



Journal of Nursing

Revista de Enfermagem

UFPE On Line

ISSN: 1981-8963

ORIGINAL ARTICLE

INFLUENCE ON CONDITIONS OF HEALTH OF THE NEWBORN ABOUT THE MATERNAL SELF-EFFICACY IN BREASTFEED

INFLUÊNCIA DE CONDIÇÕES DE SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO SOBRE A AUTOEFICÁCIA MATERNA EM AMAMENTAR

INFLUENCIA DE CONDICIONES DE SALUD DEL RECIÉN NACIDO SOBRE LA AUTOEFICACIA MATERNA EN AMAMANTAR

Janaiana Lemos Uchoa¹, Emily Karoline Freire Oliveira², Ana Lúcia Araújo Gomes³, Emanuella Silva Joventino⁴, Marly Javorski⁵, Lorena Barbosa Ximenes⁶

ABSTRACT

Objective: to verify the association of self-efficacy scores for breastfeed in prenatal and in postpartum, with the health conditions of the newborn. **Method:** quantitative, longitudinal of the type panel study, held in Pacatuba-CE, with 50 women interviewed in the prenatal and postpartum, at the period from July to November 2011. The sample attended to criteria of inclusion and exclusion. Data collection was performed by applying two instruments: Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short-Form (BSES-SF) and form. The data were processed using the Statistical Package for Social Sciences version 17.0, and analyzed according to the literature. The research was approved by the Ethics Committee in Research of the Federal University from Ceara, protocol 124/2011. **Results:** The female participants were on average 23 years old (SD = ± 5.3), earning more than R\$141.00, with eight or more years of study. There was verified statistically significant association with the BSES-SF scores in both prenatal and postpartum, at the following variables: newborns who came weighing 3000 grams or more (p=0.007), measuring between 46 and 52 cm (p=0.008), of the gender male (p=0.010), with Apgar score at the first (p=0.006), and at the fifth minute (p=0.004), greater than or equal to seven, to term (p=0.028) in exclusive breastfeeding (p=0.011), with a daily frequency of breastfeeding at the fifteenth day of puerperium of more than 10 times (p=0.010). **Conclusion:** The nurse must consider the health conditions of the mother and the child at the developing and implementing of strategies for the promotion of maternal self-efficacy in breastfeeding. **Descriptors:** breast feeding; self-efficacy; nursing.

RESUMO

Objetivo: verificar a associação dos escores de autoeficácia para amamentar no pré-natal e no pós-parto com as condições de saúde do recém-nascido. **Método:** estudo quantitativo, longitudinal do tipo painel, realizado em Pacatuba-CE, com 50 mulheres, entrevistadas no pré-natal e pós-parto, no período de julho a novembro de 2011. A amostra atendeu a critérios de inclusão e exclusão. A coleta de dados foi realizada com a aplicação de dois instrumentos: *Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short-Form* (BSES-SF), e formulário. Os dados foram processados no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 17.0 e analisados de acordo com a literatura. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal do Ceará, com o protocolo 124/2011. **Resultados:** as participantes tinham, em média, 23 anos (DP=± 5,3), renda maior que R\$141,00, com oito ou mais anos de estudo. Verificou-se associação estatisticamente significativa com os escores da BSES-SF, tanto no pré-natal quanto no pós-parto nas seguintes variáveis: recém-nascidos que nasceram com 3000 gramas ou mais (p=0,007), medindo entre 46 e 52 cm (p=0,008), do sexo masculino (p=0,010), com APGAR no primeiro (p=0,006), e no quinto minuto (p=0,004), maior ou igual a sete, a termo (p=0,028), em aleitamento materno exclusivo (p=0,011), com uma frequência diária de mamada no décimo quinto dia de puerpério de mais de 10 vezes (p=0,010). **Conclusão:** o enfermeiro deve considerar as condições de saúde da mãe e do filho no desenvolvimento e na implementação de estratégias que visem a promoção da autoeficácia materna em amamentar. **Descritores:** aleitamento materno; autoeficácia; enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: verificar la asociación de los marcadores de auto-eficacia para amamantar durante el prenatal y posparto con las condiciones de salud del recién nacido. **Método:** estudio cuantitativo, longitudinal de tipo panel, realizado en Pactuba-CE, con 50 mujeres, entrevistadas durante el prenatal y posparto entre julio y noviembre de 2011. El muestreo obedeció a criterios de inclusión y exclusión. La recogida de datos se realizó con la ampliación de instrumentos: *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short-Form* (BSES-SF), y formulario. Los datos se procesaron en el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 17.0 y analizados según la literatura. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Ceará, protocolo 124/2011. **Resultados:** las participantes tenían en media 23 años (DP±5,3), renta mayor de R\$141,00, con ocho o más años de escolaridad. Se verificó asociación estadísticamente insignificante con los escolares de la BSES-SF, tanto en el prenatal como en el posparto en las siguientes variables: recién nacidos que nacieron con 3000 gramos o más (p=0,007), midiendo entre 46 y 52 cm (p=0,008), del sexo masculino (p=0,010), con APGAR en el primero (p= 0,006) y en el quinto minuto (p=0,040), mayor o igual a siete, a término (p=0,028), en amamantamiento materno exclusivo (p=0,011), con una frecuencia diaria de amamantamiento en el décimo quinto día de puerperio de más de 10 veces (p=0,010). **Conclusión:** el enfermero debe considerar las condiciones de salud de madre e hijo en el desarrollo e implementación de estrategias que fomenten la promoción de la auto-eficacia materna en amamantar. **Descriptor:** lactancia materna; autoeficacia; enfermería.

¹Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família de Pacatuba, Ceará. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: janaianauchoa@yahoo.com.br; ²Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: e.karoline@hotmail.com; ³Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família de Fortaleza, Ceará. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: anabetogomes@hotmail.com; ⁴Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: manujoventino@yahoo.com.br; ⁵Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professor Assistente da Universidade Federal de Pernambuco. Recife (PE), Brasil. E-mail: marly_11@hotmail.com; ⁶Enfermeira. Professora Doutora do Departamento e do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Pesquisadora do CNPq. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: lbximenes2005@uol.com.br

INTRODUÇÃO

Os benefícios do aleitamento materno, em curto e em longo prazo, para a saúde da criança estão amplamente discutidos na literatura, de tal forma que a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que o mesmo seja exclusivo até os seis meses de vida da criança e complementado, pelo menos, até os dois anos de idade.¹ Sabe-se que o aleitamento materno é a estratégia isolada que mais previne mortes infantis, tendo o potencial de evitar 13% dos óbitos de crianças menores de cinco anos em todo o mundo, por causas preveníveis.^{1,2}

Apesar das inúmeras vantagens e das ações governamentais e não governamentais em prol do aleitamento materno, o tempo médio da amamentação exclusiva ainda não atende o preconizado pelo Ministério de Saúde. Observa-se, entretanto, que no Brasil a adesão ao aleitamento materno vem aumentando os índices nas últimas décadas, pois em 1999, a duração do AME era de 24 dias e, em 2008, esta alcançou 54 dias,^{3,4} embora o tempo do AME ainda se encontre bem aquém da recomendação de 180 dias.

Entre as causas que têm influenciado no desmame precoce, ressaltam-se: idade, escolaridade, renda familiar, estado civil, consideradas não modificáveis; além de fissuras, ingurgitamento mamário ausência de apoio para amamentar e a falta de autoeficácia materna para estabelecer e manter a amamentação, apreciadas como causas modificáveis.⁵⁻⁷

A autoeficácia pode ser definida como a confiança na sua competência e eficácia para realizar uma determinada tarefa, ela faz a mediação entre o conhecimento e o comportamento do indivíduo.⁸ Muitos pesquisadores têm constatado que mães com autoeficácia são mais propensas a escolherem amamentar e persistirem quando confrontadas com dificuldades.⁹⁻¹²

Diante do exposto, visto que o enfermeiro possui papel relevante na promoção do aleitamento materno, faz-se premente que este profissional avalie as condições de vida da mãe e do filho, bem como a autoeficácia materna para amamentar, que é um elemento passível de modificação, carecendo, portanto, de estratégias educativas inovadoras durante o ciclo gravídico-puerperal. Assim, o estudo tem como objetivo verificar a associação dos escores de autoeficácia para amamentar no pré-natal e no pós-parto com as condições de saúde do recém-nascido.

MÉTODO

Estudo quantitativo, longitudinal do tipo painel, realizado com mulheres que estavam grávidas a partir da 30ª semana, que foram acompanhadas em uma das seis Unidades Básicas de Saúde da Família no município de Pacatuba-CE, no período de julho a novembro de 2011. A escolha destas unidades ocorreu em virtude das mesmas localizarem-se no perímetro territorial de maior concentração geográfica de Pacatuba, que corresponde a terceira maior cidade em densidade demográfica da região metropolitana de Fortaleza (RMF).¹³

A amostra compreendeu toda a população de 50 mulheres que atenderam aos seguintes critérios de elegibilidade: estar a partir da 30ª semana de gravidez com gestação única, acompanhadas no pré-natal/puerpério, cujos filhos teriam que ser consultados na puericultura das UBS selecionadas. Foram definidos como critérios de exclusão: restrições físicas e/ou mentais que impossibilitassem a compreensão do instrumento, gestantes com pré-natal de risco e neonatos que tiveram permanência maior que quinze dias na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI).

A coleta de dados foi realizada em dois momentos com a mesma mulher. Assim, cada uma serviu como próprio controle, traduzindo-se em acompanhamento longitudinal da autoeficácia para amamentar. No primeiro momento, aplicaram-se dois instrumentos às gestantes: a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short-Form* (BSES-SF), que tem como finalidade avaliar o impacto do nível de confiança da mãe em si mesma sobre o êxito da amamentação, e um formulário abordando dados sociodemográficos.⁹

Quanto ao segundo momento do estudo, este ocorreu no 15ª dia de puerpério da mulher com a aplicação do formulário com dados acerca das condições de saúde do recém-nascido e tipo de aleitamento materno,^{9,10} realizando-se, novamente, a aplicação da BSES-SF.

A escala BSES-SF, utilizada nesta pesquisa, foi validada, tendo obtido índice de confiabilidade de Alfa de Cronbach (0,74), composta por 14 itens distribuídos em dois domínios (Técnico e Pensamentos Intrapessoais), cujo padrão de resposta varia de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). Assim, os escores totais da escala podem variar de 14 a 70 pontos.⁹

É oportuno salientar que, inicialmente, a coleta de dados deveria ter ocorrido somente nas próprias UBS selecionadas, onde havia uma sala reservada para a realização da entrevista, e que esta só deveria acontecer após o atendimento da mulher na consulta de pré-natal, ou depois da consulta de puericultura do recém-nascido. Contudo, foi necessário realizar também entrevista nos domicílios de algumas das participantes, em virtude da ausência das mesmas às consultas agendadas.

Os dados foram processados no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 17.0, realizando-se análise exploratória por meio de testes estatísticos descritivos, além dos testes t de Student e teste de Wilcoxon, considerando-se como significativa $p<0,05$, sendo estes analisados de acordo com a literatura.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, obtendo aprovação sob o protocolo 124/2011. Ressalta-se que todas as participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Em relação à caracterização das variáveis sociodemográficas, verificou-se que, dentre as 50 mulheres que participaram do estudo, a idade variou de 15 a 43 anos ($M= 23$; $DP= \pm 5,3$), a renda *per capita* prevalente foi maior que R\$ 141,00, com média de três a quatro pessoas residindo no domicílio. A maioria dos lares possuía abastecimento de água e esgotamento sanitário da rede pública, coleta regular de lixo, bem como proximidade à Unidade Básica Saúde (UBS).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica das gestantes acompanhadas em Unidades da Saúde da Família. Paractuba-CE, 2011.

Variáveis	Especificações	N	%	M	DP
Idade	15-17	9	18	23,0	5,3
	18-43	41	82		
Estado Civil	Casada/união consensual	38	76		
	Solteira/Divorciada	12	24		
Escolaridade Materna	<8 anos	12	24	8,6	2,6
	≥ 8 anos	38	76		
Ocupação	Com ocupação	9	18		
	Sem ocupação	33	66		
	Estudante	8	16		
Renda Familiar <i>per capita</i>	Menor que R\$ 140 (<26% SM)	17	34	0,4	0,3
	Maior que R\$ 141 (>27% SM)	33	66		
Tabagistas	Sim	3	6		
	Não	45	90		
	Ex- tabagista	2	4		
Origem da água	CAGECE	46	92		
	Outros	4	8		
Destino do Esgoto	CAGECE/Fossa séptica	39	78		
	Rua/Rio/Córrego	11	22		
Coleta regular de Lixo	Sim	50	100		
Mora próximo a UBS	Sim	32	64		
	Não	18	36		

§ 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

Na Tabela 2, as variáveis relacionadas às condições de saúde do recém-nascido que apresentaram associação estatisticamente significativa com os escores da BSES-SF, tanto no pré-natal, quanto no pós-parto, foram: recém-nascidos que nasceram com 3000 gramas ou mais ($p=0,007$) ($M=3272g$; $DP\pm473,1$); medindo entre 46 e 52 cm ($p=0,008$) ($M=48,52cm$; $DP\pm2,5$); do sexo

masculino ($p=0,010$); com APGAR no primeiro ($p=0,006$) ($M=6,3$; $DP\pm3,5$), e no quinto minuto ($p=0,004$) ($M=7$; $DP\pm3,8$), maior ou igual a sete; a termo ($p=0,028$); em aleitamento materno exclusivo ($p=0,011$); com uma frequência diária de mamada no décimo quinto dia de puerpério de mais de 10 vezes ($p=0,010$).

Tabela 2. Associação das variáveis relacionadas às condições de saúde do recém-nascido (RN) com os escores da BSES-SF no pré-natal e no pós-parto. Paractuba -CE, 2011.

Variáveis	Especificações	n	%	BSES-SF PN		BSES-SF PP		p
				M	EPM	M	EPM	
Peso ao nascer	< 2500g	1	2	63		67		
	2500 - 2999g	13	26	57,7	±1,7	58,2	±2,1	0,789
	≥3000g	36	72	57,2	±1,2	61,1	±1,1	0,007
Comprimento ao nascer (cm)	42-45cm	7	14	60,1	±2,2	62	±2	0,061*
	46-52cm	40	80	56,9	±1,2	60,5	±1,1	0,008
	53-56cm	3	6	58,5	±3,3	57	±4,5	0,842*
Sexo	Masculino	32	64	58	±1,3	60,2	±1,2	0,150
	Feminino	18	36	56,4	±1,5	60,8	±1,5	0,010
APGAR 1º	<7	2	4	53,5	±1,5	56,5	±1,5	
	≥7	37	74	56,9	±1,2	60,7	±1	0,006
	Não consta	11	22	60	±2	60,3	±2,6	
APGAR 5º	≥7	39	78	56,7	±1,1	60,4	±1	0,004
	Não consta	11	22	60	±2	60,3	±2,6	0,913
Classificação	A termo	45	90	57,9	±1,1	60,5	±1	0,028
	Pré-termo	4	8	51,3	±1,8	58	±3	0,248*
	Pós-termo	1	2	63		67		
Tipo de alimentação (até 15º dia)	Amamentação exclusiva	46	92	57,83	±1	61	±0,9	0,011
	Amamentação mista	4	8	53,25	±3,5	54,5	±5,5	0,612
Mamadas/dia (até 15º dia)	8 - 10	7	14	60,1	±2,7	60,9	±3,3	0,691
	>10	43	86	55	±1,1	60,4	±1	0,010

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

Conhecer as variáveis sociodemográficas, bem como a autoeficácia das mulheres para amamentar associada às condições de nascimento do recém-nascido, possibilita evidenciar indicadores que auxiliem os profissionais de saúde na implementação de intervenções eficazes para o binômio mãe e filho, bem como a reorganização dos serviços de saúde.

Os achados deste estudo são similares aos encontrados em outras pesquisas que verificaram que as variáveis idade, estado civil, ocupação, renda e escolaridade podem repercutir positivamente ou não no processo de amamentação.^{14,15}

Mães mais jovens, com menor escolaridade e mulheres fumantes são grupos de risco para desmamar precocemente, ou até mesmo para nem iniciar o processo de amamentação, apesar de ser evidenciado que algumas mães adolescentes têm forte predisposição para amamentar.^{16,17}

A relação entre escolaridade e prevalência do aleitamento materno exclusivo está documentada em estudo de coorte em que mulheres com apenas o ensino fundamental tiveram o dobro do risco de desmamar precocemente seus filhos em relação àquelas com ensino superior.¹⁸ O acesso às informações, bem como a compreensão da supremacia do leite materno na alimentação da criança, podem estar associados a maior escolaridade da mãe, repercutindo em melhor desempenho destas na amamentação.¹⁹

O impacto da participação do companheiro no processo da amamentação vem sendo discutido, em especial, nas últimas décadas. É consenso que a prática do aleitamento materno é influenciada pela família e pelo meio social. Desta forma, o apoio do parceiro às mulheres na promoção do aleitamento materno durante o ciclo gravídico-puerperal, pode ser importante preditor de sucesso na amamentação.²⁰

Estudo realizado em creches em São Paulo constatou que dentre as variáveis socioeconômicas avaliadas, a renda familiar menor ou igual três salários mínimos foi a que se associou com mais frequência ao desmame precoce, sendo o risco três vezes maior. Em famílias com situação socioeconômica desfavorável, em geral, é necessário que a mulher tenha um emprego para contribuir com a renda e a sobrevivência da família,²¹ mesmo que muitas vezes estas nutrizas não estejam inseridas no mercado formal, fato que contribui para o desmame precoce das crianças uma vez que estas não são beneficiadas pela licença-maternidade conferida por lei.

Independente de a gestante morar ou não próximo a Unidade Básica de Saúde, as ações da Estratégia da Saúde da Família (ESF) devem contemplar suas necessidades de assistência durante o acompanhamento do pré-natal e puerpério incluindo ações de promoção ao aleitamento materno.

Estudo sobre as práticas culturais em relação ao aleitamento materno em famílias cadastradas na Estratégia da Saúde da Família (ESF) considera que não basta apenas informar

os benefícios e o manejo do aleitamento materno, faz-se necessário que os profissionais implementem ações educativas que incluam a perspectiva da promoção da saúde dessas mulheres.²²

Assim, a compreensão das condições de vida e do contexto familiar da mulher que amamenta é importante para a tomada de decisão em relação à abordagem a ser utilizada nas ações educativas para a promoção do aleitamento materno. Entende-se que os profissionais que atuam na Estratégia da Saúde da Família (ESF) estão a todo o momento fazendo aproximações com a realidade da população o que lhes possibilita identificar as necessidades da mulher e de sua família em relação à amamentação.

Foram observadas associações estatisticamente significantes entre os escores da BSES-SF no pré-natal e no pós-parto com algumas condições de saúde do recém-nascido, como, por exemplo, a variável peso ao nascer com a autoeficácia materna, evidenciada por outros estudos.²³⁻⁴ É oportuno ressaltar que o peso ao nascer, além de representar o principal parâmetro de crescimento intrauterino, tem forte associação com a morbimortalidade neonatal, incluindo comprometimento neuromotor, problemas respiratórios crônicos e infecções. A ocorrência de baixo peso ao nascer representa ainda um indicador geral do nível de saúde de uma população, por estar associada às condições socioeconômicas.²⁵

As mães de crianças nascidas com baixo peso deveriam ter um acompanhamento especial em relação à amamentação e ao ganho de peso, pois estas crianças podem ter dificuldades para mamar. A Organização Mundial de Saúde e o UNICEF recomendam que os profissionais de saúde, em especial enfermeiros que atuam na rede básica, devem informar às mães sobre os parâmetros normais de perda de peso no período neonatal, alertando-as sobre os riscos do uso das fórmulas lácteas.²⁶

Salienta-se a importância do profissional de saúde desenvolver habilidades de observar a técnica de amamentação, identificar as mudanças no volume e na aparência do leite materno, bem como no comportamento do recém-nascido as quais são essenciais para dar segurança às mães no processo de lactação.²⁷

Neste estudo, as mães de recém-nascidos com peso maior que 3000g apresentaram, no puerpério, índices com significância estatística nos escores da BSES-SF ($p=0,007$), dado que pode indicar melhor confiança

materna para amamentar. Esta constatação é relevante, uma vez que a relação entre autoeficácia para amamentar tem sido associada com a duração do aleitamento materno.²⁸

Outras relações positivas entre escores da BSES-SF foram observadas em recém-nascidos com pontuação no APGAR maior ou igual a 7 nascidos a termo, apresentando associação estatisticamente significativa ($p<0,05$). Sabe-se que a idade gestacional e a vitalidade ao nascer podem dificultar o início da amamentação, especialmente a mamada na primeira hora de vida do recém-nascido, pois os bebês vigorosos, que apresentem sete ou mais pontos na escala de APGAR no primeiro minuto e que sejam a termo, geralmente não necessitam de manobras de reanimação e podem ser colocados em contato com a mãe logo após o nascimento para iniciar a amamentação.²⁹

Assim, infere-se que quanto melhores forem as condições de nascimento das crianças, maior também poderá ser a confiança das puérperas no cuidado com o filho, com probabilidade de sentirem-se mais seguras ao lidar com um recém-nascido hígido, com atividades espontâneas e com bom reflexo de sucção. Tais situações, provavelmente, foram interpretadas como experiências positivas e podem ter contribuído para a melhora dos escores de autoeficácia.

A maioria das crianças foi amamentada exclusivamente até o 15º dia de vida, verificando-se que os escores de autoeficácia das mulheres que mantiveram o AME, neste período, foram estatisticamente significantes, quando comparados aos do pré-natal ($p=0,011$). Este dado é relevante, pois os primeiros dias após o parto são considerados determinantes para o sucesso da amamentação, pois é neste período que a lactação estabelece-se, além de ser um período de intenso aprendizado para a mãe e bebê.³⁰

A interpretação da nutriz sobre sua própria experiência é um determinante importante para o aleitamento materno, tendo em vista que se esta for positiva funcionará como reforço no processo da amamentação.²⁸

Outro achado que merece reflexão é a relação significativa dos escores de autoeficácia no puerpério como a frequência das mamadas. O Ministério da Saúde recomenda que crianças menores de dois meses devem mamar pelo menos oito vezes ao dia, sendo este um critério na identificação

de risco para problemas com a amamentação.²⁵ Todavia, neste estudo, a melhora na confiança materna para amamentar mostrou-se significativa apenas para aquelas que amamentavam mais de dez vezes ao dia (p 0,01), indicando que aumentar a frequência das mamadas pode ser um fator positivo para o aleitamento materno.

CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou vislumbrar uma temática ainda pouco explorada no que diz respeito à amamentação, tendo em vista a carência de estudos que associem a autoeficácia materna em amamentar com variáveis de condições de saúde do recém-nascido.

Verificou-se que o peso e estatura da criança ao nascer, sexo, índice de APGAR, tipo de alimentação do recém-nascido demonstraram associação significativa com autoeficácia das mães, inferindo-se que não apenas variáveis maternas influenciam em sua confiança pessoal quanto a comportamentos favoráveis ao aleitamento materno.

Diante disso, para que o enfermeiro possa intervir na promoção do aleitamento materno por meio da autoeficácia, o mesmo deve avaliar tanto as características sociodemográficas maternas e familiar, quanto as condições de saúde da própria criança, pois suas ações devem ser direcionadas de acordo com as particularidades de cada população.

No que diz respeito ao desenvolvimento do estudo, pode-se considerar como limitação o número reduzido da amostra, apesar de ter compreendido toda a população de mulheres acompanhadas no pré-natal que atenderam aos critérios de elegibilidade.

REFERÊNCIAS

1. Mofenson LM. Advances in the prevention of vertical transmission of human immunodeficiency virus. *Semin Pediatric Infect Dis.* 2003; 14(4):295-308.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cuidados com o recém-nascido pré-termo: atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
3. Horta BL, Bahl R, Martinés JC, Victora CG. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analysis, 2008 [Internet]. World Health Organization [cited 2012 Apr 27]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230_eng.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
5. Carvalhaes MABL, Parada CMGL, Costa MP. Fatores associados à situação do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses, em Botucatu-SP. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2007 Jan/Feb;15(1):62-9.
6. Fein SB. Aleitamento materno exclusivo para crianças menores de 6 meses. *J Pediatr.* 2009; 85(3): 181-2.
7. Oliveira MIC, Souza IEO, Santos EM, Camacho LAB. Avaliação do apoio recebido para amamentar: significados de mulheres usuárias de unidades básicas de saúde do Estado do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010;15(2):599-608.
8. Bandura A. Social learning theory. New Jersey: Prentice Hall; 1977.
9. 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 Aug [cited 2012 Apr 13];2(3):[about 8 p.]. Available from: <http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/view/627>
10. Oriá MOB, Ximenes LB. Tradução e adaptação cultural da Breastfeeding Self-Efficacy Scale para o português. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(2):230-8.
11. Tavares MC, Aires JS, Dodt RCM, Joventino ES, Oriá MOB, Ximenes LB. Application of Breastfeeding Self-Efficacy Scale to postpartum women in rooming-in care: a descriptive study. *Online Braz J Nurs.* [Internet]. 2010 [cited 2012 Apr 13];9(1):[about 10 p.]. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2717>
12. Mccarter-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.* 2010; 33(2): 111-9.
13. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. Cidades, Ceará, Maracanaú; 2010 [cited 2011 May 1]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/po>

[pulacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_ceara.pdf](http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1013/pdf_144doi:10.5205/reuol.1013-8417-6-LE.0403201014)

14. Albuquerque KA, Osório MM. Cumprimento dos “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” em “hospitais amigos da criança” em Recife-Pernambuco. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2010 July/Sept [cited 2011 May 1];4(3):1441-9. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1013/pdf_144doi:10.5205/reuol.1013-8417-6-LE.0403201014

15. Mestriner MS, Mellin AS, Silva AL. Amamentação e desmame: estudo com mães usuárias de ambulatório do sistema único de saúde do Brasil. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2009 Jan/Mar [cited 2011 May 01];3(1):25-32. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/257/pdf_831doi:10.5205/reuol.257-1481-3-RV.0301200904

16. Wilhelm S, Rodehorst T, Stepan M, Hertzog M, Berens, C. Influence of intention and self-efficacy levels of duration of breastfeeding for Midwest rural mothers. *App Nurs Res*. 2008;21(3):123-30.

17. Forster DA, McLachlan HL, Lumley J. Factors associated with breastfeeding at six months postpartum in a group of Australian women. *Int Breastfeeding J* [Internet]. 2006 Oct [cited 2011 May 01];1(18):[about 10 p]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1635041/>

18. Bueno MB, Souza JMP, Souza SB, Paz SMRS, Siqueira AAF. Riscos associados ao processo de desmame entre crianças nascidas em hospital universitário de São Paulo entre 1998 e 1999: estudo de coorte prospectivo do primeiro ano de vida. *Cad Saúde Publica*. 2003 Sept/Oct; 19(5):1453-60.

19. Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev Nutr*. 2006;19(5):623-30.

20. Rojjanasrirat W, Sousa VD. Perceptions of breastfeeding and planned return to work or school among low-income pregnant women in the USA. *J Clin Nurs*. 2010;19(13-14):2014-22.

21. Barbosa MB, Palma D, Domene SMA, Taddei JAAC, Lopez FA. Fatores de risco associados ao desmame precoce e ao período de desmame em lactentes matriculados em creches. *Rev Paul Pediatr*. 2009 Sept; 27(3):272-81.

22. Frota MA, Mamede ALS, Vieira LJES, Albuquerque CM, Martins MC. Práticas culturais sobre aleitamento materno entre famílias cadastradas em um Programa de

Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. 2009 Dec; 43(4): 895-901.

23. Dodt RCM. Aplicação e Validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form (BSES-SF) em Puérperas [Dissertação]. Fortaleza (CE):Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Ceará; 2008.

24. Llopis-Rabout-Coudray M, López-Osuna C, Durá-Rayó M, Richart-Martínez M, Oliver-Roig A. Fiabilidad y validez de la versión española de una escala de autoeficacia en la lactancia maternal. *Matronas Prof*. 2011;12(1):3-8.

25. Mascarenhas MLW, Albernaz EP, Silva MB, Silveira RB. Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil. *J Pediatr*. 2006;82(4):289-94.

26. World Health Organization. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding, 2003 [Internet]. World Health Organization [cited 2012 Apr 03]. Available from: http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_eng.pdf

27. Thomson T, Hall W, Balneaves L, Wong S. Waiting to be weighed: a pilot study of the effect of delayed newborn weighing on breastfeeding outcomes. *Can Nurs*. 2009;105(6): 24-8.

28. Nichols J, Schutte NS, Brown RF, Dennis C, Price I. The impact of a self-efficacy intervention on short-term breast-feeding outcomes. *Health Educ Behav*. 2009;36:250-9.

29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual AIDPI Neonatal, Série A. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde da criança: nutrição infantil aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2012/05/26

Last received: 2012/07/24

Accepted: 2012/07/24

Publishing: 2012/08/01

Corresponding Address

Marly Javorski
Rua Jacaúna, 225, Ap. 102
Bairro Iputinga
CEP: 50721-480 – Recife (PE), Brazil