
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Programa de Pós-Graduação em Pediatria e Saúde da Criança
DOUTORADO

**Fatores associados ao desmame precoce: auto eficácia no aleitamento
materno e Depressão pós-natal**

EDFICHER MARGOTTI

Porto Alegre
2013

-

EDFICHER MARGOTTI

**FATORES ASSOCIADOS AO DESMAME PRECOCE: AUTO
EFICÁCIA NO ALEITAMENTO MATERNO E DEPRESSÃO
PÓS-NATAL**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde da Criança da Pontifícia Universidade Católica do
Rio Grande do Sul

ORIENTADOR: Prof. Dr. Renato Tetelbom Stein

Porto Alegre

2013

FICHA CATALOGRÁFICA

M329f Margotti, Edficher

Fatores associados ao desmame precoce: percepção de autoeficácia no aleitamento materno e depressão pós-natal e / Edficher Margotti. - Porto Alegre: PUCRS, 2013.

80 p.: il. tab. Inclui um artigo científico submetido à publicação.

Orientador: Prof. Dr. Renato Tetelbom Stein.

Coorientadora: Prof^ª. Rita Matielo.

Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Pediatria e Saúde da Criança. Doutorado em Pediatria e Saúde da Criança.

1. ALEITAMENTO MATERNO. 2. DEPRESSÃO PÓS-PARTO. 3. AUTO-EFICÁCIA. 4. MÃES/psicologia. 5. COMPORTAMENTO MATERNO. 6. QUESTIONÁRIOS. 7. ESCALAS DE GRADUAÇÃO PSIQUIÁTRICA. 8. TRABALHO FEMININO. 9. FATORES SOCIOECONÔMICOS. 10. LACTENTE. 11. EPIDEMIOLOGIA DESCRITIVA. I. Stein, Renato Tetelbom. II. Matielo, Rita. III. Título.

C.D.D. 618.9239

N.L.M. WS 125

Rosária Maria Lúcia Prena Geremia
Bibliotecária CRB 10/196

“Cada um tem de mim exatamente o que cativou, e cada um é responsável pelo que cativou, não suporto falsidade e mentira, a verdade pode machucar, mas é sempre mais digna. Bom mesmo é ir a luta com determinação, abraçar a vida e viver com intensidade. Perder com classe e vencer com ousadia, pois o triunfo pertence a quem mais se atreve e a vida é muito para ser insignificante. Eu faço e abuso da felicidade e não desisto dos meus sonhos. O mundo está nas mãos daqueles que tem coragem de sonhar e correr o risco de viver seus sonhos.”

Charles Chaplin

Dedicatória

Às pessoas mais importantes da minha vida, meus queridos filhos, Bruno e Tiago, que apesar de serem pequenos, nunca reclamaram minha ausência e sempre compreenderam meus esforços para a minha formação, obrigada pelo amor, incentivo e apoio sempre.

Agradecimento Especial

Agradeço ao meu companheiro Pércio, pelo apoio, encorajamento e pela ajuda nos muitos momentos em que precisei e aos meus pais, Avelino e Glória pela ajuda nas idas e vindas aos aeroportos e rodoviárias.

AGRADECIMENTOS

Aos co-orientadores, Professor Doutor Matias Epifanio e Professora Doutora Rita Matiello, exemplos de pesquisadores, agradeço a confiança e dedicação.

À todos os integrantes das equipes de enfermagem (enfermeiras e técnicas de enfermagem) das unidades obstétricas do Hospital São Lucas-PUCRS\RS e do Hospital Regional Leonir Vargas\SC pelo auxílio nas coletas dos dados, pela boa vontade e tranquilidade com que me ajudaram na execução deste estudo e pelo constante apoio e trabalho conjunto.

Aos pacientes e seus familiares, pela sua imprescindível colaboração e participação.

À secretária da Pós-Graduação em Pediatria e Saúde da Criança - PUCRS, Carla Rothmann, pela sua pronta cooperação, dedicação e calma, muita calma durante todo o curso na facilitação desta caminhada;

A todos os doutores, professores e integrantes do Instituto de Pesquisas Biomédicas e aos professores do curso de Pós-Graduação em Pediatria e Saúde da Criança - PUCRS, pelo conhecimento e auxílio concedidos;

RESUMO

Objetivo: Determinar os fatores relacionados com o tempo de aleitamento materno exclusivo em dois hospitais, um amigo da criança e outro hospital geral, e relacionar com os escores da Breastfeeding Self Efficacy Scale e a Edinburgh Postnatal Depression Scale.

Métodos: Foi realizado um estudo de coorte descritiva e analítica, com 300 binômios mãe\bebê, cujos bebês nasceram em dois hospitais: um hospital geral e o outro amigo da criança. Os critérios de inclusão foram: crianças com peso de nascimento >2.500 gramas, idade gestacional acima de 36 semanas, residentes em zonas urbanas. Na maternidade, foram coletados dados do prontuário foram aplicados um questionário às mães e a Breastfeeding Self Efficacy Scale. A cada 15 dias, contatava-se a mãe, perguntando-lhe se ainda estava em aleitamento materno exclusivo e, ao chegar aos quatro meses pós-parto, foi aplicada a Edinburgh Postnatal Depression Scale.

Resultados: Dentre os nascimentos, 53% era masculino, 52% foi em hospital amigo da criança, 55% foi parto normal. A idade média das mães era de 26 anos e a idade gestacional média foi de 39 semanas. A média materna de escore de Breastfeed foi de 36 pontos. Quanto ao escore de Edinburgh, 36% das mães apresentava tendência à depressão. Apenas 34% das mães tinha até oito anos de estudo, 57% trabalhava fora, 13% era solteira, 61% realizou de 7 a 13 consultas de pré-natal. Avaliando-se a frequência de amamentação exclusiva (AME) aos 30 dias foi de 86%, enquanto apenas 49% das crianças recebeu amamentação exclusiva aos 120 dias de vida. Na análise multivariável o aleitamento materno exclusivo aos 60 dias, as variáveis que se mostraram como fatores de risco para a amamentação foram, o Hospital Não amigo da Criança ($p=0,002$), a escolaridade (até oito anos de estudo) ($p=0,004$) e a mãe que trabalha ($p=0,013$). Já a maior pontuação no teste de Breastfeed ($p=0,016$) foi um fator de proteção para amamentação exclusiva. Ao avaliar o aleitamento materno aos 120 dias, as variáveis que se mostraram como fatores de proteção para a amamentação foram a maior idade materna ($p=0,039$) e a pontuação no teste de Breastfeed ($p=0,046$).

Conclusões: Os fatores de risco associados com aleitamento materno exclusivo aos 60 dias foram o Hospital Não credenciado como amigo da Criança, a escolaridade (até oito anos de estudo) e a mãe que trabalha. Já a maior pontuação no teste de Breastfeed foi um fator de proteção para amamentação exclusiva. Aos 120 dias, as variáveis que se mostraram como fatores de proteção para a amamentação exclusiva foram a maior idade materna e a pontuação no teste de Breastfeed.

Descritores: Aleitamento Materno, Depressão pós-natal, autoeficácia no aleitamento, Breastfeeding Self Efficacy Scale, Edinburgh Postnatal Depression Scale.

ABSTRACT

Objective: To determine factors associated with the length of exclusive breastfeeding at two hospitals, a baby-friendly hospital and one general hospital, and relate them to the scores of the Breastfeeding Self Efficacy Scale and the Edinburgh Postnatal Depression Scale.

Methods: We conducted a descriptive and analytical cohort study of 300 binomials of mother \ babies that were born in two hospitals: one at the general hospital and the other at a baby-friendly hospital. The inclusion criteria were: children with birth weight of 2,500 g or less, gestational age above 36 weeks and residents in urban areas. At the hospitals maternities, data were collected from medical records, questions to mothers were asked and the Breastfeeding Self-Efficacy Scale was applied. Every 15 days, the mother was contacted and asked if she was still exclusively breastfeeding and the Edinburgh Postnatal Depression Scale-EPDS was applied four months after giving birth.

Results: Among the births, 53% were male, 52% were at a baby-friendly hospital and 55% were normal deliveries. The mothers had a mean age of 26 years and a mean gestational age of 39 weeks. The average maternal breastfeed score was 36 points while the score for the Edinburgh Scale was that 36% of the mothers had a tendency of depression. Only 34% of the mothers had up to eight years of education, 57% of them worked outside the home, 13% of them were single and 61% had 7-13 prenatal consultations. At 30 days, the frequency of exclusive breastfeeding was of 86% while only 49% of the babies were breastfed exclusively at 120 days of life. In the multivariate analysis, the variables of exclusive breastfeeding at 60 days showing risk factors were the hospital not being baby friendly ($p=0,002$), the mother's schooling (up to 8 years of study) ($p=0,004$) and a working mother ($p=0,013$). The highest Breastfeeding test score ($p=0,016$) was for the protection factor of exclusive breastfeeding. At 120 days, it was evaluated that the variables shown as protection factors were the mother's age ($p=0,039$) and the Breastfeed test score ($p=0,046$).

Conclusions: The risk factors associated with exclusive breastfeeding during the 60 days at a hospital that is not baby friendly are the mother's schooling (up to 8 years) and whether she works or not. The highest Breastfeed score was the exclusive breastfeeding protection factor. At 120 days, the variables shown as exclusive breastfeeding protection factors were the mother's age and the Breastfeed test score.

Keywords: Breastfeeding, postnatal depression, self-efficacy in breastfeeding, Breastfeeding Self Efficacy Scale, Edinburgh Postnatal Depression Scale.

LISTA DE TABELAS

CAPÍTULO III

Tabela 1. Distribuição das variáveis sócioeconômicas e obstétricas da amostra da população estudada.	59
Tabela 2. Associação entre o aleitamento materno exclusivo aos 60 dias e seus potenciais fatores de risco	61
Tabela 3. Associação entre o aleitamento materno exclusivo aos 120 dias e seus potenciais fatores de proteção.	61
Tabela 4. Associação entre Escore Breastfeed e seus potenciais fatores de risco.	61
Tabela 5. Distribuição das variáveis sócio-demográficas e obstétricas segundo o tipo de hospital	62

LISTA DE ABREVIATURAS

AM - Aleitamento Materno

AME - Aleitamento Materno Exclusivo

AMP - Aleitamento Materno Prevalente

BSES - Breastfeeding Self-Efficacy Scalr

EPDS - Edinburgh Posnatal Depression Scale

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida

IHAC - Instituição Hospitalar Amigo da Criança.

MS - Ministério da Saúde.

OMS - Organização Mundial da Saúde.

PR - Paraná

PUC - Pontifícia Universidade Católica

RN - Recém Nascido

RS - Rio Grande do Sul

SC - Santa Catarina

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

CAPÍTULO I.....	12
1.1 APRESENTAÇÃO.....	12
1.2 INTRODUÇÃO.....	13
1.3 JUSTIFICATIVA.....	20
1.4 OBJETIVOS.....	22
1.4.1 Objetivo Geral.....	22
1.4.2 Objetivos Específicos.....	22
1.5 REFERÊNCIAS.....	23
CAPÍTULO II.....	27
2.1 ARTIGO DE REVISÃO.....	28
CAPÍTULO III.....	50
3.1 ARTIGO ORIGINAL.....	51
CAPÍTULO IV.....	71
4.1 CONCLUSÕES.....	72
ANEXO 1 – TERMODECONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	75
ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO.....	76
ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO BSES.....	77
ANEXO 4 – QUESTIONÁRIO EPDS.....	78
ANEXO 5 – RESULTADOS.....	79

CAPÍTULO I

1.1 APRESENTAÇÃO

Para a apresentação desta tese, neste estudo foram avaliados os fatores relacionados com o tempo de aleitamento materno em crianças menores de quatro meses de idade, nascidas em dois hospitais, um hospital é intitulado como amigo da criança e outro hospital geral. Junto a isso, relacionando o tempo de aleitamento materno com os escores da Breastfeeding Self-Efficacy Scale (uma escala que “mede” a auto-eficácia materna em amamentar o bebê) e o escore da Edinburgh Postnatal Depression Scale (uma escala que “mede” a tendência materna em desencadear a Depressão Pós-Parto).

Em meados do ano de 2009, dei início ao meu doutorado no grupo de Pediatria e Saúde da Criança da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Durante o ano de 2010, trabalhamos na elaboração do projeto e, em 2012, apresentamos a pré-banca, e iniciamos a coleta dos dados, a qual durou um ano, no Hospital Leonir Vargas, em Santa Catarina, e no Hospital São Lucas da PUC, em Porto Alegre.

Desde o início no grupo, trabalhei com o tema aleitamento materno, para considerar a temática coerente com minha atividade profissional, enfermagem Obstétrica.

A tese é composta por esta breve apresentação, seguida de introdução (justificativa e objetivos), desenvolvimento (apresentação do artigo de revisão e artigo original) e conclusões. Para o artigo da revisão, estabeleci o foco nos benefícios do aleitamento materno, fatores de risco para o desmame precoce e fatores protetores para o aleitamento. O artigo original apresentado nesta tese será submetido para publicação no *Jornal Breastfeeding Medicine*.

1.2 INTRODUÇÃO

É de consenso universal que a prática do aleitamento materno é de fundamental importância para o crescimento e desenvolvimento adequados da criança e para sua saúde física e psicológica. Nenhuma fórmula alimentar artificial é capaz de substituir o leite materno em qualidade, especificidade de nutrientes e proteção contra doenças¹. O aleitamento materno tem forte papel protetor contra morbidade e mortalidade infantis, devido à sua influência em um grande número de doenças, principalmente as infecciosas. Portanto, o aleitamento materno é essencial para a sobrevivência de crianças pobres em países pouco desenvolvidos, que estão em risco constante de adoecerem devido à complexa associação de má nutrição, falta de saneamento, infecções frequentes e falta de alimentação nutritiva^{2,3,4}.

A duração do aleitamento materno pode ser influenciada por diversos fatores, incluindo as condições sociodemográficas, ambientais, biológicas, obstétricas e culturais maternas, além daqueles relacionados à assistência prestada pelos serviços de saúde, como a ausência da realização do pré-natal, fator que explica tanto a interrupção precoce da amamentação exclusiva, quanto a adoção do aleitamento misto complementado^{5,6,7}.

A nutriz no mercado de trabalho tem aumentado o risco do oferecimento precoce de alimentos diferentes do leite materno, em especial, o leite de vaca. A iminência da volta ao trabalho torna inexorável a decisão de incluir precocemente outro tipo de leite no esquema alimentar da criança, restringindo o sucesso do aleitamento materno exclusivo, complementando e incrementando o tempo mediano da duração do aleitamento misto^{6,8,9,10,11,12}.

Estudos produzidos em todo o mundo enfatizam a adequada disponibilidade de energia e nutrientes do leite materno à imaturidade fisiológica do lactente. Destacam-se ainda os fatores de proteção contra as doenças, conferidos pelo leite materno, os quais o tornam alimento ideal, capaz de satisfazer as necessidades nutricionais, em especial nos dois primeiros anos de vida^{13,14}. Desse modo, o leite materno promove o crescimento e o desenvolvimento pleno das crianças^{15,16,17}.

A observação da satisfação da criança tem se mostrado como o principal indicador reconhecido pela mulher de sua capacidade de amamentar, o que vai influenciar na decisão de manter ou não o processo de amamentação¹⁸.

São inúmeras as causas que levam a nutriz a pensar que seu leite é insuficiente para sustentar a criança, entre elas estão fatores sociais, culturais, psicológicos, experiência anterior em amamentação sem sucesso, falta de informação, falta de apoio e incentivo^{19,20}.

Na segunda Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno Exclusivo, realizada nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, pelo Ministério de Saúde, no ano de 2009, verificou-se uma prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo-AME em menores de seis meses de 41% no conjunto das capitais brasileiras. Também se verificou que ocorreu diminuição da probabilidade das crianças estarem em AME já nos primeiros dias de vida, em todas as regiões brasileiras, especialmente na região Nordeste, onde foi encontrada a pior situação, com probabilidade de interrupção do AME em torno de 40%²¹.

Um estudo realizado com crianças menores de um ano, no município de Cuiabá, em 2004, mostrou que a interrupção do aleitamento materno exclusivo em crianças com idade inferior a 120 dias, esteve associada à baixa escolaridade da mãe. O grau de instrução materno mais elevado parece ser um bom preditivo de sucesso da prática da amamentação exclusiva. A ocorrência precoce de desmame em grupo de mães com apenas primeiro e segundo graus evidencia que as mães com formação acadêmica apresentam maior possibilidade de receber informações acerca dos benefícios da amamentação, sofrendo menor influência externa e rejeitando práticas que, de modo cientificamente comprovado, prejudicam a ocorrência da amamentação²².

A idade da mãe inferior a vinte anos é outro fator determinante para o desmame precoce. Num estudo realizado com crianças no primeiro ano de vida em 111 municípios de São Paulo, em 1999, verificou-se que o fato de a mãe ser adolescente mostrou uma frequência de desmame maior, quando comparadas a mães adultas²³.

O estudo de Parizotto, realizado em Passo Fundo, em 2006, mostrou que as mães primíparas apresentaram tendência de deixarem de oferecer leite materno a

seus filhos na faixa etária de zero a um ano. Nos menores de quatro e seis meses, tal relação mostrou-se mais forte, quando considerado o aleitamento materno exclusivo. Desse modo, as mulheres pertencentes ao grupo de primíparas apresentam maior susceptibilidade ao desmame precoce²⁴.

A crescente inserção da nutriz no mercado de trabalho compõe um cenário favorável ao desmame precoce. Essas mulheres demonstraram uma grande dificuldade em conciliar as múltiplas atribuições, o que se transformou, inclusive, em motivo de angústia e preocupação, sentimentos que impactam negativamente na fisiologia da lactação. Assim, mães que não trabalham fora do lar têm uma chance significativamente maior para o aleitamento materno e uma tendência de associação em relação ao aleitamento materno exclusivo²⁴.

Existem fatores protetores do aleitamento materno, como por exemplo o recebimento de leite materno ainda na sala de parto ou em menos de seis horas de pós-parto e o alojamento conjunto, mãe e criança ficando juntos no quarto da maternidade e fatores de risco para o aleitamento materno, como o baixo peso da criança ao nascimento²⁵.

Há evidências de que a duração da amamentação apresenta associação com os tipos de parto. As crianças nascidas por cesariana eletiva têm risco cerca de três vezes mais de serem desmamadas ao final do primeiro mês do que as nascidas por parto vaginal ou cesariana emergencial²⁶.

Além dos fatores citados, que podem prejudicar ou facilitar o aleitamento materno (idade materna, escolaridade materna, tipo de parto, trabalho fora de casa, realização do pré natal, etc.), um outro aspecto que influencia no aleitamento materno exclusivo é a confiança materna em sua habilidade de amamentar. Essa confiança se constrói a partir de quatro fontes de informação que fundamentam a expectativa de auto-eficácia, a saber: experiência pessoal (experiências positivas relacionadas a amamentações anteriores), experiência vicária (observação de outras mães que também amamentaram, assistir a vídeos com orientações relacionadas à amamentação), persuasão verbal (apoio e encorajamento de pessoas próximas e respeitadas pela mulher, como a tia, mãe, avó) e estado emocional e fisiológico (reações físicas e psicológicas positivas e agradáveis diante do ato de amamentar). Reconhecendo que o comportamento da mulher diante do aleitamento materno ainda não havia sido estudado dentro da perspectiva da auto-eficácia, Dennis e

Faux²⁷ desenvolveram uma escala (Breastfeeding Self-Efficacy Scale- BSES) que pudesse avaliar a confiança materna na amamentação nos quatro meses de vida.

Os resultados são somados de forma a produzirem resultados que oscilam entre 14 e 70, em que os resultados acima de 52 pontos indica uma auto-eficácia da mãe na amamentação, maior será a confiança da mulher no seu potencial de amamentar, constituindo, assim, na maior probabilidade de iniciar e manter o aleitamento exclusivo por um período mais longo²⁷.

O uso da escala permite ao profissional de saúde, ao verificar a pontuação de cada assertiva, conhecer previamente a área em que a mulher tem menor auto-eficácia na amamentação, possibilitando assim, a implementação de estratégias de cuidado e promoção do aleitamento materno personalizado, antes de ela decidir por não amamentar ou desmamar precocemente. Tal fato pode levar, em médio e longo prazo, à redução das taxas de desmame precoce e, conseqüentemente, à melhoria da qualidade de vida do binômio mãe-filho²⁷.

A BSES foi traduzida e validada no Brasil, no trabalho de Oriá, em 2007. Uma amostra composta por 30 mulheres utilizou, além da BSES traduzida, um formulário com informações sociodemográficas e obstétricas. O escore total variou de 93 a 162 pontos. Quando considerado apenas as multíparas, a pontuação da escala variou de 106 a 156. Um comitê de especialistas avaliou o conteúdo da BSES, e a escala obteve um bom Índice de Validação de Conteúdo. Concluiu-se, portanto que se obteve um instrumento confiável, válido e capaz de avaliar a percepção da mulher em relação à sua auto-eficácia para a prática da amamentação. A versão (com 33 itens) mostrou ser de fácil compreensão, obtendo-se adequada validação semântica e de consistência. Os achados sugerem que a BSES é adequada para *screening* da confiança materna no seu potencial para amamentar²⁸.

Foi validada na forma reduzida (14 itens), por Dodt em 2008, num trabalho com 294 puérperas imediatas no Ceará. A forma reduzida é de fácil aplicação, não demanda tempo para aplicá-la, o que torna viável a utilização em maternidades, pode ser auto aplicada²⁹.

A escala está dividida em dois domínios, domínio técnico e pensamento intrapessoal. O domínio técnico é composto por seis perguntas, e o pensamento intrapessoal apresenta uma combinação de seis perguntas. Esse instrumento

apresenta, como opção de respostas, uma escala *Likert* com 5 alternativas, que vão desde “um”, indicando a total falta de confiança, e “cinco”, indicando que a mãe está muito confiante (figura 1) ²⁹.

A vivência de estresse em relação aos cuidados da criança também foi relacionada ao aumento do risco de Depressão Pós-Parto, por sua alta prevalência e gravidade e também por sua repercussão negativa na criança. Observamos diferença significativa entre as mulheres com e sem Depressão Pós-Parto em relação à percepção de pelo menos um tipo de estresse nos cuidados da criança. A questão que se coloca é de se a própria percepção subjetiva da paciente no que diz respeito à presença de dificuldades em relação a algum aspecto do cuidado da criança não seria já uma consequência do seu estado depressivo, em vez de um fator causa³⁰.

A Depressão Pós-Parto contribui para o desenvolvimento de algumas doenças infantis, pois é, particularmente, importante causa de risco crescente da vulnerabilidade da criança³¹ e justificando menos interesse e disposição nas manifestações de carinho em relação à criança, além de ter forte associação com o menor tempo de aleitamento materno, situação que implica em maior risco à saúde da criança, especialmente nos estratos socioeconômicos menos privilegiados³².

A Edinburgh Postnatal Depression Scale- EPDS, consiste em instrumento de auto-registro composto de 10 enunciados, cujas opções são pontuadas (0 a 3) de acordo com a presença ou a intensidade do sintoma. Seus itens cobrem sintomas psíquicos, como humor depressivo (sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimentos de culpa, ideias de morte ou suicídio), perda do prazer em atividades anteriormente consideradas agradáveis, fadiga, diminuição da capacidade de pensar, de concentrar-se ou de tomar decisões, além de sintomas fisiológicos (insônia ou hipersônia) e alterações do comportamento (crises de choro). A somatória dos pontos perfaz escore de 30, sendo considerado de sintomatologia depressiva valor igual ou superior a 12, como definido na validação da escala em uma amostra brasileira³³.

Esse instrumento apresenta boa validade de construto. Constitui um instrumento adequado de triagem da depressão pós-parto, podendo ser implementada na rede pública de saúde devido à sua facilidade, rapidez de

aplicação, baixo custo e possibilidade de aplicação por qualquer profissional de saúde³⁴.

Em Brasília, um estudo com 236 mulheres na 6ª a 24ª semana de pós parto, apresentou uma prevalência de depressão pós-parto de 13%,foi utilizada a EPDS, que permitiu conhecer previamente a mulher que tinha o indício de desenvolver a depressão, possibilitou assim, a interferência no cuidado do binômio mãe/filho, antes que a mãe decidisse por desmamar precocemente³⁵.

Um estudo que recrutou 271 mulheres, realizado em Porto Alegre, em 2008, aplicando a Edinburgh Postnatal Depression Scale, no período pós parto de 6ª a 8ª semana, mostrou uma prevalência de DPP de 20,7%%, com um total de 94 mulheres com escores iguais ou acima de 12 pontos; 56 dessas mulheres tiveram o escore igual ou superior a 13, sendo que 11 dessas mulheres foram submetidas ao tratamento no Hospital de Clínicas de Porto Alegre e 38 tiveram o escore igual ou maior que 10³⁶.

Em outro estudo, realizado no município São Pulo, no Estado de São Paulo, foram entrevistadas 70 mulheres no período de avaliação de 12 a 16ª semanas pós parto,utilizando - se a EPDS, encontrando-se uma prevalência de depressão pós-parto de 37%³⁷.

Com o objetivo de promover o aleitamento materno e evitar o desmame precoce, em 1990, o Fundo das Nações Unidas para a Infância- UNICEF, a Organização Mundial da Saúde- OMS e outras organizações internacionais desenvolveram um conjunto de práticas e condutas, como finalidade mobilizar os profissionais de saúde e os funcionários de hospitais e maternidades para apoiar, proteger e promover o aleitamento materno, a iniciativa teve o nome de Instituição Hospital Amigo da Criança- IHAC^{38,39,40}. E os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno são:

- 1) Ter normas e rotinas de incentivo ao aleitamento materno, expostas em quadros e cartazes para que todos possam conhecê-las.
 - 2) Capacitar toda a sua equipe para apoiar e ajudar as mulheres em todas as fases da amamentação.
 - 3) Orientar, durante o acompanhamento pré-natal, sobre as vantagens da amamentação, a importância de o bebê mamar logo ao nascer, a prevenção de
-

dificuldades, além de outros assuntos que vão ajudar a futura mãe a ter uma amamentação mais duradoura e prazerosa.

- 4) Estimular o início da amamentação na primeira hora de vida e o contato prolongado pele a pele entre a mãe e o bebê, desde o nascimento.
- 5) Mostrar às mães como amamentar e manter a amamentação, mesmo quando houver necessidade de a mãe e o bebê ficarem separados.
- 6) Oferecer aos recém-nascidos apenas o leite materno, garantindo que outros leites e líquidos só sejam oferecidos em situações excepcionais, por indicação médica.
- 7) Garantir que mães e bebês permaneçam em alojamento conjunto vinte e quatro horas por dia.
- 8) Orientar que os bebês sejam amamentados sempre que quiserem, e o quanto quiserem.
- 9) Não oferecer chupetas, chucas ou mamadeiras aos bebês.
- 10) Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade.

Num estudo feito com bebês menores de cinco meses de idade na cidade do Rio de Janeiro, em 2007, das 811 crianças estudadas, 46,1% estavam em AME no momento da entrevista. Ainda que a prevalência de AME em bebês com até 15 dias de vida fosse 80%, somente 21,2% das crianças com idades entre 4 e 5 meses ainda continuavam recebendo apenas leite materno. Os nascimentos ocorreram, em sua maioria, em hospitais com o título de Amigo da Criança (51,2%), seguidos por aqueles sem o título (30%) e em vias de receber a titulação (18,8%). De modo geral, o fato de a criança nascer em HAC aumenta a probabilidade da mesma se manter em AME ao longo de todo o período estudado⁴¹.

1.3 JUSTIFICATIVA

O incentivo ao aleitamento materno vai ao encontro do objetivo de programas de prevenção em saúde, já que é capaz de prevenir muitas doenças e abranger populações carentes em larga escala.

Apesar do reconhecimento crescente da importância do aleitamento materno, da mobilização de governos e sociedade para a sua promoção em todas as partes do mundo, os resultados obtidos quanto ao tempo de aleitamento materno acham-se muito distantes em relação às metas esperadas e estabelecidas, que seriam de as mães amamentarem somente com o leite materno até, no mínimo, seis meses de vida. Considerando-se a confluência de consensos, a força das evidências científicas, os juízos de valores dos profissionais da saúde e a própria opinião pública, verificamos que os progressos obtidos estão distantes dos resultados desejáveis e formalmente estabelecidos como propostas políticas e metas programáticas.

Justifica-se, assim, o interesse de revisitar esse assunto sobre amamentação nos aspectos mais desafiadores, em uma perspectiva de caráter integral, conjugando várias áreas da saúde e até mesmo educadores.

Não há conhecimento de estudos que tenham verificado a aplicação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale e da Edinburgh Postnatal Depression Scale, relacionada com os fatores de risco e de proteção para o aleitamento materno. Optou-se por estudar esses fatores e suas relações com valores obtidos nos scores das escalas de BSES e de EPDS, sua relação com o desmame precoce em menores de quatro meses, comparando entre os dois hospitais: o credenciado como amigo da criança e o não credenciado. Verificou-se que os estudos até então realizados apresentavam apenas uma das escalas relacionadas com o aleitamento e não as duas escalas juntas no mesmo trabalho, ou as duas aplicadas nos dois tipos de hospitais.

O estudo tem importante contribuição para a enfermagem; O uso da escala de Breastfeeding permite ao profissional de enfermagem, ao verificar a pontuação de

cada assertiva, conhecer previamente a área em que a mulher tem menor auto-eficácia na amamentação, possibilitando assim, a implementação de estratégias de cuidado e promoção do aleitamento materno personalizado, e possibilitando ajuda e apoio à essa mãe antes de ela decidir por não amamentar ou desmamar precocemente e a escala de Edinburg permite conhecer previamente a mulher que tenha alguma tendência depressiva ou indício de desenvolver a própria depressão pós parto, possibilitando assim, a interferência da enfermagem no cuidado do binômio mãe/filho, proporcionando ajuda especializada à mãe, antes que ela decida por desmamar precocemente o bebê.

Podemos usar conhecimentos de áreas afins, como psiquiatria, psicologia, obstetrícia, ginecologia para, juntos com a área da pediatria, atentarmos para esse aspecto tão importante, que são os fatores associados ao desmame precoce: depressão pós-natal e percepção de auto-eficácia no aleitamento materno.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo Geral

Determinar alguns fatores de risco e de proteção para o aleitamento materno exclusivo até os quatro meses de vida, relacionados com as escalas de Breastfeeding e Edinburgh, em dois hospitais.

1.4.2 Objetivos Específicos

1. Determinar os fatores de risco para o desmame de crianças menores de quatro meses em ambos os hospitais.
 2. Determinar os fatores de proteção para o aleitamento materno exclusivo de crianças menores de quatro meses em ambos os hospitais.
 3. Relacionar o tempo de aleitamento materno exclusivo de crianças menores de quatro meses de idade com o escore da Breastfeeding Self-Efficacy Scale.
 4. Relacionar o tempo de aleitamento materno exclusivo de crianças menores de quatro meses de idade com o escore da Edinburgh Postnatal Depression Scale.
-

1.5 REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global strategy on infant and young child feeding. Geneva: WHO; 2003.
 2. Victora CO, Smith P.G, Vaughan J.P, Nobre L.C, Lombardi C, Teixeira A.M.B, Fuchs S.M.C, Moreira L.B, Gigante L.P, Barros F.C. Evidence for a strong protective effect of breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet*. 1987; 2: 319-22.
 3. Fewtrell MS, Morgan JB, Duggan C, Gunnlaugsson G, Hibbert PL, Lucas A, Kleinman RE. Optimal duration of exclusive breastfeeding: What is the evidence to support current recommendation? *Am J Clin Nutr*. 2007; 85: S635-8.
 4. Camila MFC, Serva VB, Arruda IKG, Filho MB. Aspectos históricos, científicos, socioeconômicos e institucionais do Aleitamento Exclusivo. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 10(1):25-37 Jan.Mar. 2010.5. Rea MF. A amamentação e o uso do leite humano: o que recomenda a Academia Americana de Pediatria. *J Pediatr* 1998; 74: 171-3.
 5. Demétrio F, Pinto EJ, Assis AMO. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2012; 28(4): 641-54.
 6. Roig AO, Martínez MR, García JC, Hoyos SP, Navidad GL, Álvarez JCF, Pujalte MMC, González RGL. Factores asociados al abandono de la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida *Rev. Latina Am. Enfermagem* mai-jun. 2010; 18(3).
 7. Brasileiro AA, Possobon RF, Carrascoza KC, Ambrosano GMB, Moraes ABA. The impact of breastfeeding promotion in women with formal employment. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2010; 26(9):1705-13.
 8. Salustiano LPQ, Diniz ALD, Abdallah VOS, Pinto RMC. Factors associated with duration of breastfeeding in children under six months. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012; 34(1):28-33.
 9. Brecaillo MK, Corso ACT, Almeida CCB, Schmitz BAS. Factors associated with exclusive breastfeeding in Guarapuava, Paraná, Brazil. *Rev. Nutr.*, Campinas, 2010; 23(4): 553-63.
 10. Souza SNDH, Migoto MT, Rossetto EG, Mello DF. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina-PR. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(1): 29-35.
-

11. Leone CR, Sadeck LSR. Proteção à Mãe Paulistana 3 Fatores de risco associados ao desmame em crianças até seis meses de idade no município de São Paulo. *Rev Paul Pediatr* 2012; 30(1): 21-6.
 12. Caminha MFC, Filho MB, Serva VB, Arruda IKG, Figueiroa JN, Lira PIC. Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(2): 240-8 241.
 13. Spyrides MHC, Struchiner CJ, Barbosa MTS, Kac G. Amamentação e crescimento infantil: um estudo longitudinal em crianças do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:756-66.
 14. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
 15. WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet* 2000; 355:451-5.
 16. Department of Child and Adolescents Health and Development, World Health Organization. Evidence on the long-term effects breastfeeding: systematic review and meta-analyses. Geneva: World Health Organization; 2007.
 17. Assis AMO, Barreto ML, Santos LMP, Sampaio LR, Magalhães LP, Prado MS, et al. Condições de vida, saúde e nutrição na infância na cidade de Salvador. Salvador: Bureau, Gráfica e Editora; 2000.
 18. Gatti L. Maternal perceptions of insufficient milk supply in breastfeeding. *J Nurs Scholarsh.* 2008; 40(4):355-63.
 19. Bunik M, Shobe P, O'Connor ME, Beaty B, Langendoerfer S, Crane L, Kempe A. Are 2 weeks of daily breastfeeding support insufficient to overcome the influences of formula? *Acad Pediatr.* 2010; 10(1): 21-8.
 20. Monteiro JCS, Gomes FA, Stefanello J, Nakano MAS. Leite produzido e saciedade da criança na percepção da nutriz durante o Aleitamento Materno Exclusivo. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis,* 2011; 20(2): 359-67.
 21. II Pesquisa de Prevalência de nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília – DF. 2009
 22. França GVA et al Determinantes da amamentação em Cuiabá-MT. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(5): 711-18.
 23. Venâncio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breastfeeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis. *Public Health Nutr.* 2006; 9(1): 40-6.
-

24. Parizotto J, Zorzi NT. Aleitamento Materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. *O Mundo da Saúde São Paulo* 2008; 32(4): 466-74.
 25. Baptista GH et al. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro* 2009; 25(3): 596-604.
 26. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Vasconcellos AGG. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Rev Saude Publica* 2011; 45(1): 69-78.
 27. Dennis CL, Faux S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Res Nurs Health*. 1999; 22(5): 399-409.
 28. Oriá MOB, Ximenes LB. Tradução e adaptação cultural da Breastfeeding Self-Efficacy Scale para o português. *Acta Paul Enferm* 2010; 23(2): 230-8.
 29. Dodt, R.C.M. Aplicação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale- Short Form (BSES-SF) em puérperas. Ceará. *Journal of Nursing Education and Practice* 2012 Aug; 2(3):66-73.
 30. Figueira PG, Diniz LM, Filho HCS. Características demográficas e psicossociais associadas à de pressão pós-parto em uma amostra de Belo Horizonte *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2011; 33(2): 71-5.
 31. Vitolo MR, Benetti PC, Bortolini GA, Graeff A, Drachler ML. Depression and its implications in breast feeding *Rev Psiquiatr RS*. 2007;29(1):28-34.
 32. Parsons CE, Young KS, RoCHAT TJ, Kringelbach ML, Stein A. Postnatal depression and its effects on child development: a review of evidence from low- and middle-income countries *British Medical Bulletin* 2012;101.
 33. Santos MFS. Depressão pós-parto: validação da Escala de Edimburgo em puérperas brasileiras [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 1995.
 34. Figueira P, Corrêa H, Malloy-Diniz L, Silva MAR. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. *Rev Saúde Pública* 2009;43(Supl. 1):79-84
 35. Santos IS et al.. Edinburgh Postnatal Depression Scale Validation Study. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 2007;23(11): 2577-88.
 36. Tannous L, Gigante LP, Fuchs SC, Busnello EDA. Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. *BMC Psychiatry* 2008, 8:1.
 37. Cruz EBS, Simões GL, Faisal – Cury A. Rastreamento da depressão pós parto em mulheres atendidas pelo programa de saúde da família. *Ver. Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(4):181-8.
-

-
38. World Health Organization/United Nations Children's Fund. Baby-Friendly Hospital Initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Geneva: World Health Organization/Washington DC: United Nations Children's Fund; 2006.
 39. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
 40. Lobbok MH. Breastfeeding and Baby-Friendly Hospital Initiative: more important and with more evidence than ever. *J Pediatr (Rio J)* 2007; 83:99-101.
 41. Sampaio PF et al. Hospital Amigo da Criança: Fator de proteção ao aleitamento materno? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2011;27(7):1349-61.
-

CAPÍTULO II

2.1 ARTIGO DE REVISÃO

Folha de rosto

Fatores Associados ao desmame precoce: Percepção de Autoeficácia
no aleitamento materno e depressão pós-natal

Factors associated with early weaning: perceived self-efficacy in breastfeeding and
Postnatal Depression

Auto-eficácia no aleitamento materno, depressão pós-natal e
desmame precoce

Autor correspondente:
Edficher Margotti
Rua Otaviano Santos, 2133
Altamira, PA, 68371-288
edficher@yahoo.com.br

RESUMO

O aleitamento materno tem forte papel protetor contra a morbidade e a mortalidade infantis devido à sua influência em um grande número de doenças, principalmente as infecciosas. Oferecer à criança outros alimentos que não o leite materno antes do quarto mês de vida é, em geral, desnecessário e pode deixar a criança mais vulnerável a diarreias, infecções respiratórias e desnutrição, que podem levar ao comprometimento do crescimento e do desenvolvimento.

A duração do aleitamento materno pode ser influenciada por diversos fatores: a mulher que amamenta e que trabalha tem aumentado o risco do oferecimento precoce de alimentos diferentes do leite materno; a escolaridade materna mais elevada parece ser um bom preditivo de sucesso da prática da amamentação exclusiva; a idade da mãe inferior a vinte anos é outro fator determinante para o desmame precoce, quando comparadas a mães adultas. Um aspecto importante que pode influenciar o desmame precoce é a confiança materna em sua habilidade de amamentar dentro da perspectiva da auto-eficácia em amamentar.

A Breastfeeding Self-Efficacy Scale mede a auto-eficácia na amamentação, mede o seu potencial de amamentar. Os resultados elevados indicam níveis mais elevados de auto-confiança na amamentação, indicando maior confiança da mulher no seu potencial de amamentar, constituindo assim na maior probabilidade de iniciar e manter o aleitamento exclusivo por um período mais longo.

A Depressão Pós-Parto é a maior contribuidora no desenvolvimento de doenças infantis, pois é particularmente importante causa de risco crescente da vulnerabilidade da criança, prejudicando assim o desenvolvimento infantil, causando efeitos negativos no seu desenvolvimento e justificando menos interesse e disposição nas manifestações de carinho em relação à criança, além de ter forte associação com o menor tempo de aleitamento materno.

A Edinburgh Postnatal Depression Scale mede a presença e intensidade de sintomas depressivos nos últimos sete dias e consiste em instrumento de auto-registro composto de 10 enunciados, cujas opções são pontuadas (0 a 3) de acordo com a presença ou a intensidade do sintoma. Seus itens cobrem sintomas psíquicos, como humor depressivo, perda do prazer em atividades anteriormente consideradas agradáveis, fadiga, diminuição da capacidade de pensar, de concentrar-se ou de tomar decisões, além de sintomas fisiológicos e alterações do comportamento. A somatória dos pontos perfaz escore de 30, sendo considerado de sintomatologia depressiva valor igual ou superior a 12.

Descritores: Aleitamento Materno, Depressão pós-natal, auto-eficácia no aleitamento materno, Breastfeeding Self Efficacy Scale, Edinburgh Postnatal Depression Scale

ABSTRACT

Breastfeeding has a strong protective role against morbidity and mortality in infancy due to its influence on a large number of diseases, especially infectious ones. Offering the child food other than breast milk before the fourth month of life is generally unnecessary and it can leave the child more vulnerable to diarrhea, respiratory infections and malnutrition, which can lead to impaired growth and development.

The duration of breastfeeding may be influenced by several factors. The number of women in the job market has increased the chance of feeding different types of food instead of breast milk, especially cow's milk, more prematurely. The level of maternal education seems to be higher and a good predictor of success in the practice of exclusive breastfeeding. Also, when compared to adult mothers, early weaning is more frequently related to women who had children when they were 20-years-old or younger.

An important aspect that can influence early weaning is the maternal confidence in their ability to breastfeed within the perspective of self-efficacy in breastfeeding.

The Breastfeeding Self-Efficacy Scale measures self-efficacy on breastfeeding and a mother's potential to breastfeed. Women with greater confidence in their potential to breastfeed are most likely to start and maintain exclusive breastfeeding for a longer period of time.

Postpartum Depression is a major contributor in the development of childhood diseases because it is particularly related the increasing risk of vulnerability of the child, thus impairing children's development and causing negative effects on their development. It explains the mother's lack of interest and willingness to demonstrate affection towards the child, and it has a strong association with shorter breastfeeding.

The Edinburgh Postnatal Depression Scale measures the presence and the intensity of depressive symptoms in the last seven days. The scale consists of a self-reporting instrument made of 10 statements in which options are scored (0-3) according to the presence or intensity of symptoms. Its items cover psychological symptoms such as depressed mood, loss of pleasure in activities previously considered pleasant, fatigue, decreased in the ability to think, concentrate or make decisions, physiological symptoms and behavioral changes. The sum of the scores amounts to 30 points. Scores greater than or equal to 12 are considered depressive symptoms.

Keywords: Breastfeeding, postnatal depression, self-efficacy in breastfeeding, Breastfeeding Self Efficacy Scale, Edinburgh Postnatal Depression Scale

INTRODUÇÃO

A prática do aleitamento materno é de fundamental importância para o crescimento e desenvolvimento adequados da criança e para sua saúde física e psicológica. Nenhuma fórmula alimentar artificial é capaz de substituir o leite materno em qualidade, especificidade de nutrientes e proteção contra doenças¹.

O aleitamento materno tem forte papel protetor contra a morbidade e a mortalidade infantil devido à sua influência em um grande número de doenças, principalmente as infecciosas. Portanto, o aleitamento materno é essencial para a sobrevivência de crianças pobres em países pouco desenvolvidos, que estão em risco constante de adoecerem devido à complexa associação de má nutrição, falta de saneamento, infecções frequentes e falta de alimentação nutritiva^{2, 3,4}.

Oferecer à criança alimentos que não o leite materno antes do quarto mês de vida é, em geral, desnecessário e pode deixar a criança mais vulnerável a diarreias, infecções respiratórias e desnutrição, que podem levar ao comprometimento do crescimento e do desenvolvimento⁵.

A duração do aleitamento materno pode ser influenciada por diversos fatores, incluindo as condições sociodemográficas, ambientais, biológicas, obstétricas e culturais maternas. A assistência prestada pelos serviços de saúde, como a ausência da realização do pré-natal, é outro fator que explica tanto a interrupção precoce da amamentação exclusiva, quanto a adoção do aleitamento misto complementado^{6,7}.

A permanência em alojamento conjunto é considerada um fator facilitador para o estabelecimento da prática da amamentação, uma vez que a criança pode ser levada ao peito da mãe sempre que se fizer necessário, sem que tenha de seguir a rotina de horários estabelecida pela maternidade⁸.

Somando-se a esses fatores, a mulher no mercado de trabalho tem aumentado o risco do oferecimento precoce de alimentos diferentes do leite materno, em especial, o leite de vaca; a iminência da volta ao trabalho torna inexorável a decisão de incluir precocemente outro tipo de leite no esquema alimentar da criança, restringindo o sucesso do aleitamento materno complementado e incrementando o tempo mediano da duração do aleitamento misto^{6,9,10,11,12,13}.

ALEITAMENTO MATERNO

Estudos produzidos em boa parte do mundo enfatizam a adequada disponibilidade de nutrientes contidos no leite materno, que ajudam na maturidade fisiológica do lactente, evitando diarreias e constipações. Destacam-se ainda os fatores de proteção do leite materno contra as doenças, os quais o tornam alimento ideal, capaz de satisfazer as necessidades nutricionais, em especial nos dois primeiros anos de vida^{15, 16}. Desse modo, o leite materno promove o crescimento e o desenvolvimento pleno das crianças^{17, 18, 19}.

Estudos realizados no Brasil, sobre os fatores associados ao desmame, sugerem que a introdução de outros tipos de leite e alimentos na dieta da criança poderia estar associada à inadequação da quantidade ou da qualidade do leite produzido^{20, 21, 22}.

A observação da satisfação da criança tem se mostrado como o principal indicador, reconhecido pela mulher, de sua capacidade de amamentar, o que vai influenciar na decisão de manter ou não o processo de aleitamento materno^{23, 24}.

Devemos ficar alertas quanto ao evidente risco nutricional de lactentes no primeiro ano de vida, com potenciais complicações em curto e longo prazo, tendo em vista: curta duração do Aleitamento Materno- AM, uso do leite de vaca integral, introdução precoce de alimentos industrializados ricos em lipídeos (inclusive trans), açúcar e sal. Aliado ao consumo inadequado de macronutrientes, preocupa a baixa ingestão de micronutrientes, especialmente os relacionados à defesa antioxidante, que podem potencializar o risco de desenvolvimento de doenças, como as cardiovasculares²⁵.

ESTUDOS BRASILEIROS SOBRE A PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO

Um estudo realizado em 2000²⁶, com 96 crianças menores de um ano, nos bairros de Fortaleza, mostrou que a maioria das crianças recebia o aleitamento materno (68%), seguido do aleitamento artificial (32%), todavia apenas 10% recebia

aleitamento exclusivo, e 7% das crianças nunca recebeu leite materno. No final do décimo mês de vida, 53% das crianças ainda era amamentada. O Mingau lácteo, preparado com leite de vaca não modificado, constituía a alimentação básica de desmame.

Em Londrina, Paraná, em 2002, um estudo com 2000 menores de quatro meses de vida mostrou que a prevalência do aleitamento materno exclusivo- AME era de 29,3% e, para aleitamento materno predominante- AMP, 20,7%. Nos menores de seis meses, a prevalência do AME foi de 21,0% e do AMP 16,5%. Já para o aleitamento materno em menores de um ano, a prevalência foi de 62,4%²⁷.

Em Botucatu, São Paulo, em 2004²⁸, das crianças menores de quatro meses estudadas, 38% recebiam Aleitamento Materno Exclusivo (AME) e 85,0% recebiam aleitamento materno. No dia anterior à pesquisa, as mães relataram que a maioria das crianças tomou leite de vaca ou outros tipos de leite (33,4%); 29,2% tomaram chás e 22,4%, água. O consumo de fruta, suco de fruta, mingau, papa, sopa e comida de sal foi menos frequente.

Em um estudo de coorte, com 450 crianças nascidas num hospital universitário de São Paulo, entre 1998 e 1999, que tinha como objetivo verificar a duração da amamentação após a introdução de outro leite, concluiu-se que quanto mais tarde era introduzido outro leite além do leite materno, mais tempo a mãe tendia a amamentar, e as mães que desejavam prolongar a amamentação retardavam a introdução de outro leite e, após a introdução, mantinham pelo maior tempo possível a concomitância do outro leite com o leite materno²⁹.

Na segunda Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno Exclusivo, realizada com 3500 crianças menores de um ano em cada capital brasileira e Distrito Federal, pelo Ministério de Saúde, no ano de 2009, verificou-se que a prevalência do AME em menores de seis meses era de 41%. No entanto, é interessante observar que o comportamento desse indicador é bastante heterogêneo entre as regiões e capitais brasileiras: a região Norte foi a que apresentou maior prevalência dessa prática (45,9%), seguida da Centro-Oeste (45,0%), Sul (43,9%) e Sudeste (39,4%), a região Nordeste apresentando a pior situação (37,0%). Em relação às capitais, Belém se destaca com a maior prevalência (56,1%), seguida de Florianópolis (52,4%), Campo Grande (50,1%) e Distrito Federal (50,0%). Por outro lado, a menor prevalência foi em Cuiabá (27,1%). Também se verificou que ocorre queda

acentuada da probabilidade de as crianças estarem em AME já nos primeiros dias de vida em todas as regiões brasileiras, especialmente na região Nordeste, onde foi encontrada a pior situação, com probabilidade de interrupção do AME em torno de 40%. Maiores probabilidades de AME no início da vida são verificadas nas regiões Centro-Oeste e Norte (em torno de 80%). Chama atenção, ainda, que, aos 180 dias, o comportamento das regiões é semelhante, e a probabilidade de AME fica em torno de 10% ³⁰.

INSTITUIÇÃO HOSPITALAR AMIGO DA CRIANÇA

Visando a prolongar o tempo de AM e evitar o desmame precoce, em 1990, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância- UNICEF e outras organizações internacionais desenvolveram um conjunto de práticas e condutas, resumidas nos Dez Passos para o Sucesso do AM, e propuseram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança- IHAC, formalizada em 1990. O objetivo é garantir apoio das maternidades ao AM por meio de ações realizadas durante o ciclo grávido-puerperal e promover respeito ao Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno. A iniciativa se baseia em dez medidas promotoras do AM, que são os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno:

- 1) Ter normas e rotinas de incentivo ao aleitamento materno, expostas em quadros e cartazes para que todos possam conhecê-las.
 - 2) Capacitar toda a sua equipe para apoiar e ajudar as mulheres em todas as fases da amamentação.
 - 3) Orientar, durante o acompanhamento pré-natal, sobre as vantagens da amamentação, a importância de o bebê mamar logo ao nascer, a prevenção de dificuldades, além de outros assuntos que vão ajudar a futura mãe a ter uma amamentação mais duradoura e prazerosa.
 - 4) Estimular o início da amamentação na primeira hora de vida e o contato prolongado pele a pele entre a mãe e o bebê, desde o nascimento.
 - 5) Mostrar às mães como amamentar e manter a amamentação, mesmo quando houver necessidade de a mãe e o bebê ficarem separados.
 - 6) Oferecer aos recém-nascidos apenas o leite materno, garantindo que outros
-

leites e líquidos só sejam oferecidos em situações excepcionais, por indicação médica.

7) Garantir que mães e bebês permaneçam em alojamento conjunto vinte e quatro horas por dia.

8) Orientar que os bebês sejam amamentados sempre que quiserem, e o quanto quiserem.

9) Não oferecer chupetas, chucas ou mamadeiras aos bebês.

10) Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade.

A iniciativa envolve ações relacionadas à organização do processo de trabalho na atenção ao parto e ao puerpério, à capacitação dos profissionais para apoio ao aleitamento durante a estadia da puérpera no hospital e à promoção do AM junto às mães. As instituições que se adequam às recomendações recebem o título de Hospital Amigo da Criança ³¹.

A Iniciativa tem como finalidade mobilizar os profissionais de saúde e os funcionários de hospitais e maternidades para apoiar, proteger e promover o aleitamento materno ³².

Estudos realizados para avaliar o impacto da IHAC têm apontado o sucesso da iniciativa no aumento da incidência e duração do aleitamento materno ³³, na promoção de maiores taxas de amamentação exclusiva ³⁴, redução da morbidade e da mortalidade infantis, maiores taxas de início precoce da amamentação e redução significativa da suplementação pré-láctea³⁵, menor incidência de infecção gastrointestinal e eczema atópico, podendo ainda reduzir a incidência de mastite lactacional nas mães atendidas ³⁶.

Para obter o título de “Hospital Amigo da Criança”, as maternidades brasileiras devem preencher alguns critérios, que incluem o cumprimento de pelo menos 80% dos Critérios Globais estabelecidos para cada um dos Dez Passos ³⁷.

É importante avaliar, de modo contínuo, o cumprimento dos Dez Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno nos Hospitais Amigos da Criança, para identificar dificuldades e determinar regras para manter a qualidade da promoção do aleitamento materno, além de promover e incrementar as taxas de aleitamento materno ³⁴.

No Brasil, a IHAC foi implantada pelo Ministério da Saúde em 1992. Visando melhorar a qualidade de ações de proteção à criança e reduzir problemas relativos ao atendimento à mãe e ao recém-nascido, foram acrescentados outros dez critérios para titulação em território nacional e oferecida maior remuneração para alguns procedimentos perinatais realizados em HAC³⁸.

Apesar de as primeiras titulações terem ocorrido há quase 20 anos, a iniciativa ainda carece de ampla cobertura no país. Atualmente, somente 6% das maternidades brasileiras têm o título de “Amigo da Criança” e apenas 1/5 dos nascimentos no país ocorre em hospitais credenciados³¹.

FATORES DETERMINANTES PARA O DESMAME PRECOCE

A ocorrência mais precoce de desmame em grupo de mães com apenas o primeiro e o segundo graus evidencia que as mães com maior escolaridade apresentam maior possibilidade de receber informações acerca dos benefícios da amamentação, sofrendo menor influência externa e rejeitando práticas que, de modo cientificamente comprovado, prejudicam a ocorrência da amamentação^{21,22,39}.

A idade da mãe inferior a vinte anos é outro fator determinante para o desmame precoce, ou seja, o fato de a mãe ser adolescente mostra uma frequência de desmame maior, quando comparadas a mães adultas. Mães adolescentes estão menos dispostas a amamentar que as adultas, logo após o parto^{21,22,40}.

As primíparas apresentaram a tendência de deixarem de oferecer leite materno a seus filhos na faixa etária de zero a um ano. Nos menores de quatro e seis meses, tal relação mostrou-se mais forte, quando considerado o aleitamento materno exclusivo. Mães primíparas amamentaram por menos tempo seus filhos. Os fatores culturais que favorecem a introdução de chás, água e outros alimentos na alimentação de crianças em aleitamento materno, provavelmente, têm maior impacto no primeiro parto. Desse modo, as mulheres pertencentes a esse grupo apresentam maior susceptibilidade ao desmame precoce⁴¹.

A crescente inserção da nutriz no mercado de trabalho compõe um cenário favorável ao desmame precoce. As mulheres demonstraram uma grande dificuldade

em conciliar as múltiplas atribuições, o que se transformou, inclusive, em motivo de angústia e preocupação, sentimentos que impactam negativamente na fisiologia da lactação. Assim, mães que não trabalham fora do lar têm uma chance significativamente maior para o aleitamento materno e uma tendência de associação em relação ao aleitamento materno exclusivo⁴¹.

Num estudo realizado no Distrito Federal, em 2010, com 34 puérperas, mostrou que 23,53% das nutrizes eram solteiras. As nutrizes que vivem sem o companheiro amamentam exclusivamente menos tempo, quando comparadas àquelas que vivem com os parceiros, enfatizando que a presença do pai como companheiro ajuda na prevalência do aleitamento materno exclusivo, auxiliando favoravelmente a prática do aleitamento materno exclusivo^{42,43}.

As crianças que recebem fórmula infantil na mamadeira tem 46,5 vezes mais chances de serem desmamadas antes do quarto mês⁷. Num estudo realizado nas cidades de Curitiba, São Paulo e Recife, com 179 lactentes saudáveis, entre 4 e 12 meses, analisaram-se registros alimentares de 7 dias consecutivos, e a mediana de idade para a introdução da mamadeira foi de 3 meses (0,0-10 meses)²⁵.

São inúmeras as causas que levam a nutriz a pensar que seu leite é insuficiente para sustentar a criança, entre elas estão fatores sociais, culturais, psicológicos, experiência anterior em amamentação sem sucesso, falta de informação, falta de apoio e incentivo²⁴.

FATORES PROTETORES PARA O ALEITAMENTO MATERNO

Num estudo realizado nas cidades de Curitiba, São Paulo e Recife, com lactentes saudáveis, entre 4 e 12 meses, em 2010, as mães referiram que as práticas alimentares adotadas, em especial o aleitamento materno, eram predominantemente baseadas em sua própria experiência de vida, ou na de sua família (67,6%), ou seja, avós e mães que amamentaram filhos anteriores tinham chance de amamentarem mais. As orientações do pediatra e as informações da mídia ficaram em segundo e terceiro lugares, respectivamente²⁵.

Existem alguns fatores protetores para o aleitamento materno, como o recebimento de leite materno logo depois do parto, ainda na sala de parto, ou em menos de seis horas de pós-parto e o alojamento conjunto^{25,44}.

Há evidências de que a duração da amamentação apresenta uma associação com os tipos de parto³⁴. As crianças nascidas por cesariana eletiva têm risco cerca de três vezes maior de serem desmamadas ao final do primeiro mês do que as nascidas por parto vaginal ou cesariana emergencial⁴⁵.

Um estudo com 811 crianças menores de cinco meses de idade da cidade do Rio de Janeiro, em 2007, mostrou que, embora a prevalência de AME em bebês com até 15 dias de vida fosse 80%, somente 21,2% das crianças com idades entre 4 e 5 meses ainda continuavam recebendo apenas leite materno. Os nascimentos ocorreram, em sua maioria, em hospitais com o título de Amigo da Criança (51,2%), seguidos por aqueles sem o título (30%) e em vias de receber a titulação (18,8%). De modo geral, o fato de a criança nascer em IHAC aumenta a probabilidade da mesma se manter em AME ao longo de todo o período estudado⁴⁶.

O modo de vida das mães que residem na área rural, de diferentes níveis de desenvolvimento socioeconômico, é um fator positivo na preservação de práticas de vida saudáveis e de conservação de estado solidário de viver. Desse modo, pode-se dizer que residir na área rural imprime menor risco de interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e total, em comparação a residir na zona urbana^{6,14}.

O homem tem atuado, cada vez mais, em seu papel de pai, é o principal suporte do apoio familiar; acompanha sua companheira aos serviços de saúde e busca conhecimento, a fim de apoiá-la da melhor forma. O pai representa uma influência ímpar na decisão da mulher de amamentar. A avaliação de grupos de orientação realizados com pais mostra que há aproveitamento, interesse e validação dos pais para com a iniciativa do aleitamento materno⁴⁷.

O cuidado pré-natal pode diminuir a mortalidade mediante detecção e tratamento das enfermidades maternas, devendo ser realizado de maneira precoce, para que se possa detectar e tratar quaisquer complicações. Além disso, a realização do pré-natal pode ajudar a nutriz a aperfeiçoar a amamentação, evitando dificuldades, uma vez que as orientações recebidas fortalecem a confiança e as capacidades maternas em amamentar^{42,48}. A realização do pré-natal é de suma

importância, uma vez que a maior parte das gestantes busca uma adequada assistência aos seus filhos e a elas mesmas, favorecendo o acesso delas às informações e esclarecimentos acerca do aleitamento materno exclusivo⁴³.

ESCALA DE AUTO-EFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO- *BREASTFEEDING SELF EFFICACY SCALE*

Um aspecto importante que pode influenciar no desmame precoce é a falta de confiança materna em sua habilidade de amamentar. A confiança materna se constrói a partir de quatro fontes de informação: experiência pessoal (experiências positivas com amamentações anteriores), experiência vicária (observação de outras mães que amamentaram), persuasão verbal (apoio e encorajamento de pessoas próximas e respeitadas pela mulher, como tia, mãe e avós) e reações físicas e psicológicas (reações agradáveis diante do ato de amamentar)⁴⁹.

Reconhecendo que o comportamento da mulher diante do aleitamento materno ainda não havia sido estudado dentro da perspectiva da auto-eficácia, Dennis e Faux⁴⁹ desenvolveram uma escala (Breastfeeding Self-Efficacy Scale- BSES) que se propõe a avaliar a confiança materna na amamentação nos quatro meses de vida.

A Breastfeeding Self-Efficacy Scale foi traduzida e validada no Brasil, no trabalho de Oriá em 2007, numa amostra composta por 30 mulheres, tendo sido utilizado, além da BSES traduzida, um formulário com informações sociodemográficas e obstétricas. O escore total variou de 93 a 162 pontos. Quando considerado apenas as múltiparas, a pontuação da escala variou de 106 a 156. Um comitê de especialistas avaliou o conteúdo da BSES, e a escala obteve um bom Índice de Validação de Conteúdo. A sensibilidade da escala foi avaliada e se mostrou elevada. Concluiu-se, portanto que se obteve um instrumento confiável, válido e capaz de avaliar a percepção da mulher em relação à sua auto-eficácia para a prática da amamentação. A versão (33 itens) mostrou ser de fácil compreensão, obtendo-se adequada validação semântica e de consistência. Os achados sugerem que a BSES é adequada para *screening* da confiança materna no seu potencial para amamentar⁵⁰.

Foi validada na forma reduzida (14 itens), por Dodt em 2008, num trabalho com 294 puérperas imediatas no Ceará. A forma reduzida é de fácil aplicação, não demanda tempo para aplicá-la, o que torna viável a utilização em maternidades, pode ser auto aplicada ⁵¹.

A escala está dividida em dois domínios, domínio técnico e pensamento intrapessoal. O domínio técnico é composto por seis perguntas, e o pensamento intrapessoal apresenta uma combinação de seis perguntas. Esse instrumento apresenta, como opção de respostas, uma escala *Likert* com 5 alternativas, que vão desde “um”, indicando a total falta de confiança, e “cinco”, indicando que a mãe está muito confiante (figura 1)⁵¹.

Escala de auto-eficácia na Amamentação^a

	Perguntas	Escala de <i>likert</i> ^d .				
		1	2	3	4	5
		Nada confiante	Pouco mais que nada confiante	Mais ou menos confiante	Pouco menos que muito confiante	Muito confiante
Domínio Técnico ^b	1 Eu consigo sempre perceber se o meu bebê está recebendo leite suficiente					
	2 Eu consigo sempre lidar com sucesso com a amamentação, tal como com outras tarefas desafiantes					
	3 Eu consigo sempre amamentar o meu bebê sem ser necessário dar-lhe suplemento					
	4 Eu consigo sempre garantir que o meu bebê faça uma boa pega durante toda a mamada					
	5 Eu consigo sempre gerir de forma satisfatória a amamentação					
	6 Eu consigo sempre gerir a amamentação, mesmo que o meu bebê esteja chorando					
Pensamento Intrapessoal ^c	7 Eu posso sempre continuar a desejar amamentar					
	8 Eu consigo sempre sentir-me à vontade amamentando o meu bebê quando estão presentes outros membros da Família					
	9 Eu consigo sempre sentir-me satisfeita com a minha experiência de amamentar					
	10 Eu consigo sempre lidar bem com o fato de a amamentação poder consumir tempo					
	11 Eu consigo sempre amamentar o meu bebê, esvaziando uma mama antes de passar à outra mama					
	12 Eu consigo sempre continuar a amamentar o meu bebê em todas as mamadas					
	13 Eu consigo sempre amamentar o meu bebê quando ele pede					
	14 Eu consigo sempre identificar quando e que o meu bebê acabou de mamar					

- A escala de auto-eficácia reduzida de Dodt, trata-se de uma escala contendo 14 perguntas divididas em dois domínios.
- Domínios Técnico, contendo 6 perguntas.
- Domínio de Pensamento Intrapessoal, contendo 8 perguntas.
- Escala de *Likert* com cinco posições, em que “um” indica a total falta de confiança e “cinco” que a mãe está muito confiante.

Todos os itens da escala são apresentados de forma positiva, e os resultados são somados de forma a produzirem resultados que oscilam entre 14 e 70, em que os resultados mais altos indicam níveis mais elevados de auto-eficácia na amamentação e maior a confiança da mulher no seu potencial de amamentar, constituindo, assim, na maior probabilidade de iniciar e manter o aleitamento exclusivo por um período mais longo⁴⁹.

O uso da escala permite ao profissional de saúde, ao verificar a pontuação de cada assertiva, conhecer previamente a área em que a mulher tem menor auto-eficácia na amamentação, possibilitando assim, a implementação de estratégias de cuidado e promoção do aleitamento materno personalizado, antes de ela decidir por não amamentar ou desmamar precocemente. Tal fato pode levar, em médio e longo prazo, à redução das taxas de desmame precoce e, conseqüentemente, à melhoria da qualidade de vida do binômio mãe-filho⁵⁰.

ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS- PARTO- EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE

A vivência de estresse em relação aos cuidados da criança também foi relacionada ao aumento do risco de Depressão Pós-Parto, por sua alta prevalência e gravidade, e também por sua repercussão negativa na criança. Estudos sugerem que existe uma diferença significativa entre as mulheres com e sem depressão pós-parto, em relação à percepção de pelo menos um tipo de estresse nos cuidados da criança. A questão que se coloca é de se a própria percepção subjetiva da paciente, no que diz respeito à presença de dificuldades em relação a algum aspecto do cuidado da criança, não seria já uma consequência do seu estado depressivo, em vez de um fator causa⁵².

Vitolo et al sugere que a depressão pós-parto contribui no desenvolvimento de algumas doenças infantis, pois é particularmente importante causa de risco crescente da vulnerabilidade da criança, prejudicando assim o desenvolvimento infantil e causando efeitos negativos no seu desenvolvimento⁵³. A depressão pós-parto justifica o menor interesse e disposição da mãe nas manifestações de carinho em relação à criança, além de ter forte associação com o menor tempo de aleitamento materno, situação que implica em maior risco à saúde da criança, especialmente nos estratos socioeconômicos menos privilegiados⁵⁴.

A escala serve para rastreamento e diagnóstico de depressão pós-parto, permite conhecer previamente a mulher que tenha tendência a desenvolver a doença, possibilitando assim, a interferência no cuidado do binômio mãe/filho, proteção à criança, incentivo e promoção do aleitamento materno, antes que a mãe decida por desmamar precocemente, pois um dos aspectos que interferem no aleitamento materno exclusivo e, conseqüentemente, no desmame precoce, é a depressão pós-parto, que interfere e/ou bloqueia a relação interpessoal mãe e filho, produz um efeito negativo na vida e na saúde da criança, comprometendo o seu aleitamento materno, interferindo assim no seu crescimento e desenvolvimento. Em casos extremos de Depressão Pós-Parto, a doença pode levar ao infanticídio⁵⁴.

A Escala de Depressão Pós-natal de Edinburgh Postnatal Depression Scale-EPDS, foi desenvolvida em 1987, na Grã-Bretanha, por Cox et al⁵⁵. A escala mede a presença e a intensidade de sintomas depressivos nos últimos sete dias, consiste em um instrumento de auto-registro composto de 10 enunciados, cujas opções são pontuadas (0 a 3) de acordo com a presença ou a intensidade do sintoma. Seus itens cobrem sintomas psíquicos, como humor depressivo (sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimentos de culpa, ideias de morte ou suicídio), perda do

prazer em atividades anteriormente consideradas agradáveis, fadiga, diminuição da capacidade de pensar, de concentrar-se ou de tomar decisões, além de sintomas fisiológicos (insônia ou hipersônia) e alterações do comportamento (crises de choro). A somatória dos pontos perfaz escore de 30, sendo considerado de sintomatologia depressiva valor igual ou superior a 12, como definido na validação da escala em uma amostra brasileira⁵⁷.

No trabalho de Figueira, de 2009, a escala de EPDS apresentou-se como um instrumento de boa consistência interna. Constituiu um instrumento adequado de triagem da depressão pós-parto, podendo ser implementado na rede pública de saúde, devido à sua facilidade, rapidez de aplicação, baixo custo e possibilidade de aplicação por qualquer profissional de saúde⁵⁸.

O uso da escala pode ser associado a um aumento nos índices de diagnóstico e tratamento da doença de depressão pós-parto, minimizando assim seus possíveis efeitos deletérios sobre mãe e filho⁵⁸.

Um estudo que recrutou 271 mulheres, realizado em Porto Alegre, em 2008, aplicando a EPDS, mostrou uma prevalência de depressão pós-parto de 20,7%%, com um total de 94 mulheres com escores iguais ou acima do normal; 56 dessas mulheres tiveram o escore igual ou superior a 13, sendo que 11 delas foram submetidas ao tratamento no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, e 38 tiveram o escore igual ou maior que 10⁵⁹.

Em outro estudo, realizado no município de São Paulo, no Estado de São Paulo, a seleção da amostra foi de 70 mães que foram avaliadas pelo EPDS, utilizando um escore acima de 11 pontos encontrou-se uma prevalência de depressão pós-parto nessas mulheres de 37%⁶⁰.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global strategy on infant and young child feeding. Geneva: WHO; 2003.
 2. Victora CO, Smith P.G, Vaughan J.P, Nobre L.C, Lombardi C, Teixeira A.M.B, Fuchs S.M.C, Moreira L.B, Gigante L.P, Barros F.C. Evidence for a strong protective effect of breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet*, 1987;2: 319-22.
 3. Fewtrell MS, Morgan JB, Duggan C, Gunnlaugsson G, Hibbert PL, Lucas A, Kleinman RE. Optimal duration of exclusive breastfeeding: What is the evidence to support current recommendation? *Am J Clin Nutr*. 2007;85:S635-8.
 4. Camila MFC, Serva VB, Arruda IKG, Filho MB. Aspectos históricos, científicos, socioeconômicos e institucionais do Aleitamento Exclusivo. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 10(1):25-37 Jan.Mar. 2010.5. Rea MF. A amamentação e o uso do leite humano: o que recomenda a Academia Americana de Pediatria. *J Pediatr* 1998; 74: 171-3.
 5. Demétrio F, Pinto EJ, Assis AMO. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de corte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2012;28(4): 641-54.
 6. Roig AO, Martínez MR, García JC, Hoyos SP, Navidad GL, Álvarez JCF, Pujalte MMC, González RGL. Factores asociados al abandono de la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida Ver. *Latina Am. Enfermagem* mai-jun. 2010; 18(3).
 7. Brasileiro AA, Possobon RF, Carrascoza KC, Ambrosano GMB, Moraes ABA. The impact of breastfeeding promotion in women with formal employment. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2010;26(9):1705-13.
 8. Salustiano LPQ, Diniz ALD, Abdallah VOS, Pinto RMC. Factors associated with duration of breastfeeding in children under six months. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012; 34(1):28-33
 9. Vianna RPT, Rea MF, Venancio SI, Escuder MM. Breastfeeding practices among paid working mothers in Paraíba State, Brazil: a cross-sectional study. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2007;23(10):2403-9.
 10. Brecaillo MK, Corso ACT, Almeida CCB, Schmitz BAS. Factors associated with exclusive breastfeeding in Guarapuava, Paraná, Brazil. *Rev. Nutr.*, Campinas, 2010;23(4): 553-63.
 11. Souza SNDH, Migoto MT, Rossetto EG, Mello DF. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina-PR. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(1): 29-35.
-

12. Leone CR, Sadeck LSR. Proteção à Mãe Paulistana. Fatores de risco associados ao desmame em crianças até seis meses de idade no município de São Paulo. *Rev Paul Pediatr* 2012; 30(1): 21-6.
 13. Caminha MFC, Filho MB, Serva VB, Arruda IKG, Figueiroa JN, Lira PIC. Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(2): 240-8 241.
 14. Spyrides MHC, Struchiner CJ, Barbosa MTS, Kac G. Amamentação e crescimento infantil: um estudo longitudinal em crianças do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:756-66.
 15. Caminha MFC et al. Aleitamento materno: o problema revisitado. *Rev. Bras. Saúde. Matern. Infant, Recife*, 2010; 10 (1): 25-37.
 16. WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet* 2000; 355:451-5.
 17. Department of Child and Adolescents Health and Development, World Health Organization. Evidence on the long-term effects breastfeeding: systematic review and meta-analyses. Geneva: World Health Organization; 2007.
 18. Assis AMO, Barreto ML, Santos LMP, Sampaio LR, Magalhães LP, Prado MS, et al. Condições de vida, saúde e nutrição na infância na cidade de Salvador. Salvador: Bureau, Gráfica e Editora; 2000.
 19. Borges ALV, Philippi ST. Opinião de mulheres de uma unidade de saúde da família sobre a quantidade de leite materno produzido. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2003 Jun; 11(3): 287-92.
 20. Volpini CCA, Moura EC. Determinantes do desmame precoce no distrito noroeste de Campinas. *Rev Nutr*. 2005 Jun; 18(3): 311-9.
 21. Carvalhaes MABL, Parada CMGL, Costa MP. Fatores associados à situação do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de quatro meses, em Botucatu-SP. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007 Fev; 15(1):62-9.
 22. Gatti L. Maternal perceptions of insufficient milk supply in breastfeeding. *J Nurs Scholarsh*. 2008 Dec; 40(4):355-63.
 23. Bunik M, Shobe P, O'Connor ME, Beaty B, Langendoerfer S, Crane L, Kempe A. Are 2 weeks of daily breastfeeding support insufficient to overcome the influences of formula? *Acad Pediatr*. 2010 Jan-Feb; 10(1): 21-8.
 24. Monteiro JCS, Gomes FA, Stefanello J, Nakano MAS. Leite produzido e saciedade da criança na percepção da nutriz durante o Aleitamento Materno Exclusivo. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 2011 Abr-Jun; 20(2): 359-67.
 25. Caetano MC et al. Alimentação complementar em lactentes. *Jornal de Pediatria* 2010; 86(3).
-

-
26. N.T. Soares et al. Padrão alimentar de lactentes residentes em áreas periféricas de Fortaleza. *Rev. Nutr.*, Campinas, 2000;13(3): 167-76.
 27. Vannuchi MTO et al. Perfil do aleitamento materno em Londrina, Paraná. *Rev. Saúde Pub. S. Paulo*, 2005.
 28. Carvalhaes MABL, Parada CMGL, Costa MP. Fatores associados à situação do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de quatro meses, em Botucatu – SP. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007 janeiro-fevereiro; 15.
 29. Bueno, M.B. et al. Duração da amamentação após introdução de outro leite. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2002;5(2).
 30. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília – DF. 2009
 31. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. *Iniciativa Hospital Amigo da Criança*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
 32. Labbok MH. Breastfeeding and Baby-Friendly Hospital Initiative: more important and with more evidence than ever. *J Pediatr (Rio J)* 2007;83:99-101.
 33. Duyan Camurdan A, Ozkan S, Yüksel D, Pasli F, Sahin F, Beyazova U. The effect of the baby-friendly hospital initiative on long-term breast feeding. *Int J Clin Pract* 2007;61:1251-5.
 34. Caldeira AP, Gonçalves E. Assessment of the impact of implementing the Baby-Friendly Hospital Initiative. *J Pediatr (Rio J)* 2007;83:127-32.
 35. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovitch I, Shapiro S et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001;285:413-20.
 36. Vieira GO, Silva LR, Mendes CM, Vieira Tde O. Lactational mastitis and Baby-Friendly Hospital Initiative, Feira de Santana, Bahia, Brazil. *Cad Saude Publica* 2006;22:1193-200.
 37. Unicef. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data .Baby-Friendly Hospital Initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Section 4, Hospital self-appraisal and monitoring. Produced by the World Health Organization, UNICEF and Wellstart International; 2009.
 38. Brasil. Portaria MS/SAS nº. 09 em 10 de janeiro de 2008. Altera a redação do critério nº. 8 constante das normas para o processo de habilitação do Hospital Amigo da Criança. *Diário Oficial da União* 2008; 11 jan.
 39. França GVA et al Determinantes da amamentação em Cuiabá-MT. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(5): 711-8.
-

-
40. Venâncio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breastfeeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis. *Public Health Nutr.* 2006; 9(1): 40-6.
 41. Parizotto J, Zorzi NT. Aleitamento Materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. *O Mundo da Saúde São Paulo* 2008; 32(4): 466-74.
 42. Fragoso APR, Fortes RC. Fatores associados à prática do aleitamento materno. *J Health Sci Inst.* 2011;29(2):114-8
 43. Salvador, J. P.; et al. Participação do companheiro na promoção do aleitamento materno exclusivo em hospital amigo da criança *Revista Interdisciplinar NOVAFAPI, Teresina.* 2012;5(1):30-6.
 44. Baptista GH et al. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro,* 2009;25(3): 596-604.
 45. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Vasconcellos AGG. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Rev Saude Publica* 2011; 45(1): 69-78.
 46. Sampaio PF et al. Hospital Amigo da Criança: Fator de proteção ao aleitamento? *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro,* 2011;27(7):1349-61.
 47. Bruna Turaça Silva et al. Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. *Rev Paul Pediatr* 2012;30(1):122-30.
 48. Azevedo DS, Reis ACS, Freitas LV, Costa PB, Pinheiro PNC, Damasceno AKC. Conhecimento de primíparas sobre os benefícios do aleitamento materno. *RevRENE.* 2010;11(2):53-62.
 49. Dennis CL, Faux S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Res Nurs Health.* 1999; 22(5): 399-409.
 50. Oriá MOB, Ximenes LB. Tradução e adaptação cultural da Breastfeeding Self-Efficacy Scale para o português. *Acta Paul Enferm* 2010; 23(2): 230-8.
 51. Dodt, R.C.M. Aplicação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF) em puérperas. Ceará. *Journal of Nursing Education and Practice* 2012 Aug; 2(3):66-73.
 52. Figueira PG, Diniz LM, Filho HCS. Características demográficas e psicossociais associadas à depressão pós-parto em uma amostra de Belo Horizonte *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2011; 33(2): 71-5.
 53. Vitolo MR, Benetti PC, Bortolini GA, Graeff A, Drachler ML. Depression and its implications in breast feeding *Rev Psiquiatr RS.* 2007;29(1):28-34.
 54. Parsons CE, Young KS, Rochat TJ, Kringelbach ML, Stein A. Postnatal depression and its effects on child development: a review of evidence from low- and middle-income countries *British Medical Bulletin* 2012;101
-

-
55. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150:782-6. DOI: 10.1192/bjp.150.6.782
 56. Santos MFS. Depressão pós-parto: validação da Escala de Edimburgo em puérperas brasileiras [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 1995.
 57. Figueira P, Corrêa H, Malloy-Diniz L, Silva MAR. Escala de Depressão Pós-natal. de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. *Rev Saúde Pública* 2009;43(Supl. 1):79-84
 58. Santos IS et al.. Edinburgh Postnatal Depression Scale Validation Study. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(11): 2577-2588, nov, 2007.
 59. Tannous L, Gigante LP, Fuchs SC, Busnello EDA. Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. *BMC Psychiatry* 2008, 8:1.
 60. Cruz EBS, Simões GL, Faisal – Cury A. Rastreamento da depressão pós parto em mulheres atendidas pelo programa de saúde da família. *Ver. Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(4):181-8.
-

CAPÍTULO III

3.1 ARTIGO ORIGINAL

Folha de rosto

Fatores Associados ao desmame precoce: Percepção de Autoeficácia
no aleitamento materno e depressão pós-natal

Title: Factors associated with early weaning: perceived self-efficacy in breastfeeding
and Postnatal Depression

Autoeficácia no aleitamento materno, depressão pós-natal
e desmame precoce

(artigo a ser submetido ao Journal Breastfeeding Medicine)

Autor correspondente:

Edficher Margotti
Rua Otaviano Santos,2133
Altamira, PA, 68371-288
edficher@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: Determinar os fatores relacionados com o tempo de aleitamento materno exclusivo em dois hospitais, um amigo da criança e outro hospital geral, e relacionar com os escores da Breastfeeding Self Efficacy Scale e a Edinburgh Postnatal Depression Scale.

Métodos: Foi realizado um estudo de coorte descritiva e analítica, com 300 binômios mãe\bebê, cujos bebês nasceram em dois hospitais: um hospital geral e o outro amigo da criança. Os critérios de inclusão foram: crianças com peso de nascimento >2.500 gramas, idade gestacional acima de 36 semanas, residentes em zonas urbanas. Na maternidade, foram coletados dados do prontuário foram aplicados um questionário às mães e a Breastfeeding Self Efficacy Scale. A cada 15 dias, contatava-se a mãe, perguntando-lhe se ainda estava em aleitamento materno exclusivo e, ao chegar aos quatro meses pós-parto, foi aplicada a Edinburgh Postnatal Depression Scale.

Resultados: Dentre os nascimentos, 53% era masculino, 52% foi em hospital amigo da criança, 55% foi parto normal. A idade média das mães era de 26 anos e a idade gestacional média foi de 39 semanas. A média materna de escore de Breastfeed foi de 36 pontos. Quanto ao escore de Edinburgh, 36% das mães apresentava tendência à depressão. Apenas 34% das mães tinha até oito anos de estudo, 57% trabalhava fora, 13% era solteira, 61% realizou de 7 a 13 consultas de pré-natal. Avaliando-se a frequência de amamentação exclusiva (AME) aos 30 dias foi de 86%, enquanto apenas 49% das crianças recebeu amamentação exclusiva aos 120 dias de vida. Na análise multivariável o aleitamento materno exclusivo aos 60 dias, as variáveis que se mostraram como fatores de risco para a amamentação foram, o Hospital Não amigo da Criança ($p=0,002$), a escolaridade (até oito anos de estudo) ($p=0,004$) e a mãe que trabalha ($p=0,013$). Já a maior pontuação no teste de Breastfeed ($p=0,016$) foi um fator de proteção para amamentação exclusiva. Ao avaliar o aleitamento materno aos 120 dias, as variáveis que se mostraram como fatores de proteção para a amamentação foram a maior idade materna ($p=0,039$) e a pontuação no teste de Breastfeed ($p=0,046$).

Conclusões: Os fatores de risco associados com aleitamento materno exclusivo aos 60 dias foram o Hospital Não credenciado como amigo da Criança, a escolaridade (até oito anos de estudo) e a mãe que trabalha. Já a maior pontuação no teste de Breastfeed foi um fator de proteção para amamentação exclusiva. Aos 120 dias, as variáveis que se mostraram como fatores de proteção para a amamentação exclusiva foram a maior idade materna e a pontuação no teste de Breastfeed.

Descritores: Aleitamento Materno, Depressão pós-natal, autoeficácia no aleitamento, Breastfeeding Self Efficacy Scale, Edinburgh Postnatal Depression Scale.

ABSTRACT

Objective: To determine factors associated with the length of exclusive breastfeeding at two hospitals, a baby-friendly hospital and one general hospital, and relate them to the scores of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale and the Edinburgh Postnatal Depression Scale.

Methods: We conducted a descriptive and analytical cohort study of 300 binomials of mother \ babies that were born in two hospitals: one at the general hospital and the other at a baby-friendly hospital. The inclusion criteria were: children with birth weight of 2,500 g or less, gestational age above 36 weeks and residents in urban areas. At the hospitals maternities, data were collected from medical records, questions to mothers were asked and the Breastfeeding Self-Efficacy Scale was applied. Every 15 days, the mother was contacted and asked if she was still exclusively breastfeeding and the Edinburgh Postnatal Depression Scale-EPDS was applied four months after giving birth.

Results: Among the births, 53% were male, 52% were at a baby-friendly hospital and 55% were normal deliveries. The mothers had a mean age of 26 years and a mean gestational age of 39 weeks. The average maternal breastfeed score was 36 points while the score for the Edinburgh Scale was that 36% of the mothers had a tendency of depression. Only 34% of the mothers had up to eight years of education, 57% of them worked outside the home, 13% of them were single and 61% had 7-13 prenatal consultations. At 30 days, the frequency of exclusive breastfeeding was of 86% while only 49% of the babies were breastfed exclusively at 120 days of life. In the multivariate analysis, the variables of exclusive breastfeeding at 60 days showing risk factors were the hospital not being baby friendly ($p=0,002$), the mother's schooling (up to 8 years of study) ($p=0,004$) and a working mother ($p=0,013$). The highest Breastfeeding test score ($p=0,016$) was for the protection factor of exclusive breastfeeding. At 120 days, it was evaluated that the variables shown as protection factors were the mother's age ($p=0,039$) and the Breastfeed test score ($p=0,046$).

Conclusions: The risk factors associated with exclusive breastfeeding during the 60 days at a hospital that is not baby friendly are the mother's schooling (up to 8 years) and whether she works or not. The highest Breastfeed score was the exclusive breastfeeding protection factor. At 120 days, the variables shown as exclusive breastfeeding protection factors were the mother's age and the Breastfeed test score.

Keywords: Breastfeeding, postnatal depression, self-efficacy in breastfeeding, Breastfeeding Self Efficacy Scale, Edinburgh Postnatal Depression Scale.

INTRODUÇÃO

Nenhuma fórmula alimentar artificial, segundo a Organização Mundial da Saúde, é capaz de substituir o leite materno em qualidade, especificidade de nutrientes e proteção contra doenças¹. O aleitamento materno- AM, tem forte papel protetor contra a morbidade e a mortalidade infantis, devido à sua influência em um grande número de doenças, principalmente as infecciosas e alérgicas².

Na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno Exclusivo- AME, realizada nas Capitais Brasileiras⁵, pelo Ministério de Saúde-MS do Brasil, no ano de 2009, verificou-se uma prevalência geral do aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses de 41%. No entanto o comportamento desse indicador foi bastante heterogêneo entre as regiões e capitais brasileiras: a região Norte foi a que apresentou maior prevalência dessa prática (45,9%), seguida da Centro-Oeste (45,0%), Sul (43,9%) e Sudeste (39,4%), a região Nordeste demonstrou a pior situação (37,0%). A duração mediana do aleitamento materno exclusivo foi de 54,1 dias (1,8 meses), e a duração mediana do aleitamento materno de 341,6 dias (11,2 meses) no conjunto das capitais brasileiras e Distrito Federal.

Os fatores de risco para a interrupção do aleitamento materno aos 120 dias descritos na literatura são: a baixa escolaridade materna^{1,6,7}, a idade da mãe inferior a 20 anos^{8,9,10,21,22}, as mães primíparas^{22,23}, as que trabalham fora do lar^{22,24,25,16} e as que tiveram parto cesáreo^{9,17-20}. O grau de instrução materno mais elevado parece ser um bom preditivo de sucesso da prática da amamentação exclusiva⁶. Mães adolescentes estão menos dispostas a amamentar que as adultas, logo após o parto⁸. Conforme Carrascoza, as mães primíparas amamentam seus filhos por menos tempo, e as mães que trabalham fora do lar têm uma chance significativamente maior para o desmame precoce²⁴. As crianças nascidas por cesariana eletiva têm risco cerca de três vezes maior de serem desmamadas ao final do primeiro mês do que as nascidas por parto vaginal ou cesariana emergencial⁹.

Existem alguns fatores protetores do aleitamento materno, como o recebimento de leite exclusivamente materno logo depois do parto, ainda na sala de parto na maternidade, e o alojamento conjunto, mãe e criança, na maternidade está associado a um fator de risco, o desmame precoce¹⁰.

Outro aspecto que influencia no desmame precoce é a confiança materna em sua habilidade de amamentar. Dennis e Faux desenvolveram uma escala (*Breastfeeding Self-Efficacy Scale* - BSES) que pudesse avaliar a confiança materna na amamentação. Essa confiança se constrói a partir de quatro informações que fundamentam a expectativa de autoeficácia, a saber: experiência pessoal (experiências positivas anteriores), experiência vicária (observação de outras mães amamentarem, assistência a vídeos com orientações relacionadas à amamentação), persuasão verbal (apoio e encorajamento de pessoas próximas e respeitadas pela mulher) e estado emocional e fisiológico (reações físicas e psicológicas diante do ato de amamentar). Os escores totais da escala variam de 14 a 70 pontos. Quanto maior o escore, maior a confiança da mãe no seu potencial de amamentar, constituindo, assim, na maior probabilidade de iniciar e manter o aleitamento exclusivo por um período mais longo ¹¹. Apesar de ter sido criada e validada no Canadá, a BSES já tem sido validada em diversos países, inclusive para o Brasil ¹². Foi validada no Brasil, na forma reduzida (14 itens), por Dodt em 2008, num trabalho com 294 puérperas imediatas no Ceará. A forma reduzida é de fácil aplicação, não demanda tempo para aplicá-la, o que torna viável a utilização em maternidades, pode ser auto aplicada ¹³.

A Depressão pós-parto pode interferir e/ou bloquear a relação interpessoal mãe e filho, e comprometendo o aleitamento materno ¹⁴. Cientes da importância de avaliar a depressão pós-parto, Santos et al, desenvolveram a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo- EPDS. A pontuação da escala permite de maneira factível diagnosticar as mães com características depressivas o que, a interferência no cuidado, proteção à criança, incentivo e promoção do aleitamento materno personagflizado¹⁵.

O objetivo de nosso estudo foi determinar os fatores relacionados com o tempo de aleitamento materno exclusivo aos 60 e 120 dias de pós parto, em dois hospitais, um credenciado como hospital amigo da criança (cujo objetivo é garantir o apoio das maternidades ao aleitamento materno, por meio de ações realizadas durante o ciclo grávido-puerperal e promover respeito ao Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno ¹⁶) e o outro hospital geral, determinando os fatores que possam influenciar no desmame, relacionando com o escore da BSES e da EPDS.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo teve como delineamento uma coorte descritiva e analítica.

O estudo foi realizado numa população de 300 binômios mães/bebês, nascidos no Hospital Regional Lenoir Vargas, de Chapecó- SC, credenciado como Hospital Amigo da Criança, e no Hospital São Lucas da PUC de Porto Alegre - RS, Hospital sem o credenciamento.

Composto por um conjunto de práticas e condutas, o Hospital Amigo da Criança tem como objetivo garantir apoio ao AM por meio de ações realizadas durante o ciclo grávido-puerperal. A iniciativa se baseia em dez medidas promotoras do AM (*Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno*), envolvendo ações relacionadas à atenção ao parto e ao puerpério, à capacitação dos profissionais para a promoção e apoio ao AM durante a estadia no hospital e à promoção do AM junto às mães. Para obter o título de “Hospital Amigo da Criança”, as maternidades brasileiras devem preencher alguns critérios, que incluem o cumprimento de pelo menos 80% dos Critérios Globais estabelecidos para cada um dos Dez Passos.

A coleta dos dados foi no ano de 2011, a seleção das puérperas foi feita de forma contínua e simultânea nos dois hospitais, nos meses de agosto, setembro e outubro, conforme aconteciam os partos no centro obstétrico.

Os critérios de inclusão utilizados foram: Crianças com peso de nascimento >2.500 gramas, nascidas de parto normal ou cesáreo (sem intercorrências) em ambos, idade gestacional acima de 36 semanas, residentes em zonas urbanas.

Os critérios de exclusão foram: Crianças prematuras (idade gestacional menor de 36 semanas), gemelares, com baixo peso ao nascer (< 2.500 gramas), crianças de mães soropositivas para o Vírus da Imunodeficiência Adquirida -HIV, crianças com malformações congênitas, crianças para adoção, residentes em zonas rurais.

No primeiro momento, na maternidade, as gestantes foram pré selecionadas, depois do nascimento, as duplas mães/bebês, seguindo os critérios foram incluídas ou excluídas do projeto, então foi explicado à mãe como seria o projeto, esclarecido algumas dúvidas, entregue e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido

e então era iniciado a coleta de dados do prontuário, como nome completo, idade, data de nascimento, endereço completo e telefone; da caderneta de gestante, foram coletados idade gestacional, número de consultas de pré-natal, número de gestações\filhos anteriores, número de abortos e foram feitas perguntas às mães: amamentação no peito de filhos anteriores e se possuía companheiro. Minutos antes da alta hospitalar foi entregue para a puérpera a escala de Breastfeeding, a puérpera auto aplicou a escala, a técnica de enfermagem responsável ficou ao lado para eventuais dúvidas quanto ao vocabulário.

No segundo momento, após a alta hospitalar, era entrado em contato com as mães pelo telefone, a cada quinze dias, para evitar o viés de memória, era feito duas perguntas: se ela ainda estava dando leite apenas e exclusivamente do peito e se ela já tinha começado a oferecer outra forma de alimentação (por exemplo, sucos, águas, chás, quaisquer outra fórmula láctea e se já tinha dado ao bebê algum tipo de comida, como papinhas, tanto salgadas ou doces, raspinhas de frutas, caldos ou polpas de frutas) caso a resposta fosse sim, era considerado como não aleitamento materno exclusivo, essa criança deixava de ser do grupo de aleitamento materno exclusivo e passava para o grupo de desmame.

As ligações e as mesmas perguntas eram feitas a cada quinze dias até completarem quatro meses de vida, ou até a interrupção da amamentação exclusiva, caso essa ocorresse antes. Caso acontecesse a interrupção do AME, as ligações eram interrompidas e era entrado em contato novamente apenas aos quatro meses de pós parto. As visitas domiciliares ocorreram caso a mãe não fosse contatada por telefone.

No terceiro momento, aos quatro meses de pós parto, foi aplicada às mães, por meio do telefone, a escala de depressão pós parto de Edinburgh. As visitas domiciliares ocorriam caso não fosse possível conversar com a mãe por telefone.

A seleção da amostra, a coleta dos dados na primeira etapa foram realizadas por duas técnicas de enfermagem, com experiência em obstetrícia, uma em cada hospital, essas foram devidamente treinados e capacitados para a seleção e a coleta dos dados.

Os grupos de estudo foram dois: **Aleitamento Materno Exclusivo**: as crianças que receberam apenas leite materno diretamente da mama ou extraído

dela, como única fonte de hidratação e alimentação, nenhum outro líquido ou sólido, à exceção de suplementos vitamínicos ou medicamentos, e o segundo grupo **Desmame**: as crianças em que o aleitamento materno foi interrompido ao longo do seguimento, ou seja, nos primeiros quatro meses de vida, e que começaram a receber ou receberam outro fonte de alimentação.

Para análise descritiva, os dados foram apresentados mediante frequência absoluta e relativa, descrições em média (desvio padrão) ou mediana (intervalo interquartil), conforme a simetria das variáveis. A relação entre a variável de desfecho (tipo de alimentação aos 120 dias de vida da criança) e os potenciais fatores de risco para o aleitamento materno exclusivo foi avaliada por meio do modelo de regressão logística do modelo de regressão de Poisson, com estimativa robusta da variância, tanto nas análises bivariadas, quanto nas multivariadas. O teste de Wald foi utilizado para testar a significância de cada variável do modelo. Para o modelo multivariável, consideraram-se inicialmente todas as covariáveis que apresentaram valores de $p < 0,10$. O procedimento a seguir foi a exclusão, de maneira individual, das covariáveis que apresentassem valores críticos de p (valores maiores e não significativos). Esse procedimento foi repetido até que todas as variáveis restantes no modelo apresentassem valores de $p < 0,05$. Os dados foram analisados no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 14.0 Todos os testes foram bidirecionais e as diferenças foram consideradas significativas com valor de $p < 0,05$.

A pesquisa foi aprovada em 2011, pelos Comitês de Ética em Pesquisa de ambos os hospitais onde foram coletados os dados. Todas as participantes receberam e assinaram uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com informações sobre o estudo.

RESULTADOS

Trezentas mães com seus respectivos filhos foram recrutados no presente estudo. Características basais das mães estudadas são apresentadas na Tabela 1. A idade média das mães avaliadas foi de 26 anos, com uma idade gestacional média de 39 semanas. A maioria delas (61%) realizou de 7 a 13 consultas pré-natais, e

55% dos partos foi normal. Das crianças avaliadas, a minoria foi de meninas (47%). Avaliando-se o aleitamento materno exclusivo, a amamentação no início (até os 30 dias) foi proporcionada pela maioria das mães (86%), e esse comportamento se manteve constante com 60 dias (77%) e 90 dias (69%), enquanto apenas 49% das crianças recebeu amamentação exclusiva até os 120 dias de vida. Em relação ao perfil materno, a maior parte das mães trabalhava (57%), assim como era casada (87%). Quanto ao grau de escolaridade das mesmas, apenas 34% tinha até oito anos de estudo. A média materna de escore obtida no teste de Breastfeed foi de 60 pontos. Quanto à avaliação do escore de Edinburgh no quarto mês, 36% das mães apresentava tendência à depressão.

Dos nascimentos ocorridos, 52% foram em hospitais amigos da criança. Em relação à gestação ser primigesta ou não, a maioria foi primigesta (51%). Dentre as mães cuja gravidez não era a primeira, 96% já tinha oferecido amamentação prévia.

Tabela 1. Distribuição das variáveis sócioeconômicas e obstétricas da amostra da população estudada.

Variável	n=300	%
Sexo da criança (masculino), n (%)	158	53
Hospital (amigo da criança), n (%)	155	52
Idade da mãe (anos), média ± desvio padrão	26	7
Idade gestacional (semanas), média ± desvio padrão	39	1
Escore de Breastfeed (pontos), média ± desvio padrão	60	7
Escore Edinburgh (com tendência à depressão), n (%)	107	36
Primigesta (sim), n (%)	154	51
Amamentação prévia (sim), n (%)	287	96
Escolaridade (até oito anos de estudo), n (%)	103	34
Estado civil (solteira), n (%)	40	13
Mãe trabalha (sim), n (%)	170	57
Tipo de parto (normal), n (%)	164	55
Número de consultas no pré-natal		
1 (< de 7)	85	28
2 (7 a 13)	183	61
3 (>de 13)	29	10
Aleitamento exclusivo 30 dias de vida	259	86
Aleitamento exclusivo 60 dias de vida	231	77
Aleitamento exclusivo 90 dias de vida	207	69
Aleitamento exclusivo 120 dias de vida	146	49

Ao avaliar o aleitamento materno exclusivo aos 60 dias, as variáveis que se mostraram como fatores de risco para a amamentação foram, o Hospital Não amigo da Criança ($p=0,002$), a escolaridade (até oito anos de estudo) ($p=0,004$) e a mãe que trabalha ($p=0,013$). Já a maior pontuação no teste de Breastfeed ($p=0,016$) foi um fator de proteção para amamentação exclusiva. As variáveis: idade, ser primigesta, tipo de parto e idade gestacional, não mostraram associação significativa com aleitamento materno exclusivo aos 60 dias.

Tabela 2. Associação entre o Aleitamento Materno Exclusivo aos 60 dias e seus potenciais fatores de risco.

Variável Preditora	Razão de Chance	IC95%		P
Hospital Não Amigo da Criança	2,000	1,290	3,110	0,002*
Idade materna (anos)	1,000	0,973	1,037	0,789
Primigesta	0,860	0,567	1,305	0,480
Tipo de parto (cesáreo)	1,043	0,689	1,579	0,843
Idade gestacional (semanas)	0,909	0,799	1,034	0,147
Escolaridade (até oito anos de estudo)	1,543	1,148	2,073	0,004*
Escore de Breastfeed (pontos)	0,972	0,950	0,995	0,016*
Mãe trabalha	1,700	1,120	2,581	0,013*

* $p < 0,05$

IC: Intervalo de confiança 95%

Ao avaliar o aleitamento materno aos 120 dias, as variáveis que se mostraram como fatores de proteção para a amamentação foram a idade materna ($p=0,039$) e a pontuação no teste de Breastfeed ($p=0,046$). As variáveis: Hospital Amigo da Criança, ser primigesta, tipo de parto, idade gestacional, escolaridade da mãe, Escore de Edinburgh e a mãe que trabalha não mostraram associação significativa com aleitamento materno exclusivo aos 120 dias.

Tabela 3. Associação entre o aleitamento materno exclusivo aos 120 dias e seus potenciais fatores de proteção.

Variável Preditora	Razão de Chance	IC95%		<i>p</i>
Hospital Não Amigo da Criança	1,193	0,950	1,498	0,129
Idade materna (anos)	0,981	0,963	0,999	0,039*
Primigesta	0,961	0,765	1,206	0,729
Tipo de parto (cesáreo)	0,949	0,672	1,072	0,168
Idade gestacional (semanas)	0,987	0,912	1,077	0,743
Escolaridade (até oito anos de estudo)	0,917	0,716	1,174	0,480
Escore de Breastfeed (pontos)	0,986	0,973	1,000	0,046*
Escore Edinburgh (com tendência a depressão)	1,095	0,869	1,379	0,442
Mãe que trabalha	1,197	0,955	1,499	0,119

**p*<0,05

IC: Intervalo de confiança 95%

Ao avaliarmos a relação do teste de Breastfeed como desfecho, no entanto, os fatores de risco para o escore observado foram o nascimento em hospital não amigo da criança ($p < 0,001$), a primigestação ($p = 0,020$), o tipo de parto (cesáreo) ($p = 0,003$) e a escolaridade materna até oito anos de estudo ($p = 0,001$).

Tabela 4. Associação entre Escore Breastfeed e seus potenciais fatores de risco.

Variável Preditora	Razão de chances	IC95%		<i>P</i>
Hospital Não Amigo da Criança	1,061	1,034	1,088	<0,001*
Idade materna (anos)	1,001	0,999	1,003	0,228
Primigesta	1,032	1,005	1,059	0,02*
Tipo de parto (cesáreo)	0,96	0,935	0,986	0,003*
Idade gestacional (semanas)	1,006	0,998	1,014	0,15
Escolaridade (até oito anos de estudo)	1,043	1,016	1,07	0,001*
Mãe que trabalha	1,016	0,99	1,044	0,229

**p*<0,05

IC: Intervalo de confiança 95%

A Distribuição das variáveis sócio-demográficas e obstétricas segundo o tipo de hospital, mostrou um *p* significativamente estatístico apenas para as variáveis do escore da Breastfeeding Self- Efficacy Scale, de 0,000 e para os três grupos de

amamentação, de 0,002, as demais variáveis não se mostraram significativas para o tipo de hospital.

Tabela 5. Distribuição das variáveis sócio-demográficas e obstétricas segundo o tipo de hospital.

Variáveis	Hospital credenciado como amigo da criança	Hospital não credenciado como amigo da criança	<i>p</i>
Sexo (masculino),n (%)	86 (56)	72 (50)	0,355
Idade gestacional (semanas), média ± desvio padrão	39 ± 1	38± 1	0,121
Tipo de parto (normal),n (%)	83 (54)	81 (56)	0,728
Idade da mãe (anos), média ± desvio padrão	25 ± 6	26± 6	0,232
Emprego formal (sim),n (%)	78 (50)	57 (39)	0,063
Primeiro filho (sim),n (%)	84 (54)	70 (48)	0,355
Escore Edinburgh (com depressão),n (%)	53 (35)	54 (38)	0,628
Escore Breastfeeding Self- Efficacy Scale, média ± desvio padrão	58 ± 8	62± 5	0,000*
Amamentação aos 120 dias			0,002*
Aleitamento exclusivo, n (%)	82 (54)	64 (45)	
Aleitamento + suplemento ou comida, n (%)	60 (40)	49 (36)	
Sem aleitamento, n (%)	10 (7)	29 (20)	

* $p < 0,005$

IC: Intervalo de confiança 95%

DISCUSSÃO

Avaliando-se o aleitamento materno exclusivo, visto que todas as mães saíram dos hospitais amamentando exclusivamente no peito, aos 30 dias, a amamentação já apresentou uma queda de 14%. A prevalência das mães que estavam amamentando era de 86%, essa prevalência, com 60 dias, se manteve em 77% e, aos 90 dias, de 69; porém, aos 120 dias de vida do bebê, a prevalência caiu bruscamente para apenas 49% das crianças sendo amamentadas exclusivamente no peito. Essa prevalência inferior a 50% é considerada pela Organização Mundial da Saúde- OMS, como “razoável”.

No nosso trabalho, no período de 120 dias, a idade materna se mostrou como fator de proteção para o aleitamento materno, mas essa variável não apareceu aos 60 dias. As mulheres com idade superior a 20 anos de idade amamentam mais tempo, possivelmente por possuírem maior conhecimento e experiência em relação ao aleitamento materno. Em alguns trabalhos ^{6,16-19}, os resultados corroboram que a idade das mães, quando menos de 20 anos, interfere de maneira negativa no aleitamento materno. Em outros estudos ^{20,21,22}, o papel da idade materna como fator causal do desmame precoce foi controverso. A instrução educacional pode ser um fator de confusão na relação idade materna e nível educacional. No presente estudo ambas as variáveis preditoras apresentaram relação significativa com o aleitamento materno exclusivo aos 60 dias.

Em nossos achados, a escolaridade (até oito anos de estudo), mostrou-se um fator de risco para o aleitamento materno aos 60 dias e para a pontuação da escala de Breastfeed, mas não mostrou associação significativa aos 120 dias. Entende-se que mulheres sem instrução ou pouca instrução, desconhecem a importância do aleitamento materno exclusivo até de no mínimo seis meses de vida, não tem noção do alto valor nutritivo e calórico do leite materno ao recém nascido-RN, dos nutrientes necessários ao seu crescimento e desenvolvimento. A maioria dos estudos demonstram que o aleitamento materno é efetivo nas mulheres de maior escolaridade ^{7,23-26}. Entretanto, outros relatos ²⁵⁻³¹, mostraram maior prevalência de interrupção do AME entre as mulheres de maior escolaridade. Uma possível explicação para esse achado é que o maior nível de escolaridade aumenta as

chances das mães terem emprego fixo. O retorno ao trabalho nos primeiros meses de vida da criança pode prejudicar o processo de amamentação.

Em nossos resultados, a cesariana mostrou-se como fator de proteção para o escore da Breastfeeding Self Efficacy Scale, como num trabalho ³⁴ apresentado em Portugal, no IV Congresso de Saúde da Criança e do Adolescente, em que se observou uma tendência para que aquelas submetidas a parto cesáreo apresentassem maior autoeficácia no AM. A cesariana pode interferir no início da amamentação, no que se refere à disposição da mãe que enfrenta dores e desconfortos do ato cirúrgico, além de dificultar o posicionamento do bebê em razão do repouso obrigatório da mãe no leito. Contudo, há controvérsias na literatura sobre a relação entre desmame precoce e tipo de parto ¹⁹⁻²¹. Em outros estudos, não houve significância estatística entre tipo de parto e desmame ^{7,23,28,29,35-39}.

Em nosso estudo, o trabalho da mãe fora de casa mostrou-se associado ao aleitamento materno aos 60 dias, mas não mostrou associação significativa com o aleitamento aos 120 dias; no entanto, mostrou-se como fator de risco para os escores da Breastfeed. Acreditamos que há situações em que a mãe é profissional liberal e tem dificuldades de se manter economicamente fora das atividades profissionais por tempo prolongado. O fato de ter uma jornada dupla de trabalho (afazeres domésticos e seu trabalho fora do lar), o fato de exercerem cargos de grande importância, o medo de perderem sua posição profissional, todos esses motivos podem colaborar para o surgimento de tendências depressivas.

Em nosso estudo como em outros ³⁰, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre a amamentação exclusiva e paridade, mas a primigestação se mostrou como fator de risco para o escore da Breastfeed. Acreditamos que, por ser o primeiro filho, existe a inexperiência em amamentar, o medo e a insegurança em estar fazendo algo errado e de não conseguir alimentar seu filho, o que foi apontado como um fator de risco para a autoeficácia na amamentação e tendências depressivas. Atento a essa questão, o Ministério da Saúde alerta para o risco de desmame precoce entre as primíparas e enfatiza, nos manuais de treinamento da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, a necessária atenção a ser dispensada às mulheres que se enquadram nessa categoria.

Em nossos resultados, nascer em hospital credenciado como amigo da criança mostrou-se como fator de proteção para o aleitamento materno aos 60 dias.

Embora o filho tivesse nascido em um hospital credenciado como amigo da criança, que institucionalmente apoia o aleitamento materno em diversas etapas, desde o ingresso até a saída da mãe com seu filho, esse fato não colaborou com o aleitamento materno exclusivo aos 120 dias de vida. A maioria dos trabalhos^{10,19,33} mostrou que os bebês de mães oriundas de hospital amigo da criança são amamentados mais, quando comparados às mães oriundas de outros tipos de hospitais. Apesar dos esforços que vem sendo empreendidos pelos serviços de saúde e dos institutos hospitalares Amigo da Criança, a prevalência do aleitamento materno exclusivo ainda é baixa, torna-se necessária uma revisão das práticas adotadas, especialmente no período pré natal e puerpério mediato, para que as mulheres se tornem mais auto confiantes e possam prolongar por mais tempo o aleitamento materno exclusivo.

Os resultados de nosso trabalho demonstraram que o escore da Breastfeeding e a idade se mostraram como fatores de proteção ao aleitamento materno exclusivo aos quatro meses. O hospital não credenciado como amigo da criança, a escolaridade materna e o tipo de parto estavam associados aos fatores de risco para o escore de Breastfeeding. As mães, independentemente de sua estrutura social, encontraram-se confiantes em relação à sua condição de nutriz, dado positivo para a manutenção do AM⁴⁰. Em outro estudo⁴¹, houve associação estatística entre idade e autoeficácia em amamentar.

Em nossos resultados, o Escore da Breastfeed mostrou-se como sendo um fator de risco para a amamentação aos 60 e aos 120 dias de vida do bebê. Pesquisa aponta que 27% das mulheres com baixos níveis de confiança na amamentação durante o período pré-natal interrompeu o AM dentro da primeira semana pós-parto¹². Ainda, mulheres com baixo nível de confiança no AM tiveram mais risco de interromper a amamentação do que aquelas que tinham total confiança^{12,43,44}. A autoeficácia é um componente da motivação, que está relacionada com a atuação e com a persistência e que tem um papel importante na aquisição e na mudança de comportamento. Dessa forma, a autoeficácia no AM vai se revelar na confiança, na motivação e na expectativa da mulher de que ela possui conhecimentos e habilidades suficientes para amamentar seu bebê com êxito.

É preciso que se aceite a visão de que o AM é muito mais do que uma opção, mas resultado da ação integrada de múltiplos fatores, culturais, sociais, econômicos,

comportamentais e principalmente familiares. A atuação profissional na assistência à prática de AM não deve permanecer numa abordagem restrita ao campo da biologia, em detrimento das especificidades culturais e emocionais da mulher. Devem ser consideradas, também, as questões socioeconômicas que levam as mulheres à procura de trabalho fora de casa e a desmamar precocemente.

Uma possível limitação do estudo é a ocorrência de viés de memória na coleta das informações sobre tempo de aleitamento materno exclusivo e a duração do aleitamento materno, por terem sido obtidas de maneira retrospectiva a cada 15 dias.

No presente estudo que os fatores de risco associados com aleitamento materno exclusivo aos 60 dias foram o Hospital Não credenciado como amigo da Criança, a escolaridade (até oito anos de estudo) e a mãe que trabalha. Já a maior pontuação no teste de Breastfeed foi um fator de proteção para amamentação exclusiva. Aos 120 dias, as variáveis que se mostraram como fatores de proteção para a amamentação exclusiva foram a maior idade materna e a pontuação no teste de Breastfeed.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global strategy on infant and young child feeding. Geneva: WHO; 2003.
 2. Victora CO, Smith P.G, Vaughan J.P, Nobre L.C, Lombardi C, Teixeira A.M.B, Fuchs S.M.C, Moreira L.B, Gigante L.P, Barros F.C. Evidence for a strong protective effect of breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet*, 2: 319-22, 1987.
 3. Gatti L. Maternal perceptions of insufficient milk supply in breastfeeding. *J Nurs Scholarsh*. 2008 Dec;40(4):355-63.
 4. Bunik M, Shobe P, O'Connor ME, Beaty B, Langendoerfer S, Crane L, Kempe A. Are 2 weeks of daily breastfeeding support insufficient to overcome the influences of formula? *Acad Pediatr*. 2010 Jan-Feb; 10(1): 21-8.
 5. II Pesquisa de Prevalência de nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília – DF. 2009
 6. França GVA et al Determinantes da amamentação em Cuiabá-MT. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(5): 711-18.
 7. Venâncio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breastfeeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis. *Public Health Nutr*. 2006; 9(1): 40-6.
 8. Parizotto J, Zorzi NT. Aleitamento Materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. *O Mundo da Saúde São Paulo* 2008; 32(4): 466-474.
 9. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Vasconcellos AGG. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Rev Saude Publica* 2011; 45(1): 69-78.
 10. Baptista GH et al. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(3): 596-604, mar, 2009.
 11. Dennis CL, Faux S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Res Nurs Health*. 1999; 22(5): 399-409.
-

12. Oriá MOB, Ximenes LB. Tradução e adaptação cultural da Breastfeeding Self-Efficacy Scale para o português. *Acta Paul Enferm* 2010;23(2):230-8.
 13. Dodt, R.C.M. Aplicação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale- Short Form (BSES-SF) em puérperas. Ceará. *Journal of Nursing Education and Practice* 2012 Aug; 2(3):66-73.
 14. Vitolo MR, Benetti PC, Bortolini GA, Graeff A, Drachler ML. Depression and its implications in breast feeding *Rev Psiquiatr RS*. 2007;29(1):28-34.
 15. Santos IS et al.. Edinburgh Postnatal Depression Scale Validation Study. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(11): 2577-2588, nov, 2007.
 16. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. *Iniciativa Hospital Amigo da Criança*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
 17. Brasileiro AA et al. Amamentação no retorno ao trabalho. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(9):1705-1713, set, 2010
 18. Pinheiro et al. Prevalence of Breastfeeding among women attending a baby-friendly hospital in Quixadá, Ceará. *Rev. Rene*. Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 94-102, abr./jun.2010.
 19. J.L.D. Bernardi et al. Aleitamento materno. *Rev. Nutr.*, Campinas, 22(6):867-878, nov./dez., 2009.
 20. Souza SNDH, Migoto MT, Rossetto EG, Mello DF. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina-PR. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(1):29-35.
 21. Caminha MFC et Al. Aleitamento materno exclusivo em Pernambuco. *Rev Saúde Pública* 2010;44(2):240-8
 22. Salustiano LPQ, Diniz ALD, Abdallah VOS, Pinto RMC. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012; 34(1):28-33
 23. Franco SC et al. Aleitamento materno exclusivo em lactentes atendidos na rede pública. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 8 (3): 291-297, jul. / set., 2008
291
-

-
24. Vera Lúcia V. A. Bezerra et al. Aleitamento materno exclusivo e fatores associados a sua interrupção precoce: estudo comparativo entre 1999 e 2008. *Rev Paul Pediatr* 2012;30(2):173-79.
 25. Carrascoza KC et al. Determinants of the exclusive breastfeeding abandonment in children assisted by interdisciplinary program on breast feeding promotion. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(10):4139-4146, 2011
 26. Vitor et al. Aleitamento materno exclusivo: análise desta. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, 54 (1): 44-48, jan.-mar. 2010
 27. Carmen Viana Ramos e colaboradores. Aleitamento materno nos hospitais em Teresina-PI, 2006. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 19(2):115-124, abr-jun 2010
 28. C.I.S. Arantes et al. Aleitamento materno em práticas alimentares de crianças. *Rev. Nutr.*, Campinas, 24(3):421-429, maio/jun., 2011
 29. Caetano MC et al. Alimentação complementar em lactentes. *Jornal de Pediatria - Vol. 86, Nº 3*, 2010
 30. M.K. Brecailo et al.. Aleitamento materno exclusivo. *Rev. Nutr.*, Campinas, 23(4):553-563, jul./ago., 2010
 31. Cléa Rodrigues Leone et al. Fatores de risco associados ao desmame em crianças até seis meses de idade no município de São Paulo. *Rev Paul Pediatr* 2012;30(1):21-6.
 32. Demétrio F et al. Fatores associados à duração do aleitamento materno. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(4):641-654, abr, 2012
 33. Sampaio PF et al. Hospital amigo da criança: fator de proteção ao aleitamento materno? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(7):1349-1361, jul, 2011.
 34. Guerrilhos L., & Sim – Sim M. Autoeficácia no aleitamento materno em ambiente Baby-Friendly. *World Congress Of Children and youth health behaviors. IV Nacioanl Congresso n Health Eduvcacion. Visiu Portugal* 2013.
 35. Alves CRL et Al Factores de risco para desmame.. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(6):1355-1367, jun, 2008
 36. Meirelles CAB et AL. Uso de suplemento em recém nascidos de baixo risco . *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(9):2001-2012, set, 2008
-

-
37. Weiderpass, E. et al. Tipo de parto e amamentação .Rev. Saúde Pública, 32 (3): 225-31, 1998
 38. C.C.A. Volpinil & E.C. Moura. Determinantes do desmame precoce. Rev. Nutr., Campinas, 18(3):311-319, maio/jun., 2005
 39. Silveira RB et al. Fatores associados à amamentação Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 8 (1): 35-43, jan. / mar., 2008
 40. Souza, Erdnaxela F. do CARMO. Autoeficácia na amamentação: aplicação da escala em puérperas de um hospital privado. Dissertação de Mestrado do Centro de Pós Graduação e Pesquisa, Universidade Guarulhos, 2012.
 41. Tavares M. C. ET AL. Aplicação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale em puérperas em alojamento conjunto: um estudo descritivo. Online Braz.J. Nurs (online). 9(1), abr 2010.
 42. Urdaneta J.M. y cols. Factores de Riescgo de Depression posparto em puerperas. Ver. Chil Obstet Ginecol 2011; 76(2).
 43. Rodrigues AP. Auto-eficácia em amamentação de puérperas em alojamento conjunto: contribuição para o cuidado de enfermagem. Dissertação- Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, RS, 2013.
 44. Awano M; Shimada K. Development and evaluation of a self care programo n breastfeeding in Japan: a quase-experiment study. International Breastfeeding Journal., v. 5, n.9, p. 1-10, 2010.
-

CAPÍTULO IV

4.1 CONCLUSÕES

Os resultados mostraram uma prevalência de aleitamento materno de 83% aos 30 dias pós-parto, o que, segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS, é considerada uma prevalência boa, ou seja, entre 50% e 89%. Já em relação ao AME aos 120 dias, a prevalência foi de 49%, muito menor, mas considerada pela OMS como “razoável”, quando inferior a 50%.

O estudo revelou que os fatores de risco para a autoeficácia no aleitamento materno foram: escolaridade (mulheres com estudo de até oito anos), as primigestas e o não nascimento em Instituição não credenciada como Hospital Amigo da Criança.

Apesar de a média do escore da Breastfeeding ter sido boa, 60 pontos, e poucas mulheres terem apresentado tendências depressivas, apenas 37, a prevalência da amamentação exclusiva aos 4 meses foi considerada baixa.

Concluimos que os fatores de proteção para o AME aos 60 dias, nesta pesquisa, foram o estudo da mãe de até oito anos, o escore da Breastfeed, ser hospital credenciado como amigo da criança e a mãe que trabalha fora do lar. Contudo, foram diferentes os fatores de proteção ao AME aos 120 dias do bebê, apenas a idade da mãe e o escore da Breastfeed.

Ao avaliarmos a relação do teste de Breastfeed como desfecho, no entanto, concluimos que os fatores de risco para o escore observado foram o nascimento em hospital não credenciado como amigo da criança, a primigestação, o tipo de parto (cesáreo) e a escolaridade materna até oito anos de estudo.

A amamentação exclusiva depende da confiança e do desejo da mãe em amamentar, da atuação dos profissionais da saúde e do apoio que a mulher recebe das pessoas próximas a ela. Devemos ter o compromisso de apoiar o aleitamento materno, com vistas a contribuir para o aumento da autoeficácia de amamentação das puérperas e levar, em médio e longo prazo, à redução das taxas de desmame precoce e ao prolongamento do período de AME.

As conclusões da presente pesquisa dizem respeito a uma realidade local, sendo limitada sua abrangência, porém, podem contribuir para a reflexão em outras realidades semelhantes, visto que metodologia comum a outros estudos foi utilizada aqui. Tais reflexões podem apontar caminhos para a superação das dificuldades enfrentadas pelos profissionais dos serviços de saúde no apoio à mulher que amamenta e sua família.

ANEXOS

ANEXO 1 – TERMODECONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“Fatores associados ao desmame precoce: Depressão pós-natal e Percepção de auto-eficácia no Aleitamento Materno”.

Você está sendo convidada a participar deste projeto, por ter tido uma gestação e um parto sem intercorrências (problemas) e por seu filho estar com você no quarto e estar sendo amamentado no peito, queremos com isso ver o tempo que os bebês ficam só mamando no peito, estudar os fatores que levam as mães a não darem mais o leite materno, identificar quais os fatores que podem levar as mães a amamentarem mais ou a deixarem de amamentar.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em preencher um questionário aqui no hospital de 14 itens sobre o aleitamento maternos, responder perguntas por telefone em sua casa sobre o aleitamento materno de seu filho e ainda por telefone responder a um questionário de 10 perguntas sobre depressão pós parto, quando seu filho fizer 4 meses.

Não existem riscos relacionados com sua participação, sendo que a qualquer momento poderá fazer perguntas e sanar dúvidas.

Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória e sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o hospital ou com a universidade, podendo a qualquer momento abandonar a pesquisa sem prejuízo para si.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, pois será utilizado um banco de dados onde constará apenas seu número seqüencial do questionário.

Caso tiver novas perguntas sobre este estudo, o Dr. Renato Stein (pesquisador responsável) ou o Dr. Matias Epifanio (co-orientador), ambos no telefone 51-33203000, ou ainda a Doutoranda Edficher Margotti no telefone 49-36220097/88210974 ou ainda ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa/PUCRS no telefone 51-33203345 para qualquer pergunta sobre os meus direitos como participante deste projeto.

Declaro que recebi uma cópia deste termo onde consta os objetivos do projeto, como será minha participação, os riscos, o sigilo das informações, os telefones e o endereços dos pesquisadores e da Comissão de Ética em Pesquisa, podendo tirar minhas dúvidas sobre o projeto e minha participação, agora ou a qualquer momento.

Assinatura do paciente

Nome


Data

Assinatura do pesquisador

Nome

Data

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Comitê de Ética em Pesquisa
CEP - PUCRS 

ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO

NOME:

ENDEREÇO COMPLETO:

TELEFONES:

E-MAIL:

IDADE:

ESCOLARIDADE:

() FUNDAMENTAL INCOMPLETO () FUNDAMENTAL COMPLETO

() PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO () PRIMEIRO GRAU COMPLETO

() SEGUNDO GRAU INCOMPLETO () SEGUNDO GRAU COMPLETO

() TERCEIRO GRAU INCOMPLETO () TERCEIRO GRAU COMPLETO

ESTADO CIVIL: () SOLTEIRA () CASADA () AMASIADA

PRIMEIRO FILHO: () SIM () NÃO

Nº DE FILHOS ANTERIORES (NÃO CONTAR ABORTOS):

AMAMENTOU NO PEITO OS OUTROS FILHOS: () NÃO () POUCO () MUITO

PROFISSÃO: CARTEIRA ASSINADA: () SIM () NÃO

TRABALHA FORA DE CASA: () SIM () NÃO

BEBÊ MAMOU NA SALA DE PARTO OU MAMOU DENTRO DAS SEIS HORAS DE VIDA:

() SIM () NÃO

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO DO BEBÊ:

TIPO DE PARTO: () CESÁREA () NORMAL

QUANTAS SEMANAS DE GESTAÇÃO:

QUANTAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL:

COM QUEM VOCÊ MORA:

ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO BSES

Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES)

Para cada uma das seguintes afirmações, selecione a resposta que melhor descreve **o seu grau de confiança** relativamente à amamentação do seu novo bebé.

Assinale a sua resposta colocando um círculo à volta do número que melhor **descreve a forma como se sente**.

Não existem respostas certas ou erradas.

1 = nada confiante 2 = pouco confiante 3 = às vezes confiante

4 = confiante 5 = muito confiante

	Nada confiante				Muito confiante
1 Eu consigo sempre perceber se o meu bebé está a receber leite suficiente	1	2	3	4	5
2 Eu consigo sempre lidar com sucesso com a amamentação, tal como com outras tarefas desafiantes	1	2	3	4	5
3 Eu consigo sempre amamentar o meu bebé sem ser necessário dar-lhe suplemento	1	2	3	4	5
4 Eu consigo sempre garantir que o meu bebé faz uma boa pega durante toda a mamada	1	2	3	4	5
5 Eu consigo sempre gerir de forma satisfatória a amamentação	1	2	3	4	5
6 Eu consigo sempre gerir a amamentação mesmo que o meu bebé esteja a chorar	1	2	3	4	5
7 Eu posso sempre continuar a desejar amamentar	1	2	3	4	5
8 Eu consigo sempre sentir-me à vontade a amamentar o meu bebé quando estão presentes outros membros da família	1	2	3	4	5
9 Eu consigo sempre sentir-me satisfeita com a minha experiência de amamentar	1	2	3	4	5
10 Eu consigo sempre lidar bem com o fato de a amamentação poder consumir tempo	1	2	3	4	5
11 Eu consigo sempre amamentar o meu bebé esvaziando uma mama antes de passar à outra mama	1	2	3	4	5
12 Eu consigo sempre continuar a amamentar o meu bebé em todas as mamadas	1	2	3	4	5
13 Eu consigo sempre amamentar o meu bebé quando ele pede	1	2	3	4	5
14 Eu consigo sempre identificar quando meu bebé acabou de mamar	1	2	3	4	5

ANEXO 4 – QUESTIONÁRIO EPDS

Escore de Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Nome _____
 Endereço: _____
 Idade da mãe: _____
 Data de nascimento (bebê): _____

Como você teve recentemente um bebê, gostaríamos de saber como você está se sentindo. Por favor marque a resposta que mais se aproxima de como você tem se sentido nos últimos 7 dias, não apenas hoje. Aqui está um exemplo.

Eu tenho me sentido feliz:

- () Sim, o tempo todo
 (X) Sim a maior parte do tempo
 () Não, não muito freqüentemente
 (i) Não, de maneira alguma

Isto significaria: "Eu me senti feliz a maior parte do tempo durante a última semana".

Complete o restante do questionário da mesma forma. Nos últimos 7 dias:

1. Eu tenho rido e visto o lado engraçado das coisas: • Tanto quanto eu sempre fiz • Não tanto quanto antes • Sem dúvida, menos que antes • De jeito nenhum	6. Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia • Sim, na maioria das vezes eu não consigo controlar a situação • Sim, algumas vezes eu não consigo controlar a situação • Não, na maioria das vezes eu controlo bem a situação • Não, sempre eu tenho controlado a situação
2. Eu tenho encarado o futuro com alegria • Tanto quanto sempre fiz • Menos do que o de costume • Muito menos do que o de costume • Praticamente não	7. Tenho estado tão triste que tenho dificuldade para dormir • Sim, na maioria das vezes • Sim, algumas vezes • Não muito freqüentemente • Não, nunca
3. Eu tenho me culpado quando as coisas dão errado • Sim, a maior parte do tempo • Sim, parte do tempo • Não muito freqüentemente • Não, nunca	8. Eu tenho estado triste ou arrasada • Sim, na maioria das vezes • Sim, freqüentemente • Não muito freqüente • Não, de jeito algum
4. Eu tenho estado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão • De jeito nenhum • Raramente • Sim, algumas vezes • Sim, freqüentemente	9. Tenho estado tão triste que choro • Sim, na maior parte do tempo • Sim, freqüentemente • Ocasionalmente, apenas • Nunca
5. Tenho tido medo ou pânico sem uma boa razão • Sim, muito • Sim, algumas vezes não muito • Não, de jeito algum	10. Tenho pensado em me machucar (ferir) • Sim, freqüentemente • Às vezes • Raramente • Nunca

QUESTÕES 1, 2, e 4: Pontuação de 0 a 3, de cima para baixo

QUESTÕES 3, 5 a 10: Pontuação de 0 a 3, de baixo para cima

Pontuação máxima: 30

Possível depressão: 10 ou mais

Sempre ficar atento ao item 10 (pensamentos suicidas)

ANEXO 5 – RESULTADOS

No total dos nascimentos, o parto normal foi maior em ambos os hospitais, de 53,5% no amigo da criança e de 55,9 % no não amigo, mas no amigo da criança a porcentagem de cesárias foi maior de 46,5%.

Tabela 1. Tipo de parto, segundo o tipo de Hospital, entrevista feita a mãe no nascimento.

Hospital	Tipo de parto					
	Normal		Cesária		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Amigo da Criança	83	53,5	72	46,5	155	100
Não Amigo	81	55,9	64	44,1	145	100
TOTAL	164	54,7	136	45,3	300	100

Aplicado o questionário Edinburgh Depression Pós Natal ao quarto mês de vida das mães, verificou-se que as mães que tinham tendência a desenvolverem a depressão pós parto eram de 36,4 % da amostra total, dessas, 38,0% tinham tendência a depressão pós parto e pertenciam as mães que tiveram seus filhos no hospital não amigo da criança, comparadas com 34,9% das que tiveram seus bebês no hospital amigo da criança.

Tabela 2. O escore da Edinburgh Depression Pós Natal, segundo o tipo de hospital, coletado aos 120 dias de vida do bebê.

Hospital	Escore da Edinburgh Postnatal Depression Scale					
	Sem tendência a DPP		Com tendência a DPP		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Amigo da Criança	99	65,1	53	34,9	152	100
Não Amigo	88	62,0	54	38,0	142	100
TOTAL	187	63,6	107	36,4	294	100

Analisando as mães com carteira assinada, relacionado com o tipo de hospital, credenciado como amigo da criança ou não, observou-se que a maioria das mães com carteira assinada tiveram os bebês no hospital amigo da criança, 50,3% e a maioria das mães sem carteira assinada tiveram seus filhos no hospital que não é credenciado como sendo amigo da criança, 60,7%.

Tabela 3. Mãe com carteira assinada, segundo o tipo de hospital, entrevista feita na maternidade ao nascimento do bebê.

Hospital	Mãe tem carteira assinada					
	Sim		Não		TOTAL	
	N	%	n	%	n	%
Amigo da Criança	78	50,3	77	49,7	155	100
Não Amigo	57	39,3	88	60,7	145	100
TOTAL	135	45,0	165	55,0	300	100