Comparison of adolescent, young adult, and adult women's maternity experiences and practices. **Pediatrics**, Evanston, v.129, n.5, p.1228-1237, May. 2012.

KOOLS, E. J.; THIJS, C.; DE VRIES, H. The behavioral determinants of breast-feeding in The Netherlands: predictors for the initiation of breast-feeding. **Health educ behav**, Thousand Oaks, v.32, p.809-24, 2005.

KRONBORG, H.; VAETH, M. The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. **Scand j public health**, Oslo, v.32, p.210-6, 2004.

KU, C-M.; CHOW, S.K. Factors influencing the practice of exclusive breastfeeding among Hong Kong Chinese women: a questionnaire survey. **J. clin. nurs.**, Oxford, v.19, p.2434–2445, 2010.

LEWALLEN, L. P. A review of instruments used to predict early breastfeeding attrition. **J. perin. educ.**, v.15, n.1, p.26-41, 2006.

LINARES, AA. M. et al. Factors Influencing Exclusive Breastfeeding at 4 Months Postpartum in a Sample of Urban Hispanic Mothers in Kentucky. **J Hum Lact**, Charlottesville, v.16, p.1 8, Jan. 2015.

LÖÖF-JOHANSON, M.; FOLDEVI, M.; RUDEBECK, C. E. Breastfeeding as a specific value in women's lives: the experiences and decisions of breastfeeding women. **Breastfeed med**, New Rochelle, v.8, n.1, p.38-44, 2013. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1089/bfm.2012.0008> >. Acesso em: 03 jan 2014.

MACHADO, M. C. M. et al. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais. **Rev saúde pública**, São Paulo, v.48, n.6, p.985-994, 2014.

MANNION, C. A. et al. Maternal perceptions of partner support during breastfeeding. **Int. breastfeed. j.**, London, v.8, n.4, 2013. Disponível em: <<http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/8/1/4>> Acesso em: 03 mar 2015.

MEEDYA, S.; FAHY, K.; KABLE, A. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. **Women birth**, v.23, n.4; p.135-45, Dec. 2010.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Desmame precoce: Falta de conhecimento ou de acompanhamento? **Pesqui bras odontopediatria clín integr**, João Pessoa, v.13, n.1, p.53-59, Jan-Mar 2013. Disponível em: <<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84880051335&partnerID=40&md5=e0cf07e36e7116daa2d7b49c22ea91e7>>. Acesso em: 20 dez 2013.

MONTEIRO, J. C. S. **Análise da percepção da nutriz sobre o leite produzido e a satisfação da criança durante aleitamento materno exclusivo**. 2008, 120p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

MONTEIRO, J. C. S.; NAKANO, A. M. S.; GOMES, F. A. O aleitamento materno enquanto uma prática construída: reflexões acerca da evolução histórica da amamentação e desmame precoce no Brasil: [revisão]. **Invest educ enferm**, v.29, n.2, p.315-321, 2011.

MONTEIRO, J. C. S et al. Breastfeeding among Brazilian adolescents: Practice and needs. **Midwifery**, Endinburgh, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.03.008>>. Acesso em: 30 nov. 2013.

MORRISON, L. et al. Determinants of infant-feeding choice among young women in Hilo, Hawaii. **Health care women int**, New York, v.29, n.8-9, p.807-825, 2008.

MOSSMAN, M. et al. The Influence of Adolescent Mothers' Breastfeeding Confidence and Attitudes on Breastfeeding Initiation and Duration. **J Hum Lact**, Charlottesville, v.24, p.268-277, Aug. 2008.

NELSON, A.; SETHI, S. The breast feeding experiences of Canadian teenage mothers. **JOGN nurs**, Philadelphia, v.34, n.5, p.615-624, Sep-Oct. 2005.

NELSON, A. M. Adolescent attitudes, beliefs, and concerns regarding breastfeeding. **The american journal of maternal/child nursing**, New York, v.34, n.4, p.249-255, Jul-Aug. 2009.

NESBITT, S. A. et al. Canadian adolescent mothers' perceptions of influences on breastfeeding decisions: a qualitative descriptive study. **Bmc pregnancy childbirth**, London, v.12, p.14, Dec. 2012.

NICHOLS, J. et al. The Impact of a Self-Efficacy Intervention on Short-Term Breast-Feeding Outcomes. **Health Education & Behavior**, Thousand Oaks, v.36, n.2; p250-259, Abr. 2009.

NOEL-WEISS, J.; HÉBERT, D. Breastfeeding peer support programs. A project to identify best practices points to the invaluable role of public health nurses to enhance support for new mothers and their infants. **Can. nurse.**, Ottawa, v.100, n.8, p.29-33, Out. 2004.

OLIVEIRA, J. S. et al. Fatores associados ao desmame precoce entre múltiparas. **Rev. Rene**, v.11, n.4, p. 95-102, Out-Dez.2010.

ORIÁ, M. O. B. **Tradução, adaptação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale: aplicação em gestantes**. 2008. 188p. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

ORIÁ, M. O. B. et al. Psychometric assessment of the Brazilian version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. **Public health nurs.**, Cambridge, v.26, n.6, p.574-583, Nov-Dec. 2009.

ORIÁ, M. O. B.; XIMENES, L. B. Tradução e adaptação cultural da Breastfeeding Self-Efficacy Scale para o português. **Acta paul enferm**, São Paulo, v. 23, n.2, p.230-238, Mar-Abr. 2010.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 583p.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Delineamento de pesquisas quantitativas**. 7ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2011, 669p.

RAFFERTY, Y.; GRIFFIN, K. W.; LODISE, M. Adolescent motherhood and developmental outcomes of children in early head start: the influence of maternal parenting behaviors, well-being, and risk factors within the family setting. **Am. j. orthopsychiatr.**, New York, v.81, n. 2, p.228-245; Abr. 2011.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Projeto Amamentação e Municípios: Práticas alimentares no 1º ano de vida em dias nacionais de vacinação**. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal da Saúde, 2012. Relatório de Pesquisa.

RODRIGUES, A. P. et al. Fatores do pré-natal e do puerpério que interferem na autoeficácia em amamentação. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.257-261, Abr-Jun. 2014.

RODRIGUES, D. P. **Violência por parceiro íntimo contra a gestante: estudo sobre as repercussões obstétricas e neonatais**. 2013. 114p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

ROWE, H.; FISHER, J. Development of a universal psycho-educational intervention to prevent common postpartum mental disorders in primiparous women: a multiple method approach. **BMC public health**, London, v.10, n.1 p.499, 2010.

SAES, S. O.; GOLDBERG, T. B. L.; ONDANI, L. M. Conhecimento sobre amamentação: comparação entre puérperas adolescentes e adultas. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v.24, n.2, p.121-126, Jun. 2006.

SAMPAIO, P. F. et al. Nascer em Hospital Amigo da Criança no Rio de Janeiro, Brasil: um fator de proteção ao aleitamento materno? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.7, p.1349-1361, Jul. 2011.

SANDY, J. M.; ANISFELD, E.; RAMIREZ, E. Effects of a prenatal intervention on breastfeeding initiation rates in a Latina immigrant sample. **J Hum Lact**, Charlottesville, v.25, n.4, p.404-411, Nov. 2009.

SANTO, L. C. E.; OLIVEIRA, L. D.; GIUGLIANI, E. R. J. Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months. **Birth**, Boston, v.34, n.3, p.212-9, Sep. 2007.

SÃO PAULO (cidade). 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: Secretaria Municipal da Saúde, 2011. 39p.

SMITH, J. L.; SKINNER, S. R.; FENWICK, J. Perceptions of teen motherhood in Australian adolescent females: Life-line or lifederailment. **Women Birth**, Dez. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2011.10.007>>. Acesso em: 30 jan 2014.

SMITH, P. H. et al. Early breastfeeding experiences of adolescent mothers: A qualitative prospective study. **Int breastfeed j**, London, v.7, 2012. Disponível em: <<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84866705841&partnerID=40&md5=8b74f2a11daa984cb5f685cafae5fb43>>. Acesso em: 30 nov 2013.

SILVA, M. M. **Contato precoce e aleitamento materno na sala de parto na concepção dos profissionais de saúde**. 2014. 1240. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

SIPSMA, H. L. et al. Breastfeeding Behavior Among Adolescents: Initiation, Duration, and Exclusivity. **J adolesc health**, New York, v.53, n.3, p.394-400, Sep. 2013.

SOUZA, E. F. **Autoeficácia na amamentação: aplicação da escala em puérperas de um hospital privado**. 2012, 106p. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Guarulhos, Guarulhos, 2012.

SOUZA, E. F.; FERNANDES, R. A. Q. Autoeficácia na amamentação: um estudo de coorte. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v.27, n.5, p.465-470, 2014.

SOUZA, N. K. T. et al. Aspectos envolvidos na interrupção do aleitamento materno exclusivo. **Com ciências saúde**, v.22, n.3, p.231-238, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v22_n3_a05_aspectos_envolvidos_in_terrupcao.pdf>. Acesso em 05 jan 2014.

TAKEMOTO, A. Y. et al. Preparo e apoio à mãe adolescente para a prática de amamentação. **Ciênc cuid saúde**, Maringá, v.10, n.3, p.444-451, 2011.

TARRANT, M. et al. Breastfeeding and weaning practices among Hong Kong mothers: a prospective study. **BMC pregnancy childbirth**, London, v.10, p.27-27, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-10-27>>. Acesso em: 15 jan 2014.

TARRANT, R. C. et al. Factors associated with duration of breastfeeding in Ireland: potential areas for improvement. **J hum lact**, Charlottesville, v.27, n.3, p.262-71, 2011.

TOKAT, M. A. et al. Early Postpartum Breast-Feeding Outcomes and Breast-Feeding Self-Efficacy in Turkish Mothers Undergoing Vaginal Birth or Cesarean Birth With Different Types of Anesthesia. **Int Jnl Nurs Knowledge**, v. 26, p. 73–79, jun 2014.

TOMA, T. S.; REA, M. F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Cad saúde publica**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p.s235-s246, 2008.

TUCKER, C. M.; WILSON, E. K.; SAMANDARI, G. Infant feeding experiences among teen mothers in North Carolina: Findings from a mixed-methods study. **Int breastfeed j**, London, v.6, n.14, 2011. Disponível em: <<http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/6/1/14>>. Acesso em: 30 nov 2013.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **Breastfeeding on the worldwide agenda**: Findings from a landscape analysis on political commitment for programmes to protect, promote and support breastfeeding. Nova York: United Nations Children's Fund, 2013, 80p.

UNITED STATES. Department of Health and Human Service. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). **Breastfeeding Report Card**. Atlanta, 2010.

VAUGHN, L. M. et al. Sociocultural influences on the determinants of breast-feeding by latina mothers in the Cincinnati area. **Fam. commun. health.**, Frederick, v.33, n.4, p.318–328, 2010.

VENANCIO, S. I. et al. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v.86, n.4, p.317-324, 2010.

VENANCIO, S. I.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; GIUGLIANI, E. R. J. Reflexões sobre a trajetória do Aleitamento Materno no Brasil e suas interfaces com o movimento pela Humanização do Parto e Nascimento e com a Política Nacional de Humanização. **Rev Tempus Actas Saúde Col**, Brasília, v.4, n.4, p.129-141, 2010.

VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The lancet**, London, v.377, n.9780, p.1863-1876, 2011. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673611601384>>. Acesso em: 10 ago. 2013.

VIEIRA, M. L. F.; SILVA, J. L. C. P.; BARROS FILHO, A. D. A. A amamentação e a alimentação complementar de filhos de mães adolescentes são diferentes das de filhos de mães adultas? **J pediatr**, Rio de Janeiro, v.79, n.4, p.317-324, 2003.

WAGNER, E. A. et al. Breastfeeding Concerns at 3 and 7 Days Postpartum and Feeding Status at 2 Months. **Pediatrics**, Evanston, v.132, n.4, Oct. 2013.

WAMBACH, K. A.; KOEHN, M. Experiences of infant-feeding decision-making among urban economically disadvantaged pregnant adolescents. **J. of adv nurs.**, Oxford, v.48, n.4, p.361-370, Nov. 2004.

WAMBACH, K. A. et al. A randomized Controlled Trial of Breastfeeding Support and Education for Adolescent Mothers. **West. j. nursing res.**, Beverly Hills, v.33, n.4, p.486-505, Jun. 2011.

WILHELM, S. et al. The Relationship Between Breastfeeding Test Weights and Postpartum Breastfeeding Rates. **J Hum Lact**, Charlottesville, v.26, n.2, 2010.

WILL, T. K. et al. Fatores de proteção para a amamentação na primeira hora de vida. **Rev Bras Promoc Saude**, Fortaleza, v.26, n.2, p.274-280, Abr-Jun. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infant and young child feeding**. Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva: World Health Organization, 2009. 111 p.

_____. **Long-term effects of breastfeeding. A systematic review**. Geneva: World Health Organization, 2013a. 74 p.

_____. **Short-term effects of breastfeeding. A systematic review**. Geneva: World Health Organization, 2013b. 54 p.

_____. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. Geneva: World Health Organization, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf>. Acesso em 05 de abril de 2015.

ZHU, J. et al. Predictors of breastfeeding self-efficacy among Chinese mothers: A cross-sectional questionnaire survey. **Midwifery**, v.30, p.705–711, 2014.

ZIEGLER, A. et al. Long-term protective effect of lactation on the development of type 2 diabetes in women with recent gestational diabetes mellitus. **Diabetes**, New York, v.61, n.12, p.3167-71, Dec. 2012.

ZUBARAN, C.; FORESTI, K. The correlation between breastfeeding and maternal quality of life in southern Brazil. **Breastfeeding Medicine**, New Rochelle, v.6, n.1; p.25-30, Fev. 2011.

Apêndices

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Data: ____/____/____ Pesquisadora: _____ Formulário nº _____		
Nome da participante _____		
Nº Hygia _____ Registro na MATER _____		
I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		
DATANASC	()	1. Data de nascimento: ____/____/____
IDADE	()	1.1 Idade _____ anos completos
CORAUTO	()	2. Cor auto referida: () 1 branca, 2 preta, 3 amarela, 4 parda, 5 vermelha
ESCOLAR	()	3. Escolaridade () 1 Analfabeta 2 Ensino fundamental incompleto 3 Ensino fundamental completo 4 Ensino médio incompleto 5 Ensino médio completo 6 Ensino superior incompleto 7 Ensino superior completo 8 Pós-graduada
PAROUEST	()	4. Parou de estudar por causa da gravidez? () 1 sim, 2 não
RELIGIAO	()	5. Religião: () 1 católica, 2 evangélica, 3 espírita, 4, protestante, 5 judaica, 6 afro-brasileira, 7 budista, 8 muçulmana, 9 testemunha de Jeová, 10 anglicana, 11 agnóstico, 12 ateu, 13 creio em Deus, mas não tenho religião, 14 não tem, 15 outras _____
OCUPACAO	()	6. Ocupação: () 1 realiza trabalho remunerado fora do lar 2 não realiza trabalho remunerado fora do lar ()
ESTMARIT	()	7. estado marital: () 1 solteira, 2 casada, 3 amasiada , 4 divorciada/separada, 5 outra _____
MORADIA	()	8. Situação de moradia: () 1 própria, 2 alugada, 3 emprestada, 4 invadida 5 outra _____
RENDA	()	9. Renda familiar em reais: _____
AJUDA	()	10.1. Alguém te ajudará com os cuidados do bebê? () 1 sim, 2 não
AJUDQUEM	()	10.2. Se sim, quem? () 1 marido/companheiro 2 mãe 3 sogra 4 outro familiar 5 amiga 6 outro _____ 999 não se aplica (não terá ajuda)

II. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS		
NUMGESTA	()	11.1. Número de gestações: ()
NUMPARTO	()	11.2. Número de partos: ()
NUMABORT	()	11.3. Número de abortos: () 999 não se aplica (não teve)
NUMFILH	()	12. Número de filhos vivos: ()
GESTPLAN	()	13. Gestação atual foi planejada? () 1 sim, 2 não
IGPN	()	14. Idade gestacional do início do pré-natal em semanas: _____
NUMPN	()	15. Número de consultas de pré-natal: _____
INTGES	()	16.1. Intercorrências na gestação atual: () 1 sim, 2 não
INTGESQU	()	16.2. Intercorrências na gestação atual: Se sim, qual? _____
DATAPART	()	17. Data do parto: ____/____/____
TIOPART	()	18. Tipo de parto atual: () 1 normal 2 cesárea 3 fórceps
INTPART	()	19. 1. Intercorrências no parto: () 1 sim, 2 não
INTPARTQ	()	19. 2. Intercorrências no parto: Se sim, qual? _____
INTPOSP	()	20.1. Intercorrências no pós-parto: () 1 sim, 2 não
INTPOSPQ	()	20. 2. Intercorrências no pós-parto: Se sim, qual? _____
SEXOCRIA	()	21. Sexo do recém-nascido: () 1.feminino 2.masculino
PESONASC	()	22. Peso do recém-nascido no nascimento: _____ (em gramas)
AMPRIHR	()	23. Realizou amamentação na 1ª hora pós-parto: () 1sim 2não 3não sabe
AMCOLETA	()	24. Aleitamento no momento da coleta de dados: () 1 aleitamento materno exclusivo, 2 aleitamento materno predominante (com água e/ou chá), 3 aleitamento materno misto (com outros leites) , 4 Não está amamentando

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (para adultas)

Nome da pesquisa: Utilização da versão brasileira da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* entre puérperas adolescentes e adultas no município de Ribeirão Preto-SP

Pesquisadora responsável: Juliana Cristina dos Santos Monteiro

Informações sobre a pesquisa

Gostaria de convidá-la a participar de uma pesquisa que será realizada neste serviço de saúde. A intenção desta pesquisa é compreender como é o comportamento das mães durante a realização do aleitamento materno e alimentação do bebê, para buscar identificar as dificuldades em iniciar e manter a amamentação. Para isso, você receberá um questionário com perguntas sobre seus dados pessoais e sobre como você faz para amamentar seu bebê; também consultaremos o seu prontuário para coletarmos algumas informações sobre o momento de seu parto. Além disso, entraremos em contato com você, por telefone, em 30, 60 e 180 dias após seu parto, para lhe fazer algumas perguntas sobre como você está alimentando seu bebê na sua casa.

Caso você concorde em participar, assinará este termo de consentimento em duas vias, que também serão assinadas por mim, sendo que uma ficará com você e a outra ficará comigo.

O questionário que você deverá responder exigirá cerca de 20 minutos de seu tempo. Este questionário será respondido 6 horas depois do parto ou mais, quando você já estiver na enfermaria, após ter realizado o seu banho e ter se alimentado. O contato por telefone será feito em 30, 60 e 180 dias após seu parto, de acordo com as informações de contato que você fornecer; este contato exigirá cerca de 15 minutos de seu tempo.

Você pode aceitar ou não participar, e caso você aceite, assumo o compromisso de manter segredo sobre sua identidade. Esclareço que não haverá remuneração ou ajuda de custo pela sua participação na pesquisa. Esclareço também que você terá direito à indenização, conforme as leis vigentes no país, caso ocorra qualquer dano que seja decorrente de sua participação nesta pesquisa. A pesquisa poderá gerar dúvidas e desconfortos mínimos, tais como incômodo com alguma pergunta do questionário ou durante o contato que farei por telefone. Se houver alguma dúvida ou se você se sentir incomodada com alguma pergunta, estarei à disposição para ouvir e esclarecer as dúvidas, conversar sobre os possíveis incômodos e oferecer suporte emocional se houver necessidade; nestes casos, as entrevistas serão interrompidas e poderão ser retomadas em outro momento, se você desejar. Você poderá desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento, e isto não interferirá no seu atendimento aqui no serviço ou em qualquer outro serviço de saúde.

Ao término da pesquisa, os dados poderão ser publicados ou apresentados em eventos científicos, com a garantia de não revelar a sua identidade ou de qualquer pessoa da pesquisa.

Agradeço a colaboração e informo que, com esta pesquisa, será possível melhorar o planejamento das orientações e ações oferecidas às mães, de modo que se sintam mais tranquilas e seguras com sua prática de amamentação.

Atenciosamente,

Juliana Cristina dos Santos Monteiro – pesquisadora responsável
(16) 3602 3412. E-mail: jumonte@eerp.usp.br
Av. Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto, SP.

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP
Endereço: Av. Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto, SP – EERP/USP, sala 38.
Telefone: (16) 3602 3386. E-mail: cep@eerp.usp.br
Horário de funcionamento: de 2ª a 6ª feira, das 8hs às 17hs

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente do exposto, aceito participar da pesquisa de forma livre e esclarecida, assinando este documento com a garantia de que meu nome será preservado.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

Assinatura da participante

APÊNDICE C

TERMO DE ASSENTIMENTO (para adolescentes)

Nome da pesquisa: Utilização da versão brasileira da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* entre puérperas adolescentes e adultas no município de Ribeirão Preto-SP

Pesquisadora responsável: Juliana Cristina dos Santos Monteiro

Informações sobre a pesquisa:

Gostaria de convidá-la a participar de uma pesquisa que será realizada neste serviço de saúde, contando com a autorização de seu responsável. A intenção desta pesquisa é compreender como é o comportamento das mães durante a realização do aleitamento materno e alimentação do bebê, para buscar identificar as dificuldades em iniciar e manter a amamentação. Para isso, você receberá um questionário com perguntas sobre seus dados pessoais e sobre como você faz para amamentar seu bebê; também consultaremos o seu prontuário para coletarmos algumas informações sobre o momento de seu parto. Além disso, entraremos em contato com você, por telefone, em 30, 60 e 180 dias após seu parto, para lhe fazer algumas perguntas sobre como você está alimentando seu bebê na sua casa.

Caso você concorde em participar, assinará este termo de consentimento em duas vias, que também serão assinadas por mim; solicito ainda a autorização do seu responsável para que você possa participar deste estudo e, se ele(a) concordar, também assinará este termo. Uma via assinada deste termo ficará com você e a outra ficará comigo.

O questionário que você deverá responder exigirá cerca de 20 minutos de seu tempo. Este questionário será respondido 6 horas depois do parto ou mais, quando você já estiver na enfermaria, após ter realizado o seu banho e ter se alimentado. O contato por telefone será feito em 30, 60 e 180 dias após seu parto, de acordo com as informações de contato que você fornecer; este contato exigirá cerca de 15 minutos de seu tempo.

Você pode aceitar ou não participar, e caso você aceite, assumo o compromisso de manter segredo sobre sua identidade. Esclareço que não haverá remuneração ou ajuda de custo pela sua participação na pesquisa. Esclareço também que você terá direito à indenização, conforme as leis vigentes no país, caso ocorra qualquer dano que seja decorrente de sua participação nesta pesquisa. A pesquisa poderá gerar dúvidas e desconfortos mínimos, tais como incômodo com alguma pergunta do questionário ou durante o contato que farei por telefone. Se houver alguma dúvida ou se você se sentir incomodada com alguma pergunta, estarei à disposição para ouvir e esclarecer as dúvidas, conversar sobre os possíveis incômodos e oferecer suporte emocional se houver necessidade; nestes casos, as entrevistas serão interrompidas e poderão ser retomadas em outro momento, se você desejar. Você poderá desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento, e isto não interferirá no seu atendimento aqui no serviço ou em qualquer outro serviço de saúde.

Ao término da pesquisa, os dados poderão ser publicados ou apresentados em eventos científicos, com a garantia de não revelar a sua identidade ou de qualquer pessoa da pesquisa.

Agradeço a colaboração e informo que, com esta pesquisa, será possível melhorar o planejamento das orientações e ações oferecidas às mães, de modo que se sintam mais tranquilas e seguras com sua prática de amamentação.

Atenciosamente,

Juliana Cristina dos Santos Monteiro – pesquisadora responsável
(16) 3602 3412. E-mail: jumonte@eerp.usp.br
Av. Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto, SP

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP
Endereço: Av. Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto, SP – EERP/USP, sala 38.
Telefone: (16) 3602 3386. E-mail: cep@eerp.usp.br
Horário de funcionamento: de 2ª a 6ª feira, das 8hs às 17hs

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente do exposto, aceito participar da pesquisa de forma livre e esclarecida, assinando este documento com a garantia de que meu nome será preservado.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

Assinatura da participante

Nome do responsável legal _____

Assinatura do responsável legal _____

Anexos

ANEXO A

Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Versão Brasileira

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

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

1. Eu sempre seguro meu bebê confortavelmente quando dou de mamar.	1	2	3	4	5
2. Eu sempre coloco o meu bebê corretamente no peito.	1	2	3	4	5
3. Eu sempre me concentro para completar uma mamada de cada vez. (na hora da mamada presto atenção somente no meu bebê).	1	2	3	4	5
4. Eu sempre sinto quando o bebê pega o peito.	1	2	3	4	5
5. Eu sempre consigo tirar o bebê do meu peito sem sentir dor.	1	2	3	4	5
6. Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente.	1	2	3	4	5
7. Eu sempre lido com amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios. (supero com sucesso a amamentação e as demais situações da vida).	1	2	3	4	5
8. Eu sempre posso contar com a minha família para apoiar a minha decisão de amamentar.	1	2	3	4	5
9. Eu sempre me sinto motivada para dar de mamar direitinho.	1	2	3	4	5
10. Eu sempre acompanho a quantidade de leite que o bebê está tomando ao observar a urina e as fezes. (atenta para a troca de fraldas 6 vezes ou mais durante o dia).	1	2	3	4	5

11. Eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento.	1	2	3	4	5
12. Eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada.	1	2	3	4	5
13. Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer.	1	2	3	4	5
14. Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando.	1	2	3	4	5
15. Eu sempre consigo manter meu bebê acordado no peito durante a amamentação.	1	2	3	4	5
16. Eu sempre tenho leite suficiente de acordo com as necessidades do bebê.	1	2	3	4	5
17. Eu sempre evito usar mamadeira no primeiro mês. (não uso mamadeira no primeiro mês).	1	2	3	4	5
18. Eu sempre alimento o meu bebê somente no peito. (toda vez que o bebê está com fome dou o peito).	1	2	3	4	5
19. Eu sempre me mantenho motivada para amamentar o meu bebê. (quero amamentar).	1	2	3	4	5
20. Eu sempre posso contar com o apoio das minhas amigas para amamentar. (ajuda, força das amigas).	1	2	3	4	5
21. Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando.	1	2	3	4	5
22. Eu sempre amamento meu bebê a cada 2-3 horas.	1	2	3	4	5
23. Eu sempre quero dar de mamar por no mínimo 1 mês e meio. (amamentar um mês e meio ou mais tempo).	1	2	3	4	5
24. Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família.	1	2	3	4	5
25. Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar.	1	2	3	4	5
26. Eu sempre consigo amamentar confortavelmente em lugares públicos.	1	2	3	4	5

27. Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo. (mesmo consumindo o meu tempo eu quero amamentar).	1	2	3	4	5
28. Eu sempre amamento meu bebê em um peito e depois mudo para o outro.	1	2	3	4	5
29. Eu sempre continuo amamentando meu bebê a cada alimentação dele. (a cada mamada).	1	2	3	4	5
30. Eu sempre sinto se o bebê está chupando o peito direitinho.	1	2	3	4	5
31. Eu sempre posso aceitar o fato de que amamentar limita temporariamente minha liberdade. (organizo as minhas saídas de casa para trabalho, festas com amamentação do bebê).	1	2	3	4	5
32. Eu sempre consigo adequar as minhas necessidades às necessidades do bebê. (organizo minhas necessidades de banho, sono, alimentação com a amamentação do bebê).	1	2	3	4	5
33. Eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada.	1	2	3	4	5

ANEXO B

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 279/2013

Ribeirão Preto, 27 de novembro de 2013

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 27 de novembro de 2013.

Protocolo: 21346013.8.0000.5393

Projeto: Utilização da versão brasileira da Breastfeeding Self-efficacy Scale entre puérperas adolescentes e adultas no município de Ribeirão Preto-SP.

Pesquisadores: Juliana Cristina dos Santos Monteiro

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª. Drª. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª. Juliana Cristina dos Santos Monteiro

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP