



ARTIGO ORIGINAL

AUTOEFICÁCIA EM AMAMENTAR DE MULHERES NO PRÉ-NATAL E NO PÓS-PARTO: ESTUDO LONGITUDINAL

THE SELF-EFFICACY IN BREASTFEEDING OF WOMEN IN THE PRENATAL AND POSTPARTUM: LONGITUDINAL STUDY

AUTOEFICACIA EN AMAMANTAR DE MUJERES EN EL PRENATAL Y EN EL POSPARTO: ESTUDIO LONGITUDINAL

Janaiana Lemos Uchoa¹
Andressa Peripolli Rodrigues²
Emanuella Silva Joventino³
Paulo César de Almeida⁴
Mônica Oliveira Batista Oriá⁵
Lorena Barbosa Ximenes⁶

Doi: 10.5902/2179769217687

RESUMO: **Objetivo:** comparar as médias dos escores de autoeficácia em amamentar das mulheres no pré-natal e no pós-parto com as variáveis da gravidez, do parto, do puerpério e relacionadas ao aleitamento materno. **Método:** estudo longitudinal do tipo painel, que avaliou 50 mulheres no pré-natal e puerpério em 2011, utilizando a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short-Form* e um formulário com dados da gravidez, parto e puerpério. **Resultados:** apresentaram relação com autoeficácia em amamentar: gravidez planejada; realizar seis ou mais consultas pré-natais; realizar a preparação das mamas para amamentar; pretender amamentar o filho; participar de grupo de gestantes; parto vaginal em hospital público; amamentar na primeira hora de vida e de forma exclusiva na maternidade e na alta hospitalar; não ter dificuldades para amamentar. **Conclusão:** diversos fatores podem influenciar a autoeficácia, sendo relevante promover o aleitamento materno no pré-natal, estimular esta prática e prestar às mães esclarecimentos a respeito da alimentação do filho.

Descritores: Aleitamento materno; Autoeficácia; Gravidez; Período pós-parto; Enfermagem.

ABSTRACT: **Aim:** to compare the averages of self-efficacy scores of women in prenatal and postpartum with the variables of pregnancy, childbirth, postpartum and related to breastfeeding. **Method:** longitudinal study of Panel type, that evaluated 50 women in prenatal and puerperal in 2011, using the *Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form* and a form with data from the pregnancy, childbirth and the puerperium. **Results:** statistical significance with the scale were shown by: planned pregnancy; to perform six or more antenatal consultations; to perform the preparation of breasts for breastfeeding; wish to breastfeed the child; participate in Group of pregnant women; vaginal birth in a public

¹ Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Hospital Walter Cantídio, Fortaleza, Ceará, Brasil. Email: janaianauchoa@gmail.com

² Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha, Santo Ângelo, Rio Grande do Sul, Brasil. Email: andressaufsm@hotmail.com

³ Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), Acarapé, Ceará, Brasil. Email: manujoventino@yahoo.com.br

⁴ Estatístico, Doutor em Saúde Pública, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil. Email: pc2015almeida@gmail.com

⁵ Enfermeira, Post-Doc, Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil. Email: profmonicaoria@gmail.com

⁶ Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil. Email: lbximenes2005@uol.com.br Bolsista de Produtividade CNPq.

hospital; breastfeeding in the first hour of life and exclusively on maternity and on hospital discharge; not having trouble with breast-feeding. Conclusion: several factors may influence in the self-efficacy, being relevant promote breastfeeding such as the prenatal, to encourage this practice and to provide explanations to the mothers about the child's diet.

Descriptors: Breast feeding; Self efficacy; Pregnancy; Postpartum period; Nursing.

RESUMEN: Objetivo: comparar las medias de las puntuaciones de autoeficacia en mujeres lactantes en prenatal y posparto con las variables del embarazo, parto, posparto y relacionadas con la lactancia materna. **Metodo:** estudio longitudinal. Fueron evaluadas 50 mujeres en el prenatal y en el puerpério en el año 2011, utilizando la Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short-Form y un formulario con los datos del embarazo, parto y puerperio. **Resultados:** presentaron relación con autoeficacia en amamantar: embarazo planeado; realizar seis o más consultas prenatales; realizar el preparo de las mamas para amamantar; pretender amamantar el hijo; participar de grupo de gestantes; parto vaginal en hospital público; amamantar en la primera hora de vida y de forma exclusiva en la maternidad y en el alta hospitalaria; no tener dificultades para amamantar. **Conclusión:** varios factores pueden influir en la autoeficacia, siendo relevante la promoción de la lactancia materna el prenatal, para fomentar esta práctica y para proporcionar a las madres clarificación sobre la dieta del niño.

Descriptores: Lactancia materna; Autoeficacia; Embarazo; Periodo posparto; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A autoeficácia é um conceito que vem sendo utilizado e que demonstra influência direta em comportamentos relacionados à promoção da saúde.¹ Esse construto constitui-se na habilidade pessoal de desempenhar, com sucesso, determinadas atividades ou comportamentos que produzam um resultado desejável.²

As crenças de autoeficácia podem ser utilizadas para determinar como os indivíduos sentem, pensam, são motivadas e comportam-se diante de determinada situação, indicando quanto esforço e tempo os indivíduos vão utilizar no sentido de persistir a transpor um obstáculo ou uma experiência negativa.¹ Assim, esse conceito pode interferir nos comportamentos de saúde, pois as pessoas ao acreditarem que podem aderir a comportamentos saudáveis empreendem mais esforços para alcançá-los.²

Nesse sentido, destaca-se a prática do aleitamento materno, pois um dos aspectos que pode influenciar a escolha materna de amamentar é a confiança em realizá-lo, caracterizando-se pela confiança ou expectativa da mulher com relação aos seus conhecimentos e habilidades para amamentar seu filho com êxito.³

De acordo com a Teoria da Autoeficácia, quatro fontes fundamentam a sua expectativa, que na amamentação podem ser vislumbradas da seguinte maneira: experiência pessoal (experiências anteriores positivas em amamentar), experiência vicária (observação de experiências positivas de outras mães que amamentam), persuasão verbal (apoio e encorajamento de pessoas próximas e respeitadas pela mulher; estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde com o uso ou não de tecnologias como folder, vídeos, álbuns seriados) e respostas emocionais (reações físicas e psicológicas diante do ato de amamentar).²

Mulheres com baixos níveis de confiança na amamentação, identificado durante o período pré-natal, tendem a interromper o aleitamento materno ainda na primeira semana após o parto. A baixa confiança no aleitamento materno também pode aumentar em 3,1 vezes o risco de interromper a amamentação quando comparado com mulheres que apresentaram total autoeficácia.³

No Brasil os índices de aleitamento materno vêm aumentando gradualmente, com prevalência em menores de quatro meses de 35,5% em 1999, para 51,2% em 2008; e uma prevalência de 41% de amamentação exclusiva em crianças menores de seis meses em 2008. Apesar dessa elevação, os índices ainda se encontram abaixo do considerado satisfatório para esta prática, pois a Organização Mundial de Saúde preconiza que a amamentação se mantenha exclusiva, em que é ofertado apenas leite materno até os seis meses de idade sem outro complemento.⁴

Nesse sentido, para que o enfermeiro possa intervir de maneira eficaz nessa realidade, é fundamental que ele tenha embasamento teórico a respeito da temática e dos fatores que podem influenciar na prática do aleitamento materno, tendo em vista que parte do conhecimento das gestantes e nutrizes a respeito do assunto é obtido por meio das orientações dos profissionais de saúde, de forma que informações incorretas, incompletas ou sem cientificidade podem contribuir para o desmame precoce.⁵ Aliado a isso, a autoeficácia trata-se de uma crença que pode ser modificada e encorajada nas abordagens de promoção a prática da amamentação, tanto durante a gestação quanto após o parto.

A autoeficácia interfere nos comportamentos de saúde, uma vez que determina o nível de motivação, de modo que quanto mais efetiva a confiança nas capacidades pessoais, maiores e mais longos serão os esforços, pois uma pessoa não se envolverá em uma atividade e não adotará objetivos com determinado fim a menos que acredite ser capaz de desenvolvê-la com sucesso.⁶

Diante disso, o estudo teve como objetivo comparar as médias dos escores de autoeficácia em amamentar das mulheres no pré-natal e no pós-parto com as variáveis da gravidez, do parto, do puerpério e relacionadas ao aleitamento materno.

MÉTODO

Estudo quantitativo, de delineamento longitudinal e do tipo painel, realizado com a população de gestantes acompanhadas nas seis Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF) que assistem à zona urbana de um município do interior do Ceará, Brasil.

O estudo foi realizado com 50 mulheres, as quais corresponderam à própria população do estudo, atendendo aos seguintes critérios de inclusão: estar a partir da 30ª semana de gravidez (de acordo com a ultrassonografia), com gestação única e ser assistida no pré-natal/puerpério em uma das UBASF selecionadas. Os critérios de exclusão foram: restrições físicas e/ou cognitivas que impossibilitassem a compreensão dos instrumentos e neonatos que tiveram permanência maior que quinze dias em Unidades de Tratamento Intensivo.

A coleta de dados foi realizada no período de julho a novembro de 2011, tanto nas UBASF quanto por meio de visita domiciliária. Foi desenvolvida em dois momentos com a mesma mulher (pré-natal e 15º dia de puerpério), de modo que cada uma representou o próprio controle no acompanhamento longitudinal da autoeficácia para amamentar.

Foram coletadas as seguintes variáveis para caracterização das mulheres: idade, estado civil, cor/raça, escolaridade, anos de estudo, ocupação formal, renda, número de pessoas que residem no mesmo domicílio que a mulher e idade gestacional no início do estudo.

No primeiro momento, foram aplicados às gestantes dois instrumentos que se configuraram na *Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short-Form (BSES-SF)*,⁷ que avalia o nível de confiança da mãe a respeito do êxito da amamentação; e um formulário com dados referentes à gravidez atual. A autorização para uso da escala foi obtida por contato

eletrônico diretamente com a Profa Dra Cindy-Lee Dennis, autora da escala, em 2005 quando foi firmada uma colaboração entre esta e o grupo de pesquisa.

No segundo momento da coleta de dados, que ocorreu no 15º dia de puerpério, foi aplicado um formulário com dados do parto e puerpério e de caracterização do tipo de aleitamento na unidade de internação e na alta,^{3,7} além da aplicação da BSES-SF novamente.

A BSES-SF é uma escala do tipo Likert, com comprovada validade e confiabilidade (*Alfa de Cronbach* 0,74)⁷, que apresenta 14 itens distribuídos em dois domínios: Técnico e de Pensamentos Intrapessoais. Em cada item é possível cinco opções de resposta que variam de um a cinco (discordo totalmente, discordo, às vezes concordo, concordo e concordo totalmente), somando uma pontuação que varia de 14 a 70 pontos, indicando que quanto mais alto for o escore, maior a autoeficácia materna para amamentar.⁷

O banco de dados foi construído no programa *Access 2007 (Microsoft Office)* que possibilitou a dupla digitação com conferência automática, identificando divergências entre as duas digitações, corrigindo-os.

Os dados foram processados no *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 19.0, com a análise dos dados realizada por meio da verificação da normalidade das variáveis (teste de *Kolmogorov-Smirnov*), bem como da igualdade de variâncias (teste de *Levene*). A análise exploratória se deu pelos testes *t* de *Student* e de *Wilcoxon* (utilizado para as variáveis: tem conhecimento prévio em aleitamento materno (AM), local em que o recém-nascido (RN) sugou pela primeira vez e alimentação do RN na alta da maternidade), considerando estatisticamente significativa $p < 0,05$.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob o protocolo 124/2011. Os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados de acordo com o preconizado pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

As mulheres participantes do estudo encontravam-se, em média, com 36 semanas de gestação no início do estudo, a idade variou de 15 a 43 anos (Média= 23; Desvio Padrão= $\pm 5,3$), a maioria delas era casada/união consensual (76%) e consideraram-se pardas (72%). Quanto à escolaridade, predominaram mulheres com oito ou mais anos de estudos (76%), que não apresentavam ocupação formal (66%), com renda per capita maior que R\$141,00 reais (66%) e tendo três a quatro pessoas residindo no mesmo domicílio. Destaca-se que durante a realização do estudo o salário mínimo vigente era de R\$ 545,00 reais.

Na Tabela 1, pode-se observar a comparação dos escores da BSES-SF no pré-natal e no 15º dia de puerpério. Apresentaram significância estatística ($p < 0,05$) as seguintes variáveis: gravidez planejada, ter realizado seis ou mais consultas de pré-natal, ter tido ou não uma gravidez de risco, ter pouco conhecimento prévio em amamentar, realizar a preparação das mamas para amamentar (exposição ao sol e uso de sutiã confortável), pretender amamentar o filho e de forma exclusiva e participação auto referida em grupo de gestantes (participação em, pelo menos, dois encontros); indicando que estes fatores contribuem para a elevação dos escores de autoeficácia materna em amamentar do pré-natal até os 15 dias de puerpério.

Tabela 1 - Comparação das médias dos escores da BSES-SF no pré-natal e no pós-parto, segundo os dados da gravidez atual, Pacatuba, Ceará, 2011.

| VARIÁVEIS | n | % | M | DP | BSES-SF PN | | BSES-SF PP | | P |
|----------------------------------------------------|----|-----|-------|------|------------|-------|------------|-------|------------------|
| | | | | | M | ±EPM | M | ±EPM | |
| Gravidez Planejada | | | | | | | | | |
| Sim | 27 | 54 | | | 59,0 | ± 1,2 | 61,9 | ± 1,3 | 0,029 |
| Não | 23 | 46 | | | 55,6 | ± | 58,8 | ± | 0,116 |
| Realização de Pré-Natal | | | | | | | | | |
| Sim | 50 | 100 | | | 57,5 | ± | 60,4 | | - |
| Consultas Pré-Natais | | | | | | | | | |
| <6 | 18 | 36 | 6,32 | 2,1 | 60,5 | ± 1,4 | 61,4 | ± 1,5 | 0,557 |
| ≥ 6 | 32 | 64 | | | 55,8 | ± 1,3 | 59,8 | ± 1,2 | 0,008 |
| Gravidez de risco | | | | | | | | | |
| Sim | 8 | 16 | | | 59,5 | ± 2,3 | 64,0 | ± 1,6 | 0,017 |
| Não | 42 | 84 | | | 57,1 | ± 1,1 | 59,8 | ± 1,1 | 0,042 |
| Recebeu incentivo/ orientações para AM | | | | | | | | | |
| Sim | 22 | 44 | | | 56,1 | ± 1,3 | 59,6 | ± 1,5 | 0,075 |
| Não | 28 | 56 | | | 58,5 | ± 1,5 | 61,0 | ± 1,2 | 0,065 |
| Tem conhecimento prévio em AM | | | | | | | | | |
| Sim | 22 | 44 | | | 60,0 | ± 1,3 | 61,5 | ± 1,5 | 0,366 |
| Pouco | 22 | 44 | | | 55,4 | ± 1,6 | 59,2 | ± 1,5 | 0,027 |
| Não | 6 | 12 | | | 55,8 | ± 2,5 | 60,8 | ± 2,4 | 0,236* |
| Prepara as mamas para amamentar | | | | | | | | | |
| Sim | 24 | 48 | | | 58,3 | ± 1,3 | 61,8 | ± 1,1 | 0,007 |
| Não | 26 | 52 | | | 56,7 | ± 1,0 | 59,1 | ± 1,7 | 0,192 |
| Tem apoio para amamentar | | | | | | | | | |
| Sim | 38 | 76 | | | 56,8 | ± 1,3 | 60,0 | ± 1,1 | 0,998 |
| Não | 12 | 24 | | | 59,6 | ± 1,0 | 62,0 | ± 1,7 | 0,959 |
| Pretende amamentar | | | | | | | | | |
| Sim | 50 | 100 | | | 57,5 | ± 1,0 | 60,4 | ± 1,0 | 0,009 |
| Tempo que pretende amamentar exclusivamente | | | | | | | | | |
| Até 4 meses | 14 | 28 | 159,1 | 50,8 | 53,9 | ± 2,0 | 61,1 | ± 1,4 | <0,001 |
| De 5 a 12 meses | 36 | 72 | | | 58,8 | ± 1,1 | 60,2 | ± 1,2 | 0,313 |
| Participa de grupo de gestante | | | | | | | | | |
| Sim | 9 | 18 | | | 59,3 | ± 2,5 | 66,6 | ± 1,1 | 0,005 |
| Não | 41 | 82 | | | 57,1 | ± 1,1 | 59,1 | ± 1,0 | 0,105 |

M=Média; DP: Desvio padrão; M BSES-SF PN: Média dos escores da BSES-SF no pré-natal; M BSES-SF PP: Média dos escores da BSES-SF no pós-parto; EPM: Erro Padrão Médio; p: t de Student; * teste de Wilcoxon.

Além disso, os escores da BSES-SF no pré-natal e aos 15 dias de puerpério elevaram-se quando associadas às variáveis ($p < 0,05$): parto vaginal, em hospital público, crianças que mamaram na primeira hora de vida (sala de parto ou alojamento conjunto), oferta de aleitamento materno exclusivo aos recém-nascidos na maternidade e na alta hospitalar e mulheres que não apresentaram dificuldades para amamentar (Tabela 2).

Tabela 2- Comparação das médias dos escores da BSES-SF no pré-natal e no pós-parto, segundo os dados do parto e puerpério, Pacatuba, Ceará, 2011.

| Variáveis | n | % | M | DP | BSES-SF PN | | BSES-SF PP | | P |
|--------------------------------------------------|----|----|------|-----|------------|-------|------------|-------|--------------|
| | | | | | M | ±EPM | M | ±EPM | |
| Idade gestacional do parto | | | 39,4 | 1,1 | | | | | |
| Tipo de parto | | | | | | | | | |
| Vaginal | 20 | 40 | | | 55,9 | ± 1,5 | 58,0 | ± 1,4 | 0,033 |
| Cesárea | 30 | 60 | | | 58,5 | ± 1,3 | 60,1 | ± 1,3 | 0,146 |
| Local do parto | | | | | | | | | |
| Hospital público | 46 | 92 | | | 57,6 | ± 0,9 | 60,1 | ± 1,0 | 0,031 |
| Hospital particular | 4 | 8 | | | 55,8 | ± 7,8 | 65,0 | ± 3,7 | 0,166 |
| Amamentou na 1ª hora de vida | | | | | | | | | |
| Sim | 34 | 68 | | | 57,3 | ± 1,2 | 61,3 | ± 1,0 | 0,005 |
| Não | 16 | 32 | | | 57,8 | ± 1,9 | 58,6 | ± 2,2 | 0,668 |
| Local em que o RN sugou pela primeira vez | | | | | | | | | |
| Sala de Parto | 17 | 34 | | | 57,2 | ± 2,0 | 61,9 | ± 1,5 | 0,025 |
| Alojamento Conjunto | 28 | 56 | | | 56,9 | ± 1,1 | 60,0 | ± 1,1 | 0,023 |
| Quarto individual | 1 | 2 | | | 67,0 | | 68,0 | | - |
| Não mamou | 4 | 8 | | | 60,0 | ± 5,0 | 55,0 | ± 6,3 | 0,449 * |
| Alimentação do RN na maternidade | | | | | | | | | |
| Usou leite artificial | 8 | 16 | | | 57,0 | ± 2,3 | 57,3 | ± 2,9 | 0,904 |
| AME | 42 | 84 | | | 57,6 | ± 1,1 | 61,1 | ± 1,0 | 0,008 |
| Teve dificuldade de amamentar | | | | | | | | | |
| Sim | 20 | 40 | | | 57,5 | ± 1,5 | 59,1 | ± 1,7 | 0,401 |
| Não | 30 | 60 | | | 57,5 | ± 1,4 | 61,4 | ± 1,1 | 0,007 |
| Alimentação do RN na alta da maternidade | | | | | | | | | |
| AME | 47 | 94 | | | 57,7 | ± 1,0 | 60,6 | ± 0,9 | 0,015 |
| Leite artificial | 3 | 6 | | | 54,0 | ± 4,2 | 58,0 | ± 7,0 | 0,339 * |

M=Média; DP: Desvio padrão; M BSES-SF PN: Média dos escores da BSES-SF no pré-natal; M BSES-SF PP: Média dos escores da BSES-SF no pós-parto; EPM: Erro Padrão Médio; p: t de Student; * teste de Wilcoxon.

DISCUSSÃO

Diversos são os fatores que podem influenciar na autoeficácia materna em amamentar o filho, que contemplam desde o pré-natal até o período puerperal. O presente estudo demonstra que a mulher ter planejado a gravidez aumenta a autoeficácia em amamentar no puerpério.

Esse planejamento é o pensamento com antecedência a respeito da geração e do ato de cuidar de uma criança, estando positivamente associado com a duração do aleitamento materno. Sabe-se que quando a família programa-se, esta se compromete mais com a amamentação, sendo necessária a oferta de um apoio adicional quando isso não ocorre.⁸

Outro aspecto relevante e que interfere no processo de aleitamento materno é a realização de pré-natal, pois estudo aponta que mulheres que realizam menos de seis consultas amamentam seus filhos por menos tempo do que aquelas que comparecem a mais encontros.⁹ Apesar de no presente estudo mais da metade das mães ter realizado no mínimo seis consultas pré-natais, é necessário que o profissional de saúde avalie a assistência prestada, com vistas a melhoria da qualidade e da acessibilidade à esse atendimento.

Além disso, a gravidez de risco também pode interferir significativamente na autoeficácia em amamentar, pois mulheres com algum agravo (gemelaridade, ganho

ponderal inadequado, pré-eclâmpsia/ eclâmpsia, amniorrexe prematura, hemorragias na gestação, isoimunização, desvio do crescimento uterino e do volume de líquido amniótico) podem ter menor confiança e favorecer o desmame precoce.¹⁰ Os riscos apresentados no presente estudo foram gravidez na adolescência e ganho ponderal de peso inadequado, os quais são classificados como leves a moderados; os riscos graves são encaminhados para a unidade de referência do município, por isso não foram identificados no estudo.

Assim, para que ocorra o aumento da autoeficácia em amamentar, fornecer orientações a respeito do aleitamento materno no pré-natal é relevante para o reconhecimento e intervenção nos possíveis fatores que venham a provocar o desmame precoce, como ansiedade, estresse e fadiga.¹¹ Acredita-se que a orientação adequada favorece a amamentação, desde que seja uma educação baseada na escuta e que permita que a mulher realize esta prática livremente, de acordo com suas próprias escolhas, além do profissional de saúde estar receptivo às crenças que envolvem a amamentação.¹²

Em relação ao preparo das mamas para amamentar, estudo aponta que 76% das mulheres acreditam que haja essa necessidade e 52% delas referiram que realizaram algum cuidado.¹² Embora as recomendações a respeito dessa necessidade seja controverso na literatura, o referido estudo indica que a exposição ao sol e a utilização de sutiã adequado apresenta ação positiva dentre as mulheres, visto que 92% delas que realizaram esse preparo para a amamentação, não tiveram dificuldades para aleitar.¹³

Além disso, devido à falta de orientação e apoio inadequado algumas mães sentem-se desencorajadas a amamentar o filho. Nesse sentido, aponta-se como uma das fontes de autoeficácia a persuasão verbal, pois ao realizar estratégias educativas, prestar informações positivas, de incentivo, de apoio, bem como aconselhar as mães e seus familiares a respeito da amamentação, alcança-se um aumento da confiança em amamentar e, conseqüentemente, verifica-se uma redução nas chances de desmame precoce.¹⁻² Ressalta-se que fornecer tais informações e incentivo é um importante papel dos enfermeiros na assistência à saúde da família.¹⁴

Nesse contexto, os achados do presente estudo revelaram que foi significativa a mulher considerar ter um pouco de conhecimento prévio a respeito da amamentação em relação a não possuí-lo, o qual foi adquirido por meio da unidade de saúde e agentes comunitários, da televisão, de familiares e amigos, e da internet. Ainda assim, ressalta-se a relevância acerca das orientações e do apoio da equipe multidisciplinar, pois além das alterações fisiológicas e psicológicas, a mulher encontra-se em grandes modificações corporais, o que pode dificultar a aceitação do aleitamento materno.¹⁵

Identificou-se que a totalidade das gestantes referiu pretender amamentar o filho devido os benefícios que o leite materno oferece, e que amamentariam até quando ele quisesse. Quando solicitadas para estipular um período, a pretensão em amamentar exclusivamente foi de, em média, 159,1 dias; dado mais elevado do que foi encontrado em outro achado.¹⁴ Além disso, mulheres chinesas pretendiam oferecer o leite materno, em média, 68,06 dias,¹⁶ o que indica que as mulheres do presente estudo indicam uma pretensão mais elevada de realizar o aleitamento materno.

Além disso, verifica-se que a realização de grupos de gestantes é uma das formas de potencializar as orientações do pré-natal. Esse fato ocorre, pois as participantes podem relatar suas angústias, trocar experiências com outras mulheres e com os profissionais de saúde de forma dinâmica e reflexiva, permitindo que a mulher decida com clareza a respeito da alimentação do filho.¹⁷

A prevalência elevada das cirurgias cesarianas no presente estudo foi semelhante a outro estudo,¹⁸ e também apresentou associação estatisticamente significativa com a média de escores da BSES-SF, em que mães que se submeteram ao parto cesáreo obtiveram menor pontuação do que as mães que deram à luz por via vaginal. Fato confirmado pelo

estudo realizado no Canadá, em que foi encontrada diferença significativa na pontuação da BSES-SF, indicando um aumento na autoeficácia em amamentar das mães que realizaram parto vaginal.¹¹

Estudo realizado em comunidades carentes de São Paulo comprovou o efeito significativo da interação entre o tipo de parto e o tempo de manutenção do aleitamento exclusivo nos primeiros seis meses de vida da criança. Demonstrou, ainda, que nos primeiros 30 dias de pós-parto as mulheres que tiveram parto vaginal apresentaram maior chance de manter o aleitamento exclusivo quando comparadas às que se submeteram à cesariana.¹⁸

Essa ocorrência pode estar relacionada com a dor, uma vez que a cesárea não provoca dor no momento da cirurgia, mas causa dor após o parto. Assim, as mulheres que sentem dor podem ter menor autoeficácia em amamentar por sentirem-se incapazes, naquele momento, para oferecer o aleitamento materno ao filho, ou seja, mulheres que experimentam níveis mais baixos de dor podem ter escores mais elevados de confiança.^{11,14}

No que diz respeito às médias dos escores da BSES-SF mais elevados em mulheres que tiveram partos em hospital público, pode-se inferir que tal fato se relaciona aos incentivos realizados pelos hospitais públicos credenciados como amigos da criança que visam à promoção do parto humanizado e do aleitamento materno. Assim, verifica-se que, em nível individual, a amamentação na primeira hora de nascimento deveria ser mais incentivada nas maternidades, tendo em vista a importância desta estratégia de baixo custo para prevenção de mortes neonatais.¹⁹⁻²⁰

Estudo realizado na Turquia encontrou significância entre a amamentação na primeira hora de vida e os escores da BSES-SF.²¹ Assim, amamentar na primeira hora de vida estimula a mãe continuar amamentando, além das experiências positivas anteriores, que de acordo com a autoeficácia, favorecem a tomada de decisão com relação à prática da amamentação.²

Além disso, quando ocorrem altas taxas de suplementação de fórmula infantil na maternidade, é um provável indicador de que as mães não estão recebendo apoio suficiente para a amamentação no período do pós-parto imediato, ao passo que, quando se verificam elevadas taxas de aleitamento materno exclusivo, ainda neste ambiente, infere-se que a instituição esteja promovendo e incentivando tal prática.²² Fato comprovado neste estudo, pois as mulheres que apresentaram aumento nas médias dos escores da BSES-SF no pós-parto não só amamentaram seu filho na primeira hora de vida, na sala de parto ou no alojamento conjunto, mas também mantiveram o aleitamento materno exclusivo no momento da alta hospitalar.

No presente estudo foi identificado que as mulheres que não apresentaram dificuldades para amamentar, obtiveram maiores escores na BSES-SF. Nesse sentido, as dificuldades com o início do aleitamento materno podem produzir um efeito negativo nessa prática e também nos cuidados do recém-nascido. Estas dificuldades tendem a estar associadas com a demora na primeira mamada, introdução de complementos lácteos e com a utilização de mamadeiras para esta oferta, o que pode ocasionar, conseqüentemente, o desmame do filho.¹⁵

CONCLUSÃO

Ao comparar as médias dos escores de autoeficácia em amamentar das mulheres no pré-natal e no pós-parto com as variáveis da gravidez, do parto e do puerpério, foi possível identificar que diversos fatores podem influenciar nesse construto pessoal, tais como planejamento da gravidez, número de consultas de pré-natal, conhecimento prévio em amamentar, preparo das mamas para amamentar, intenção de amamentar, participação



em grupo de gestantes, tipo e local do parto, aleitamento precoce e tipo de aleitamento na alta hospitalar, entre outros.

Assim, pode-se verificar a relevância de promover o aleitamento materno logo no pré-natal, ao estimular esta prática e prestar às mães esclarecimentos e tomada de decisão a respeito da alimentação do filho. Além disso, a amamentação também deve ser estimulada precocemente na maternidade e promovida durante o acompanhamento da mulher e do filho, para que a puérpera sinta-se confiante e segura para realizar esta prática após o parto.

É essencial a compreensão de que as orientações no pré-natal e na maternidade não garantem que essa mãe consiga manter o aleitamento materno exclusivo, sendo necessário um acompanhamento contínuo e presente por parte dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, pois após a alta hospitalar a mãe pode sentir-se sozinha, ansiosa e com dúvidas. Acredita-se que nos serviços de saúde a equipe poderia atuar como promotora do aleitamento materno, prestando assistência na unidade de referência e também no domicílio das puérperas, fornecendo apoio e proteção para a manutenção da amamentação.

Com relação ao desenvolvimento do estudo, considera-se como limitação o número reduzido de participantes, apesar de ter compreendido toda a população de mulheres acompanhadas no pré-natal que atenderam aos critérios de elegibilidade. Indica-se a realizações de estudos que abranjam um maior número de mulheres e que o período de coleta de dados se estenda para além dos 15 dias após o parto, para que se possa identificar os fatores e as dificuldades que interferem na prática do aleitamento materno e na autoeficácia em amamentar.

REFERÊNCIAS

1. Dodt RCM, Ximenes LB, Oriá MOB. Validation of a flip chart for promoting breastfeeding. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [acesso em 2015 fev 26];25(2):225-30. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/en_a11v25n2.pdf.
2. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* [Internet]. 1977 [acesso em 2015 fev 26];84(2):191-215. Disponível em: <http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1977PR.pdf>.
3. Oriá MOB, Ximenes LB. Translation and cultural adaptation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale to Portuguese. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2010 [acesso em 2015 mar 3];23(2):230-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/en_13.pdf.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
5. Fonseca-Machado MO, Haas VJ, Stefanello J, Nakano AM, Gomes-Sponholz F. Breastfeeding: knowledge and practice. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [acesso em 2015 mar 25];46(4):809-15. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/en_04.pdf.
6. Azzi RG. Introdução à teoria social cognitiva. São Paulo: Caso do Psicólogo; 2014. 136 p.
7. Dodt RCM, Ximenes LB, Almeida PC, Oriá MOB, Dennis CL. Psychometric and maternal sociodemographic assessment of the breastfeeding self-efficacy scale - short form in a Brazilian sample. *J Nurs Educ Pract* [Internet]. 2012 [acesso em 2015 mar 09];2(3):66-73. Disponível em: <http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/view/627/553>.

8. Haughton J, Gregorio D, Pérez-Escamilla R. Factors associated with breastfeeding duration among connecticut special supplemental nutrition program for Women, Infants, and Children (WIC) participants. *J Hum Lact* [Internet]. 2010 [acesso em 2015 mar 10];26(3):266-73. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3131548/>.
9. Batista KRA, Farias MCAD, Melo WSN. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. *Saúde em Debate* [Internet]. 2013 [acesso em 2015 mar 12];37(96):130-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/15.pdf>.
10. Zubaran C, Foresti K, Schumacher M, Thorell MR, Amoretti A, Müller L et al. The portuguese version of the Breastfeeding Self- Efficacy Scale-Short-Form. *J Hum Lact*. 2010;26(3):297-303.
11. Dennis CL. Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period. *Res Nurs Health* [Internet]. 2006 [acesso em 2015 mar 20];29:256-68. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nur.20140/pdf>.
12. Wilhelm LA, Demori CC, Alves CN, Barreto CN, Cremonese L, Ressel LB. A vivência da amamentação na ótica de mulheres: contribuições para a enfermagem. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2015 [acesso em 2015 maio 4];5(1):160-8. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/15409/pdf>.
13. Garcia MMR, Santos JG, Lima SS, Ferrari R. O conhecimento das puérperas sobre preparo das mamas e aleitamento materno. *Rev Gestão & Saúde*. 2013;4(1):1684-98.
14. Mc Carter-Spaulding DE, Dennis CL. Psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form in a sample of black women in the United States. *Res Nurs Health* [Internet]. 2010 [acesso em 2015 mar 28];33(2):111-9. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nur.20368/pdf>.
15. Rodrigues AP, Padoin SMM, Paula CC, Guido LA. Factors those influence in self-efficacy of breastfeeding: integrative review. *Rev Enferm UFPE Online* [Internet]. 2013 [acesso em 2015 abr 1];7(5):4144-52. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4031/pdf_2700. Doi 10.5205/reuol.4134-32743-1-SM-1.0705esp201307.
16. Ku CM, Chow SKY. Factors influencing the practice of exclusive breastfeeding among Hong Kong Chinese women: a questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing* [Internet]. 2010 [acesso em 2015 abr 1];19:2434-45. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03302.x/pdf>.
17. Frigo LF, Silva RM, Mattos KM, Manfio F, Boeira GS. A importância dos grupos de gestante na atenção primária: um relato de experiência. *Rev Epidemiol Control Infect* [Internet]. 2012 [acesso em 2015 abr 2];2(3):113-4. Disponível em: <http://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/2745/2195>.
18. Narchi NZ, Fernandes RAQ, Dias LA, Novais DH. Variables that influence the maintenance of exclusive breastfeeding. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [acesso em 2015 abr 2];43(1):87-94. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/en_11.pdf.
19. García-de-León-González R, Oliver-Roig A, Hernández-Martínez M, Mercader-Rodríguez B, Muñoz-Soler V, Maestre-Martínez MI, et al. Becoming baby-friendly in Spain: a quality-improvement process. *Acta Paediatrica* [Internet]. 2011 [acesso em 2015 abr 2];100(3):445-50. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.2010.02061.x/pdf>.



20. Belo MNM, Azevedo PTACC, Belo MPM, Serva VMSBD, Batista Filho M, Figueiroa JN, et al. Aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança: prevalência, fatores associados e razões para sua não ocorrência. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [Internet]. 2014 [acesso em 2015 abr 4];14(1):65-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v14n1/1519-3829-rbsmi-14-01-0065.pdf>.
21. Eksioglu AB, Ceber E. Translation and validation of the Breast-feeding Self-efficacy Scale into Turkish. *Midwifery* [Internet]. 2010 [acesso em 2015 abr 02];27(6):246-53. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613810001701>.
22. Tarrant M, Fong DYT, Wu KM, Lee ILY, Wong EMY, Sham A, et al. Breastfeeding and weaning practices among Hong Kong mothers: a prospective study. *Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2015 [acesso em 2014 abr 4];10(27). Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-10-27.pdf>.

Data de recebimento: 16/04/2015

Data de aceite: 12/01/2016

Contato do autor: Janaiana Lemos Uchoa

Endereço postal: Universidade Federal do Ceará. Departamento de Enfermagem. Rua Alexandre Baraúna, 1115, CEP: 60430-160, Fortaleza (CE), Brasil.

E-mail: janaianauchoa@gmail.com