



Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA



Antecedentes sociodemográficos e obstétricos na autoeficácia materna em amamentar: estudo em painel

Janaiana Lemos Uchôa¹, Ana Lúcia Araújo Gomes², Emanuella Silva Joventino³,
Mônica Oliveira Batista Oriá³, Lorena Barbosa Ximenes³,
Paulo César de Almeida⁴

1 Hospital Universitário Walter Cantídio

2 Prefeitura Municipal de Fortaleza

3 Universidade Federal do Ceará

4 Universidade Estadual do Ceará

RESUMO

Objetivo: Analisar a associação das médias dos escores da escala de autoeficácia da amamentação – versão abreviada (BSEF-SF) com variáveis sociodemográficas e obstétricas. **Métodos:** Estudo quantitativo, longitudinal do tipo painel, desenvolvido em seis Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Pacatuba-CE, com 50 mulheres. Utilizou-se a BSES-SF e os formulários sobre pré-natal e puerpério. Realizou-se análise descritiva e inferencial, com testes de comparação de médias (t de Student/teste de Wilcoxon). **Resultados:** Houve significância estatística entre a maioria das variáveis sociodemográficas e as médias dos escores da BSES-SF no pré-natal e no pós-parto ($p < 0,05$) e pôde-se encontrar diferença estatística com as médias dos escores da BSES-SF no pré-natal e no pós-parto ($p < 0,05$). **Conclusão:** Verificou-se aumento significativo nas médias dos escores da BSES-SF no puerpério, evidenciando maior autoeficácia da mulher em amamentar e a necessidade de atuação dos profissionais da ESF junto à puérpera-nutriz objetivando aumentar a prevalência do aleitamento materno.

Descritores: Aleitamento Materno; Autoeficácia; Enfermagem; Período Pós-Parto.

INTRODUÇÃO

A nutrição adequada é a pedra angular de cuidados para o desenvolvimento da infância, sendo essencial para que se alcancem os objetivos de desenvolvimento do milênio. A Assembleia Mundial da Saúde aprovou, em 2012, um plano abrangente (2012-2025) que objetiva aliviar a carga de má nutrição infantil e alocar recursos para alcançar, até 2022, taxas de aleitamento materno exclusivo de 50% em nível global⁽¹⁾.

Sabe-se que o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida pode evitar, anualmente, mais de 1,3 milhões de mortes de crianças menores de cinco anos nos países em desenvolvimento. Reconhecida como o primeiro direito da criança após o nascimento a amamentação pode reduzir 22% a mortalidade neonatal⁽²⁾. No Brasil, verificou-se que em 2011 alcançaram-se taxas de mortalidade que estavam previstas para 2015, sendo o aleitamento materno um possível responsável para esse avanço no país. As taxas de aleitamento precoce e aleitamento materno exclusivo neste país giram em torno de 40%, caindo para 25% quando se trata de aleitamento complementado⁽³⁾. Objetivando impactar esses indicadores, a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil pretende qualificar os profissionais da atenção primária de saúde para o reforço e incentivo a promoção do aleitamento materno no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽²⁾. Tal fato é reforçado pela Política Nacional de Atenção a Saúde da Criança (PNAISC) construída sobre eixos que perpassam todas as redes de atenção à saúde, incluindo a promoção do aleitamento materno, bem como pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Essa tem como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a

vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição⁽⁴⁾.

O início e manutenção o aleitamento materno exclusivo são influenciados por diversos fatores de ordem biológica, ambiental, sociocultural, psicológica, entre outros. Entre os fatores psicossociais, destaca-se a autoeficácia materna para amamentar, a qual tem sido identificada como um importante conceito de promoção da saúde capaz de revelar a expectativa e confiança da mulher para amamentar seu filho. Autoeficácia representa o grau de confiança que a mulher tem em si mesma para superar situações desafiadoras em prol de alcançar os objetivos desejados relacionados a um comportamento saudável, no caso, ao aleitamento materno⁽⁵⁾.

Apoiar a autoeficácia é uma atitude profissional que se manifesta em uma relação clínica empática, tendo relevância reconhecida tanto em nível internacional^(5,6), quanto em nível nacional^(6,7). A realização deste estudo mostrou-se oportuno para todos os profissionais que assistem a díade mãe-filho na rede de atenção à saúde, pois desperta para a necessidade de conhecer a autoeficácia da mãe em amamentar ainda no ciclo gravídico-puerperal e no cuidado continuado à criança. Ao verificarem a correlação entre os escores da escala com as variáveis sociodemográficas e antecedentes obstétricos poderão perceber a relação de fatores sobre o ato de amamentar e traçar estratégias de intervenção capazes de vencer as dificuldades de manejo do aleitamento materno, estimular a sua prevalência e reduzir as taxas de desmame precoce.

MÉTODO

Tratou-se de estudo quantitativo, de delineamento longitudinal do tipo painel, desen-

volvido com gestantes atendidas em seis das 14 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) do município de Pacatuba-CE, as quais foram escolhidas por localizarem-se no perímetro territorial de maior concentração geográfica do município. Pacatuba corresponde a terceira maior cidade em densidade demográfica da região metropolitana de Fortaleza, com um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em Educação de 0,652⁽⁸⁾.

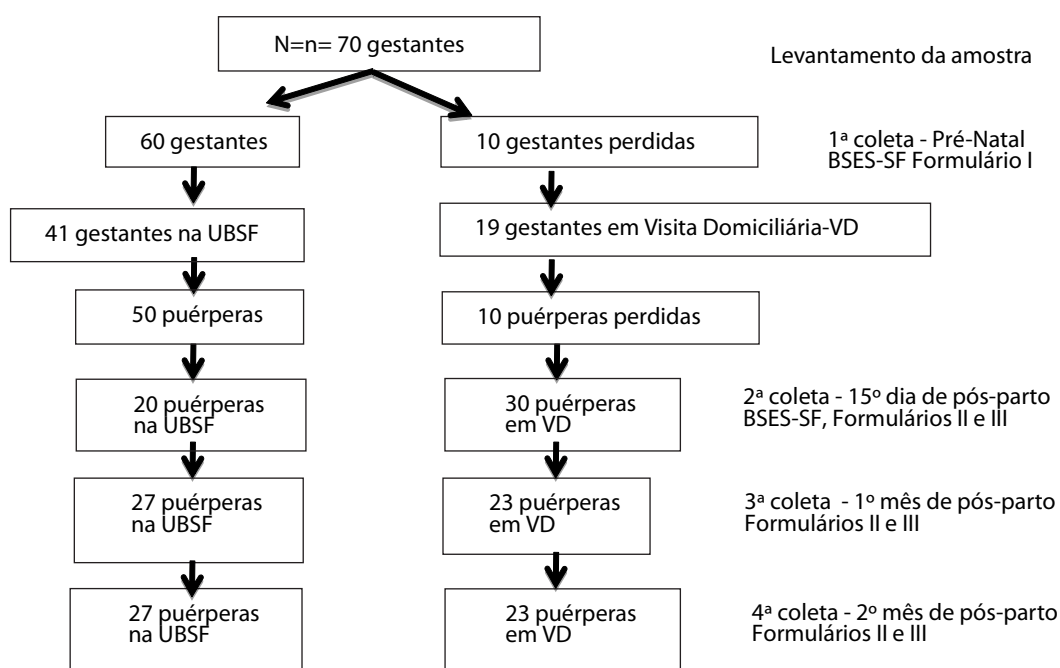
A amostra do estudo satisfaz toda a população de mulheres que atendiam aos critérios de inclusão adotados, a saber: gestante com mais de 30 semanas de idade gestacional, grávidas com feto único, atendidas no pré-natal de baixo risco da Estratégia Saúde da Família (ESF) das unidades básicas de saúde selecionadas na pesquisa. Das 70 gestantes elegíveis, 20 não puderam compor a amostra final do estudo por terem se encaixado em algum dos critérios de exclusão ou de descontinuidade: restrições cognitivas que inviabilizassem a participação

no estudo; gestantes que tiveram partos prematuros ou que doaram a criança; neonatos que permaneceram tempo maior que 15 dias na Unidade de Terapia Intensiva.

Diante do exposto, a coleta de dados ocorreu com uma amostra de 50 mulheres, de julho a novembro de 2011, na própria Unidade Básica de Saúde ou por visita domiciliar, tendo sido efetuada em duas etapas: a primeira no pré-natal das gestantes e a segunda no 15º dia de puerpério.

Para tanto, foram utilizados como instrumentos a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short-Form* (BSES-SF), versão traduzida e adaptada para uso no Brasil⁽⁷⁾, a qual é composta por 14 itens, com cinco opções de resposta (1 a 5 pontos), podendo o somatório da escala variar de 14 (valor mínimo) a 70 pontos (valor máximo), a depender do grau de concordância da entrevistada. A BSES-SF avalia o nível de autoeficácia em amamentar da mãe, ou seja, a sua confiança em si mesma sobre o êxito da amamentação.

Figura 1 - Fluxograma da amostra e da coleta de dados. Paracatuba, 2011



Fonte: Autoria própria, 2014

Ressalta-se que até então, a referida escala não havia sido aplicada no Brasil no contexto da atenção básica à saúde.

Além da BSES-SF, foi aplicado um formulário adaptado de outros estudos^(5,6), a qual abordava dados referentes ao perfil sociodemográfico e econômico das gestantes, condições gineco-obstétricas; informações acerca da dieta e tipo de aleitamento materno oferecidos.

Os dados foram analisados pela estatística descritiva, por meio de frequências absolutas e relativas, médias, erro padrão médio (EPM) e desvio padrão (DP), além de análises inferenciais efetuadas por meio do teste t de *student* ou de *wilcoxon* em todas as variáveis estudadas. Ressalta-se que foram realizados os testes estatísticos para confirmação da normalidade das variáveis (teste de kolmogorov-smirnov), bem como a igualdade de variâncias (teste de levene), tendo-se considerado estatisticamente significativo $p < 0,05$. Os dados foram processados no SPSS – *Statistical Package for the Social Science*, versão 19.0 e apresentados por meio de tabelas.

O estudo obteve parecer favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob parecer 124/2011, cumprindo todas as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, entre as quais a de que todas as participantes do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Na Tabela 1, pode-se verificar que as seguintes características sociodemográficas estiveram associadas estatisticamente com a média de autoeficácia materna em amamentar (BSES-SF) em relação ao pré-natal e ao puerpério, a saber: idade entre 15 e 17 anos; casada/união consensual; escolaridade materna menor que oito anos e paterna igual ou superior a oito

anos; ter renda *per capita* maior que R\$ 141,00; haver até duas pessoas residindo no mesmo domicílio; não possuir bolsa-família; ter como abastecimento de água o sistema público e como esgotamento sanitário o sistema público ou fossa séptica.

As mães participantes tinham, em média, 36,4 semanas gestacionais ($DP \pm 3$). No que diz respeito à relação entre as variáveis, pode-se verificar, na Tabela 2, associação estatisticamente significativa entre as médias dos escores da BSES-SF no pré-natal e no puerpério em relação às seguintes características obstétricas: multigestação; ausência de história de aborto; multiparidade; existência de dois filhos vivos; ter amamentado anteriormente de maneira mista ou exclusiva; inexistência de dificuldade para amamentar; experiência anterior positiva em amamentar; mães que foram amamentadas na infância e que conheciam alguém que havia amamentado.

DISCUSSÃO

Pode-se verificar, na amostra estudada, que mulheres com menor idade tiveram maiores diferenças entre as médias dos escores da BSES-SF ao se comparar o pré-natal e o puerpério. Dessa forma, acredita-se que apesar de estudos mostrarem que mães mais jovens tendem a amamentar por período mais curto⁽⁷⁾, essas mulheres têm grandes chances de serem estimuladas por meio de estratégias de educação em saúde para que mantenham a amamentação no puerpério, tendo em vista que essas já possuem uma tendência a terem sua autoeficácia melhorada no pós-parto.

Sabe-se que a ocorrência de morbimortalidade na infância é alta em países pouco desenvolvidos, principalmente nascidos de mães adolescentes⁽⁹⁾, ressaltando-se, por isso, a

Tabela 1 - Comparação das médias dos escores da BSES-SF no pré-natal e no pós-parto, segundo as variáveis sociodemográficas. Pacatuba, CE, 2011.

Varáveis	BSES-SF PN				BSES-SF PP			
	N	%	M	DP	M	±EPM	M	±EPM
Idade			23	5,3				
15-17	9	18			57	2,7	63	1,9
18-43	41	82			57,6	1,1	60	1,1
Estado civil								
Casada/união consensual	38	76			57,5	1,1	61,7	1
Solteira/Divorciada	12	24			57,3	2,3	56,4	2,1
Escolaridade materna			8,6	2,6				
<8 anos	12	24			58,1	2,1	62,3	1,4
≥ 8 anos	38	76			57,3	1,2	59,8	1,2
Escolaridade paterna			8,3	3,1				
<8 anos	15	30			57,5	1,9	60,7	1,6
≥ 8 anos	35	70			57,5	1,2	60,4	1,2
Ocupação								
Com ocupação	9	18			55,8	3,1	62,3	2,2
Sem ocupação	33	66			56,9	1,1	60	1,1
Renda per capita			0,4	0,3				
<R\$ 140 (<26% SM)	17	34			58,1	1,4	61,2	1,5
>R\$ 141 (>27% SM)	33	66			57,2	1,4	60,1	1,2
Pessoas residindo no domicílio			3,48	1,4				
1 a 2	15	30			55,5	2	61,5	1,7
3 a 4	22	44			59,6	1,2	60,2	1,4
5 ou mais	13	26			56,1	2,2	59,7	2,1
Possui bolsa-família								
Sim	28	56			58,5	1,3	58,9	1,6
Não	22	44			56,7	1,4	61,6	1,2
Origem da água								
Sistema público	46	92			57,9	1,1	60,8	1
Outros	4	8			53	2,3	56,3	4,6
Destino do esgoto								
Sistema público/Fossa séptica	39	78			57,4	1,2	60,6	1,1
Rua/Rio/Córrego	11	22			57,6	1,9	59,6	2
Coleta regular de lixo								
Sim	50	100			57,5	1	60,5	1
Mora próximo à UBSF								
Sim	32	64			56,9	1,4	60	1,2
Não	18	36			58,5	1,4	61,3	1,5

Fonte: Autoria própria, 2014

SM: Salário Mínimo durante o estudo= R\$ 545,00; 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.

relevância de os profissionais da ESF incentivarem essas mães a amamentarem seus filhos, já que a gestação na adolescência tem sido uma realidade cada vez mais presente em nosso país.

Verificou-se, neste estudo, uma associação estatisticamente significante entre escolaridade

materna inferior a oito anos e a autoeficácia materna entre o pré-natal e o puerpério. Inferese que esta relação seja negativa, tendo em vista que mães com baixa escolaridade tendem a introduzir precocemente outros alimentos às crianças⁽¹⁰⁾. Mães com maior nível educacional

Tabela 2 – Comparação das médias dos escores da BSES-SF no pré-natal e no pós-parto, segundo os antecedentes obstétricos. Pacatuba/CE, julho a novembro de 2011

Variáveis	N	%	BSES-SF PN				BSES-SF PP				
			M	DP	M	±EPM	M	±EPM	ρ		
Gestações anteriores											
Primigesta	24	48			57,1	±	1,5	59,7	±	1,6	0,183
Multigesta	26	52			57,8	±	1,4	61,2	±	1,1	0,013
Abortos											
Sim	7	14	0,1	0,4	57,1	±	4	62,3	±	2,3	0,232 *
Não	43	86			57,5	±	1	60,2	±	1,1	0,025
Paridade											
Primípara	26	52			57,1	±	1,4	60	±	1,5	0,144
Multípara	24	48			57,8	±	1,5	61	±	1,2	0,01
Filhos vivos											
			0,94	1,2							
Um	11	22			57,4	±	2,7	59,4	±	2	0,356
2	7	14			59,9	±	1,8	62,6	±	2	0,028 *
3 a 5	6	12			59,9	±	1,8	62,6	±	2	0,225 *
Sem filhos	26	52			56,9	±	1,4	60,2	±	1,5	0,255
Tipo de Amamentação anterior¹											
Mista	23	92	213,1	11,5	58,4	±	7,1	61,1	±	5,7	0,004
Exclusiva	15	60	403,1	17,1	58,2	±	7,7	58,2	±	4,6	0,012
Dificuldade para amamentar¹											
Sim	1	4			49	±		46	±		-
Não	23	96			57,6	±	1	60,8	±	0,9	0,021
Experiência de amamentar¹											
Positiva	22	92			57,5	±	4,5	61,1	±	1,2	0,004
Negativa	2	8			66,5	±		62	±		-
Mamou quando criança											
Sim	37	74			57,5	±	1,2	59,2	±	1,1	0,047
Não	10	20			58,9	±	2,1	65,1	±	1,5	0,182
Não sabe	3	6			52,7			59			-
Conhece alguém que deu de mamar											
Sim	49	98			51,1	±	1	60,3	±	1	0,022
Não	1	2			66			64			-
MÉDIA BSES-SF PN			57,46			±	1				0,009
MÉDIA BSES-SF PP			60,4			±	1				

Fonte: Autoria própria, 2014

¹Multíparas; 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; ρ: t de Student; * teste de Wilcoxon.

podem ter um forte senso de competência pessoal e podem aproximar-se da realização de tarefas difíceis, desafios a serem dominados, e não os repelir como ameaças⁽¹⁰⁾. Dessa forma, acredita-se que mulheres com maior escolaridade, por terem maiores possibilidades de acesso às informações sobre as vantagens do aleitamento materno, possuem também um aumento da probabilidade de iniciação do aleitamento materno.

Apesar dos achados mencionados, em outros estudos, a idade e escolaridade maternas não foram relacionadas com a pontuação obtida na BSES-SF no pré-natal, uma semana pós-parto e quatro meses após o parto⁽⁵⁾. Além disso, não foram identificadas diferenças entre as pontuações médias BSES-SF em uma, quatro e oito semanas pós-parto, quando relacionadas à idade e nível educacional⁽⁶⁾, contrapondo-se a diversos outros estudos^(11,12).

Assim, a prevalência de aleitamento materno está associada positivamente a fatores como a mãe com mais idade e maior escolaridade, licença-maternidade e possuir mais de um filho⁽¹³⁾ ou associado negativamente a primiparidade, cansaço físico, baixa escolaridade, baixa renda e ausência de orientação de aleitamento materno⁽¹⁴⁾.

Corroborando com outro estudo⁽¹²⁾, o nível de educação paterna igual ou superior a oito anos foi capaz de elevar a autoeficácia materna em amamentar. Além disso, também se verificou que o fato de a mãe ser casada ou viver em união estável influenciam na autoeficácia materna ($p < 0,05$), pois se tratam de elementos favorecedores para a manutenção da amamentação, visto que existe a comprovação de estudos que demonstraram a influência paterna tanto no início quanto na duração do aleitamento materno, tornando premente a participação do parceiro no apoio às mães durante o ciclo gravídico-puerperal, de modo a promover o aleitamento materno^(5,6).

No presente estudo tanto ter ocupação quanto não tê-la apresentou associação com a autoeficácia materna, no entanto, verificou-se associação com renda *per capita* superior a R\$141, ou seja, acima da linha de pobreza. É oportuno salientar que outros estudiosos também encontraram relação significativa entre as variáveis, renda e autoeficácia materna, sugerindo, assim, que quanto maior a renda, maior a autoeficácia em amamentar^(6,11).

Os dados revelaram que, da amostra envolvida, 56% ($n = 28$) eram beneficiários do programa Bolsa Família, dos quais 38% ($n = 19$) com escolaridade ≥ 8 anos, 54% ($n = 27$) não possuíam emprego e 50% ($n = 25$) não tinham renda *per capita* satisfatória. Atualmente, 16,2 milhões (8,5%) de brasileiros são extremamente pobres, sendo que mais da metade vive no Nordeste (9,6 milhões), sem nenhuma renda (4,8 milhões) e rendimento *per capita* de R\$1,00 a R\$ 70,00 (11,4 milhões).

Ressalta-se que esse parâmetro é usado para a elaboração das políticas sociais, como o Programa Bolsa Família. Segundo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) em dez anos de existência, o programa Bolsa Família contribuiu para a redução da mortalidade infantil, das crianças até 5 anos, em 19,4%⁽³⁾.

Quanto ao saneamento básico, o IBGE revelou que em 2010, 93,5% dos domicílios urbanos contavam com o serviço de abastecimento de água pela rede pública. Quanto ao esgotamento sanitário, constatou-se que 68,3% dos domicílios brasileiros eram atendidos por esse serviço. Em relação à coleta de lixo, 98,5% dos domicílios eram atendidos por esse serviço, corroborando com nosso estudo⁽⁸⁾. Dessa forma, infere-se que quanto melhores as condições de moradia e saneamento básico dessas famílias maior autoeficácia as mulheres terão em amamentar seus filhos, por também sentirem-se seguras com relação a tais variáveis socio sanitárias.

Quanto ao local de residência, as mães que moravam distante das UBS apresentaram maior autoeficácia em amamentar ($p < 0,05$). Dessa forma, pode-se inferir que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) esteja conciliando ações de promoção junto à população que se encontra na área adstrita, destacando-se também o papel da visita domiciliária por parte da equipe da ESF e dos agentes comunitários de saúde, os quais atuam como elo entre famílias e serviços de saúde.

A ESF tem o potencial de elevar os índices de aleitamento materno mediante monitorização permanente das condições de saúde e situações de risco, compreendendo o aleitamento materno em seu contexto sociocultural e familiar. Além dessa, merecem destaque as iniciativas da Rede Amamenta Brasil e da Rede Cegonha que também vem atuando no âmbito da atenção primária à saúde.

Sabe-se que os antecedentes obstétricos são fatores relevantes a serem considerados em

gestações atuais, tendo em vista que podem influenciar no enfrentamento da mulher para essa nova gestação⁽⁶⁾. Quanto à paridade, esse estudo demonstrou que as primíparas apresentam redução significativa da autoeficácia em amamentar em comparação com as múltiparas, corroborando com outras pesquisas^(5,12). Assim, múltiparas com experiência prévia em amamentar apresentaram escores da BSES-SF consistentemente superiores às primíparas⁽⁶⁾, podendo-se inferir a importância de experiências anteriores bem-sucedidas no desenvolvimento de autoeficácia na amamentação.

As primíparas devem receber orientação e estímulos diferenciados, pois fazem parte do grupo de risco de interrupção do aleitamento, pela inexperiência, insegurança e dúvidas que surgem iniciar o aleitamento materno⁽¹⁵⁾. No entanto, as múltiparas com experiências negativas também podem ter sua autoeficácia comprometida, por terem tido respostas emocionais negativas: medo e ansiedade⁽¹²⁾.

Esse aspecto deve ser considerado pelos profissionais de saúde em atividades desenvolvidas nas Unidades de Atenção Primária, por meio do diálogo por pares onde uma gestante, com experiências positivas de amamentação, possa compartilhar suas vivências com gestantes que nunca amamentaram ou que tiveram experiências anteriores negativas ao amamentar.

Estudo realizado na Austrália revelou que os escores da BSES aumentaram após o nascimento, pois houve, respectivamente, um incremento tanto entre as primíparas quanto entre as múltiparas de 2,9 e 3,2 na média dos escores da escala, no pré-natal para o pós-parto⁽¹⁶⁾.

Encontrou-se uma correlação positiva entre o número de filhos e o escore médio na BSES-SF, ou seja, as mulheres com mais crianças apresentaram escores mais altos na escala, coadunando com estudo em que verificaram

associação com as mulheres que tinham um ou mais filhos vivos⁽¹⁷⁾.

Estudos apontam que mulheres com experiência positiva em relação à amamentação de outros filhos apresentaram predisposição para amamentar um novo bebê e, em geral, o amamentaram por mais tempo, quando comparadas com mulheres que vivenciaram experiências negativas, como: dor, mastite, fissuras, ingurgitamento, mamilo invertido, produção insuficiente de leite e outras dificuldades⁽¹¹⁾.

O nível de desempenho através da experiência anterior tem uma influência significativa na autoeficácia⁽¹²⁾, já que são consideradas relevantes para esse construto as experiências de êxito: experiência anterior em amamentar; apoio profissional anterior; experiências vicárias com observação do comportamento de alguém que vive em situações de vida semelhantes e que conseguiu amamentar com sucesso.

Assim, as mulheres que têm experiência prévia de amamentação negativa ou mal sucedida podem ser particularmente de risco, por não tentar ou não continuar a amamentar os filhos subsequentes. Considerando que a experiência anterior vai influenciar a sua autoeficácia, o enfermeiro, aplicando a BSES-SF, pode ser capaz de identificar e facilitar a percepção da experiência anterior em amamentar, e, a partir daí, promover intervenções específicas que aumentariam a autoeficácia da mãe para iniciar e manter o aleitamento materno com seu filho.

Em 2009, a ESF alcançou 50,7% da população brasileira, com maiores coberturas nos menores municípios. Pesquisas mostram que para cada aumento em 10% na cobertura da Saúde da Família, está associada uma redução de 4,6% na mortalidade infantil⁽¹⁸⁾. Daí a importância de identificar os fatores que possam motivar a mulher a amamentar. A ESF deve estar centrada na família, entendida e percebida a partir de

seu ambiente físico e social, o que possibilita às equipes da ESF uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além da prática curativa.

A autoeficácia é uma variável cognitiva essencial para motivação e execução de qualquer ação ou comportamento relacionado à saúde. Logo, estimular a confiança materna para amamentação possivelmente poderá influenciar outros comportamentos que impactarão indicadores de saúde da criança.

O vínculo e o acompanhamento longitudinal da equipe da ESF com a gestante possibilitam a identificação dos níveis de autoeficácia da mãe para amamentação, de modo que, quando esses profissionais identificarem mães como baixa autoeficácia, por ser este um preditor negativo para o aleitamento materno exclusivo, poderão intervir visando a promoção da autoeficácia materna para amamentar e conseqüente aumento da prevalência da amamentação, bem como o impacto positivo no crescimento e no desenvolvimento infantil.

Como existem quatro fontes de informação de autoeficácia (experiência pessoal; experiência vicária; persuasão verbal; estados fisiológicos/emocionais), podem ser traçadas estratégias específicas para reforçar o efeito dessas fontes⁽¹⁹⁾. Por exemplo, as mulheres sem apoio poderiam ser direcionadas para atividades onde elas possam se encontrar e obter ajuda de outras mães experientes, permitindo que elas tenham um modelo a seguir e, portanto, mais experiência vicária. Uma rede de suporte para a amamentação, um acesso mais fácil aos serviços de saúde, envolvendo educação e planejamento para a amamentação, podem melhorar os resultados da amamentação, e também são fatores relevantes no incremento da autoeficácia.

A atenção pré-natal constitui-se em uma das ações mais elementares da atenção básica, impactando de maneira muito positiva

os indicadores materno-infantis. As gestantes necessitam ser reconhecidas para promover a sua vinculação com a equipe, garantindo, assim, um acompanhamento de qualidade satisfatória, com a identificação e intervenção, em tempo oportuno, de possíveis problemas, com definição de prioridades a partir da avaliação e classificação de risco e análise de vulnerabilidade⁽¹⁸⁾.

CONCLUSÃO

O presente estudo, que consistiu em analisar as médias dos escores da BSEF-SF segundo as variáveis sociodemográficas e antecedentes gineco-obstétricas, reforça as evidências de fatores que influenciam na autoeficácia de amamentar, bem como constata a relevância do papel do enfermeiro da atenção básica, que pode, a partir da aplicação da BSES-SF, elaborar estratégias educativas para aproximar a temática da amamentação não só das mães, mas também de todo o contexto familiar, tentando discutir soluções e meios de enfrentamento ante as dificuldades.

Nesse contexto, diante da necessidade de valorização dos pais no cenário da promoção do aleitamento materno, estes deverão participar das estratégias educativas para que por meio da persuasão verbal, uma fonte de autoeficácia, estes também possam atuar prestando apoio às mães e encorajando-as a prosseguirem no processo de amamentação.

Por conseguinte, a Enfermagem necessita apropriar-se de tecnologias educativas, para intervir junto à clientela e sua família, pois, conhecendo sua autoeficácia e os seus desafios familiares, é possível realizar uma educação em saúde em que haja adesão e execução de novas práticas de saúde pelas mulheres durante o período gravídico e puerperal.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Maternal, infant and young child nutrition: draft comprehensive implementation plan. [online]. 2012 [cited 2013 feb 11]. Available from: http://www.who.int/nutrition/events/2012_consultation_proposed_globaltargets/en/
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1920 de 05 de setembro de 2013. Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.
3. Portal Objetivos de Desenvolvimento do Milênio -ODM. Acompanhamento municipal dos objetivos do milênio. [online]. 2012 [citado 2013 fev 11]. Disponível em: <http://www.portalodm.com.br>
4. Brasil Ministério da Saúde Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança. [online]. 2014 [citado 2014 nov14]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/>
5. Dennis CL. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *Hum Lact*. 1999; 15(3):195-201.
6. Dennis CL. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003; 32(6):734-44.
7. Oriá MOB, Ximenes LB. Tradução e adaptação cultural da Breastfeeding Self-Efficacy Scale para o português. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(2):230-8.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. [online]. 2011 [citado 2011 mai 11]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>.
9. International Baby Food Action Network. Conference declaration and call to action. [online]. 2012 [cited 2013 feb 11]. Available from: <http://worldbreastfeedingconference.org/home.html>
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
11. Blak RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, Onis M, Ezzati M, et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*. 2008; 371(9608):243-60.
12. Dodt RCM. Elaboração e validação de tecnologia educativa para autoeficácia da amamentação. [Tese] Fortaleza (CE): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2011.
13. Pollard DL. Impact of a feeding log on breastfeeding duration and exclusivity. *Matern Child Health J*. 2011; 15(3):395-400.
14. Costa EL, Sena MCF, Dias A. Gravidez na adolescência - Determinante para prematuridade e baixo peso. *Com Ciênc Saúde*. 2011; 22(Sup 1):183-8.
15. Tavares MC, Aires JS, Dodt RCM, Joventino ES, Oriá MOB, Ximenes LB. Application of Breastfeeding Self-Efficacy Scale to post-partum women in rooming-in care: a descriptive study. *Online Braz J Nurs*. [online]. 2010 [cited 2012 June 20]; 9(1). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2717/599>
16. Kimani-Murage EW, Madise NJ, Fotso JC, Kyobutungi C, Mutual MK, Gitau TM et al. Patterns and determinants of breastfeeding and complementary feeding practices in urban informal settlements, Nairobi Kenya. *BMC Public Health*. [online]. 2011 [cited 2012 June 13]; 11: 396 Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3118248/>
17. Al-Sahab B, Lanes A, Feldman M, Tamim H. Prevalence and predictors of 6-month exclusive breastfeeding among Canadian women: a national survey. *Pediatrics*. 2010; 10(20):1-9.
18. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
19. Bandura A, Azzi RG, Polydoro S. Teoria social cognitiva: conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed; 2008.

* Trabalho extraído da Dissertação de Mestrado "Autoeficácia das mulheres no ciclo gravídico-puerperal em amamentar" apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Brasil, 2012.

Todos os autores participaram das fases dessa publicação em uma ou mais etapas a seguir, de acordo com as recomendações do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participação substancial na concepção ou confecção do manuscrito ou da coleta, análise ou interpretação dos dados; (b) elaboração do trabalho ou realização de revisão crítica do conteúdo intelectual; (c) aprovação da versão submetida. Todos os autores declaram para os devidos fins que são de suas responsabilidades o conteúdo relacionado a todos os aspectos do manuscrito submetido ao OBJN. Garantem que as questões relacionadas com a exatidão ou integridade de qualquer parte do artigo foram devidamente investigadas e resolvidas. Eximindo, portanto o OBJN de qualquer participação solidária em eventuais imbróglis sobre a matéria em apreço. Todos os autores declaram que não possuem conflito de interesses, seja de ordem financeira ou de relacionamento, que influencie a redação e/ou interpretação dos achados. Essa declaração foi assinada digitalmente por todos os autores conforme recomendação do ICMJE, cujo modelo está disponível em http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recebido: 22/03/2014

Revisado: 1/12/2014

Aprovado: 1/12/2014