UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

RAQUEL GERMANO CONDE

Análise da confiança materna para amamentar e duração do aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes.

Ribeirão Preto
2016

RAQUEL GERMANO CONDE

Análise da confiança materna para amamentar e duração do aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Assistência à Saúde da Mulher no ciclo vital.
Orientadora: Profª. Drª. Juliana Cristina do Santos Monteiro

Ribeirão Preto
2016

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.

Conde, Raquel Germano
Análise da confiança materna para amamentar e duração do aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. Ribeirão Preto, 2016.
105 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.
Orientador: Juliana Cristina dos Santos Monteiro

1. Aleitamento materno. 2. Autoeficácia. 3.Confiança. 4.Adolescente. 5.Saúde Materno-infantil.

CONDE, Raquel Germano

Análise da confiança materna para amamentar e duração do aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em: / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr._____

Instituição: _____ Assinatura:_____

Prof. Dr._____

Instituição: _____ Assinatura:_____

Prof. Dr._____

Instituição: _____ Assinatura:_____

Dedicatória

*A **Deus**, que é meu porto seguro e tem me amparado e guiado em toda minha trajetória!*

*A minha **família**, por ser meu alicerce, por acreditar nos meus sonhos e fazer parte da conquista de cada um deles. Amo vocês!*

"Somente a Ti, oh Senhor Deus, a Ti somente, e não a nós, seja dada toda glória por causa do Teu amor e da Tua fidelidade" (Salmos 115:1) .

Agradecimento especial

À minha querida orientadora, professora, amiga e parceira, ***Profa. Dra. Juliana Cristina dos Santos Monteiro****, pelo imenso carinho, cuidado, atenção, ensinamentos, incentivos em todos os momentos. Pelo ombro amigo e acolhedor nos momentos mais difíceis. Muito obrigada "Ju", esta conquista também é sua!*

Agradecimentos

*Agradeço aos meus pais, **Marcia** e **Wosley** e ao meu irmão **Jonathas**, pelo amor incondicional, pela paciência, pelas orações. Amo muito vocês!*

*Agradeço ao meu namorado **Lucas**, por ser meu amor, companheiro e amigo. Por caminhar junto comigo, pelo incentivo e dedicação. Te amo!*

*Às minhas amigas, companheiras, **Naara Nunes, Ana Carolina Franco e Cristiane Coquejo**, pelo ombro amigo, pela ajuda em cada detalhe na construção deste trabalho!*

*Às minhas queridas companheiras de estudo **Carolina Guimarães, Bruna Cremasco, Jeovana Turatti, Bruna Gameiro**. Obrigada pelo trabalho em equipe, vocês são especiais!*

*Às Profas. Dras. **Ana Marcia S. Nakano** e **Flávia Azevedo Gomes-Sponhoz** pelas orientações e contribuições para a execução deste trabalho.*

*À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, ao **Programa de Pós-graduação em Enfermagem Saúde Pública** pela oportunidade e imenso aprendizado durante estes anos.*

*ÀS **mães adolescentes** participantes deste estudo, por aceitar dividir suas experiências, as quais foram fundamentais para construção deste trabalho e para o meu aprendizado.*

RESUMO

CONDE, R.G. **Análise da confiança materna para amamentar e duração do aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. 2016. 105 f.** Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

A prática do aleitamento materno e seus benefícios para a saúde materno-infantil tem sido alvo de muitos estudos científicos. Apesar das evidências de benefícios, há a necessidade de se ampliar a visão sobre as questões que envolvem a amamentação, compreendendo este processo como multifatorial. Assim, a idade materna é um dos fatores que influenciam a amamentação, pois mães adolescentes podem apresentar maiores dificuldades para início e manutenção desta prática. Além disso, a confiança materna tem sido identificada como uma variável modificável e protetiva no que tange ao aleitamento materno, já que influencia no seu início, adesão e manutenção. Assim, os objetivos deste estudo foram: verificar a confiança materna para amamentar entre mães adolescentes; identificar a prevalências do aleitamento materno exclusivo nos intervalos de 30, 60 e 180 dias de vida; verificar a associação entre a confiança materna das adolescentes para amamentar e a duração do aleitamento materno exclusivo, nos intervalos de 30, 60 e 180 dias pós-parto. Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo, observacional e analítico, realizado no alojamento conjunto do CRSM-MATER, no município de Ribeirão Preto/ SP. A coleta de dados foi realizada entre em janeiro de 2014 a junho de 2015. A amostra foi constituída por 160 mães adolescentes. Para coleta de dados, foram aplicados um questionário sobre informações sociodemográficas e obstétricas e o instrumento *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES) entre as mães adolescentes admitidas no alojamento conjunto. Posteriormente, estas adolescentes foram acompanhadas por meio de busca fonada em 30, 60 e 180 dias pós-parto, com a utilização do terceiro instrumento de coleta de dados, com questões referentes à alimentação oferecida à criança e intercorrências durante o período de amamentação. Os dados foram analisados com a utilização do programa estatístico Statistical Analysis System SAS® 9.0. Para caracterizar a amostra, a análise dos dados foi fundamentada na estatística descritiva. Para verificar a relação entre a confiança materna e os tempos de amamentação foi realizada a análise de variância (ANOVA) e o Coeficiente de Correlação de Pearson. Para verificar a associação entre as variáveis qualitativas, os dados foram submetidos ao Teste Exato de Fisher. Para todas as análises estatísticas, foram considerados nível de significância de 5%. A maioria das participantes (56,90%) apresentou alto nível de confiança para amamentar. A prevalência do aleitamento materno exclusivo foi de 62% nos 30 dias pós-parto, 52,59% nos 60 dias e 16% aos 180 dias pós-parto. Não houve associação estatisticamente significativa entre a confiança da adolescente com a duração do aleitamento materno exclusivo. Houve associação estatisticamente significativa entre a confiança e as variáveis “intercorrência na gestação” (p=0,0069) e “intercorrência no trabalho de parto e/ou parto”(p=0,0316), ou seja, as adolescentes que não tiveram nenhuma intercorrência na gestação ou no trabalho de parto e/ou parto apresentaram maior confiança na amamentação. Conclui-se que a confiança elevada não foi um fator preditivo da prevalência do AME entre as mães adolescentes, porém foram identificados fatores que influenciaram na confiança para amamentar. Assim, ressalta-se a importância de sua análise na prática clínica com o intuito de fornecer subsídios que favoreçam a melhoria dos índices de amamentação e, consequentemente, da saúde materno-infantil.

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

ABSTRACT

CONDE, R.G. **Analysis of maternal confidence for breastfeeding and duration of exclusive breastfeeding among lactating adolescents. 2016.** 105 f. Thesis (MA) - Ribeirao Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

The practice of breastfeeding and its benefits for maternal and child health has been the subject of many scientific studies. Despite the evidence of benefits, there is the need to expand the vision of the issues surrounding breastfeeding, understanding this process as multifactorial. Thus, maternal age is one of the factors that influence breastfeeding, as teenage mothers may have greater difficulty in initiation and maintenance of this practice. In addition, maternal confidence has been identified as a modifiable and protective variable in relation to breastfeeding, as it influences the beginning, adhesion and maintenance. The objectives of this study were to verify the mother's confidence in breastfeeding among teenage mothers; identify the prevalence of exclusive breastfeeding in the ranges of 30, 60 and 180 days of life; verify the association between maternal breastfeeding confidence to the adolescents and duration of exclusive breastfeeding, in intervals of 30, 60 and 180 days postpartum. This is a prospective longitudinal, observational and analytical, held at the rooming CRSM-MATER, in Ribeirão Preto / SP. Data collection was conducted from January 2014 to June 2015. The sample consisted of 160 nursing mothers adolescents. For data collection, they were applied a questionnaire on sociodemographic and obstetrical information and the Breastfeeding Self-Efficacy Scale tool (BSES) among adolescent mothers admitted to the rooming. Subsequently, these adolescents were accompanied by search in 30, 60 and 180 days postpartum, using the third data collection instrument, with questions relating to food offered to children and complications during the breastfeeding period. Data were analyzed using the statistical program Statistical Analysis System SAS® 9.0. To characterize the sample, the analysis was based on descriptive statistics. To investigate the relationship between maternal confidence and breastfeeding times was performed by analysis of variance (ANOVA) and Pearson's correlation coefficient. To determine the association between the qualitative variables, the data were submitted to Fisher's exact test. For all statistical analyzes were considered 5% significance level. Most participants (56.90%) showed a high level of confidence to breastfeed. The prevalence of exclusive breastfeeding was 62% within 30 days postpartum, 52.59% in 60 days and 16% at 180 days postpartum. There was no statistically significant association between adolescent trust with the duration of exclusive breastfeeding. There was a statistically significant association between the trust and the variables "complications during pregnancy" ($p = 0.0069$) and "complications during labor and / or childbirth" ($p = 0.0316$), that is, the teenagers who did not have no complications during pregnancy or labor and / or delivery showed greater confidence in breastfeeding. It is concluded that the high confidence was not a predictor of the prevalence of exclusive breastfeeding among teenage mothers, but were identified factors that influenced the confidence to breastfeed. Thus, we emphasize the importance of his analysis in clinical practice in order to provide subsidies to encourage the improvement of breastfeeding rates and consequently maternal and child health.

Key words: Breastfeeding. Self-efficacy. Confidence. Teenager. Maternal and Child Health

RESUMEN

CONDE, R.G. **Análisis de la confianza para la lactancia materna y la duración de la lactancia materna exclusiva entre los adolescentes en periodo de lactancia. 2016. 105 f.** Disertación (Mestría) – Escuela de Enfermaría de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

La práctica de la lactancia materna y sus beneficios para la salud de la madre y el niño ha sido objeto de muchos estudios científicos. A pesar de la evidencia de los beneficios, existe la necesidad de ampliar la visión de los problemas relacionados con la lactancia materna, la comprensión de este proceso multifactorial. Por lo tanto, la edad materna es uno de los factores que influyen en la lactancia materna, ya que las madres adolescentes pueden tener una mayor dificultad en la iniciación y el mantenimiento de esta práctica. Además, la confianza de la madre ha sido identificada como una variable modificable y de protección en relación con la lactancia materna, ya que influye en el principio, composición y el mantenimiento. Los objetivos de este estudio fueron verificar la confianza de la madre en la lactancia materna entre las madres adolescentes; identificar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva en los rangos de 30, 60 y 180 días de vida; verificar la asociación entre la confianza materna lactancia materna a los adolescentes y la duración de la lactancia materna exclusiva, en intervalos de 30, 60 y 180 días después del parto. Se trata de un estudio longitudinal prospectivo, observacional y analítico, que tuvo lugar en el alojamiento conjunto CRSM-MATER, en Ribeirão Preto / SP. La recolección de datos se realizó entre enero de 2014 y junio de 2015. La muestra fue de 160 lactantes de madres adolescentes. Para la recogida de datos, se aplicaron un cuestionario sobre la información sociodemográfica y obstétrica y la herramienta Escala La lactancia materna auto-eficacia (BSES) entre las madres adolescentes ingresados en el alojamiento conjunto. Posteriormente, estos adolescentes fueron acompañadas de búsqueda fonada en 30, 60 y 180 días después del parto, con el tercer instrumento de recolección de datos, las cuestiones relativas a la comida que se ofrece a los niños y las complicaciones durante el periodo de lactancia.Los datos fueron analizados con el programa estadístico Statistical Analysis System SAS 9.0. Para caracterizar la muestra, el análisis se basa en la estadística descriptiva. Para investigar la relación entre la confianza y la lactancia materna tiempos se realizó mediante análisis de varianza (ANOVA) y el coeficiente de correlación de Pearson. Para determinar la asociación entre las variables cualitativas, los datos fueron sometidos a la prueba exacta de Fisher. Para todos los análisis estadísticos se consideró un nivel de significación del 5%. La mayoría de los participantes (56,90%) mostraron un alto nivel de confianza para amamantar. La prevalencia de la lactancia materna exclusiva fue de 62% dentro de los 30 días después del parto, 52.59% en 60 días y el 16% a los 180 días después del parto. No hubo asociación estadísticamente significativa entre la confianza de los adolescentes con la duración de la lactancia materna exclusiva. Se observó una asociación estadísticamente significativa entre la confianza y las variables "complicaciones durante el embarazo" ($p = 0,0069$) y "complicaciones durante el parto y / o el parto" ($p = 0,0316$), es decir, los adolescentes que no tenían complicaciones durante el embarazo o el parto y / o entrega mostraron una mayor confianza en la lactancia materna. De ello se desprende que el alto grado de confianza no es un predictor de la prevalencia de la lactancia materna exclusiva entre las madres adolescentes, pero se identificaron los factores que influyeron en la confianza para amamantar. Por lo tanto, hacemos hincapié en la importancia de su análisis en la práctica clínica con el fin de proporcionar subvenciones para fomentar la mejora de las tasas de lactancia materna y la salud materno-infantil en consecuencia.

Descriptores: Lactancia Materna. Autoeficacia. Confianza.Adolescente.Salud Materno-infantil.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Distribuição das participantes do estudo, segundo faixa etária, cor autorreferida, escolaridade, interferência da gestação nos estudos, religião, ocupação, marital, moradia, auxilio nos cuidados com o bebê e renda em reais. Ribeirão Preto, 2014 42

Tabela 2 Distribuição das participantes segundo as características obstétricas. Ribeirão Preto, 2014 44

Tabela 3 Distribuição dos neonatos, filhos das participantes, quanto ao sexo e peso ao nascer. Ribeirão Preto, 2014 45

Tabela 4 Distribuição das participantes quanto à ocorrência da amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido e quanto ao tipo de aleitamento materno no momento da coleta de dados. Ribeirão Preto, 2014 46

Tabela 5 Distribuição das participantes segundo a confiança materna na habilidade para amamentar. Ribeirão Preto, 2014 46

Tabela 6 Pontuação global e por domínios (técnico e pensamento intrapessoal) da *brestfeeding self-efficacy scale*. Ribeirão Preto, 2014.....47

Tabela 7 Prevalência do aleitamento materno exclusivo em 30, 60 e 180 dias pós-parto. Ribeirão Preto, 2014 47

Tabela 8 Análise da confiança na amamentação, associada às características sociodemográficas. Ribeirão Preto, 2014 48

Tabela 9 Análise da confiança na amamentação, associada às características obstétricas. Ribeirão Preto, 2014 50

Tabela 10 Análise da confiança na amamentação, associada ao sexo da criança e ao peso ao nascer dos filhos das participantes. Ribeirão Preto, 2014 51

Tabela 11 Análise da confiança na amamentação, associada às variáveis “amamentação na primeira hora de vida do neonato” e “tipo de aleitamento materno no momento na coleta de dados”. Ribeirão Preto, 2014 52

Tabela 12 Correlação entre a confiança na amamentação e as variáveis: tempo de ame, idade da adolescente, renda, idade gestacional no início do pré-natal, número de consultas de pré-natal e peso ao nascer. Ribeirão Preto, 2014 53

Tabela 13 Análise da confiança na amamentação associada à prevalência do aleitamento materno exclusivo em 30, 60 e 180 dias pós-parto. Ribeirão Preto, 2014 54

Tabela 14 Confiança na amamentação, relacionada ao tempo final de aleitamento materno exclusivo em dias. Ribeirão Preto, 2014 55

Tabela 15 Comparação da classificação da confiança para amamentar entre adolescentes. Ribeirão Preto, 2014. 56

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Correlação entra a confiança na amamentação e o peso ao nascer dos filhos das participantes. Ribeirão Preto 2014 53

Gráfico 2 Distribuição do tempo final de aleitamento materno exclusivo em dias, segundo a classificação da confiança para amamentar. Ribeirão Preto, 2014 55

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 15
1 INTRODUÇÃO 18
1.1 Amamentação na adolescência 24
1.2 Confiança materna na amamentação 25
2 OBJETIVOS 31
3 MÉTODO 33
3.1 Contexto do estudo 33
3.2 Tipo de estudo 33
3.3 Local e período do estudo 34
3.4 Participantes e amostra 34
3.5 Instrumentos de coleta de dados 35
3.6 Procedimentos para coleta de dados 36
3.7 Variáveis do estudo: 37
3.8 Processamento e Análise dos Dados 39
3.9 Aspectos éticos 40
4 RESULTADOS 42
4.1 Caracterização das participantes 42
4.2 Confiança materna na habilidade para amamentar entre as adolescentes 46
4.3 Prevalências do aleitamento materno exclusivo 47
4.4 Análise de associações 48
4.4.1 Confiança materna na habilidade para amamentar e as variáveis sociodemográficas, obstétricas e neonatais 48
4.4.2 Confiança materna na habilidade para amamentar e a duração do aleitamento materno exclusivo 53
5 DISCUSSÃO 58
5.1 Caracterização das participantes 58
5.2 Confiança materna na habilidade para amamentar entre adolescentes 63
5.3 Prevalências do aleitamento materno exclusivo 64
5.4 Confiança materna na habilidade para amamentar e as variáveis sociodemográficas, obstétricas e neonatais: análise de associações 66
5.5 Confiança materna na habilidade para amamentar e a duração de aleitamento materno exclusivo: análise de associações 69
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 72
7 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E A PESQUISA 75

REFERÊNCIAS 78
APÊNDICE A 94
APÊNDICE B 96
APÊNDICE C 97
ANEXO A 100
ANEXO B 103
ANEXO C 105

Apresentação

APRESENTAÇÃO

Desde os primórdios, a arte e o prazer do cuidado ao próximo sempre esteve presente em meu cotidiano. Na infância pude vivenciar momentos e brincadeiras que, de uma forma ou outra, estavam envoltas por este prazer, como o ato de brincar com as bonecas e afins, sendo este realizado por mim com tamanho apreço e dedicação com o intuito de proporcionar o bem estar do outro. Desde então, este desejo e ambição pelo cuidado foram crescendo em mim e me guiando para a escolha de uma profissão que envolve aspectos multifatoriais da promoção à saúde e do cuidado ao indivíduo: a Enfermagem. Assim, no ano de 2010 pude realizar o grande sonho de ingressar na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

O momento da graduação foi um período de amadurecimento e crescimento tanto pessoal quanto profissional, em que pude desenvolver habilidades relacionadas às técnicas, procedimentos e apoio ao usuário dos serviços de saúde. Aprendi a valorizar uma ferramenta primordial no cuidado: o olhar holístico sobre o indivíduo, atendendo suas especificidades pessoais, socioculturais, econômicas e ambientais.

Aos poucos tive a oportunidade de me aproximar e me interessar mais especificadamente pelo cuidado na saúde da criança e do adolescente por meio da participação da Liga de Cuidados da Criança e Adolescente (LICUCA) durante um ano. Este período me fez refletir sobre a importância da assistência e atenção qualificada voltada para o adolescente em si, compreendendo-o como um grupo populacional com características individualizadas, e a adolescência como fase complexa de transição da infância para a idade adulta.

Com o intuito de me aprofundar mais nesta temática, durante a graduação desenvolvi um projeto de iniciação científica que teve o intuito de descrever o perfil sociodemográfico de puérperas adolescentes atendidas em uma maternidade de Ribeirão Preto. Este trabalho foi financiado pela Pró-Reitoria de Pesquisa da USP (PIC-RUSP) e recebeu o prêmio de Menção Honrosa do 21º Simpósio Internacional de Iniciação Científica, um grande reconhecimento da importância desta temática, o qual me forneceu subsídios essenciais que serviram como base para o delineamento do presente estudo.

Neste mesmo período pude prestar assistência ao binômio mãe e filho durante atuação no Estágio Curricular Supervisionado no Centro de Referência em Saúde da Mulher (CRSM-MATER), e vivenciar na prática a real atuação dos profissionais de saúde junto à puérpera adolescente, a qual necessita de um cuidado individualizado devido aos desafios envoltos na

maternidade precoce. Neste momento pude identificar lacunas no apoio e na assistência junto às mães adolescentes, que me trouxeram incômodo ao observar como a maternidade nesta faixa etária, incluindo a prática da amamentação, é enfrentada pela sociedade. Este fato despertou o meu interesse e me motivou a buscar meios de auxiliar e sanar estes problemas.

Buscando aprimorar e atualizar meus conhecimentos na temática do aleitamento materno, participei de cursos como “Apojadura e Ingurgitamento”, “Aleitamento Materno - Anatomia da mama”, “Aleitamento Materno - Técnicas de Amamentação”, oferecidos pelo Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, e do curso de “Manejo Clínico na Amamentação” oferecido pelo Dr. Marcus Renato, além de Congressos e palestras.

Assim, com o intuito de compreender a confiança das adolescentes no ato de amamentar e sua relação com a manutenção do aleitamento materno, participei do processo seletivo e ingressei, em 2014, no Mestrado em Ciências do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da EERP-USP, sob orientação da Profª Drª Juliana Cristina dos Santos Monteiro. O projeto de Mestrado tem a finalidade de contribuir com os avanços nos índices de aleitamento materno nas adolescentes e, consequentemente, com a redução do desmame precoce, auxiliando os profissionais de saúde no desenvolvimento de uma assistência mais humanizada e diferenciada junto à estas mulheres e aos seus filhos.

Introdução

1 INTRODUÇÃO

A prática do aleitamento materno e suas implicações têm sido alvo de muitos estudos na literatura científica, sendo este período considerado fundamental para a qualidade na saúde materno-infantil. As evidências científicas apontam que o aleitamento materno é o alimento mais adequado para a criança, desde o nascimento até os primeiros anos de vida, contribuindo para a saúde das crianças e das mães, além dos benefícios para a família e, consequentemente, para a sociedade (IP et al., 2007; HODDINOTT; TAPPIN; WRIGHT, 2008; RAZEK; EL-DEIN, 2009; STUEBE; SCHWARZ, 2010). Devido a estas evidências, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) brasileiro recomendam que todos os bebês recebam aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês de vida e, após este período, a amamentação deve ser complementada com outros alimentos até 2 anos ou mais (BRASIL, 2009a; WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2009).

A amamentação pelo tempo recomendado oferece vantagens e benefícios para o binômio mãe e filho, que através deste ato passam a construir laços afetivos e prazerosos, oportunizando a relação de vínculo e estimulando sentimentos de segurança e proteção para a criança e para a mulher; este momento de troca mútua entre mãe e filho é considerado uma das ferramentas mais importantes e fundamentais para o sucesso na amamentação (BRASIL, 2009a; MARTINS; SANTANA, 2013; LEVY; BÉRTOLO, 2008).

Além disso, as evidências científicas demonstram que o aleitamento materno é uma estratégia de amplo impacto sobre a redução nos índices de mortalidade infantil em menores de cinco anos de idade, podendo evitar anualmente 1,3 milhões de mortes infantis se praticado conforme recomendado. Este fato é explicado devido à imaturidade do sistema imunológico dos recém-nascidos e pela forte influência do leite materno sobre a redução nos índices de infecções respiratórias, gastrointestinais, urinárias, diarreia, risco de alergia, obesidade, além do melhor desenvolvimento físico e psicológico na infância. (BRASIL, 2009b; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2010; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2014).

O leite humano é rico em fatores imunobiológicos, como agentes anti-inflamatórios, antimicrobianos e componentes que atuam no combate aos patógenos, contribuindo para proteção às infecções (LI et al., 2014). Este amplo fator de proteção do leite materno também é importante para atuação na flora intestinal do recém-nascido, que por possuir baixa acidez gástrica, menor atividade de enzimas digestivas e imaturidade do epitélio intestinal, estão

mais vulneráveis à morbidade do aparelho digestório, como a diarreia, que é evidenciada principalmente nos primeiros anos de vida da criança e acomete principalmente a parcela mais pobre da população (BRASIL, 2009b; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICAS APLICADAS, 2010). Os componentes presentes no leite materno estimulam a colonização de micro-organismos benéficos na flora intestinal, impedindo a fixação do corpo estranho nas paredes celulares, sendo importantes na prevenção de doenças relacionadas ao sistema gastrointestinal (PASSANHA; CERVATO-MANCUSO; SILVA, 2010; BRASIL, 2009b).

A obesidade infantil é outra morbidade que também tem sido alvo de estudos que procuram compreender os fatores envolvidos neste problema de saúde pública, inclusive sua correlação com a amamentação. Atualmente, há poucas evidências científicas sobre a relação do aleitamento materno na redução dos índices de obesidade na infância, havendo controvérsias sobre este potencial efeito (JING et al., 2014). Um estudo realizado na Samoa Americana revelou que aos 15 meses de vida 23,3% dos meninos e 16,7% das meninas estavam acima do peso, sendo este quadro amplamente associado com o tipo de alimentação oferecida; ou seja, lactentes que estavam sendo alimentados por fórmulas ganham peso mais rápido se comparados com aquelas que mantinham aleitamento materno, demonstrando que a amamentação é uma estratégia de prevenção da obesidade nos primeiros anos de vida (HAWLEY et al., 2012).

Outro estudo revelou que a duração do AME esteve fortemente associada com o tipo de alimentos e bebidas oferecidos na primeira infância, sendo que a amamentação mais prolongada e exclusiva refletiu em um padrão alimentar mais saudável aos seis anos de idade. Isto revela o quanto a prática do aleitamento materno pode ser considerada um fator importante para o desenvolvimento da alimentação saudável na infância. (PERRINE et al., 2014).

As práticas alimentares também podem interferir no desenvolvimento maxilofacial da criança. O exercício de sucção que o bebê realiza no seio materno é tido como uma prática importante para o desenvolvimento adequado da cavidade oral, podendo auxiliar nas funções de mastigação, deglutição, respiração, dentição; com o uso da mamadeira e afins há uma desigualdade funcional dos músculos faciais envolvidos nesta prática da sucção (BRASIL, 2009b; MARTINS; SANTANA, 2013; NARBUTYTĖ; LINKEVIČIENĖ, 2013).

Os estudos também apontam a importância do leite materno no desenvolvimento cognitivo e psicossocial nos primeiros anos de vida. Há evidências de que a duração do aleitamento materno pode reduzir as chances de problemas de comportamento na primeira

infância, porém os mecanismos envolvidos nesta possível associação ainda não são muito bem esclarecidos (BRASIL, 2009b; LIND et al., 2014).

Além dos avanços no conhecimento sobre os efeitos da amamentação na saúde da criança, há evidências dos benefícios e implicações desta prática para a saúde materna. A mulher nutriz apresenta menor risco de hemorragia pós-parto devido a involução uterina precoce, redução nas chances de contrair câncer de mama e ovário, retorno mais rápido ao peso pré-gravídico, proteção imediata de uma nova gravidez relacionada à amenorreia lactacional e promoção de vínculo afetivo com a criança (MARTINS; SANTANA, 2013; ANTONAKOU et al., 2013).

Estudo realizado nos Estados Unidos com a participação de 853 puérperas demonstrou que entre aquelas obesas que mantiveram a amamentação mais prolongada houve uma redução de oito quilos no peso corporal quando comparadas com as mães obesas que não tinham amamentado (SHARMA et al., 2014). Este fator pode ser explicado por meio do processo envolvido durante a produção de leite, que requer um gasto energético e gasto calórico acentuado, favorecendo o retorno ao peso pré-gravídico da mulher. Outro estudo verificou uma redução de 86% do peso adquirido durante o período gestacional em mulheres que amamentaram exclusivamente durante os primeiros seis meses de vida da criança (ANTONAKOU et al., 2013).

Apesar destas evidências de benefícios do aleitamento materno, tanto para a saúde da criança quanto a da mulher, constata-se que os índices de amamentação ainda estão aquém do que é recomendado pela OMS e, consequentemente, tanto a mãe quanto a criança não conseguem desfrutar plenamente dos benefícios desta prática a curto e em longo prazo (MARTINS; SANTANA, 2013; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE 2013).

Recentes pesquisas demonstraram um significativo progresso na adesão ao aleitamento materno em muitos países da América Latina, porém, ainda há uma lacuna entre o que é recomendado e o que realmente é praticado. Referindo-se ao AME durante os primeiros seis meses de vida, a América Latina detém apenas 38% dos bebês amamentados neste período. Ao longo dos últimos 20 anos, a República Dominicana apresentou o índice mais baixo, 8%, e o México diminuiu seus índices de 20,0% para de 14,5%. Porém, alguns países apresentaram um grande avanço nos índices, como a Colômbia, onde a taxa AME subiu de 15% para 43% neste mesmo período (LUTTER, 2012; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013). O Brasil também apresenta certo avanço quando analisados os anos de 2006 e 2008, visto que os

índices de AME aumentaram de 38,4% para 41,0% no conjunto de capitais brasileiras e Distrito Federal (BRASIL, 2009a)

Ressalta-se que há uma heterogeneidade no indicador de amamentação em relação às regiões brasileiras, pois a região Norte detém o maior índice em relação às demais regiões e apresenta-se acima do nível nacional, com 45,9%; as regiões Nordeste e Sudeste apresentam as taxas mais baixas, 37,0% e 39,4%, respectivamente (BRASIL, 2010; BRASIL, 2009a). Segundo a última pesquisa realizada no ano de 2008 com todos os municípios brasileiros, em relação à região Sudeste, a maioria, 80 municípios, tiveram índices inferiores à média Nacional (BRASIL, 2010). No Brasil, a probabilidade de uma criança menor de 1 ano estar em AME cai de 60,7% nos primeiros 30 dias para 47,3 no segundo mês, chegando apenas 9,3% nos 180 dias de vida, mantendo uma mediana de AME de 54,11 dias. (BRASIL, 2010).

O município de Ribeirão Preto apresentou uma brusca queda nas taxas de aleitamento materno exclusivo nos 6 primeiros meses de vida, do ano de 2008 para 2011, com uma redução de 41% para 32,5%. Apesar da redução nos índices de AME, neste mesmo período a duração deste passou de 70 dias para 71,7 dias em 2011 (RIBEIRÃO PRETO, 2011).

Mediante ao quadro exposto sobre o aleitamento materno em nível macro e micro territorial, percebe-se que apesar dos benefícios descritos há a necessidade de se ampliar a visão sobre as questões que influenciam diretamente na adesão a esta prática, compreendendo este processo como multifatorial, envolto por dimensões culturais, socioeconômicas, psicossociais, biológicas e pessoais (NETO; ZANDONADE; EMMERICH, 2013; WENZEL; SOUZA, 2014; ANTONAKOU et al., 2013; DIEHL; ANTON, 2011; OAKLEY et al., 2014; ARAUJO et al., 2014; ABREU; FABBRO; WERNET, 2013)

O ato de amamentar está associado, entre outros fatores, à decisão da mulher, que é influenciada pela história de vida, pelo meio em que vive, pelas condições emocionais dela e do bebê, além do núcleo social e familiar. As pessoas mais próximas no cotidiano da nutriz, como o seu companheiro, avós, irmãs, vizinhas e amigas, estão fortemente envolvidas neste processo, podendo exercer influência positiva ou negativa para o aleitamento materno. Sobre a importância do apoio familiar à mulher que amamenta, um estudo revelou que a presença do companheiro e apoio no processo de amamentação pode aumentar até 72% a prevalência de AME (PEREIRA et al., 2010).

Por outro lado, a crença do “pouco leite” e “leite fraco”, enraizada na cultura das mulheres, é o motivo mais frequente para justificar o abandono à amamentação, colocando-as em dúvidas sobre a qualidade nutritiva do leite materno para o seu bebê, o que as prejudica na manutenção desta prática. Alguns sinais e comportamentos são observados e interpretados

pelas mães na avaliação da mamada e fazem com que elas se sintam inseguras com relação ao leite materno, como frequência das mamadas, repetidas em curto espaço de tempo, pouca ejeção de leite, assim como sua consistência e coloração, além da frequência e intensidade do choro por parte do bebê (ARAUJO et al., 2014; ABREU; FABBRO; WERNET, 2013; FROTA et al., 2009).

Outro fator influente na prática da amamentação é o trabalho fora do lar, vivenciado por muitas mães que estão inseridas no mercado de trabalho formal ou informal. Mesmo com a legislação trabalhista que protege a maternidade e a amamentação, a mãe trabalhadora se depara com dificuldades para a manutenção do aleitamento materno, já que tem seu tempo restringido para exercer seu papel de nutriz. Este fator acarreta a introdução precoce de outros alimentos, bicos artificiais, uso da chupeta, considerados fatores de risco para a interrupção desta prática (FROTA et al.; 2009; NETO; ZANDONADE; EMMERICH, 2013). No caso de Ribeirão Preto, uma pesquisa demonstrou que apenas 23,35% das mães trabalhadoras mantinham AME (RIBEIRÃO PRETO, 2011).

A desvalorização da prática do aleitamento materno e o desmame precoce também corroboram o aumento nos gastos financeiros para as famílias, visto que, segundo pesquisadores que avaliaram o impacto do aleitamento materno na economia americana, poderiam ser economizados 13 bilhões de dólares pela sociedade se 90% das mães amamentassem exclusivamente até os seis meses conforme as recomendações (LUTTER; MORROW, 2013).

Em relação às características sociodemográficas, como o grau de instrução, a renda familiar e a idade materna, alguns estudos têm mostrado associação destes com a adesão e duração do aleitamento materno. Oakley e colaboradores (2014) evidenciaram uma forte correlação entre mães jovens, de baixa renda e menor grau de escolaridade com maiores dificuldades de manter a amamentação nos primeiros 10 dias e nas primeiras 6 semanas pós parto. Para alguns autores, este comportamento se deve à maior dificuldade deste grupo ao acesso às informações e às consultas de pré-natal, que na maioria das vezes são iniciadas tardiamente, influenciando desta forma a intenção e adesão ao aleitamento materno (NEVES et al.; 2014).

Especificamente com relação à idade materna, esta tem sido considerada como um fator de significância para a amamentação exclusiva. Dados da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal, realizada no ano de 2009, apontam que as mães entre a faixa etária de 20 a 35 anos compunham os maiores índices de AME, 44%, quando comparadas com as adolescentes, 35,8%. (BRASIL,2009a),

demonstrando as dificuldades que podem existir quando analisamos a amamentação das adolescentes.

Segundo a OMS (2004), a adolescência é definida pelo período de vida que se estende dos 10 a 19 anos de idade e é marcada por uma fase de transição, de transformações, descobertas e anseios. Esta fase inclui mudanças no estado físico e psicossocial, sendo o período do primeiro contato com a sexualidade e suas características e é quando o adolescente almeja por uma vida social mais ampla com intuito de estabelecer meios de inserção e atuação na sociedade (YAZLLE, 2006).

A maternidade na adolescência tem sido descrita na litaratura científica como uma fase que pode estar vinculada a problemas imediatos ou tardios para a vida da mãe e do bebê, devido ao fator de risco para o aumento da morbidade materna, além das consequências socioeconômicas para a mãe adolescente; para os filhos de mães adolescentes existe o maior risco de nascerem prematuramente, com baixo peso, de adoecerem e sofrerem acidentes, além de apresentarem um baixo rendimento escolar (RAFFERTY; GRIFFIN; LODISE, 2011).

Estimativas revelam que a mortalidade materna em mulheres menores de 15 anos em países de baixa e média renda é o dobro, se comparada às mulheres de idade mais avançada, chegando aproximadamente a 70 mil mortes por ano em adolescentes, devido a complicações durante a gravidez e o parto. Isto se deve à imaturidade do organismo, complicações durante a tentativa de aborto inseguro, doenças sexualmente transmissíveis, que podem levar a partos prematuros e baixo peso ao nascer, além da dificuldade de acesso a assistência qualificada. Estes fatores associados com as situações de extrema vulnerabilidade em que vive grande parte das adolescentes, como pobreza, desnutrição, baixa instrução, corroboram para o aumento no número de mortes entre esta parcela da população feminina (WHO, 2012).

Os risco de saúde para o bebê também é evidenciado na literatura científica, pois recém-nascidos de mães adolescentes, principalmente as desnutridas, têm seus padrões normais de crescimento prejudicados e são mais propensos ao baixo peso ao nascer. As chances de natirmortos e óbitos em recém-nascidos são maiores entre as adolescentes se comparadas às mães de idade mais avançada, chegando a 1 milhão de crianças que não conseguem completar um ano de idade (UNITED NATIONS POPULATION FUND , 2013).

Além disso, a maternidade precoce pode trazer consequências socioeconômicas para a mãe adolescente, como o risco de formar família mais numerosa devido ao início precoce da atividade sexual e dificuldade de ser incluída no mercado formal de trabalho – tanto pela baixa escolaridade quanto pela falta de suporte social e auxílio para cuidar do filho. (UNFPA, 2013).

Atualmente, a gravidez na adolescência tem sido, na maioria das vezes, tratada de forma preconceituosa, já que rompe com a trajetória considerada normal perante a sociedade: formação escolar, trabalho, autonomia financeira e posteriormente a constituição da família. (NASCIMENTO; XAVIER; SÁ, 2011) .

Apesar das constatações negativas da maternidade precoce, a maternidade/paternidade na adolescência pode ser analisada sob outra ótica; o desejo consciente de ser mãe ou pai se reflete na possibilidade de busca de autonomia, amadurecimento, responsabilidade e satisfação, pois alguns adolescentes acreditam no ideal de que o bebê pode reforçar os laços afetivos na relação conjugal (UNFPA, 2013). A análise do discurso de muitas adolescentes demonstra a ênfase na maternidade como aumento de status e valorização social. Assim há a necessidade de um cuidado especial com a ideia pré-concebida de que toda gravidez na adolescência, e o papel de mãe, está envolta por irresponsabilidade e inconsequência (BRASIL, 2000).

Independentemente da faixa etária, a maternidade acarreta mudanças significativas para a mulher, por tratar-se de uma nova fase de vida, em que ela precisa se adaptar à condição materna, que implica desenvolver capacidades para prestar cuidado ao filho dependente. Para as todas as mães, inclusive as adolescentes, esta adaptação pode se tornar um processo dificultado, se ela não obtiver um suporte familiar e social adequado (SILVA; MORAES,2011). Uma das capacidades a serem desenvolvidas no cuidado com o filho é o oferecimento da alimentação, o que inclui a amamentação (CAMAROTTI et al., 2011; SILVA; MORAES,2011).

1.1 Amamentação na adolescência

Verifica-se que, em algumas situações, a gestação na adolescência é acompanhada por sentimentos de culpa e insegurança, aspectos que influênciam diretamente na adesão e manutenção do aleitamento materno (SAES; GOLDBERG; ONDANI, 2006). Na adolescência, quando a capacidade de tomada de decisões e a autonomia ainda estão em desenvolvimento, a descoberta e aprendizagem sobre o papel materno apresenta especificidades que são pertinentes a esta idade materna (MOSSMAN et al., 2008; GRASSLEY, 2010; PENTECOST; GRASSLEY, 2014; POLLARD, 2011; NESBITT et al.; 2012; SILVA; MORAES, 2011; DYSON et al., 2010; DENNIS; HEAMAN; MOSSMAN, 2011). Vários estudos científicos têm atentado para estas especificidades que influenciam no

início e manutenção do aleitamento materno entre as adolescentes, e têm reforçado a necessidade de um olhar biopsicossocial para estas mães, além da importância do apoio dos profissionais, parceiros e familiares durante todas as etapas deste processo (WAMBACH; COHEN, 2009; NESBITT et al.; 2012).

Para as mães, o ato de amamentar pode ser visto como uma prática difícil e dolorosa, já que muitas relatam dificuldade para posicionar o bebê corretamente no seio, leite materno insuficiente, trauma mamilar, cansaço e dor durante a amamentação, exprimem sentimentos de vergonha e receio de serem julgadas ao amamentar seus filhos em ambientes públicos, além da crença envolta da estética corporal, fatores que contribuem para o desmame precoce, principalmente entre as mães adolescentes (MOSSMAN et al., 2008; WAMBACH; COHEN, 2009; NESBITT et al.; 2012).

O comprometimento e a conscientização das adolescentes sobre a amamentação são mecanismos importantes durante o processo de início e manutenção do aleitamento materno. As mulheres que são empoderadas quanto aos aspectos físicos, psicológicos e sociais envolvidos nesta prática são mais seguras e motivadas para amamentar. Além disso a vivência é considerada como fator favorável para adesão a esta prática, visto que as adolescentes que foram amamentadas quando crianças são mais suscetíveis a aderirem à amamentação, provavelmente devido ao maior apoio e incentivo de suas próprias mães sobre os benefícios do aleitamento materno (MOSSMAN et al., 2008)

Desta forma, o suporte fornecido às mães adolescentes é compreendido como uma importante estratégia para o seu empoderamento durante a prática da amamentação. Nesta perspectiva, enfermeiros e profissionais de saúde deveriam assistir às mães adolescentes com uma abordagem diferenciada, estabelecendo relações de vínculo e confiança, já que o apoio profissional neste período é um dos pilares para o aumento da confiança materna na amamentação (GRASSLEY,2010; PENTECOST; GRASSLEY,2014).

1.2 Confiança materna na amamentação

A literatura científica tem demonstrado que vários fatores podem levar a mulher a duvidar da sua capacidade para produzir leite suficiente e para amamentar, o que diminui a autoconfiança da mulher para realizar esta prática (CARVALHAES; PARADA; COSTA, 2007; MEEDYA; FAHY, KABLE, 2010; LAANTERÄ; PÖLKKI; PIETILÄ, 2011). A idéia equivocada sobre a a inferioridade nutricional do leite materno (“leite fraco”) ou a escassez da

sua produção (“pouco leite”), estão associadas à pouca confiança das mulheres para amamentar, o que pode levar ao desmame precoce (DIGIROLAMO et al., 2005; DUNN et al. 2006; O'BRIEN et al., 2009; POLLARD, 2011).

Deste modo, ressalta-se a importância da confiança materna para amamentar, sendo evidenciada como uma variável que influencia o início e a manutenção do aleitamento materno (DENNIS; HEAMAN; MOSSMAN, 2011; OTSUKA et al., 2014). Estudos demonstram que as mulheres que se percebem competentes como mães, tendem a amamentar por mais tempo do que aquelas que não têm esta percepção, o que engloba também o quão confortável elas se sentem nesta função de nutriz (ERTEM; VOTTO; LEVENTHAL, 2001; KRONBORG; VAETHM, 2004; O'BRIEN et al., 2009).

Para os profissionais de saúde, a análise da variável confiança materna para amamentar pode contribuir na identificação de mães que apresentam risco para desmamar precocemente. No entanto, na prática profissional, percebe-se que as ações relacionadas ao aleitamento materno muitas vezes respaldam-se apenas nas condições físicas da mãe e do filho, sem considerar os aspectos emocionais e psicossociais da mulher que amamenta.

Para as adolescentes, muitas vezes as ações implementadas não consideram as suas diversidades e singularidades e, sem terem suas necessidades atendidas, as adolescentes podem se sentir pressionadas a amamentar (MACHADO; MEIRA; MADEIRA, 2003; CRONIN, 2003), causando insegurança, desconforto e insatisfação com esta prática. Estudo realizado com mães adolescentes em Ribeirão Preto demonstrou que, apesar de entenderem o aleitamento materno como importante para a saúde da criança, as dificuldades para amamentar podem gerar sentimentos de insegurança relacionada à capacidade para amamentar, o que faz com que as adolescentes não se sintam confiantes e introduzam precocemente outros alimentos na dieta da criança (MONTEIRO et al., 2013).

Verifica-se que a confiança da mulher para amamentar tem sido estudada em vários trabalhos envolvendo mulheres adultas (BLYTH et al., 2002; NICHOLS et al., 2009; ZUBARAN; FORESTI, 2011); porém, os estudos envolvendo adolescentes são escassos (DENNIS; HEAMAN; MOSSMAN,2011).

O construto de confiança ou autoeficácia, também conhecido como a Teoria Social Cognitiva desenvolvida por Bandura (1997), se refere a um fator que intervém nos comportamentos de saúde pois, segundo esta teoria, os indivíduos precisam ter a convicção de que poderão realizar com êxito determinada tarefa ou comportamento, com a crença de que irão atingir o resultado de saúde esperado. Assim, salienta-se 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, 1997).

Este comportamento é diretamente associado com sua consequência, ou seja, se os efeitos de um determinado comportamento forem benéficos, trazendo satisfação para o indivíduo, este tende a mantê-lo, porém se o mesmo lhe causar insatisfação ele será interrompido. Nesta relação, a motivação do indivíduo é tida como fonte primária para que tal comportamento se contemple; esta motivação é definida como a capacidade do indivíduo assumir antecipadamente um comportamento que trará futuras consequências, já a segunda fonte da motivação é traçar o objetivo a ser alcançado e autoavaliar a capacidade para chegar ao objetivo almejado. Assim, o construto da confiança, componente da motivação, é uma avaliação do desempenho em realizar um comportamento, tendo forte influência na adesão ou mudança deste comportamento (BANDURA, 1997, ORIÁ; XIMENES, 2010).

Nesta perspectiva, o construto da confiança influencia na manutenção ou cessação de um determinado comportamento, sendo este influenciável pelas expectativas de autoeficácia, onde o indivíduo tem a convicção de sua capacidade em realizar um comportamento com sucesso, gerando consequências e a expectativa de resultado, ou seja, a crença de que este comportamento proporcionará resultados positivos (BANDURA, 1997).

Quatro fontes de informações são relacionadas à expectativa de autoeficácia (BANDURA, 1997; ORIÁ; XIMENES, 2010):

- Experiência pessoal: refere-se ao produto final de uma determinada ação realizada, ou seja, maior autoeficácia em um comportamento está relacionado com os eventos positivos que este trouxe para o indivíduo, já os eventos negativos influenciam na baixa autoeficácia sobre esta tarefa.
- Experiências vicárias ou observacionais: é o compartilhamento de experiências com as pessoas próximas ao indivíduo, que também desfrutam do mesmo comportamento. Esta fonte de informação é muito importante para aqueles que ainda não possuem previamente uma experiência pessoal, como as primigestas.
- Persuasão verbal: é a fonte de informação mais usufruída pelos profissionais de saúde, os quais encorajam, aconselham o usuário sobre sua capacidade de realizar determinada tarefa. Este fenômeno juntamente com os demais, garantirá a perseverança do indivíduo ao realizar determinado comportamento, em contrapartida a falha poderá resultar na desistência deste.
- Estado emocional e fisiológico: expectativa de um indivíduo em realizar determinado comportamento é significativamente influenciável por fatores emocionais e

fisiológicos, os quais podem promover satisfação, excitação, aumentando a autoeficácia, ou reduzindo-a através do estresse, ansiedade e fadiga.

O conceito de confiança materna na habilidade para amamentar, teoricamente conceituada como autoeficácia para amamentar (breastfeeding self-efficacy – BSE), foi desenvolvido com base na Teoria Social Cognitiva proposta por BANDURA (DENNIS; 1999). A confiança materna na habilidade para amamentar relaciona-se à percepção da mulher sobre sua capacidade para amamentar seu filho; isto significa que as mães precisam acreditar que têm conhecimentos e habilidades para realizar a amamentação de seu filho com êxito para que esta prática seja bem sucedida (DENNIS, 1999).

A confiança materna se constrói a partir das experiências positivas vivenciadas anteriormente (experiência pessoal), da troca de experiência com outras mães que estejam amamentando, assistir vídeos a respeito da amamentação (experiência vicária), do encorajamento e aconselhamento das pessoas mais próximas, como a família, parceiro, amigos e profissionais de saúde (persuasão verbal), além do aspecto emocional e fisiológico envolvido no aleitamento materno (estado emocional e fisiológico) (DENNIS,1999).

Para determinar este comportamento da confiança ou autoeficácia materna na amamentação, Dennis e Faux (1999) desenvolveram o instrumento *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* – BSES, escala validada e testada em suas propriedades psicrométricas. Para o desenvolvimento da escala, as autoras realizaram extensa revisão na literatura científica e análise criteriosa do conceito de autoeficácia. A escala mostra-se pertinente para auxiliar profissionais de saúde, pois seu uso permite conhecer previamente a área em que as mulheres têm menor confiança e, dessa maneira, possibilita a implementação de estratégias individualizadas em prol do aleitamento materno, antes de as mulheres decidirem por não amamentar ou desmamar precocemente (ORIÁ; XIMENES, 2010).

A BSES foi desenvolvida e validada no Canadá, e foi adaptada e validada no Brasil (ORIÁ et al., 2009) e também em outros países como Austrália (CREEDY et al., 2003), China (DAI; DENNIS, 2003), Polônia (WUTKE; DENNIS, 2007), Porto Rico (TORRES et al., 2003) e Japão (OTSUKA et al., 2008). Estes estudos fornecem evidências de que a BSES é um instrumento válido e confiável, que pode ser aplicado internacionalmente para auxiliar profissionais de saúde no incentivo ao aleitamento materno (DENNIS; HEAMAN; MOSSMAN, 2011).

Apesar destes achados, a confiança materna ainda foi pouco explorada entre as mães adolescentes, o que justifica a realização do presente estudo, que visa explorar a confiança

para amamentar entre adolescentes, a partir de uma perspectiva teórica, como proposta por Dennis (1999). O estudo tem a finalidade de auxiliar os profissionais de saúde que atuam junto ao binômio mãe e filho, por meio do conhecimento prévio da confiança da mãe adolescente para realizar a prática da amamentação, podendo contribuir para a diminuição das taxas do desmame precoce e da morbimortalidade infantil e materna.

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Verificar a confiança materna para a amamentar entre mães adolescentes e sua relação com a duração do aleitamento materno exclusivo.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar a confiança materna para amamentar entre mães adolescentes;
- Identificar a prevalências do aleitamento materno exclusivo nos intervalos de 30, 60 e 180 dias de vida;
- Verificar a associação entre a confiança materna para amamentar das adolescentes e a duração do aleitamento materno exclusivo, no intervalo de 30, 60 e 180 dias pós-parto.

Método

3 MÉTODO

3.1 Contexto do estudo

Esta pesquisa integrou um estudo maior intitulado "Utilização da versão brasileira da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* entre mães adolescentes e adultas no município de Ribeirão Preto-SP". O estudo maior envolve uma parceria entre a Universidade Federal do Ceará e a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

3.2 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo, observacional e analítico.

O estudo longitudinal se refere à pesquisa na qual cada sujeito em estudo é observado, em mais de uma ocasião, sendo feitas repetidas mensurações dos mesmos indivíduos em épocas aprazadas, com o objetivo de investigar variações globais ou individuais ao longo do tempo (PEREIRA, 2008). Sendo prospectivo, o estudo tem a conotação de seguimento do presente para o futuro.

Os estudos observacionais se caracterizam pela não intervenção do pesquisador na realidade, sendo este atuante como um expectador de um determinado fenômeno, ou seja, os sujeitos do estudo são observados de forma passiva, em que são apenas observadas e registrados as informações de interesse para análise posterior (PEREIRA, 2008; FONTELLES et al., 2009).

A pesquisa analítica está subordinada a uma ou mais questões científicas que relacionam eventos e está inserida no contexto da pesquisa quantitativa, que trabalha com variáveis numéricas amplamente analisadas e classificadas para fins estatísticos. Um estudo analítico envolve um processo de avaliação mais detalhado sobre os dados coletados, neste caso em um estudo observacional, com o intuito de compreender o contexto, além da causa e efeito de um fenômeno em um grupo ou população. Este estudo específico diferencia-se por sua capacidade de estabelecer previsões e inferências estatísticas para a população de onde a amostra foi retirada. (PEREIRA, 2008; FONTELLES et al., 2009).

3.3 Local e período do estudo

Este estudo foi desenvolvido na Unidade de Alojamento Conjunto do Centro de Referência à Saúde da Mulher – MATER (CRSM-MATER), situada no município de Ribeirão Preto, São Paulo, entre Janeiro de 2014 a Junho de 2015.

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 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, presta assistência multiprofissional em consultas ambulatoriais, realiza procedimentos cirúrgicos,exames, internação, partos de baixo e médio risco, internação ginecológica e obstétrica em caráter de urgência e emergência. Este Centro de Referência realiza cerca de um terço dos partos do SUS do município, além de atender todos os municípios da Divisão Regional de Saúde de Ribeirão Preto DRS-XIII, abrangendo uma população estimada de 1.300.000 habitantes (CENTRO DE REFERENCIA À SAÚDE DA MULHER, 2012). 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.

O alojamento conjunto deste Centro é constituído por 40 leitos, sendo 32 destinados para a assistência obstétrica; conta com uma equipe multiprofissional, dentre eles: médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistente social, psicóloga e fonoaudióloga. O CRSMRP-MATER também possui o selo de Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC, sendo o primeiro hospital do município de Ribeirão Preto e região a receber este título pelas práticas de incentivo ao aleitamento materno (CENTRO DE REFERENCIA À SAÚDE DA MULHER, 2012).

3.4 Participantes e amostra

A população de referência foi constituída por todas as mães adolescentes admitidas no alojamento conjunto do CRSM-MATER. O cálculo amostral foi realizado com informações

do Relatório Anual de Enfermagem do CRSM-MATER-2012 (CENTRO DE REFERENCIA À SAÚDE DA MULHER, 2012) e de pesquisa anterior envolvendo a confiança materna para amamentar entre adolescentes (MONTEIRO, 2013), baseado no acompanhamento longitudinal mensal das unidades amostrais selecionadas. Considerando erro amostral tolerável de 5%, nível de confiança de 95%, e perda prevista de 10%, a amostra foi composta por 160 mães adolescentes.

As adolescentes foram selecionadas por meio de sorteio aleatório no alojamento conjunto do CRSM-MATER, seguindo os critérios de inclusão:

- Mães com no mínimo 24 horas pós-parto;
- Mães em condições físicas para amamentar;
- Mães que tiveram filhos com idade gestacional a termo;
- Mães que estavam acompanhadas pelos seus filhos no alojamento conjunto;
- Mães que estavam acompanhas por um responsável legal;
- Ter telefone fixo ou celular.

Os critérios de exclusão foram:

- Mães que apresentaram patologias ou intercorrências pós-parto que impediam o aleitamento materno;
- Mães com deficiência auditiva e visual;
- Mães desorientadas quanto ao tempo, espaço ou pessoa;
- Mães cujos recém-nascidos necessitaram de cuidados especiais na amamentação, como recém-nascidos pequenos para a idade gestacional, recém-nascidos com fissura labial ou fenda palatina e recém-nascidos com lesões neurológicas.

3.5 Instrumentos de coleta de dados

Foram utilizados três instrumentos de coleta de dados: o primeiro instrumento foi construído especificamente para este estudo e contemplou os dados de identificação e as características sociodemográficas e obstétricas das participantes. O segundo instrumento se constitui da BSES, utilizada para avaliar a confiança das participantes na capacidade para amamentar. A autorização para utilização da escala foi obtida por meio de correio eletrônico enviado para a pesquisadora Profa. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá, que realizou a tradução, adaptação cultural e validação do instrumento para a utilização no Brasil. 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 confiança em amamentar 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).

O terceiro instrumento de coleta de dados foi adaptado do questionário desenvolvido por Silva (2007) e também utilizado por Monteiro (2008), e conta com questões referentes à alimentação oferecida à criança (aleitamento materno e/ou alimentação complementar) e intercorrências durante o período de amamentação. Este instrumento foi utilizado para coleta de dados por meio de busca fonada, realizada em 30, 60 e 180 dias após o parto. A busca fonada nestes períodos justifica-se, pois a literatura científica evidencia que o primeiro mês pós-parto é marcado por dificuldades e obstáculos vivenciados pela mãe; já o segundo mês é o período em que se pode avaliar se houve a superação destas dificuldades e aos seis meses é possível avaliar se houve a manutenção do aleitamento materno exclusivo pelo tempo recomendado pela OMS (CARRASCOZA, 2005).

3.6 Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados foi iniciada em janeiro de 2014 e teve término em junho de 2015, sendo dividida em duas fases para cada participante.

A primeira fase foi realizada no período de janeiro a dezembro de 2014 no Centro de Referência em Saúde da Mulher (CRSM-MATER), onde as mães admitidas no alojamento conjunto da CRSM-MATER e que preencheram os critérios estabelecidos foram convidadas a participar do estudo, totalizando uma amostra final de 160 adolescentes. Foram recrutadas mães adolescentes que tinham no mínimo 24 horas de pós-parto, respeitando-se este período para que as mesmas pudessem descansar, se alimentar e realizar higiene corporal e amamentar. Após este período, as mães foram individualmente convidadas a participar, sendo as mesmas previamente esclarecidas sobre o estudo. Após terem ciência da pesquisa e dos aspectos éticos, aquelas que aceitaram participar assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), sendo solicitada a autorização do seu responsável legal, que também se

corresponsabilizou pela participação da puérpera na pesquisa por meio da assinatura do termo. Nesta primeira fase, o primeiro instrumento, que continha informações sociodemográficas e obstétricas, foi preenchido, sendo estas informações fornecidas pelas participantes e complementadas com dados de seus respectivos prontuários. Em seguida, foi explicado à puérpera sobre o segundo instrumento de coleta de dados, a BSES; a puérpera foi orientada a responder as questões individualmente, sem o auxílio do acompanhante. O instrumento foi aplicado às mães que responderam se, e com qual intensidade concordavam ou discordavam de cada questão.

A segunda fase foi desenvolvida de fevereiro de 2014 a junho de 2015. Nesta etapa, foi realizado contato telefônico no intervalo de 30, 60 e 180 dias pós-parto com cada participante, e o terceiro instrumento de coleta de dados foi utilizado em cada contato. As informações telefônicas foram fornecidas pelas participantes durante a aplicação do primeiro instrumento de coleta de dados, sendo confirmados os números dos telefones fornecidos a cada ligação, com o intuito de prevenir perdas devido a trocas do número de telefone. Quando a participante não foi encontrada, foram realizadas até três tentativas em dias e horários diferentes antes de a mesma ser excluída da pesquisa.

Destaca-se que foi realizado um estudo piloto em janeiro de 2014 com a finalidade de definir a operacionalização do trabalho, realizando-se ajustes necessários, tais como: identificação do momento mais oportuno para a coleta de dados, espaço físico e horários adequados para a realização das entrevistas e para abordar o responsável legal da adolescente. Para o estudo piloto, as participantes recrutadas também foram mães adolescentes atendidas no CRSM-MATER, foram utilizados os mesmos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa e foi respeitado o mesmo período pós-parto para a coleta de dados. As participantes do estudo piloto também assinaram o TCLE, bem como seus respectivos responsáveis legais.

3.7 Variáveis do estudo:

Os instrumentos aplicados no estudo abordaram as seguintes variáveis:

Variável dependente:

- Nível da confiança materna na amamentação no puerpério.
- Esta variável foi coletada por meio do segundo instrumento (BSES) de coleta de dados descrito anteriormente.

Variáveis independentes:

- As variáveis independentes foram avaliadas por meio da utilização do primeiro e terceiro instrumentos, descritos anteriormente.

Variáveis relacionadas às características sociodemográficas das participantes:

- Idade da participante: em anos completos na data da coleta de dados.
- Cor autorreferida: branca, preta, amarela, parda ou vermelha.
- Escolaridade: fundamental incompleto, fundamental completo e ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo.
- Interferência da gestação nos estudos: se as adolescentes interromperam os estudos devido à gestação, ou não.
- Religião: católica, evangélica, espírita, protestante, judaica, afro-brasileira, budista, mulçumana, 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, outra.
- Condição da moradia da participante: própria, alugada, emprestada, invadida, outra.
- Renda familiar em reais.
- Ajuda de alguém nos cuidados com o bebê: sim ou não.
- Quem ajudará nos 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 planejada: sim ou não;
- Idade gestacional, em semanas, que iniciou as consultas de pré-natal;
- 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, HPV, outras;
- 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;
- Tipo 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, hipotensão;

Variáveis neonatais:

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

Variáveis relacionadas às características do aleitamento materno exclusivo no período de 30,60 e 180 dias pós-parto:

- Amamentação do bebê ao peito: sim ou não;
- O leite materno é o único alimento oferecido ao bebê: sim ou não;
- Tempo de aleitamento materno exclusivo após parto em dias;

3.8 Processamento e Análise dos Dados

Os instrumentos preenchidos foram numerados de acordo com a ordem de participação, e os dados coletados foram armazenados em uma planilha eletrônica estruturada no Microsoft Excel, por meio de dupla digitação, o que possibilitou a validação dos dados digitados, eliminando possíveis erros e garantindo confiabilidade na compilação dos mesmos.

Os dados foram analisados com a utilização do programa estatístico Statistical Analysis System SAS® 9.0.

Para caracterizar a amostra, a análise dos dados foi fundamentada na estatística descritiva, permitindo apresentar a variabilidade dos valores de cada variável estudada. 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 relação entre a confiança materna e os tempos de amamentação foi realizada a análise de variância (ANOVA) e o Coeficiente de Correlação De Pearson (Montgomery, 2000). Para verificar a associação entre as variáveis qualitativas, os dados foram submetidos ao Teste Exato de Fisher (Fisher, 1935). Para todas as análises estatísticas, foram considerados nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$).

3.9 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. Assim, o projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa do CRSM-MATER e posteriormente submetido e aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

As entrevistas foram realizadas após a assinatura do Termo de Assentimento, pela participante e pelo responsável legal. Destaca-se que uma via assinada ficou com a participante e a outra com a pesquisadora. Considerando que a pesquisa poderia gerar dúvidas e desconfortos mínimos, tais como incômodo com alguma pergunta durante a entrevista na instituição ou pelo contato telefônico, a pesquisadora esteve à disposição para ouvir e esclarecer as dúvidas, conversar sobre os possíveis incômodos e explicar a importância das entrevistas, o tratamento sigiloso dos dados e a participação voluntária sob nenhuma forma de incentivo ou pagamento.

Resultados

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização das participantes

Participaram deste estudo 160 mães adolescentes, com idade média de 16,88 anos e desvio- padrão de 1,30.

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

Tabela 1 - Distribuição das participantes do estudo, segundo faixa etária, cor autorreferida, escolaridade, interferência da gestação nos estudos, religião, ocupação, marital, moradia, auxilio nos cuidados com o bebê e renda em reais. Ribeirão Preto, 2014.

(Continua)

Idade (anos) (n=160)		
Média	16,88(DP=1,30)	
Mediana	17,00	
Mínimo	13,00	
Máximo	19,00	
	Frequência	**%**
Cor autorreferida		
Branca	59	36,90
Preta	22	13,80
Amarela	06	3,80
Parda	73	45,60
Escolaridade		
Fundamental Incompleto	33	20,60
Fundamental Completo	97	60,60
Ensino médio Completo	30	18,80
Parou de estudar devido à gestação		
Sim	77	48,10
Não	83	51,90
Religião		
Tem alguma religião	107	66,90
Ateu / Agnóstico	53	33,10
Ocupação		
Realiza trabalho remunerado fora do lar	22	13,80
Não realiza trabalho remunerado fora do lar	138	86,30
Estado Marital		
Solteira	70	43,80
Casada	17	10,60
Amasiada	73	45,60

(Conclusão)

Condições de moradia		
Própria	79	49,40
Alugada	68	42,50
Emprestada	12	7,50
Outra	1	0,630
Auxilio nos cuidados com o bebê		
Sim	158	98,80
Não	02	1,30
Renda familiar em reais (n=115)		
Média	1.585,90 (DP= 1011,00)	
Mediana	1.300,00	
Mínimo	77,00	
Máximo	6.500,00	

Em relação à cor autorreferida pelas participantes, a cor parda contemplou 45,60% do total da amostra. A maioria delas (60,60%) referiu ter o Ensino Fundamental Completo e 51,90% não parou de estudar devido à gestação. A maioria (66,90%) declararou ter alguma religião.

Em relação ao estado marital, a maioria referiu estar amasiada (45,60%), porém uma parcela significativa relatou estar solteira (43,80 %). Quando questionadas quanto ao tipo de moradia, a maioria (49,40%) referiu residir em casa própria. A maioria das participantes (86,30%) não realizava trabalho remunerado fora do lar; a média da renda familiar mensal foi de 1585,90 reais (n=115), com desvio padrão de 1011,00 reais.

As participantes foram questionadas quanto ao auxílio nos cuidados com o recém-nascido, sendo que 98,80% afirmaram que teriam algum tipo de ajuda; entre estas, 59,49% referiram que contariam com auxílio da mãe.

A Tabela 2 apresenta os dados referentes às características obstétricas anteriores e atuais[*], referindo-se ao número de gestações, partos e abortos, número de filhos vivos, a idade gestacional no início do pré-natal (atual), número total de consultas de pré-natal (atual), intercorrência na gestação atual, tipo de parto, intercorrências no trabalho de parto e pós-parto.

[*] As características obstétricas atuais se referem à última gestação da participante, que se relacionam à prática do aleitamento materno investigada neste estudo.

Tabela 2 - Distribuição das participantes segundo as características obstétricas. Ribeirão Preto, 2014.

	Frequência	%
Número de gestações (n=160)		
Uma	148	92,50
Duas	12	7,50
Número de Partos		
Um	149	93,10
Dois	11	6,90
Número de abortos		
Um	02	1,30
Nenhum	158	98,70
Número de filhos vivos		
Um	150	93,80
Dois	10	6,20
Gestação atual planejada		
Sim	46	28,80
Não	114	71,30
IG no início do pré-natal (semanas) (n=137)		
1º trimestre	88	64,20
2º trimestre	45	32,80
3º trimestre	04	3,00
Número de consultas no Pré natal (n=152)		
Até 5 consultas	24	15,80
6 ou mais consultas	128	84,20
Intercorrências na gestação atual		
Sim	52	32,50
Não	108	67,50
Tipo de parto		
Normal	130	81,30
Cesárea	30	18,80
Intercorrências no trabalho de parto e/ou parto		
Sim	10	6,30
Não	150	93,70
Intercorrências no pós-parto		
Sim	11	6,90
Não	149	93,10

A maioria das adolescentes declarou ser primigesta (92,50%) e primípara (93,10%). Apenas duas adolescentes referiram aborto anterior (1,30%). Com relação ao número de filhos vivos, a maioria das adolescentes (93,80%) relatou ter um filho vivo.

Quando questionadas sobre a gestação atual, a maioria (71,30%) referiu não ter planejado a gravidez, ter iniciado o pré-natal no primeiro trimestre da gestação (64,20%) e ter realizado seis consultas de pré-natal ou mais (84,20%). A média da idade gestacional no início do pré-natal foi de 12,28 semanas, com mínimo de 2 semanas e máximo de 35 semanas (DP= 6,65). A média do número de consultas no pré-natal foi de 8,01, com mínimo de 1 consulta e máximo de 20 (DP = 2,69).

Entre as participantes do estudo, 32,50% apresentaram algum tipo de intercorrência durante o período gestacional. Destas (n=52), as intercorrências mais comuns foram infecção do trato urinário (76,92%), seguido de anemia (9,62%), sangramento (3,85%), hipertensão (3,85%), toxoplasmose (1,92%), sífilis (1,92%) e HPV (1,92%).

A maioria das adolescentes (81,30%) teve parto normal e apenas 6,30% relataram algum tipo de intercorrência durante o trabalho de parto e/ou parto. Entre estas (n=10) destacam-se: sangramento, hipertensão arterial, hipotensão, sofrimento fetal, taquipnéia transitória do recém-nascido, pré-eclampsia, eclampsia.

Com relação ao pós-parto, 6,90% referiram ter algum tipo de intercorrência neste período, sendo estas distribuídas em: hipertensão, hipotensão, febre, infecção do trato urinário, endometrite, sangramento, alteração cardiorrespiratória do recém-nascido, infecção do recém-nascido.

Na Tabela 3 estão descritas as características dos recém-nascidos quanto ao sexo e peso ao nascer. Do total da amostra, 50,60% dos neonatos eram do sexo masculino e 49,40% do sexo feminino. 98,75% dos recém-nascidos apresentaram peso adequado ao nascer. A média de peso ao nascimento foi de 3217,81g, sendo o peso mínimo de 2.390g e o máximo de 4.235g (DP = 376,06).

Tabela 3 - Distribuição dos neonatos, filhos das participantes, quanto ao sexo e peso ao nascer. Ribeirão Preto, 2014.

	Frequência	**%**
Sexo do neonato (n=160)		
Feminino	79	49,40
Masculino	81	50,60
Peso do nascimento (gramas)		
<2500	02	1,25
≥2500	158	98,75

A Tabela 4 traz informações quanto à amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido e ao tipo de aleitamento materno no momento da coleta de dados. Entre as

mães adolescentes, 53,10% referiram ter amamentado seu bebê na primeira hora de vida. No momento da coleta de dados 148 (92,50%) estavam em aleitamento materno exclusivo.

Tabela 4 - Distribuição das participantes quanto à ocorrência da amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido e quanto ao tipo de aleitamento materno no momento da coleta de dados. Ribeirão Preto, 2014.

	Frequência	**%**
Amamentação na primeira hora de da		
Sim	85	53,10
Não	71	44,40
Não soube responder	04	2,50
Tipo de AM na coleta de dados		
Aleitamento materno exclusivo	148	92,50
Aleitamento materno predominante	02	1,20
Aleitamento materno misto	10	6,30

4.2 Confiança materna na habilidade para amamentar entre as adolescentes

A confiança materna na amamentação é classificada em baixa (33 a 118 pontos), moderada (119 a 137 pontos) e alta (138 a 165 pontos) (BLYTH et al., 2004). A tabela 5 apresenta a distribuição das participantes segundo a confiança para amamentar, sendo que 91 (56,90%) apresentaram alta confiança na amamentação.

Tabela 5 - Distribuição das participantes segundo a confiança materna na habilidade para amamentar. Ribeirão Preto, 2014.

Classificação de autoeficácia	**Frequência**	**%**
Baixa	13	8,10
Moderada	56	35,00
Alta	91	56,90

A confiança materna na habilidade para amamentar também foi analisada segundo a variabilidade das respostas do instrumento BSES (pontuação global) e para cada domínio (Técnico e Pensamento Intrapessoal). Estes resultados estão apresentados na Tabela 6, onde observa-se que a média da pontuação geral do instrumento foi de 139,01, a média da pontuação para o domínio técnico foi de 82,95 e para o domínio Pensamento Intrapessoal foi de 56,06.

Tabela 6 – Pontuação Global e por domínios (Técnico e Pensamento Intrapessoal) da *Brestfeeding Self-efficacy Scale*. Ribeirão Preto, 2014.

	Técnico	**Pensamento Intrapessoal**	**Global**
Média	82,95	56,06	139,01
Mediana	83,00	57,50	140,00
Mínimo	45,00	25,00	70,00
Máximo	100,00	65,00	165,00
Desvio padrão	9,50	6,55	15,20

4.3 Prevalências do aleitamento materno exclusivo

O presente estudo verificou a realização do aleitamento materno exclusivo entre as adolescentes em três momentos de análise: 30, 60 e 180 dias pós-parto. Estes dados estão apresentados na Tabela 7.

Tabela 7 - Prevalência do aleitamento materno exclusivo em 30, 60 e 180 dias pós-parto. Ribeirão Preto, 2014.

	Aleitamento materno exclusivo			
Dias pós-parto	**Sim**		**Não**	
	n	**%**	**n**	**%**
30 dias pós-parto **(n=150)**	93	62,00	57	38,00
60 dias pós-parto **(n=135)**	71	52,59	64	47,41
180 dias pós-parto **(n=100)**	16	16,00	84	84,00

Aos 30 dias pós-parto, 150 participantes (93,75%) estavam amamentando e 10 (6,75%) tinham realizado o desmame de seus filhos. Entre as que amamentavam (n=150), 62% estavam em AME.

Aos 60 dias pós-parto, 135 participantes (84,38%) estavam amamentando. Entre estas, 52,59% realizavam AME.

Aos 180 dias pós-parto, 100 adolescentes (62,50%) estavam amamentando e, entre estas, 16 (16%) amamentavam seus bebês exclusivamente.

A média final do aleitamento materno exclusivo entre as participantes do estudo foi de 75,56 dias, mediana de 45,00 dias, com mínimo de 2,00 dias e máximo de 180,00 dias. (DP=61,34).

4.4 Análise de associações

4.4.1 Confiança materna na habilidade para amamentar e as variáveis sociodemográficas, obstétricas e neonatais

No presente estudo foram realizadas associações entre a variável dependente "confiança na habilidade para amamentar" e as variáveis independentes referentes às características sociodemográficas e obstétricas das participantes, características dos neonatos e da realização do aleitamento materno no momento da coleta de dados na maternidade. Para esta análise de associação foi aplicado o Teste Exato de Fisher. Somente foram consideradas associações estatisticamente significativas aquelas que apresentaram valores de p <0,05.

A Tabela 8 traz os resultados da associação entre a confiança na amamentação e as características sociodemográficas das adolescentes. As características sociodemográficas (faixa etária, cor autorreferida, escolaridade, interferência da gestação nos estudos, religião, estado marital, renda e auxílio nos cuidados do bebê) não apresentaram associação estatisticamente significativa com a variável "confiança na amamentação".

Tabela 8 – Análise da confiança na amamentação, associada às características sociodemográficas. Ribeirão Preto, 2014.

(Continua)

	Autoeficácia				
	Baixa n(%)	**Moderada n(%)**	**Alta n(%)**	**Total n(%)**	***p*-valor***
Faixa etária					
13-15	01 (0,63)	12(7,50)	15(9,38)	28(17,50)	0,5246
16-19	12 (7,50)	44(27,50)	76(47,50)	132(82,50)	
Total	13 (8,13)	56(35,00)	91(56,88)	160(100,00)	
Cor auto – referida					
Branca	03(1,88)	22(13,75)	34(21,25)	59(36,88)	0,6706
Preta	03(1,88)	09(5,63)	10(6,25)	22(13,75)	
Amarela	00(00,00)	01(0,63)	05(3,13)	06(3,75)	
Parda	07(4,38)	24(15,00)	42(26,25)	73(45,63)	
Total	13(8,13)	56(35,00)	91(56,88)	160(100,00)	
Escolaridade					
Fundamental Incompleto	04(2,50)	10(6,25)	19(11,88)	33(20,63)	0,6851
Fundamental Completo	06(3,75)	34(21,25)	57(35,63)	97(60,63)	
Ensino médio Completo	03(1,88)	12(7,50)	15(9,38)	30(18,75)	
Total	13(8,13)	56(35,00)	91(56,88)	160(100,00)	

(Conclusão)

Parou de estudar devido à gestação					
Sim	06(3,75)	30(18,75)	41(25,63)	77(48,13)	0,6129
Não	07(4,38)	26(16,25)	50(31,25)	83(51,88)	
Total	13(8,13)	56(35,00)	91(56,88)	160(100,00)	
Religião					
Tem alguma religião	10(6,25)	36(22,50)	61(38,13)	107(66,88)	0,7339
Ateu / Agnóstico	03(1,88)	20(12,50)	30(18,75)	53(33,13)	
Total	13(8,13)	56(35,00)	91(56,88)	160(100,00)	
Estado marital					
Solteira	03(1,88)	21(13,13)	46(28,75)	70(43,75)	0,2259
Casada	01(0,63)	07(4,38)	09(5,63)	17(10,63)	
Amasiada	09(5,63)	28(17,50)	36(22,50)	73(45,63)	
Total	13(8,13)	56(35,00)	91(56,88)	160(100,00)	
Renda					
< 1.500,00	03(2,61)	22(19,13)	43(37,39)	68(59,13)	0,6868
≥ 1.500,00	03(2,61)	18(16,65)	26(22,61)	47(40,87)	
Total	06(5,22)	40(34,78)	69(60,00)	115(100,00)	
Auxilio nos cuidados com o bebê					
Sim	12(7,50)	55(34,38)	91(56,88)	158(98,75)	0,0634
Não	01(0,63)	01(0,63)	00(00,00)	02(1,25)	
Total	13(8,13)	56(35,00)	91(5,88)	160(100,00)	
Auxílio de quem					
Marido/companheiro/ namorado	03(1,90)	11(6,96)	14(8,86)	28(17,72)	0,5689
Mãe/Sogra	05(3,16)	31(19,62)	58(36,71)	94(59,49)	
Outro familiar / amigo	04(2,53)	13(8,23)	19(12,03)	36(22,78)	
Total	12(7,59)	55(34,81)	91(57,59)	158(100,00)	

*Teste Exato de Fisher

A Tabela 9 apresenta os resultados da associação entre a variável dependente “confiança na amamentação” e as variáveis relacionadas às características obstétricas das participantes do estudo.

Tabela 9 – Análise da confiança na amamentação, associada às características obstétricas. Ribeirão Preto, 2014.

	Autoeficácia				
	Baixa n(%)	**Moderada n(%)**	**Alta n(%)**	**Total n(%)**	***p*-valor***
Gestação planejada					
Sim	02(1,25)	15(9,38)	29(18,13)	46(28,75)	0,4718
Não	11(6,88)	41(25,63)	62(38,75)	114(71,25)	
Total	13(8,13)	56(35,00)	91(56,88)	160(100,00)	
IG no início do pré-natal (semanas)					
Até 12	07(5,11)	27(19,71)	51(37,23)	85(62,04)	0,8524
Mais que 12	03(2,19)	18(13,14)	31(22,63)	52(37,96)	
Total	10(7,30)	45(32,85)	82(59,85)	137(100,00)	
Número de consultas no pré-natal					
Até 5	0(0,00)	10(6,58)	14(9,21)	24(15,79)	0,3749
6 ou mais	12(7,89)	46(30,26)	70(46,05)	128(84,21)	
Total	12(7,89)	56(36,84)	84(55,26)	152(100,00)	
Tipo de parto					
Vaginal	11(6,88)	43(26,88)	76(47,50)	130(81,25)	0,5772
Cesária	02(1,25)	13(8,13)	15(9,38)	30(18,75)	
Total	13(8,13)	56(35,00)	91(56,88)	160(100,00)	
Intercorrência na gestação					
Sim	08(5,00)	11(6,88)	33(20,3)	52(32,50)	0,0069
Não	05(3,13)	45(28,13)	58(36,25)	108(67,50)	
Total	13(8,13)	56(35,00)	91(56,88)	160(100,00)	
Intercorrência no trabalho de parto e/ou parto					
Sim	03(1,88)	01(0,63)	06(3,75)	10(6,25)	0,0316
Não	10(6,25)	55(34,38)	85(53,13)	150(93,75)	
Total	13(8,13)	56(35,00)	91(56,88)	160(100,00)	
Intercorrência no pós parto					
Sim	00(0,00)	02(1,25)	09(5,63)	11(6,88)	0,2819
Não	13(8,13)	54(33,75)	82(51,25)	149(93,13)	
Total	13(8,13)	56(35,00)	91(56,88)	160(100,00)	

*Teste Exato de Fisher

Entre as adolescentes, as variáveis “intercorrência na gestação” e “intercorrência no trabalho de parto e/ou parto” apresentaram associações estatisticamente significativas com a variável “confiança na amamentação”. Ou seja, as adolescentes que não tiveram nenhuma intercorrência na gestação apresentaram maior confiança na amamentação (p=0,0069), quando comparadas àquelas que tiveram algum tipo de intercorrência neste período. Ainda, as adolescentes que não tiveram intercorrências durante o trabalho de parto e/ou parto

apresentaram-se com maior nível de confiança para amamentar (p=0,0316) em relação às mães que tiveram alguma intercorrência neste período. As demais variáveis obstétricas (gestação planejada, idade gestacional no período do pré-natal, número de consultas de pré-natal, tipo de parto, e intercorrência no pós-parto) não apontaram associação estatisticamente significativa.

A Tabela 10 apresenta os resultados da associação entre a variável "confiança na amamentação" e as variáveis relacionadas às características do recém-nascido ("sexo da criança" e "peso ao nascer"). Os resultados obtidos não demonstraram associação estatisticamente significativa para esta análise de associação.

Tabela 10 – Análise da confiança na amamentação, associada ao sexo da criança e ao peso ao nascer dos filhos das participantes. Ribeirão Preto, 2014.

	Autoeficácia				
	Baixa n(%)	**Moderada n(%)**	**Alta(%)**	**Total n(%)**	***p*-valor***
Sexo da criança					
Feminino	08 (5,00)	27(16,88)	44(27,50)	79(49,38)	0,6947
Masculino	05(3,13)	29(18,13)	47(29,38)	81(50,63)	
Total	13(8,13)	56(35,00)	91(56,88)	160(100,00)	
Peso ao nascer					
<2.500	00(0,00)	01(0,63)	01(0,63)	02(1,25)	1,0000
≥2500	13(8,13)	55(34,38)	90(56,25)	158(98,75)	
Total	13(8,13)	56(35,00)	91(56,88)	160(100,00)	

*Teste Exato de Fisher

A Tabela 11 traz os resultados obtidos entre a associação da variável dependente "confiança na amamentação" com as variáveis independentes: amamentação na primeira hora de vida e tipo de aleitamento na coleta de dados na maternidade. Nesta análise de associação não houve associação estatisticamente significativa.

Tabela 11 – Análise da confiança na amamentação, associada às variáveis "amamentação na primeira hora de vida do neonato" e "tipo de aleitamento materno no momento na coleta de dados". Ribeirão Preto, 2014.

	Autoeficácia				
	Baixa n(%)	**Moderada n(%)**	**Alta n(%)**	**Total n(%)**	***p*-valor***
Amamentação na primeira hora de vida					
Sim	07(4,38)	25(15,63)	53(33,13)	85(53,13)	0,2551
Não	05(3,13)	30(18,75)	36(22,50)	71(44,38)	
Não soube responder	01(0,63)	01(0,63)	02(1,25)	04(2,50)	
Total	13(8,13)	56(35,00)	91(56,88)	160(100,00)	
Tipo de AM na coleta de dados					
Aleitamento materno exclusivo	12(7,50)	51(31,38)	85(53,13)	148(92,50)	0,5520
Aleitamento materno predominante	00(0,00)	00(0,00)	02(1,25)	02(1,25)	
Aleitamento materno misto	01(0,63)	05(3,13)	04(2,50)	10(6,25)	
Total	13(8,13)	56(35,00)	91(56,88)	160(100,00)	

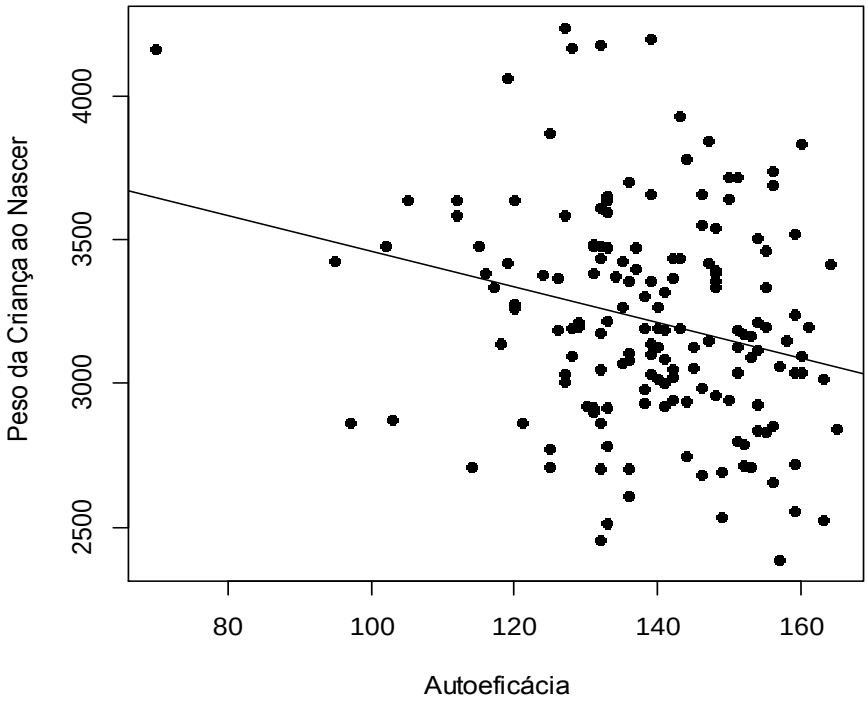
*Teste Exato de Fisher

A Tabela 12 apresenta a correlação entre a variável dependente "confiança na amamentação" e as variáveis quantitativas: tempo final de aleitamento materno exclusivo, idade, renda, idade gestacional no período do pré-natal, número de consultas no pré-natal e peso ao nascer. Verifica-se uma correlação fraca entre a confiança materna para amamentar e o peso ao nascer (p=0,0014), com coeficiente de correlação de Pearson no valor de -0,25074. Este resultado está ilustrado no Gráfico 1, que demonstra uma relação negativa e fraca entre estas variáveis.

Tabela 12 – Correlação entre a confiança na amamentação e as variáveis: tempo de AME, idade da adolescente, renda, idade gestacional no início do pré-natal, número de consultas de pré-natal e peso ao nascer. Ribeirão Preto, 2014.

	N	*p-valor*	Confiança Correlação de Pearson
Tempo final de aleitamento exclusivo	160	0.2223	0.09701
Idade	160	0.9116	-0.00885
Renda	115	0.0762	-0.16599
IG no início do pré-natal	137	0.6317	0.04131
Número de consultas no pré natal	152	0.3836	-0.07117
Peso ao nascer	160	**0.0014**	-0.25074

Gráfico 1 - Correlação entra a confiança na amamentação e o peso ao nascer dos filhos das participantes. Ribeirão Preto 2014.



4.4.2 Confiança materna na habilidade para amamentar e a duração do aleitamento materno exclusivo

Para a análise entre a confiança materna na amamentação e o aleitamento materno exclusivo em 30, 60 e 180 dias pós-parto, foi realizado o Teste Exato de Fisher, considerando valores de p <0,05.

Observa-se na Tabela 13 que não houve diferença estatisticamente significativa entre a confiança para amamentar nos três tempos de aleitamento materno exclusivo (30, 60 e 180 dias pós-parto), com valores de p=0,1519, p=0,2570 e p=1,0000 respectivamente.

Tabela 13 - Análise da confiança na amamentação associada à prevalência do aleitamento materno exclusivo em 30, 60 e 180 dias pós-parto. Ribeirão Preto, 2014.

	Autoeficácia				
	Baixa n(%)	**Moderada n(%)**	**Alta n(%)**	**Total n(%)**	***p*-valor***
AME em 30 dias pós-parto					
Sim	07(4,67)	27(18,00)	59(39,33)	93(62,00)	0,1519
Não	06(4,00)	24(16,00)	27(18,00)	57(38,00)	
Total	13(8,67)	51(34,00)	86(57,33)	150(100,00)	
AME em 60 dias pós-parto					
Sim	04(2,96)	22(16,30)	45(33,33)	71(52,59)	0,2570
Não	07(5,19)	25(18,52)	32(23,70)	64(47,41)	
Total	11(8,15)	47(34,81)	77(57,04)	135(100,00)	
AME em 180 dias pós-parto					
Sim	01(1,00)	06(6,00)	09(9,00)	16(16,00)	1,0000
Não	08(8,00)	28(28,00)	48(48,00)	84(84,00)	
Total	09(9,00)	34(34,00)	57(57,00)	100(100,00)	

*Teste Exato de Fisher

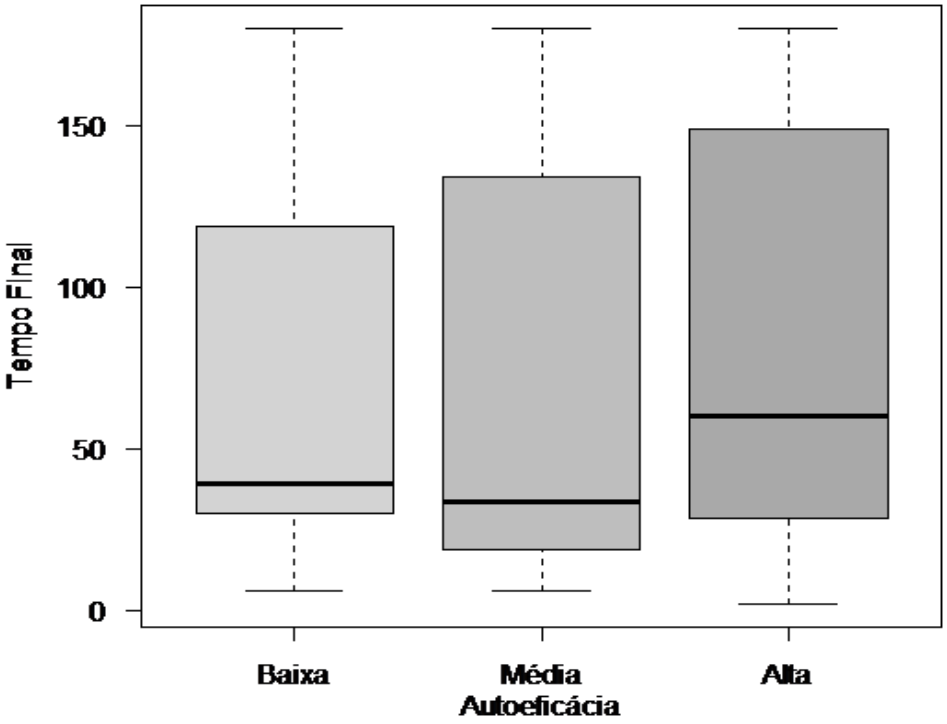
Na Tabela 14 observa-se a análise do tempo final de aleitamento materno exclusivo em dias, distribuídos de acordo com a classificação da confiança na amamentação: baixa, moderada e alta. Entre as participantes que apresentaram baixa confiança para amamentar, a média de AME foi de 64,15 dias. Em relação às adolescentes que apresentaram confiança moderada na amamentação, a média de AME foi de 66,38 dias. Para aquelas que demonstraram alta confiança, a média de AME foi de 82,85 dias. Na prática clínica, as adolescentes que apresentaram maior confiança amamentaram exclusivamente por mais tempo, quando comparadas àquelas com menor confiança materna; porém este resultado não foi estatisticamente significativo como informado na tabela 13 (p=0,1519, p=0,2570 e p=1,0000).

Tabela 14 – Confiança na amamentação, relacionada ao tempo final de aleitamento materno exclusivo em dias. Ribeirão Preto, 2014.

	Autoeficácia		
	Baixa (n=13)	**Moderada (n=56)**	**Alta (n=91)**
Média do AME	64,15 dias	66,38 dias	82,85 dias
Mediana	39,00	33,50	60,00
Mínimo	6,00	6,00	2,00
Máximo	180,00	180,00	180,00
Desvio padrão	59,82	61,82	60,90

O Gráfico 2 ilustra este resultado referente ao tempo final do aleitamento materno exclusivo em dias, relacionados à classificação da confiança materna na habilidade para amamentar.

Gráfico 2 - Distribuição do tempo final de aleitamento materno exclusivo em dias, segundo a classificação da confiança para amamentar. Ribeirão Preto, 2014.



A Tabela 15 demonstra a comparação entre a classificação da confiança para amamentar.

Tabela 15 – Comparação da classificação da confiança para amamentar entre adolescentes. Ribeirão Preto, 2014.

Comparação da BSES	**Diferença**	***p-valor****	**IC**
Baixa x Moderada	-2.2212	0.9053	-39.0507 – 34.6083
Baixa x Alta	-18.6923	0.2995	-54.1623 – 16.7777
Moderada x Alta	-16.4712	0.1113	-36.7892 – 3.8468

* p-valor referente à ANOVA

Observa-se que não houve diferença estatística entre as mulheres que apresentaram baixa, moderada ou alta confiança para amamentar seus bebês.

Discussão

5 DISCUSSÃO

5.1 Caracterização das participantes

Este estudo contou com a participação de 160 mães adolescentes com idade média de 16,88 anos. Considerando a população mundial, no ano de 2010, 36,4 milhões de mulheres com idade entre 20 a 24 anos tiveram seu primeiro filho antes dos 18 anos de idade e 5,6 milhões antes dos 15 anos (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2013). Neste cenário, o Brasil ocupa a quarta posição entre os países com maiores índices de gravidez na adolescência, antecedido por Nigéria, Bangladesh e Índia (UNFPA, 2013). Porém no Brasil, a porcentagem de adolescentes vem reduzindo, passando de 7,6% em 1998 para 6,3% em 2008 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009a). No município de São Paulo, no ano de 2014, dos 175.774 nascidos vivos, 13,2% nasceram de mães com idade abaixo de 20 anos (SÃO PAULO, 2015). No município de Ribeirão Preto, local onde foi realizado este estudo, observa-se também uma queda na porcentagem de mães adolescentes menores de 18 anos, reduzindo de 6,31% em 2008 para 5,68% em 2011 (FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS, 2011). Segundo o relatório realizado pela UNFPA em 2013, há estimativas de aumento no número total de adolescentes, em nível mundial, de 1,3 bilhão entre o ano 2010 a 2030, porém com previsão de declínio nas taxas de fertilidade. Apesar das pesquisas apresentarem uma queda na porcentagem de gestações entre adolescentes, ressalta-se que esta temática deve permanecer em pauta nas políticas nacionais, já que nesta fase a mulher pode encontrar-se mais vulnerável à gestações indesejadas (SÃO PAULO, 2011).

A maioria das participantes se autodeclarou de cor parda (45,60%), assim como em um estudo realizado em Minas Gerais, onde a cor parda foi declarada por 50,00% das participantes (GONTIJO et al., 2010). Porém, este resultado difere de outros estudos realizados com gestantes adolescentes, que apontaram 82,35% entre pardas/negras no Recife (OLIVEIRA et al., 2011) e 14% autoreferiram ser pardas na cidade de Rio Grande, no Rio Grande do Sul (CESAR et al., 2011) e que demonstram as diferenças regionais do Brasil.

No presente estudo, a maioria das adolescentes referiu ser amasiada, totalizando 45,60% das participantes, porém porcentagem significativa (43,80%) referiu ser solteira, resultado semelhante ao encontrado no Rio de Janeiro, onde 46% das participantes referiu não estar envolvida com nenhum parceiro (GUEDES et al., 2012). Porém outros estudos identificaram adolescentes amasiadas em mais da metade dos casos, como 52,2% no Canindé-

CE, 58,8% em Goiás e 76% no Recife, 71,90% em Lima, (OLIVEIRA et al., 2011; CARVALHO et al., 2009; (AGUILAR et al, 2014). Apesar de não ter sido foco deste estudo, a literatura apresenta que o apoio do parceiro ou de qualquer outro familiar tem sido identificado como um dos fatores que interfere na construção da confiança materna para amamentar, sendo assim de suma importância na adesão e manutenção do aleitamento materno (KU; CHOW, 2010). Ainda no que se refere ao apoio, quase a totalidade, 98,80%, das adolescentes referiram que teriam algum tipo de auxílio nos cuidados com o bebê no período pós-parto. Este auxílio tem extrema significância principalmente para a amamentação, já que a família torna-se o primeiro lugar de referência para as mulheres nesta etapa, transmitindo crenças, valores e hábitos (NAKANO et al., 2007).

Com relação à escolaridade, foi evidenciado que mais da metade das participantes, 51,50%, pararam de estudar devido à gestação, e 60,60% conseguiram completar o ensino fundamental. Este resultado corrobora o estudo apresentado em Minas Gerais, onde 52,50% das adolescentes suspenderam os estudos devido à gestação atual (GONTIJO et al.,2010). Segundo alguns autores, o abandono escolar e o baixo índice de escolaridade na adolescência favorece a gestação precoce, pois no período escolar são fornecidas informações a respeito da saúde sexual e reprodutiva, abordando os métodos de prevenção da gravidez (OLIVEIRA et al., 2011).

Além disso, a deficiência no setor educacional está amplamente relacionada à renda familiar (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009b). No presente estudo, a média da renda familiar mensal foi de 1.585,90 reais, o que equivale a 1,80 salário mínimo[*]. Este perfil também foi identificado em outros estudos, que ressaltam a baixa renda familiar entre as mães adolescentes (OLIVEIRA et al., 2011; CARVALHO et al., 2009; STEFANO et al., 2011). Observa-se que as adolescentes têm mínima participação nesta renda, pois 86,30% delas não trabalhavam fora do lar, o que evidencia a dependência financeira, sendo que na maioria das vezes, a principal fonte de sustento é proveniente dos pais e/ou do companheiro (CHALEM et al., 2007). Estudo que analisou 645 municípios do estado de São Paulo, dentre estes Ribeirão Preto, apontou uma estreita relação entre a gravidez na adolescência e fatores socioeconômicos; os municípios com maiores percentuais de gravidez na adolescência tiveram maior vulnerabilidade à pobreza (MARTINEZ et al., 2011). Os autores concluíram que o meio em que as adolescentes estão inseridas pode aumentar a chance de engravidar, e evidencia a importância do olhar holístico para este grupo,

[*] Valor do Salário Mínimo brasileiro em janeiro de 2016, equivalente a 880,00 reais (BRASIL, 2015a).

a fim de compreender as inter-relações entre o meio em que vivem e a gestação precoce (MARTINEZ et al., 2011).

Em relação à religião, 66,90% das participantes referiram seguir alguma religião. Sabe-se que é importante conhecer e considerar a prática religiosa do indivíduo durante o cuidado em saúde, uma vez que estudos apontam a sua influência na qualidade de vida e no processo saúde-doença do indivíduo (ROCHA; FLECK, 2011), porém esta relação não foi estudada na presente pesquisa.

No que se refere às características obstétricas, observa-se que a maioria das adolescentes declarou ser primigesta (92,50%), primípara (93,10%) e ter um filho vivo (93,80%). Características semelhantes apareceram em demais estudos, como no Nepal onde 93,10% das mães adolescentes viviam a primeira gestação (LAMA et al., 2012) e em São Paulo, com 80,10% de adolescentes grávidas (CHALEM et al., 2007). A maternidade carrega consigo uma série de questões e aprendizagens que envolvem o processo do cuidar de um filho. Neste contexto específico, a experiência prévia nestes cuidados poder servir como um meio facilitador para a adaptação ao papel materno (GUEDES et al., 2012). A experiência pessoal é abordada na Teoria de Autoeficácia na Amamentação de DENNIS, 1999, em que o construto da confiança da mãe é fortemente relacionado ao sucesso nas experiências anteriores, como na prática do aleitamento materno. No entanto, a maioria das participantes do presente estudo não teve este fator facilitador para a prática da amamentação por não ter esta experiência prévia.

No presente estudo duas adolescentes referiram aborto anterior (1,30%). Ao contrário deste achado, o aborto está presente na realidade de muitas adolescentes em todo mundo, que acabam buscando esta alternativa com intuito de sanar uma gravidez indesejada. A cada ano, cerca de 3,2 milhões de adolescentes realizam abortos inseguros, sendo quase a totalidade em países em desenvolvimento (UNFPA, 2013). As adolescentes apresentam maiores agravos à saúde ao tentarem realizar um aborto, ou seja, são mais propensas a complicações, o que acarreta maior morbimortalidade nesta faixa etária (UNFPA, 2013), mas o que não foi o caso do presente estudo.

Em relação à gestação atual, 71,30% das adolescentes não tinham planejado a gravidez. Sabe-se que alguns fatores favorecem maior vulnerabilidade a uma gravidez indesejada e sua reincidência, como a ideia pré-concebida das adolescentes a respeito das mínimas possibilidades de engravidar, devido à escassez de informação a respeito do ciclo reprodutivo e à falta de uso de métodos anticoncepcionais (STEFANO et al., 2011). Por outro lado, o desejo da gravidez entre adolescentes também pode ocorrer em alguns contextos, visto

que algumas delas consideram que esta é a etapa de vida ideal para ter um filho, que um filho pode manter a estabilidade da relação com o parceiro, além de algumas vivenciarem a insistência do parceiro pela gravidez, a busca pela autonomia e autoridade no lar e a satisfação pessoal (GONTIJO; MEDEIROS, 2008; CARVALHO et al., 2009). Sob estas perspectivas, estratégias para evitar a gravidez indesejada na adolescência requerem uma abordagem mais ampla, por meio de um elo e colaboração entre todos os setores envolvidos com as próprias adolescentes, com intuito de promover uma atenção diferenciada neste contexto específico, respeitando seus direitos e decisões (UNFPA, 2013).

No que se refere ao acompanhamento durante o pré-natal, verificou-se que 84,20% das participantes realizaram seis consultas ou mais e 64,20% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre. O Ministério da Saúde brasileiro preconiza que, para uma assistência pré-natal efetiva, este acompanhamento deve ser iniciado no primeiro trimestre de gestação, com adesão mínima de seis consultas, objetivando o acolhimento e acompanhamento em todo ciclo gravídico, respeitando as especificidades da mãe adolescente (BRASIL, 2012). As consultas de pré-natal são essenciais para garantir a saúde tanto da mãe quanto do feto, pois podem evitar, detectar ou tratar algumas intercorrências durante a gestação, e também prevenir algumas intercorrências durante o parto e pós-parto (MOURA et al., 2011; BRASIL, 2012). As principais justificativas para a não adesão das adolescentes às consultas de pré-natal são a vergonha, a tentativa de aborto e de omitir a gestação da família, além do desconhecimento da gravidez devido à irregularidade do ciclo menstrual (CARVALHO et al., 2009), o que não aconteceu na presente pesquisa, visto que a maioria das adolescentes realizou este acompanhamento conforme preconizado pelo MS.

Complicações durante a gestação, no trabalho de parto e no puerpério de adolescentes podem estar relacionadas com a fase de desenvolvimento do organismo destas mulheres, (UNFPA, 2013). Uma recente revisão da literatura mostrou que a gestação na adolescência está relacionada com a maior frequência de intercorrências e complicações neonatais e maternas (AZEVEDO et al., 2015). No presente estudo, porém, mais de 90% das mães adolescentes não apresentaram intercorrência no período gestacional, no intraparto ou no puerpério. Ressalta-se que a assistência específica dispensada pelos profissionais de saúde às mulheres nesta faixa etária pode prevenir as complicações durante todo o ciclo gravídico-puerperal e reduzir os índices de morbidade e mortalidade materna entre elas (UNFPA, 2013).

Com relação ao tipo de parto, 81,30% das participantes tiveram parto normal, resultado semelhante ao de outras pesquisas com mães adolescentes, em que esta via de parto foi mais prevalente (MOURA et al., 2011; CESAR et al., 2011). A porcentagem de cesárea de

18,80% no presente estudo está acima da taxa máxima de 10 a15% recomendada pela Organização Mundial da Saúde. Este fato é preocupante, visto que a cesariana, se não indicada precisamente, acarreta riscos imediatos e em longo prazo, aumentando em seis vezes as chances de mortalidade materna, por estar associada ao alto índice de infecções, hemorragias maternas, além de partos prematuros (WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO, 2015). Por outro lado, vários benefícios estão associados ao parto vaginal, como a menor exposição aos riscos provenientes da cirurgia cesariana, participação ativa da mulher no trabalho de parto, menor risco de doenças respiratórias nos recém-nascidos, além de facilitar o início do vínculo entre a mãe e seu filho e a amamentação na primeira hora de vida, favorecendo assim o início precoce e a duração do aleitamento materno (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2010).

No que se refere aos filhos das adolescentes participantes deste estudo, o sexo masculino foi ligeiramente predominante (50,60%) nos neonatos, corroborando com estudo brasileiro com mães adolescentes entre 2001 a 2012, em que 51,10% das mães adolescentes tiveram filhos do sexo masculino e 48,90% do sexo feminino (NAGELA et al., 2014). Quase a totalidade dos recém-nascidos teve peso adequado ao nascer, com média de 3217,81 gramas, corroborando outra pesquisa que também apresentou a média de peso ao nascer acima de 3000 gramas entre os filhos de mães adolescentes (CESAR et al., 2011). Apesar destes achados, a idade materna precoce tem sido mencionada como um fator causal de baixo peso ao nascer, sendo que mães adolescentes apresentam maior frequência de neonatos abaixo de 2500 gramas, o que está associado à morbimortalidade neonatal (NAGELA et al., 2014). No entanto, é importante ressaltar que outros fatores, além da idade materna, também podem acarretar o baixo peso ao nascer, como as condições sociais e econômicas das adolescentes, a baixa escolaridade e a falta de apoio de um parceiro (NAGELA et al., 2014).

Em relação ao aleitamento materno, a amamentação na primeira hora de vida tem sido evidenciada com um fator de proteção contra mortes neonatais, pois protege contra doenças no recém-nascido, estimula o crescimento, desenvolvimento, além de reduzir cerca de 20% o risco de morte no primeiro mês (BRASIL, 2015b; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014). Entre as participantes do presente estudo, 53,10% das adolescentes afirmaram que amamentaram seus bebês na primeira hora de vida.

No momento da coleta de dados, 92,50% das participantes estavam realizando aleitamento materno exclusivo. Esta porcentagem é maior do que a encontrada em pesquisa anterior sobre amamentação entre adolescentes realizada na mesma instituição, que constatou

uma prevalência de aleitamento materno exclusivo de 84,7% (CAMAROTTI et al., 2011), o que demonstra melhoria das taxas de amamentação na instituição.

No entanto, ressalta-se que, apesar do elevado índice de aleitamento materno no momento da coleta de dados, a recomendação de contato pele a pele e amamentação na primeira hora em pelo menos 80% dos casos (UNICEF, 2008) não foi atingida, evidenciando assim a necessidade de novas estratégias que possam facilitar a concretização da primeira amamentação conforme recomendado.

5.2 Confiança materna na habilidade para amamentar entre adolescentes

A confiança materna na amamentação refere-se à convicção desta mulher em sua capacidade de realizar com êxito a prática do aleitamento materno, sendo uma variável de suma importância, pois influencia significativamente na duração da amamentação. O estudo desta variável pode identificar se uma mulher tem interesse ou não em amamentar, avaliar o esforço que esta prática demandará a ela, além de identificar se a mesma possui padrões de pensamentos autodestrutivos ou autoafirmativo, e qual a resposta emocional desta mãe frente às dificuldades na amamentação (DENNIS; HEAMAN; MOSSAMAN, 2011).

Neste estudo a maioria das adolescentes apresentou alta confiança materna na amamentação, sendo a média dos escores da BSES de 139,01 pontos, com pontuação mínima de 70,00 e máxima de 165,00. Os resultados corroboram com um estudo realizado no Nordeste com 172 mães adolescentes, em que foi aplicada a versão reduzida da BSES (BSES – Short form) e mostrou predominância de alta confiança para amamentar em 84% das participantes (BIZERRA et al., 2015). Este mesmo estudo evidenciou que apesar da alta confiança materna encontrada, as adolescentes apresentaram déficit no que tange ao conhecimento sobre a importância da amamentação para a saúde do binômio mãe e bebê, apresentaram menor escore de confiança quanto à complementação de leite em pó para o bebê e quanto a prática de amamentação em ambiente público (BIZERRA et al., 2015). Estes achados demonstram a importância de abordar e trabalhar estes aspectos junto às adolescentes, para que se sintam mais tranquilas e seguras ao amamentar, o que influencia diretamente no aumento das taxas de aleitamento nesta faixa etária.

Apesar do alto nível de confiança entre as adolescentes encontrado nesta atual pesquisa, um estudo realizado no Canadá com 522 mães identificou alguns fatores que influenciaram na confiança materna no pós-parto imediato. Dentre estes, a idade materna

esteve associada à maiores níveis de confiança, visto que mulheres com idade mais avançada e com maior grau de instrução apresentaram-se mais confiantes durante a amamentação (DENNIS, 2006). O estudo de Bailey, Clark e Shepherd (2008) também mostrou que as mães mais jovens apresentam-se menos confiantes para a prática da amamentação, quando comparadas com as mães adultas. Porém, no presente estudo, não houve comparação entre mães adolescentes e adultas.

De acordo com a Teoria da Autoeficácia na Amamentação, a confiança materna depende de diversos fatores, como as experiências pessoais e anteriores, do incentivo familiar, do apoio profissional e do estado emocional e fisiológico envoltos na amamentação (DENNIS, 1999). No presente estudo, pode-se inferir que o alto índice de confiança verificado entre as adolescentes pode estar relacionado ao apoio profissional recebido por elas na maternidade em que foi desenvolvida a pesquisa que, como já mencionado, é credenciada pela IHAC.

Apesar da relevância temática, ainda são escassos os estudos que abordam a confiança materna entre as adolescentes, sendo necessárias mais pesquisas que avaliem este construto nesta população, com intuito de entender melhor o comportamento específico desta e elaborar estratégias que promovam encorajamento destas mães adolescentes (DENNIS; HEAMAN; MOSSAMAN, 2011).

5.3 Prevalências do aleitamento materno exclusivo

Apesar da alta confiança materna encontrada neste estudo, verificou-se redução no índice de AME entre as mães adolescentes durante o acompanhamento longitudinal, visto que 62,00% delas mantiveram AME no primeiro mês, 52,59% no segundo mês e 16,00% mantiveram o AME até o sexto mês de vida da criança. No presente estudo, a duração média do AME foi 75,56 dias, corroborando a média encontrada no Município de Ribeirão Preto, que foi de 71,1 dias, de acordo com a última pesquisa realizada em 2011(RIBEIRAO PRETO, 2011).

Este resultado corrobora também outras pesquisas que analisaram a prevalência do aleitamento materno entre as adolescentes. Em Teresina, uma pesquisa acompanhou 202 adolescentes nos primeiros 3 meses após o parto e verificou que, no terceiro mês, 88,20% estavam amamentando, porém somente 38,20% estavam em AME, observando queda nos índices de amamentação com o passar dos meses (MARANHÃO et al., 2015). Em Porto

Alegre, a frequência do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses apresentou um decréscimo progressivo, sendo que no primeiro mês 47,8% dos bebês estavam recebendo AME, chegando a 13,8% no período de 151 a 180 dias pós parto (GUSMÃO et al. 2013).

Verifica-se que a taxa de AME aos seis meses entre as participantes (16,0%) está aquém da recomendação da OMS, e também é inferior aos índices encontrados no Brasil (41%) e em outros países, com mães de todas as idades, como Paraguai (24,4%), Chile (48,8%) e Venezuela (29,90%) (BRASIL, 2015b).

A amamentação entre mães adolescentes tem sido alvo de discussão de alguns estudos que procuram identificar fatores associados ao aleitamento materno e desmame nesta faixa etária. Com relação à experiência anterior, apesar de poucas adolescentes terem vivenciado, uma vez que a maioria era primípara, ter outros filhos tem sido identificado como um fator protetivo na duração do aleitamento materno nesta faixa etária (GUSMÃO et al. 2013), visto que a experiência pessoal é um dos pilares da confiança materna durante a amamentação (BANDURA, 1997; ORIÁ; XIMENES, 2010). Porém, este fator não pode ser avaliado no presente estudo.

A baixa escolaridade entre as adolescentes tem sido identificada como um fator influente nos índices de desmame, pois as mães que possuem maior escolaridade apresentam maiores frequências de amamentação exclusiva. Isto porque elas são mais instruídas e reconhecem mais facilmente a importância do leite materno para a própria saúde e a do filho. Assim, a decisão da mãe adolescente em iniciar e manter o aleitamento materno exclusivo é instigada por estes benefícios (KANHADILOK; MCGRATH, 2015; GUSMÃO et al. 2013).

Porém, o retorno às atividades escolares tem sido identificado como um fator negativo na continuidade da amamentação entre as adolescentes. Autores destacam que o retorno para a escola aumentou em 14% as chances de interrupção do AME (MARANHÃO et al. 2015). O retorno às atividades escolares leva ao distanciamento temporário da mãe com o bebê, o que dificulta o aleitamento em livre demanda, favorecendo a introdução de outros leites, além da falta de estrutura para amamentar nos locais de ensino (MARANHÃO et al, 2015; FROTA; MARCOPITOB, 2004). Desta forma, ressalta-se a importância do trabalho intersetorial entre profissionais de saúde e educação no encorajamento, suporte e nas orientações às mães adolescentes, com o intuito de auxiliá-las a manter o aleitamento materno até o sexto mês de vida do bebê, mesmo com o retorno às atividades escolares.

O apoio social e profissional também são importantes para o aumento da duração do aleitamento materno entre mães adolescentes (KINGSTON et al., 2012). Pesquisa realizada por Maranhão e colaboradores (2015) identificou que mães que receberam algum tipo de

suporte familiar nos cuidados pessoais e com o bebê aumentam em três vezes a chance de manter o aleitamento materno exclusivo, pois se sentem mais seguras e amparadas. Porém, esta mesma pesquisa verificou que o apoio da família também pode ser um fator influente da interrupção do aleitamento materno exclusivo, por esta prática estar muito vinculada à valores, crenças, que em certos momentos incentivam a introdução de fórmulas complementares na dieta do bebê (MARANHÃO et al. 2015). Desta forma, reforça-se que é fundamental e imprescindível o apoio profissional em todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal, uma vez que este fornece orientações fidedignas a respeito das questões envolvidas na amamentação, desvendando mitos e crenças envoltos nesta prática.

5.4 Confiança materna na habilidade para amamentar e as variáveis sociodemográficas, obstétricas e neonatais: análise de associações

No presente estudo, algumas variáveis foram associadas à confiança da mãe adolescente, com intuito de avaliar qual a influência destas varáveis no processo de formação deste construto.

Desta forma, verificou-se que as variáveis sociodemográficas das participantes, como cor autorreferida, escolaridade, interrupção dos estudos devido à gestação, religião, auxílio nos cuidados com o bebê, ocupação, estado marital, tipo de moradia e renda, não apresentaram associação estatisticamente significativa com a confiança na amamentação. Estudo realizado no Canadá com 100 mães adolescentes que avaliou a confiança no período do pré-natal e no pós-parto, também não encontrou associação entre a confiança materna e algumas variáveis sociodemográficas como escolaridade, etnia e apoio de amigos e parceiros na amamentação (DENNIS, 2011).

É importante salientar que, apesar da presente pesquisa não ter constatado associação entre a variável “auxílio nos cuidados com o bebê” com a confiança na amamentação, o estudo de Dennis (2011) mostrou que as adolescentes que foram amamentadas e que recebiam apoio de suas mães para amamentar tinham confiança mais elevada no pós-parto. A mãe da adolescente é identificada como a principal fonte influenciadora nas práticas do aleitamento materno, por ser fonte de apoio e amparo à adolescente, reduzindo a ansiedade, esclarecendo dúvidas e auxiliando-a na identificação de seu papel materno (MARANHÃO et al 2015; FAIRCHILD, 2013; LEME, 2005). Este suporte fornecido pela mãe/família se caracteriza como a persuasão verbal, que é uma das quatro fontes de informação que compõem a

expectativa da confiança materna e, em conjunto com as demais fontes, pode favorecer a perseverança da mãe em praticar a amamentação (DENNIS,1999).

No presente estudo não foram verificadas associações estatisticamente significativas entre a confiança na amamentação e o planejamento da gestação, idade gestacional no período do pré-natal, número de consultas no pré-natal, tipo de parto e intercorrência no pós-parto. Porém, a análise dos dados mostrou que houve associação estatisticamente significativa entre a confiança na amamentação e "intercorrência na gestação" e "intercorrência no trabalho de parto e/ou parto", ou seja, as mães adolescentes que não vivenciaram algum tipo de intercorrência na gestação e durante o trabalho de parto e/ou parto apresentaram-se mais confiantes na amamentação, quando comparadas àquelas que tiveram algum tipo de intercorrência nestes mesmos períodos. Sabe-se que a capacidade da mãe de julgar-se capaz de amamentar seu filho (expectativa de autoeficácia) está vinculada ao estado emocional e fisiológico, sendo que experiências como fadiga, dor, estresse e ansiedade reduzem a confiança desta mãe em amamentar (ORIÁ; XIMENES, 2010). Deste modo, pressupõe-se que a mãe adolescente, ao enfrentar intercorrências durante o ciclo gravídico-puerperal, vivencia uma fase de possível dor, fadiga e/ou estresse, podendo estes fatores explicar a associação encontrada especificadamente entre as mães participantes do presente estudo.

Apesar desta constatação, uma pesquisa evidenciou que mães adolescentes que tiveram complicações durante o trabalho de parto ou parto tinham maiores probabilidades de amamentação; para os autores, estas mães receberam um apoio maior da equipe de saúde, encorajando-as e fornecendo auxílio maior no inicio da amamentação (SIPSMA et al., 2013). O presente estudo, realizado em uma maternidade de risco habitual, com baixa prevalência de intercorrências no período gravídico-puerperal, ressalta a importância de se explorar estas variáveis e suas interferências na confiança materna, para uma intervenção efetiva quando necessária.

Nesta pesquisa também não houve associação estatisticamente significativa entre as características relacionadas ao neonato, sexo da criança, peso ao nascer, e a confiança na amamentação. Porém, a análise do coeficiente de Correlação de Pearson mostrou uma fraca correlação entre a confiança materna e o peso da criança ao nascimento. Muitos estudos apontam a idade precoce da mãe associada ao baixo peso ao nascer, sendo este um fator que influencia na interrupção do AME (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2010; WHO, 2012; UNFPA, 2013). Estudo realizado no município de São Paulo com 170 lactentes de baixo peso ao nascer, acompanhou o comportamento destes frente ao AME até o terceiro mês de vida, e verificou que as mães mais

jovens tinham risco maior de desmame precoce. Além disso, foi identificada que quanto menor o peso ao nascer, maior a probabilidade de interromper a amamentação, sendo esta reação justificada pela maior gravidade encontrada nestes neonatos (SANCHES et al, 2011). Como já referido anteriormente, fatores que exercem influência no estado emocional e fisiológico da mãe, como o estado de saúde do bebê, por exemplo, pode influenciar negativamente na construção da confiança materna para amamentar (ORIÁ; XIMENES, 2010).

As variáveis "amamentação na primeira hora de vida da criança" e "tipo de aleitamento materno no momento da coleta de dados" também não mostraram associação estatisticamente significativa com o nível de confiança materna. Não foi encontrado na literatura científica nenhum estudo com mães adolescentes que associasse estas variáveis com a confiança em amamentar. Porém, alguns estudos, realizados com mães de todas as idades, apontam que a amamentação na primeira hora de vida aumenta a confiança materna na amamentação. Pesquisa realizada na Turquia, que utilizou a BESE-Short Form com 165 mães adultas evidenciou que aquelas que amamentaram seus filhos na primeira hora pós-parto eram mais confiantes ao amamentar, principalmente depois da alta hospitalar (EKSIOGLU; CEBER, 2011). Este resultado corrobora outro estudo realizado no Rio Grande do Sul, que encontrou forte associação entre amamentação na primeira hora de vida como influenciador positivo na confiança materna na amamentação (RODRIGUES et al., 2014).

A amamentação na primeira hora de vida é essencial e recomendada pela Organização Mundial da Saúde e é promovida por meio do quarto passo da IHAC (UNICEF, 2008; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014; BRASIL, 2015b). Esta prática está muito vinculada ao apoio da equipe e da instituição, sendo evidenciada grande disparidade entre as taxas de amamentação na primeira hora de vida entre hospitais públicos e privados, que tem taxas de 39,2% e 2% respectivamente (BOCCOLINI et al., 2011). O aleitamento materno realizado na primeira hora de vida favorece a melhora desta prática e promove o empoderamento da mulher, por meio do vinculo mãe e filho; sua não ocorrência pode gerar sentimentos de medo, preocupação e estresse na mulher, fatores que influenciam significativamente na confiança da mulher para amamentar (BOCCOLINI et al., 2011).

5.5 Confiança materna na habilidade para amamentar e a duração de aleitamento materno exclusivo: análise de associações

No que tange à confiança para amamentar e a prevalência do AME em 30, 60 e 180 dias pós-parto, não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre estas variáveis, e também não houve diferença estatística entre as mulheres que apresentaram baixa, moderada ou alta confiança para amamentar seus bebês. Estes resultados corroboram uma pesquisa realizada em uma maternidade de São Paulo, que contou com a participação de 100 mães com idade entre 17 a 44 anos, acompanhadas até 60 dias pós-parto. Nesta pesquisa os resultados também não mostraram associação estatisticamente significativa entre a confiança da mãe e o tempo de aleitamento materno exclusivo (SOUZA; FERNANDES, 2014).

Entretanto, estudo realizado por DENNIS, HEAMAN e MOSSMAN (2011) verificou que as mães adolescentes que apresentaram maiores níveis de confiança, tanto no período pré-natal quanto no pós-parto, mantiveram o AME no primeiro mês de vida do bebê. Os resultados encontrados neste mesmo estudo sugerem que a confiança na amamentação entre as adolescentes é uma variável essencial e preditora no início e na duração do aleitamento materno exclusivo nas quatro semanas pós-parto, uma vez que auxilia o profissional de saúde na identificação das mães adolescentes menos confiantes, favorecendo a elaboração de estratégias individualizadas e que forneçam o empoderamento desta mãe para realizar a amamentação (DENNIS, 2011).

Com o objetivo de avaliar a confiança materna entre mães chinesas e sua relação com o AME em 6 semanas pós-parto, Loke e Chan (2013) realizaram um estudo com a participação de 199 mães admitidas em uma maternidade regional e encontraram uma forte relação entre a confiança materna na amamentação e a duração do AME nas primeiras 6 semanas; as mães que mantinham AME neste período apresentaram-se mais confiantes do que aquelas que haviam introduzido complemento na alimentação de seus filhos. Esta associação também foi encontrada em um estudo realizado na Polônia, com mães entre 16 a 42 anos, que verificou que as mães que mantinham AME até 4 meses de vida do bebê, tiveram escores mais elevados na confiança em relação às mães que haviam desmamado ou mantinham aleitamento materno com complementação (WUTKE; DENNIS, 2007).

Apesar de não ter sido verificada associação entre AME até o sexto mês com a confiança materna, uma pesquisa realizada na Austrália, com 317 mães que responderem o questionário BSES-Short Form e foram acompanhadas até os seis meses de vida do bebê, encontrou que as mães mais jovens tiveram menor duração de AME; porém, o risco de

desmame precoce reduziu drasticamente com o aumento da confiança da mãe para amamentar (BAGHURST et al., 2007).

Desta forma, observa-se que apesar deste estudo não revelar a associação, a confiança materna tem sido identificada como um importante fator protetivo na manutenção do AME, sendo este foco de muitos estudos, porém escasso no que tange à confiança em mães adolescentes. Assim, reforça-se a necessidade de mais pesquisas e intervenções para a promoção do aleitamento materno, principalmente entre as adolescentes, com intuito de compreender o seu contexto situacional, remover obstáculos e barreiras sociais e estruturais que interfiram na capacidade da mulher amamentar de maneira confiante, segura e tranquila (VICTORA et al., 2016).

Considerações Finais

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados neste estudo permitem concluir que:

Com relação às características sociodemográficas, obstétricas e neonatais:

- A amostra deste estudo contou com a participação de mães adolescentes, com idade média de 16,88 anos de idade, e em sua maioria eram de cor parda, amasiada, com ensino fundamento completo e que não interromperam os estudos devido à gestação. A maioria não realizava trabalho remunerado fora do lar, tinha renda familiar média de 1.585,90 reais, residia em casa própria e declarou receber auxílio nos cuidados com o bebê no período pós-parto.
- A maioria das participantes era primigesta, primípara e tinha apenas um filho vivo. Quase a totalidade negou aborto anterior.
- Em relação à gestação atual, a maioria não tinha planejado a gestação, iniciou o pré-natal no primeiro trimestre e realizou seis ou mais consultas de pré-natal. A maioria das adolescentes não apresentou intercorrências na gestação, no trabalho de parto e/ou parto, nem no puerpério. A maioria teve parto normal.
- No que se refere às características dos filhos das participantes, a maioria apresentou peso adequado as nascer, sendo o sexo masculino o mais prevalente.
- Com relação à amamentação, a maioria das mães adolescentes amamentou na primeira hora de vida do bebê, e estava em AME no momento da coleta de dados.

No que tange à confiança materna na habilidade para amamentar, a maioria das participantes (56,90%) apresentou alto nível de confiança, sendo a média de 139,01, com mínima de 70,00 e máxima de 165,00 pontos.

Em relação à prevalência do aleitamento materno exclusivo entre as mães adolescentes:

- Aos 30 dias pós-parto, 62% estavam amamentando seu bebê somente com o leite do peito.
- Aos 60 dias pós-parto, 52,59% das participantes mantinham AME.
- 16% das mães adolescentes mantiveram o AME aos 180 dias pós-parto.
- A média final do AME foi de 75,56 dias.

No que se refere à análise de associações entre a confiança para amamentar das adolescentes e as variáveis sociodemográficas, obstétricas e neonatais:

- Não houve associação estatisticamente significativa entre a variável “confiança na amamentação” e as características sociodemográficas: faixa etária, cor autorreferida, escolaridade, interferência da gestação nos estudos, religião, estado marital, renda e auxílio nos cuidados do bebê.
- Não houve associação estatisticamente significativa entre a variável “confiança na amamentação” e as seguintes variáveis obstétricas: gestação planejada, idade gestacional no período do pré-natal, número de consultas de pré-natal, tipo de parto, e intercorrência no pós-parto.
- Houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis “intercorrência na gestação” e “intercorrência no trabalho de parto e/ou parto” com a “confiança na amamentação”. As adolescentes que não tiveram nenhuma intercorrência na gestação apresentaram maior confiança na amamentação, quando comparadas àquelas que tiveram algum tipo de intercorrência neste período. Da mesma forma, as adolescentes que não tiveram intercorrências durante o trabalho de parto e/ou parto apresentaram-se com maior nível de confiança para amamentar em relação àquelas que tiveram alguma intercorrência neste período.
- Não foi verificada associação estatisticamente significativa entre a “confiança na amamentação” e as características do neonato: sexo do bebê e peso ao nascimento. Porém verificou-se uma correlação fraca entre a confiança materna para amamentar e o peso da criança ao nascimento.
- Não houve associação estatisticamente significativa entre a variável “confiança na amamentação” e o tipo de aleitamento no momento da coleta de dados e a amamentação na primeira hora de vida do bebê.

Com relação à análise de associações entre a confiança para amamentar e a duração do AME:

- Não foi verificada associação estatisticamente significativa entre estas variáveis em 30, 60 e 180 dias pós-parto.
- Entre as adolescentes que apresentaram baixa confiança para amamentar a média de AME foi de 64,15 dias. Em relação às adolescentes que apresentaram confiança moderada, a média de AME foi de 66,38 dias e entre aquelas que demonstraram alta confiança, a média de AME foi de 82,85 dias. Porém, não houve diferença estatística entre as mulheres que apresentaram baixa, moderada ou alta confiança para amamentar seus bebês.

Implicações para a prática e a pesquisa

7 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E A PESQUISA

A confiança materna para amamentar tem sido identificada como um fator fundamental e protetivo contra o desmame precoce e manutenção do aleitamento materno exclusivo, o que consequentemente acarreta a redução da morbimortalidade materna e infantil, melhorando a qualidade de vida e até mesmo o desenvolvimento econômico de um país.

A Teoria da Autoeficácia na Amamentação aborda o conceito da confiança materna na habilidade para amamentar, a qual está relacionada à percepção da mulher julgar-se capaz de amamentar seu filho (DENNIS, 1999). Para os profissionais de saúde, a análise da variável é de muito valia, pois pode contribuir na identificação de mães que apresentam risco para desmamar precocemente, auxiliando na elaboração de estratégias individuais, que aborde holisticamente aspectos relacionados à prática do aleitamento materno.

Mesmo sabendo da importância desta variável na prevalência do AME, a confiança materna ainda foi pouco explorada entre as mães adolescentes. O presente estudo contribui para o avanço do conhecimento em amamentação voltado para estas adolescentes, na medida em que acompanhou as participantes aos 30, 60 e 180 dias pós-parto, analisando a confiança materna na habilidade para amamentar associada à duração do AME nestes tempos determinados.

A verificação da confiança com a utilização da BSES foi realizada sem dificuldades, sendo que não houve problemas por parte das adolescentes para respondê-lo. Confirma-se, assim, a praticidade e facilidade de aplicação do instrumento, que é de baixo custo e tem comprovada evidência científica de confiabilidade e validade para avaliação da confiança materna em amamentar entre as mães adultas e também entre as mães adolescentes.

Apesar de não ter sido verificado associação estatisticamente significativa entre a confiança na amamentação e a maioria das variáveis sociodemográficas, obstétricas e neonatais, houve associação entre a confiança na amamentação e a presença de intercorrências na gestação e no período de tabalho de parto e/ou parto. Assim, para a prática clínica, evidencia-se a necessidade de esforços por parte dos profissionais de saúde, para que as adolescentes que passam por intercorrências nestes períodos sejam acolhidas e auxiliadas para a realização da amamentação de forma prazerosa e efetiva, tanto para elas quanto para seus filhos. A fraca correlação verificada entre a confiança materna e o peso da criança ao nascimento também chama a atenção para a adesão ao aleitamento materno, haja vista que o

baixo peso ao nascer pode ser um aspecto dificultador no desenvolvimento desta prática (SANCHES et al, 2011).

Como implicações para a pesquisa, destaca-se que presente estudo foi realizado em uma maternidade de risco habitual e, consequentemente, o índice de intercorrências durante o ciclo gravídico-puerperal é reduzido, se comparado às instituições que atendem gestantes de alto risco. Assim, considerando-se a associação verificada entre a confiança na amamentação e as intercorrências, novos estudos poderiam ser realizados para investigar mais detalhadamente e sob outros desenhos metodológicos o quanto estas variáveis influenciam na construção da confiança das adolescentes para amamentar.

O presente estudo teve como limitação a dificuldade de se realizar o acompanhamento direto das participantes por meio de consultas individuais ou de visitas domiciliarias. No entanto, salienta-se a importância das buscas fonadas para o desenvolvimento da pesquisa. Mesmo sabendo que alguns números de telefone poderiam ter sido trocados ou inativados, houve número reduzido de perdas de participantes, sendo possível repor a amostra de acordo com o cálculo inicial. Assim, a continuidade da pesquisa por meio de contato telefônico permitiu o acompanhamento das participantes de acordo com o planejado, até 180 dias pós-parto.

Além disso, outra limitação identificada foi o fato de o estudo ter sido realizado em uma maternidade credenciada pela IHAC. O forte apoio e incentivo à prática do aleitamento materno na instituição pode ter influenciado as respostas das adolescentes no que tange à confiança para amamentar e também pode ter influenciado as taxas relativas à prevalência da amamentação.

Por fim, este estudo contribui com resultados relevantes para a melhoria na assistência às mães adolescentes e a seus filhos, pois fornece subsídios que podem auxiliar na construção de estratégias para o empoderamento destas mães, possibilitando a superação das dificuldades e obstáculos, facilitando a continuidade do AME até o sexto mês de vida da criança, e favorecendo a diminuição da morbi-mortalidade materno-infantil.

Referências

REFERÊNCIAS

ABREU, F. C. P.; FABBRO, M. R. C.; WERNET, M. Fatores que intervêm na amamentação exclusiva: revisão integrativa. **Rev. Rene**, São Paulo, v. 14, n. 3, p.10, 2013.

AGUILAR, S.; ZAGUMA, S.; GARCIA, M.; CRUZ, R. M. Perfil de la madre adolescente primipara, en el servicio de puerpério de un Hospital Nacional de Lima. **Rev Enferm. Rev. Herediana**., Lima, v. 7, n. 2, p. 162-169, 2014.

ANTONAKOU, A.; PAPOUTSIS, D.; PANOU, I.; CHIOU, A.; MATALAS, A. L. Role of exclusive breastfeeding in energy balance and weight loss during the first six months postpartum. **Clin. Exp. Obstet. Gynecol.**, Cidade, v. 40, n. 4, p. 485-48, 2013.

ARAÚJO, L. E. A. S. T.; SALES, J. R. P.; MELO, M. C. P.; MENDES, R. N. C.; MISTURA, C. Influências sociais no processo do aleitar: percepções das mães. **Espaç. Saúde**, Londrina, v. 15, n. 1, p. 25-36, abr. 2014.

AZEVEDO, W. F.; DINIZ, M. B.; FONSECA, E. S.; AZEVEDO, L. M.; EVANGELISTA, C. B. Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 618-626, dez. 2015.

BAGHURST, P; PINCOMBE, J; PEAT ,B; HENDERSON, A; REDDIN, E; ANTONIOU, G.. Breast feeding self-efficacy and other determinants of the duration of breast feeding in a cohort of first-time mothers in Adelaide, Australia. **Midwifery**, Australia, v. 23, n. 4, p. 382-391, Dec. 2007.

BAILEY, J; CLARK,M; SHEPHERD,R. Duration of breastfeeding in Young women: psychological influences. **British Journal of Midwifery**, vol.16, n.3, março, 2008.

BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychol. Rev.**, Washington, DC, v. 84, n. 2, p. 191-215, Mar. 1997.

BIZERRA, R. L.; CARNAÚBA, J. P.; CHAVES, A. F. L.; ROCHA, R. S.; VASCONCELOS, H. C. A.; ORIÁ, M. O. B. Autoeficácia em amamentar entre mães adolescentes. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 17, n. 3, jul./set. 2015.

BLYTH, R.; CREEDY, D.; MOYLE, W.; PRATT, J.; DE VRIES, S.M. 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.; CREEDY, D.; MOYLE, W.; PRATT, J.; DE VRIES, S.M; HEALY, G. Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. **J. Hum. Lact.**, Charlottesville, v. 20, n. 1, p. 30-38, Feb. 2004.

BOCCOLINI, C.S; CARVALHO, M.L; OLIVEIRA, M.I.C; VASCONCELLOS, A.G.G. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 69-78, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem. **A adolescente grávida e os serviços de saúde no município**. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília, DF, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília, DF, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa de prevalência de aleitamento materno em municípios brasileiros**. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Lei nº 13.152, de 29 de julho de 2015. Dispõe sobre a política de valorização do salário-mínimo e dos benefícios pagos pelo Regime Geral de Previdência Social (RGPS) para o período de 2016 a 2019. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 jul. 2015a. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13152.htm>. Acesso em: 01/06/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. Brasília, DF, 2015b. (Cadernos de Atenção Básica, 23).

CAMAROTTI, C. M.; NAKANO, A. N. P.; PEREIRA, C. R.; MEDEIROS, C. P.; MONTEIRO, J. C. S. Perfil da prática da amamentação em grupo de mães adolescentes. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 55-60, 2011.

CARRASCOZA, K. C. Análise de variáveis biopsicossociais relacionadas ao desmame precoce. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 30, p. 93-104, abr. 2005.

CARVALHAES, M. A. B. L.; PARADA, C. M. G. L.; COSTA, M. P. Factors associated with exclusive breastfeeding in children under four months old in Botucatu-SP, Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 62-69, jan./fev. 2007.

CARVALHO, A. Y. C.; XIMENES, L. B.; FONTENELE, F. C.; DODT, R. G. M. Perfil sociodemográfico e reprodutivo de adolescentes grávidas acompanhadas na unidade básica de saúde do município de Canindé. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 10, n. 1, p. 53-61. jan./mar. 2009.

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, 2012. Mimeografado.

CESAR, J. A.; MENDOZA-SASSI, R. A.; GONZALEZ-CHICA, D. A.; MANO, P. C.; GOULART-FILHA, S. M. Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 985-994, maio 2011.

CHAABAN, J.; CUNNINGHAM, W. **Measuring the economic gain of investing in girls**: the girl effect dividend. Washington DC: Banco Mundial, 2011.

CHALEM, E.; MITSUHIRO, S. S.; FERRI, C. P.; BARROS, M. C. M. B.; GUINSBURG, R.; LARANJEIRA, R. Gravidez na adolescência: perfil sóciodemográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 177-186, jan. 2007.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Parto natural**. São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem, 2010.

CREEDY, D. K.; DENNIS, C. L.; BLYTH, R.; MOYLE, W.; PRATT, J.; DE VRIES, S. M. Psychometric characteristics of the breastfeeding self-efficacy scale: data from an Australian sample. **Res. Nurs. Health**, New York, v. 26, n. 2, p. 143-152, Apr. 2003.

CRONIN, C. First-time mothers – identifying their needs, perceptions and experiences. **J. Clin. Nurs.**, Oxford, v. 12, n. 2, p. 260-267, Mar. 2003.

DAI, X.; DENNIS, C.-L. Translation and validation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale into Chinese. **J. Midwifery Womens Health**, New York, v. 48, n. 5, p. 350-356, Sep./Oct. 2003.

DANIELA, T. G.; DANIEL, G. S. C.; SOFIAS, M.; HELLANA, C. A.; MARCELO, M. Características biopsicossoais de mães adolescentes atendidas em um hospital escola no Estado de Minas Gerais. **Rev. Saúde.Com**., v. 6, n. 2, p. 86-98, 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. Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period. **Res. Nurs. Health**, Canadá, v. 29, n. 4, p. 256-268, Aug. 2006.

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.

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. 265-227, 2011.

DIEHL, J. P; ANTON, M. C. Fatores emocionais associados ao aleitamento materno exclusivo e sua interrupção precoce: um estudo qualitativo. **Aletheia**, Canoas, n. 34, p. 47-60, abr. 2011.

DIGIROLAMO, A.; THOMPSON, N.; MARTOEL, R.; FADEN, S.; GRUMMER-STRAWN, L. Intention or experience? Predictors of continued breastfeeding. **Health Educ. Behav.**, Thousand Oaks, v. 32, n. 2, p. 208-226, Apr. 2005.

DUNN, S.; DAVIES, B.; CLEARY, L. M. C.; EDWARDS, N.; GABOURY, I. The relationship between vulnerability factors and breastfeeding outcome. **J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.**, Philadelphia, v. 35, n. 1, p. 87-97, Jan./Feb. 2006.

DYKES, F. Twenty-five years of breast-feeding research in Midwifery. **Midwifery**, Philadelphia, v. 27, n. 1, p. 8-14, Feb. 2011.

DYSON, L.; GREEN, J. M.; RENFREW, M. J.; MCMILLAN, B.; WOOLRIDGE, M. Factors influencing the infant feeding decision for socioeconomically deprived pregnant teenagers: the moral dimension. **Birth**, England, v. 37, n. 2, p. 141-149, Jun. 2010.

EKSIOGLU, A. B.; CEBER, E. Translation and validation of the Breast-feeding Self-efficacy Scale into Turkish. **Midwifery**, v. 27, n. 6, p. e246–e253, 2011.

ENTWISTLE, F.; KENDALL, S.; MEAD, M. Breastfeeding support – the importance of self-efficacy for low-income women. **Matern. Child Nutr.**, London, v. 6, n. 3, p. 228–242, 2009.

ERTEM, I. O.; VOTTO, N.; LEVENTHAL, J. M. The timing and predictors of the early termination of breastfeeding. **Pediatrics**, Evanston, v. 107, n. 3, p. 543-548, 2001.

FAIRCHILD, D. B. **Overing Barriers to improve Breastfeeding Self-efficacy in older adolescent mother**. 2013. 195 f. Doctoral dissertation - Walden University, Minneapolis, 2013.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Manual de aleitamento materno**. Rio de Janeiro: FEBRASGO, 2010.

FONTELLES, M. J.; SIMÕES, M. G.; FARIAS, S. H.; FONTELLES, R. G. S. Metodologia de pesquisa científica: diretrizes para elaboração de um protocolo de pesquisa. **Rev. Para. Med.**, Belém, v. 23, n. 3, p. 1-8, 2009.

FOTEREK, K.; HILBIG, A.; ALEXY, U. Breast-feeding and weaning practices in the DONALD study: age and time trends. **J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.**, v. 58, n.3, p. 361-7, Mar. 2014.

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

FROTA, M. A.; COSTA, F. L.; SOARES, S. D.; SOUSA FILHO, O. A.; ALBUQUERQUE, C. M.; CASIMIRO, C. F. Fatores que interferem no aleitamento materno. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 61-67, jul./set.2009.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). **Estatísticas vitais e saúde**. São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php>. Acesso em: 24 jun. 2013.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Aleitamento materno na primeira hora depois do parto pode reduzir a mortalidade infantil**. 2007. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/media_9993.htm>. Acesso em: 02 dez. 2014.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1: histórico e implementação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

GONTIJO, D.T; CARLETO, D.G.S; MARTINS, S; ALVES, H.C; MEDEIROS, M. Características biopsicossociais de mães adolescentes atendidas em um hospital escola no estado de minas gerais, Brasil. **Rev.Saúde**, Minas Gerais, v.6, n.2, p.86-98, 2010.

GONTIJO, D. T.; MEDEIROS, M. "Tava morta e revivi": significado de maternidade para adolescentes com experiência de vida nas ruas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 469-472, fev. 2008.

GRASSLEY, J. S. Adolescent mothers' breastfeeding social support needs. **JOGNN**, v. 39, n. 6, p. 713-722, 2010.

GUEDES, P. W.; MARQUES, T. B.; ASSUNÇÃO, C. F.; SILVA, M. A.; BARBOSA, N. F. Representação social, ansiedade e depressão em adolescentes puérperas. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 194-211, jun. 2012.

GUSMÃO, A. M.; BÉRIA, J. U.; GIGANTE, L. P.; LEAL, A. F.; SCHERMANN, L. B. Prevalência de aleitamento materno exclusivo e fatores associados: estudo transversal com mães adolescentes de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3357-3368**,** nov. 2013.

HAWLEY, N. L.; JOHNSON, W.; NU'USOLIA, O.; MCGARVEY, S. T. The contribution of feeding mode to obesogenic growth trajectories in American Samoan infants. **Pediatr. Obes.**, Oxford, v. 9, n. 1, p. e1-e13, 2012.

HODDINOTT, P.; TAPPIN, D.; WRIGHT, C. Breast feeding. **Br. Med. J.**, London, v. 336, n. 7649, p. 881-887, Apr. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009**. Rio de Janeiro, 2009a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2009b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**: síntese de indicadores 2013. Rio de Janeiro, 2014.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Determinantes do desenvolvimento na primeira infância no Brasil**. Brasília, DF, 2010. (Texto para discussão, 1478).

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Dinâmica demográfica da população negra brasileira**. Brasília, DF, 2011. (Comunicados do IPEA, 9).

IP, S.; CHUNG, M.; RAMAN, G.; CHEW, P.; MAGULA, N.; DE VINE, D.; LITT, M.; TRIKALINOS, T.; LAU, J. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. **Evid. Rep. Technol. Assess.**, Rockville, n. 153, p. 1-186, Apr. 2007.

JING, H.; XU, H.; WAN, J.; YANG, Y.; DING, H.; CHEN, M.; LI, L.; PING. L.; HU, J.; YANG, J. Effect of breastfeeding on childhood BMI and obesity: The China Family Panel Studies. **Medicine (Baltimore)**, Hagerstown, v. 93, n. 10, p. e55, Aug. 2014.

KANHADILOK, S.; MCGRATH, J. M. An integrative review of factors influencing breastfeeding in adolescent mothers. **J. Perinat. Educ.**, v. 24, n. 2, p. 119-127, 2015,

KINGSTON, D.; HEAMAN, M.; FELL, D.; CHALMERS, B. Comparison of adolescent, young adult, and adult women's maternity experiences and practices. **Pediatrics**, Canadá, v. 129, n. 5, e1228-37, May 2012.

KRONBORG, H.; VAETH, M. The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. **Scand. J. Public Health**, Oslo, v. 32, n. 3, p. 210-216, 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, n.17, p. 2434-2445, 2010.

LAANTERÄ, S.; PÖLKKI, T.; PIETILÄ, A.-M. A descriptive qualitative review of the barriers relating to breast-feeding counseling. **Int. J. Nurs. Pract.**, Carlton, v. 17, n. 1, p. 72-84, Feb. 2011.

LAMA, L.; RIJAL, P.; BUDATHOKI, S.; SHRESTHA, A. D. Profile of neonates born to adolescent mothers at Nepal medical college teaching hospital. **Nepal Med. Coll. J.**, v. 14, n. 4, p. 294-297, Dec. 2012.

LEME, A. P. C. B. **Prática da amamentação de mães adolescentes analisadas sob a influência da família**. 2005. 110 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2005.
LEVY, L.; BÉRTOLO, H. **Manual de aleitamento materno**. Lisboa: Comité Português para a UNICEF, 2008.

LI, R.; DEE, D.; LI, C.-M.; HOFFMAN, H. J.; GRUMMER-STRAWN, L. M. Breastfeeding and risk of infections at 6 years. **Pediatric**, v. 134, n. 1, p. 13-20, Sep. 2014.

LIND, J. N.; LI, R.; PERRINE, C. G.; SCHIEVE, L. A. Breastfeeding and later psychosocial development of children at 6 years of age. **Pediatrics**, Cidade, v. 134, n. 1, p. 36-41, Sep. 2014.

LOKE, A. Y.; CHAN, L. S. Maternal breastfeeding self-efficacy and the breastfeeding behaviors of newborns in the practice of exclusive breastfeeding. **J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.**, v. 42, n. 6, p. 672-84, Oct. 2013.

LUTTER, C. Comemoração dos 10 anos da Estratégia Global da OMS/UNICEF para alimentação de lactentes e crianças na primeira infância***. Washington, DC:*** Organização Pan-Americana da Saúde, ***2012.***

LUTTER, C. K.; MORROW, A. L. Protection, promotion, and support and global trends in breastfeeding. **Adv. Nutr.**, Cidade, v. 4, n. 2, p. 213-219, 201, Mar. 2013.

MACHADO, F. N.; MEIRA, D. C. S.; MADEIRA, A. M. F. Percepções da família sobre a forma como a adolescente cuida do filho. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 11-18, mar. 2003.

MARANHÃO, T. A.; GOMES, K. R. O.; NUNES, L. B.; MOURA, L. N. B. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 132-139, 2015.

MARTINEZ, E. Z.; ROZA, D. L.; GUIMARÃES, M. C. G.; BAVA, C.; ACHCAR, J. A.; DAL-FABRRO, A. L. Gravidez na adolescência e características socioeconômicas dos municípios do Estado de São Paulo, Brasil: análise espacial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 855-867, maio 2011.

MARTINS, M. Z. O.; SANTANA, L. S. Benefícios da amamentação para saúde materna. **Interfaces Cient. Saúde Ambien.**, Aracaju, v. 1, n. 3, p. 87-97, jun. 2013.

MEEDYA, S.; FAHY, K.; KABLE, A. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. **Women Birth**, New South Wales, v. 23, n. 4, p. 135-145, Dec. 2010.

MENDOZA, W.; SUBIRÍA, G. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. **Rev. Peru Med. Exp. Salud Publica**, Cidade, v. 30, n. 3, p. 471-479, 2013.

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

MONTEIRO, J. C. S. **Validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Versão Brasileira entre puérperas adolescentes brasileiras**. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2013. Relatório de Pesquisa.

MONTEIRO, J. C. S.; DIAS, F. A.; STEFANELLO, J.; REIS, M. C. G.; NAKANO, A. M. S.; GOMES-SPONHOLZ, F. Breast feeding among Brazilian adolescents: practice and needs. **Midwifery**, Philadelphia, v. 30, n. 3, p. 359-63, 2013.

MOSSMAN, M.; HEAMAN, M.; DENNIS, C. L.; MORRIS, M. The influence of adolescent mothers' breastfeeding confidence and attitudes on breastfeeding initiation and duration. **J. Hum. Lact.**, Cidade, v. 24, n. 3, p. 267-77, 2008.

MOURA, B.; SALDANHA, M.; LOPES, M.; GUARANÁ, M.; MENDES, N.; SIMOES, R.; CARNEIRO, R.; AMADO, R.; AGUIAR, T.; LUZ, V.; PORTO, M. A. S. Gravidez na adolescência: fatores associados e resultados perinatais em uma Maternidade-Escola do Rio de Janeiro. **Adolesc. Saúde**, v. 8, n. 1, p. 15-20, 2011.

NAGELA, C. P. S.; VOGT, S. E.; PIMENTA, A. M.; DUARTE, E. D.; MADEIRA, L. M.; ABREU, M. N. S.; LÉON, R. G. P. Resultados maternos e neonatais no trabalho de parto e parto de adolescentes admitidas em um Centro de Parto Normal brasileiro. **Adolesc. Saúde**, v. 11, n. 3, p. 39-50, 2014.

NAKANO, A. M. S.; REIS, M. C. G.; PEREIRA, M. J. B.; GOMES, F. A. Women's social space and the reference for breastfeeding practice. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 230-238, mar.-abr. 2007.

NARBUTYTĖ, I.; LINKEVIČIENĖ, L. Relationship between breastfeeding, bottle-feeding and development of malocclusion. **Stomatologija**, v. 15, n. 3, p. 67-72, 2013.

NASCIMENTO, M. G.; XAVIER, P. F.; SÁ, R. D. P. Adolescentes grávidas: a vivência no âmbito familiar e social. **Adolesc. Saúde**, Cidade, v. 8, n. 4, p. 41-47, 2011.

NESBITT, S. A.; CAMPBELL, K. A.; JACK, S. M.; ROBINSON, H.; PIEHL, K.; BOGDAN, J. C. Canadian adolescent mothers' perceptions of influences on Breastfeeding decisions: a qualitative descriptive study. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 12, n.149, 2012.

NETO, E. T. S.; ZANDONADE, E.; EMMERICH, A. O. Modelos de análise dos fatores associados a duração do aleitamento materno. **Rev. Paul. Pediatr**., São Paulo, v. 31, n. 3, p. 306-14, set. 2013 .

NEVES, A. C. M.; MOURA, E. C.; SANTO, W.; CARVALHO, K. M. B. Factors associated with exclusive breastfeeding in the Legal Amazon and Northeast regions, Brazil, 2010. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 27, n. 1, p. 81-95, Feb. 2014 .

NICHOLS, J; SCHUTTE, N.S; BROWN, R.F; DENNIS, C-L; PRICE, I. The impact of a self-efficacy intervention on short-term breast-feeding outcomes. **Health Educ. Behav.**, Thousand Oaks, v. 36, n. 2, p. 250-259, Apr. 2009.

OAKLEY, L. L.; HENDERSON, J.; REDSHAW, M.; QUIGLEY, M. A. The role of support and other factors in early breastfeeding cessation: an analysis of data from a maternity survey in England. **BMC Pregnancy Childbirth**, Cidade, v. 14, n.88, p. 1471, 2014.

O'BRIEN, M.; BUIKSTRA, E.; FALLON, T.; HEGNEY, D. Exploring the influence of psychological factors on breastfeeding duration, Phase 1: perceptions of mothers and clinicians. **J. Hum. Lact.**, Charlottesville, v. 25, n. 1, p. 55-63, Feb. 2009.

OLIVEIRA, S. C.; VASCONCELOS, M. G. L.; OLIVEIRA, C. A.; VALCONCELOS NETO, P. J. A. Análise do perfil de adolescentes grávidas de uma comunidade no Recife-PE. **Rev. RENE**, Recife , v. 12, n. 3, p. 561-567, jul./set. 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Amamentação**: uma questão contemporânea em um mundo globalizado. Semana Mundial de Aleitamento Materno, 1 a 7 de agosto de 2014. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/images/stories/Documentos2/brief%20report%202014%20portugues.pdf>. Acesso em: 11 maio 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Apoio às mães que amamentam**: próximo, contínuo e oportuno. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2013.

ORIA, M.; XIMENES, L.; ALMEIDA, P. C.; GLICK, D.; DENNIS, C.-L. 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.

OTSUKA, K.; DENNIS, C.-L.; TATSUOKA, H.; JIMBA, M. The relationship between Breastfeeding Self-Efficacy and perceived insufficient milk among Japanese mothers. **J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.**, Philadelphia, v. 37, n. 5, p. 546-555, Sep./Oct. 2008.

OTSUKA, K.; TAGURI, M.; DENNIS, C.-L.; WAKUTANI, K.; AWANO, M.; YAMAGUCHI, T.; JIMBA, M. Effectiveness of a Breastfeeding Self-efficacy intervention: do hospital practices make a difference? **Matern. Child Health J.**, New York, v. 18, n. 1, p. 296-306, 2014.

PASSANHA, A.; CERVATO-MANCUSO, A. M.; SILVA, M. E. M. P. Elementos protetores do leite materno na prevenção de doenças gastrintestinais e respiratórias. **Rev. Bras. Cresc. Desenv .Hum.**, v. 20, n. 2, p. 351-360, 2010.

PENTECOST, R. B. S.; GRASSLEY, J. S. Adolescents' needs for nurses' support when initiating breastfeeding. **J. Hum. Lact,** v. 30, n. 2, p. 224-228, 2014.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PEREIRA, R. S. V.; OLIVEIRA, M. I. C.; ANDRADE, C. L. T.; BRITO, A. S. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2343-2354, dez. 2010.

PERRINE, C. G.; GALUSKA, D. A.; THOMPSON, F. E.; SCANLON, K. S. Breastfeeding duration is associated with child diet at 6 years. **Pediatrics**, v. 134, n. 1, p. S50 -S55, Sep. 2014

PITA, G. M.; JIMÉNEZ, S.; BASABE, B.; GARCÍA, R. G.; MACÍAS, C.; SELVA, L.; HERNÁNDEZ, C.; CRUZ, M.; HERRERA, R.; O'FARRILL, R.; CALDERIUS, I.; PAULÍ, K.; LEYVA, M.; AROCHA, C.; HERRERA, D. Anemia in children under five years old in Eastern Cuba, 2005-2011. **Rev. MEDICC**, Cidade, v. 16, n.1, p. 16-23, Jan. 2014.

POLLARD, D. L. Impact of a feeding log on breastfeeding duration and exclusivity. **Matern. Child Health J.**, New York, v. 15, n. 3, p. 395-400, Apr. 2011.

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. Orthopsychiatry**, New York, v. 81, n. 2, p. 228-245, Abr. 2011.

RAZEK, A. A.; EL-DEIN, N. A. Z. Effect of breast-feeding on pain relief during infant immunization injections. **Int. J. Nurs. Pract.**, Carlton, v. 15, n. 2, p. 99-104, Apr. 2009.

RIBEIRÃO PRETO**.** Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto amamentação e municípios**: avaliação das práticas alimentares no 1º ano de vida em dias nacionais de vacinação. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal de Saúde/Nalma EERP-USP; São Paulo: Instituto Saúde SES-SP, 2011.

ROCHA, N. S. D.; FLECK, M. P. D. A. Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. **Rev. Psiquiatr. Clín**. Cidade, v. 38, n. 1, p. 19-23, 2011.

RODRIGUES, A.P; PADOIN, S.T.M; GUIDO, L. A; LOPES, L.F.D. Fatores do pré-natal e do puerpério que interferem na autoeficácia em amamentação. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 257-261, abr./jun. 2014.

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.

SANCHES, M.T.C; BUCCINI, G.D.S;GIMENO,S.G.A; ROSA,T.E.D.C; BONAMIGO A.W. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 953-965, 2011.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. **Bol. CEInfo - Saúde em Dados**. São Paulo, n. 14, 2015. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Dados_2015.pdf>. Acesso em: 5 de jan 2016.

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**. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2011.

SHARMA, A. J.; DEE , D. L.; HARDEN, S. M. Adherence to breastfeeding guidelines and maternal weight 6 years after delivery. **Pediatrics**, v. 134, n. 134, p. S42-S49, 2014.

SILVA, I. A. **Deficiência de ferro em crianças de 3 a 12 meses**: compreensão de determinantes biológicos, sociais e suas implicações para o incentivo ao aleitamento materno exclusivo. São Paulo: FAPESP, 2007. Relatório de pesquisa.

SILVA, P. S.; MORAES, M. S. Caracterização de parturientes adolescentes e de seus conhecimentos sobre amamentação. **Arq. Ciênc. Saúde**, São José do Rio Preto, v. 18, n. 1, p. 28-35, jan.-mar. 2011.

SIPSMA, H. L; MAGRIPLES ,U; DIVNEY, A; GORDON, D; GABZDYL, E; KERSHAW T**.** Breastfeeding behavior among adolescents: Initiation, duration, and exclusivity. **J. Adolesc. Health**, v. 53, n. 3, p. 394-400, Sep. 2013.

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

STEFANO, D. D.; MOCCELLIN, A. S.; FABRO, M. R. C.; HIRAKAWA, H. S.; ACCIERINI, L. H.; HONORATO, J.; COSTAG, L. R.; DRIUSSOH, P. Caracterização das condições sociais e de saúde de mães adolescentes no primeiro ano pós parto em um município de São Paulo. **Rev. Baiana Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 795-812, out./dez. 2011.

STUEBE, A. M.; SCHWARZ, E. B. The risks and benefits of infant feeding practices for women and their children. **J. Perinatol.**, Philadelphia, v. 30, n. 3, p. 155-162, Mar. 2010.

TORRES, M. M.; TORRES, R. R. D.; RODRÍGUEZ, A. M. P.; DENNIS, C.-L. Translation and validation of the breastfeeding self-efficacy scale into Spanish: data from a Puerto Rican population. **J. Hum. Lact.**, Charlottesville, v. 19, n. 1, p. 35-42, Feb. 2003.

UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA). **Situação da População Mundial 2013**: maternidade precoce: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência". New York: UNFPA, 2013.

WAGNER, E. A.; CHANTRY, C. J.; DEWEY, K. G.; LAURIE, A. Breastfeeding Concerns at 3 and 7 days postpartum and feeding status at 2 months. **Pediatrics**, Cidade, v. 132, n. 4, p. 865-75, Oct. 2013.

WAMBACH, K. A.; COHEN, S. M. Breastfeeding experiences of urban adolescent mothers. **J. Pediatr. Nurs.**, , v. 24, n. 4, p. 244-254, Aug. 2009.

WENZEL, D.; SOUZA, S. B. Fatores associados ao aleitamento materno nas diferentes Regiões do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 14, n. 3, p. 241-249, Sep. 2014.

WORLD HEALTH OORGANIZATION (WHO). **Child and adolescent health and development**. Geneva, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Early marriage, adolescence, and young pregnancy**. Geneva, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **Baby-friendly hospital initiative**: revised, updated and expanded for integrated care. Section1, Background and implementation. Geneva: World Health Organization, 2009.

WUTKE, K.; DENNIS, C. L. The reliability and validity of the Polish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: translation and psychometric assessment. **Int. J. Nurs. Stud.**, v.44, n. 8, p. 1439-1446, Nov. 2007.

VICTORA,C.G; BAHL, R; BARROS, A.J.D; FRANÇA, G.V.A; HORTON, S; KRASEVEC, J; MURCH, S; SANKAR, M.J; WALKER, N; ROLLINS, N.C. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **Lancet**, London, v. 387, n. 10017, p. 475-490, Jan. 2016.

YAZLLE, M. E. H. D. Gravidez na adolescência. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 443-445, 2006.

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

Apêndices

APÊNDICE A

1º Instrumento de coleta de dados

Data: ____/____/____ Pesquisadora:_____
Formulário n° _____

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 3sogra 4outro familiar 5amiga 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: _____/_____/_____
TIPOPART	( )	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 agua e/ou chá), 3 aleitamento materno misto (com outros leites) , 4 Não está amamentando

APÊNDICE B

3º Instrumento de coleta de dados (Busca fonada)

1ª Busca fonada		
Data: _____/_____/_____		
CONTATEL	( )	a. Contato telefônico com: ( ) 1. 30 dias 2. 60 dias 3. 180 dias
Vamos falar agora sobre como você está alimentando seu filho, nestes últimos dias em sua casa.		
ESTAMAM	( )	**1**. Você está amamentando seu bebê com leite do peito? ( ) 1 sim, 2 não (**Se não, vá para a questão 6 em diante**)
AME	( )	**2**. O leite materno é o único alimento oferecido? ( ) 1 sim, 2 não (**Se não, vá para a questão 6 em diante**)
TERMAM	( )	**3**. O término da mamada, na maioria das vezes, ocorre: ( ) 1 porque a criança larga 2 você interrompe
ESVAZIA	( )	**4**. Qual a sua percepção sobre o esvaziamento da mama após mamada? ( ) 1 Mama continua cheia ao final da mamada 2 Mama parece estar vazia e leve ao final da mamada 3 Retira o bebê antes de sentir a mama esvaziar
SATISFBB	( )	**5**. Você acha que a criança fica satisfeita ao término da mamada? ( ) 1 sim, 2 não
TEMPAME	( )	**6**. **Se não**, até que idade a criança mamou só leite materno (sem água, chá, outro leite ou alimento)? ( ) dias 999 não se aplica (está amamentando)

7. Que outro alimento ou líquido que você está oferecendo? (especificar o tipo de alimento, quando iniciou - em dias de vida da criança, frequência de oferecimento por dia.

Alimento/líquido	Introdução	Frequência	Motivo

PARA TODAS AS PARTICIPANTES

INTERAM	( )	**8.1**. Você teve alguma intercorrência durante o tempo de aleitamento materno? ( ) 1 sim, 2 não
INTERAMQ	( )	**8.2** Se sim, qual?

9. O que você acha do leite que você produz ou produzia? (descreva com as palavras da mãe sua percepção da quantidade e aspecto do leite)

_____

_____

_____

APÊNDICE C

TERMO DE ASSENTIMENTO

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

2º Instrumento de coleta de dados

***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

Autorização da Profa. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá para a utilização da Escala de Autoeficácia na Amamentação.

Zimbra **jumonte@eerp.usp.br**

RE: Breastfeeding Self-Efficacy Scale

De :	Mônica Oria <oriaremon@hotmail.com>	Sex, 12 de Nov de 2010 16:59
Assunto :	RE: Breastfeeding Self-Efficacy Scale	1 anexo
Para :	jumonte@eerp.usp.br	

Prezada Profa Juliana

Eu e Dra Dennis (autora da escala em inglês) agradecemos pelo interesse em usar a BSES.
Nós temos interesse nos estudos envolvendo a referida escala e portanto nos colocamos a disposição para colaborar com você ao avaliar uma população de Ribeirão Preto.
Até onde sabemos será a primeira vez que a escala será utilizada no sudeste (temos alguns estudos no interior do Ceará e Piauí).
Segue em anexo outro artigo que publicamos em conjunto.
Por favor avise-nos se vc tem interesse nesse trabalho colaborativo.
Seria uma troca de experiências interessante.

Atenciosamente,

Profa Dra Mônica Oliveira Batista Oriá
Universidade Federal do Ceará.
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem.
Departamento de Enfermagem.
Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. CEP: 60.430-160
Fortaleza - Ceará - Brasil.
Contato: (85) 3366.8454

> From: jumonte@eerp.usp.br
> To: oriaremon@hotmail.com
> Subject: Breastfeeding Self-Efficacy Scale
> Date: Thu, 11 Nov 2010 16:01:46 -0300
>
> Prezada Profa. Mônica,
> estou realizando uma pesquisa sobre satisfação e confiança das mulheres
> durante aleitamento materno em uma população específica do município de
> Ribeirão Preto.
> Através de revisão da literatura, identifiquei o artigo "Tradução e
> adaptação cultural da Breastfeeding Self-Efficacy Scale para o português",
> publicado na Acta Paulista de Enfermagem, v.23, n. 2, p.230-238.
> Gostaria de utilizar a "Breastfeeding Self-Efficacy Scale" que foi traduzida
> e validada pelos autores, para realização da referida pesquisa em RP. Assim,
> solicito sua autorização para utilizar a escala, com as devidas citações.
>
> Agradeço antecipadamente, e coloco-me à disposição para os esclarecimentos
> que se fizerem necesserários!

> Atenciosamente,
>
> Juliana Cristina dos Santos Monteiro
> Profa. Dra. do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
> Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
> (16)3602 3476
> jumonte@eerp.usp.br

2009.Oriá et al. PHN.pdf
143 KB

ANEXO C

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