

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS**  
**FACULDADE DE NUTRIÇÃO**  
**MESTRADO EM NUTRIÇÃO**

**AUTOEFICÁCIA MATERNA EM AMAMENTAR DURANTE O**  
**PRIMEIRO ANO PÓS-PARTO EM UMA COORTE DE**  
**NASCIMENTOS NO NORDESTE DO BRASIL**

**SAMYA WALESKA FARIAS BRITO**

**MACEIÓ/AL**

**2019**

**SAMYA WALESKA FARIAS BRITO**

**AUTOEFICÁCIA MATERNA EM AMAMENTAR DURANTE O  
PRIMEIRO ANO PÓS-PARTO EM UMA COORTE DE  
NASCIMENTOS NO NORDESTE DO BRASIL**

Dissertação apresentada à Faculdade de  
Nutrição da Universidade Federal de  
Alagoas como requisito à obtenção do título  
de Mestre em Nutrição.

Orientador(a): **Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Giovana Longo Silva**  
Faculdade de Nutrição  
Universidade Federal de Alagoas

Coorientador: **Prof. Dr. Jonas Augusto Cardoso da Silveira**  
Faculdade de Nutrição  
Universidade Federal de Alagoas

**MACEIÓ/AL**

**2019**

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**

Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale – CRB4 -661

B862a Brito, Samya Waleska Farias.  
Autoeficácia materna em amamentar durante o primeiro ano pós-parto em uma coorte de nascimentos no Nordeste do Brasil / Samya Waleska Farias Brito. – 2019.  
97 f : il. tabs., grafs.

Orientadora: Giovana Longo Silva.  
Coorientador: Jonas Augusto Cardoso da Silveira.  
Dissertação (mestrado em Nutrição) – Universidade Federal de Alagoas.  
Faculdade de Nutrição. Programa de Pós-Graduação em Nutrição. Maceió, 2019.

Inclui bibliografia.  
Apêndices: f. 64-80.  
Anexos: f. 81-97.

1. Aleitamento materno. 2. Amamentação – Autoeficácia. 3. Comportamento materno. 4. Desmame precoce. 5. Saúde Materno-Infantil. I. Título.

CDU: 612.39:613.953

**MESTRADO EM NUTRIÇÃO  
FACULDADE DE NUTRIÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS**



Campus A. C. Simões  
BR 104, km 14, Tabuleiro dos Martins  
Maceió-AL 57072-970  
Fone/fax: 81 3214-1160

---

**PARECER DA BANCA EXAMINADORA DE DEFESA DE  
DISSERTAÇÃO**

**“AUTOEFICÁCIA MATERNA EM AMAMENTAR DURANTE O  
PRIMEIRO ANO PÓS-PARTO EM UMA COORTE DE  
NASCIMENTOS NO NORDESTE DO BRASIL”**

por

**SAMYA WALESKA FARIAS BRITO**

A Banca Examinadora, reunida aos 28/03/2019, considera a  
candidata **APROVADA.**

---

Prof. Dr. Jonas Augusto da Silveira  
Faculdade de Nutrição  
Universidade Federal de Alagoas  
(Coorientador)

*Risia C. E. de Menezes*  
Profª Drª Risia Cristina Egito de Menezes  
Faculdade de Nutrição  
Universidade Federal de Alagoas  
(Examinadora)

---

Profª Drª Sarah Warkentin  
Instituto de Saúde Pública  
Universidade do Porto  
(Examinadora)

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a *Deus*, por ter me concebido o dom da vida e ter iluminado e abençoado meu caminho. Aos meus pais, *Maria do Perpétuo Socorro de Brito* e *Sérgio Luiz Laurentino de Brito*, por serem meus exemplos de força e determinação e estarem sempre presentes, proporcionando o melhor para o meu crescimento, com todo carinho e apoio constante.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente à *Deus*, que tanto me deu saúde, força e perseverança para seguir firmemente nessa jornada. A ti, todo meu amor e gratidão.

Aos meus pais, *Socorro e Sérgio*, por acreditarem em minha capacidade e me ajudarem a vencer cada dificuldade. Vocês são meu porto seguro, obrigada por tudo.

Ao meu irmão, *Sérgio Henrique*, pelo apoio e incentivo constante.

Ao meu noivo, *Neandro Fernandes*, por sempre estar ao meu lado, por todo amor, incentivo e compreensão durante esse tempo dedicado aos estudos.

À *minha família*, que são fundamentais em minha vida e sempre torceram pelo meu sucesso.

À minha orientadora, *Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Giovana Longo Silva*, pela confiança, atenção, dedicação e paciência, sendo um exemplo de profissional no qual tenho grande admiração. Obrigada por todos os conselhos, ensinamentos e experiências compartilhadas, e, nessa reta final, por se fazer presente mesmo a quilômetros de distância.

Ao meu coorientador, *Prof. Dr. Jonas Augusto Cardoso da Silveira*, pela paciência, direcionamento e contribuição durante todo esse período. Agradeço por ter acreditado em mim, sua participação foi sem dúvida fundamental para realização deste trabalho.

À *Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Risia Cristina Egito Menezes*, por todo o incentivo e contribuições em todas as fases da minha trajetória acadêmica.

À minha amiga, *Mayara Alencar*, por ter vivido profundamente comigo esse momento, sempre me escutando e transmitindo calma e alegria. Obrigada por tudo, sua amizade, apoio e participação foram essenciais para a realização desta dissertação.

Às amigas *Bruna Dourado, Jayanne Magalhães e Louriene Antunes*, pelo incentivo, sorrisos e amizade. Obrigada de verdade.

À toda equipe do Laboratório de Nutrição em Saúde Pública, pela convivência, troca de saberes e momentos compartilhados.

A todos os professores do Programa de Pós-graduação em Nutrição (PPGNUT) da Faculdade de Nutrição (FANUT), por toda sabedoria em transmitir seus conhecimentos e experiências, sendo essenciais para o meu crescimento acadêmico.

À doutoranda, *Patrícia Marinho*, pela paciência, por compartilhar seus conhecimentos e por sempre ter me ajudado quando precisei. Obrigada, sua contribuição foi muito importante para este trabalho.

À secretária do PPGNUT/UFAL, *Amanda Menezes*, pela prestatividade e por me ajudar em todos os momentos que precisei.

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas (FAPEAL), pelo financiamento da Pesquisa na qual este trabalho se insere “Saúde, Alimentação, Nutrição e Desenvolvimento Infantil – SAND-1: um estudo de coorte” (Processo nº 60030 000846/2016).

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de mestrado (UFAL/2017–2019).

## RESUMO

A autoeficácia da amamentação consiste na confiança materna em sua capacidade de amamentar, tendo em vista que, os indivíduos precisam acreditar que poderão desenvolver condutas saudáveis para que assim realizem as tarefas necessárias para cumprir as metas de saúde estabelecidas. O trabalho está estruturado em duas seções, contendo um capítulo de revisão de literatura seccionado em três tópicos, sendo eles: panorama global do aleitamento materno, fatores de risco para interrupção precoce da amamentação e a autoeficácia materna em amamentar. Na segunda seção consta o artigo original, que contempla o objetivo de investigar prospectivamente a autoeficácia materna em amamentar e sua relação com a duração do aleitamento materno ao longo do primeiro ano pós-parto em uma coorte de nascimento de um município no nordeste brasileiro. Trata-se de um estudo de coorte prospectiva, que acompanhou o par mãe-criança desde o nascimento até os 12 meses de idade da criança. A coleta de dados foi realizada entre fevereiro de 2017 a agosto de 2018, em 4 momentos, o primeiro na maternidade de Rio Largo/AL e, posteriormente, em 3 visitas domiciliares. Nas visitas, foi aplicado, por meio de entrevista, a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form/BSES-SF*, a todas as mães que estavam amamentando. As variáveis independentes foram coletadas através de formulários estruturados e pré-codificados. Foram realizadas estatísticas descritivas, testes qui-quadrado e modelos de regressão logística multinomial para explorar os efeitos preditivos da autoeficácia da amamentação ao longo do período. Um total de 240 mães foram elegíveis no estudo. As mulheres apresentaram escore alto da BSES-SF, sendo a média e o desvio padrão aos 3, 6 e 12 meses pós-parto correspondentes a,  $55,68 \pm 5,94$ ;  $54,77 \pm 6,24$ ;  $53,80 \pm 5,70$ , respectivamente. No entanto, o percentual das classificadas na categoria de autoeficácia alta aos três meses diminuiu para a metade aos 12 meses, porém quando as mães tinham essa classificação no primeiro momento analisado, desmamavam menos nos meses posteriores. Conclui-se que, a mulher que teve autoeficácia em amamentar alta no primeiro momento, apresentou manutenção do aleitamento materno duas vezes maior os períodos seguintes investigados, quando comparadas com as de menor autoeficácia.

**Palavras-chave:** Aleitamento materno; Autoeficácia; Comportamento materno; Desmame precoce; Saúde Materno-Infantil.

## ABSTRACT

The self-efficacy of breastfeeding consists in maternal confidence in their ability to breastfeed, given that individuals need to believe that they can develop healthy behaviors to accomplish the tasks necessary to meet the established health goals. The paper is structured in two sections, containing a literature review chapter divided into three topics, namely: global overview of breastfeeding, risk factors for early breastfeeding interruption and maternal self-efficacy in breastfeeding. In the second section is the original article, which aims to prospectively investigate maternal self-efficacy in breastfeeding and its relationship with the duration of breastfeeding over the first year postpartum in a birth cohort of a municipality in northeastern Brazil. This was a prospective cohort study that followed the mother-child pair from birth to 12 months of age. Data collection was performed from February 2017 to August 2018, in 4 moments, the first in the maternity hospital of Rio Largo / AL and, subsequently, in 3 home visits. During the visits, the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form / BSES-SF was interviewed to all breastfeeding mothers. Independent variables were collected using structured and pre-coded forms. Descriptive statistics, chi-square tests, and multinomial logistic regression models were performed to explore the predictive effects of breastfeeding self-efficacy over the period. A total of 240 mothers were eligible in the study. Women had a high BSES-SF score, with mean and standard deviation at 3, 6, and 12 months postpartum corresponding to  $55.68 \pm 5.94$ ;  $54.77 \pm 6.24$ ;  $53.80 \pm 5.70$ , respectively. However, the percentage of those classified in the high self-efficacy category at three months decreased by half at 12 months, but when mothers had this classification at the first moment analyzed, they weaned less in later months. It was concluded that the woman who had self-efficacy in discharging breastfeeding at the first moment presented maintenance of breastfeeding twice as long as the following investigated periods, when compared to those with lower self-efficacy.

**Key words:** Breastfeeding; Self-efficacy; Maternal behavior; Early weaning; Maternal and Child Health.

## LISTA DE FIGURAS

### Capítulo de Revisão da Literatura

Figura 1	Distribuição global da amamentação aos 12 meses.....	18
Figura 2	Prevalências do aleitamento materno, por faixa etária e inquérito nacional....	21
Figura 3	Modelo hierárquico teórico para interrupção do AME.....	22
Figura 4	Modelo hierárquico teórico para a autoeficácia materna em amamentar.....	25

## LISTA DE TABELAS E GRÁFICO

### Artigo Científico Original

Tabela 1	Características socioeconômicas e demográficas, perinatais e comportamentais das mães.....	48
Tabela 2	Mudanças das mães nas categorias da <i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form</i> nos períodos de três, seis e doze meses pós-parto.....	50
Tabela 3	Razão dos riscos relativos para a influência da autoeficácia materna em amamentar alta na duração do aleitamento materno nos períodos de 6 e 12 meses pós-parto.....	51
Tabela 4	Os escores da <i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form</i> listados por item...	52
Gráfico 1	Frequência simples da <i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form</i> nos períodos de três, seis e doze meses pós-parto.....	49

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AEA</b>	Autoeficácia materna em amamentar
<b>AIDS</b>	<i>Acquired immunodeficiency syndrome</i>
<b>AM</b>	Aleitamento Materno
<b>AMC</b>	Aleitamento Materno Complementado
<b>AME</b>	Aleitamento Materno Exclusivo
<b>AMP</b>	Aleitamento Materno Predominante
<b>BSES</b>	<i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale</i>
<b>BSES-SF</b>	<i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form</i>
<b>HIV</b>	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IC</b>	Intervalo de confiança
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS/WHO</b>	Organização Mundial da Saúde ( <i>World Health Organization</i> )
<b>OR</b>	<i>Odds Ratio</i>
<b>PCC</b>	Paridade de poder de compra
<b>PTR</b>	Programa de transferência de renda
<b>SAND</b>	Saúde, Alimentação, Nutrição e Desenvolvimento infantil
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de consentimento livre e esclarecido
<b>UFAL</b>	Universidade Federal de Alagoas
<b>UNICEF</b>	<i>United Nations Children's Fund</i>
<b>WHO</b>	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO GERAL.....</b>	<b>13</b>
<b>2 CAPÍTULO DE REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1 Introdução.....</b>	<b>17</b>
<b>2.2 Panorama Global do Aleitamento Materno.....</b>	<b>18</b>
<b>2.3 Fatores de risco para a interrupção precoce da amamentação.....</b>	<b>21</b>
<b>2.4 A Autoeficácia Materna em Amamentar.....</b>	<b>23</b>
<b>2.5 Considerações Finais.....</b>	<b>27</b>
<b>3 ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL.....</b>	<b>28</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>53</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>56</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>81</b>

**1 INTRODUÇÃO GERAL**

## 1 INTRODUÇÃO GERAL

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que o aleitamento materno (AM) seja realizado exclusivamente até os seis meses de vida e, até os dois anos de idade ou mais, como forma complementar (WHO, 2001). Essa recomendação visa a proteção da saúde da criança, prevenindo doenças respiratórias e diarreicas comuns à primeira infância (WANG et al., 2017; QUIGLEY, 2007), auxiliando no desenvolvimento e crescimento infantil (GARTNER et al., 2005).

Essa prática também acarreta em benefícios a saúde materna, protegendo contra doenças crônicas não transmissíveis, como câncer de mama e de ovário, involução uterina mais rápida, repercutindo na diminuição do sangramento pós-parto, ampliação do espaçamento entre as gestações e partos, formação do vínculo afetivo entre mãe e criança e favorecimento do retorno ao peso pré-gestacional (TAKUSHI et al, 2008; WHO, 2001).

No entanto, apesar dos esforços para a obtenção da maior duração da amamentação, estudos demonstram que a maioria dos países estão aquém dos parâmetros estabelecidos por órgãos internacionais (CAI et al., 2012; IFPRI, 2015; VICTORA et al., 2016; WARKENTIN et al., 2013). No Brasil, dados provenientes de pesquisas nacionais evidenciam aumento de 2,5 meses para 11,3 meses na mediana de duração do AM e de 3,1 para 41,0% na prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros 6 meses entre os anos de 1975 e 2008 (VENANCIO et al., 2013). Todavia, apesar dos avanços alcançados, a mediana de tempo de AME é estimada em 60 dias (WARKENTIN et al., 2013).

Este cenário pode ser influenciado por diversos fatores, tais como a falta de apoio do companheiro durante esse período, o baixo nível de escolaridade materna, a mãe trabalhar fora do lar, o número insuficiente de consultas pré-natais e o tipo de serviço de saúde que presta assistência pré-natal a essas mulheres (VIEIRA et al., 2014). Dentre estes fatores, a autoeficácia materna em amamentar (AEA) tem sido estudada como um dos aspectos relevantes que interferem na decisão materna em amamentar, assim como na continuidade em tempo oportuno desta prática (BUXTON, 1991; O'CAMPO, 1992; ORÍÁ; XIMENES, 2010).

O conceito de autoeficácia originou-se da Teoria Social Cognitiva e foi desenvolvido, a partir do construto da confiança ou autoeficácia, por Bandura (1997), que considera que a realização de comportamentos de saúde adequados requer que o indivíduo acredite que pode de fato realizá-los para que assim desempenhe as condutas necessárias para seu cumprimento. Quatro fatores explicam a AEA, são eles: vivência pessoal, experiência vicária, persuasão verbal e estado emocional e fisiológico (DENNIS; FAUX, 1999).

Para medir a AEA foi criada a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form* (BSES-SF), escala que permite identificar mulheres com alto risco de interromper o AM. Sua aplicação contribui para ações e estratégias de cuidado, com intervenções individualizadas e fidedignas, para a promoção do AM e prevenção do desmame precoce (SANTOS, 2016; ORIÁ; XIMENES, 2010; DENNIS, 2006).

Pesquisa realizada por Loke e Chan (2013) demonstrou associação inversamente proporcional entre a cessação da amamentação e a confiança materna em amamentar, concluindo, portanto, que quanto maior a pontuação da escala de autoeficácia, menor o risco de interrupção da amamentação. Na mesma perspectiva, Jager et al. (2014) identificaram que o nível de confiança materno elevado para amamentar é um forte preditor significativo da intenção e duração da amamentação exclusiva. Tais estudos revelam a importância de se investigar e considerar a AEA, afim de se definir estratégias voltadas para o prolongamento da amamentação.

Diante do exposto e, considerando a importância da autoeficácia em amamentar afim de assegurar a manutenção e duração adequada do AM, este estudo teve por objetivo investigar prospectivamente a autoeficácia materna em amamentar durante o primeiro ano pós-parto e sua relação com a duração do aleitamento materno em uma coorte de nascimentos SAND “Saúde, Alimentação, Nutrição e Desenvolvimento Infantil: um estudo de coorte”, em um município no nordeste do Brasil.

Deste modo, o trabalho está estruturado em duas seções, contendo um capítulo de revisão de literatura seccionado em três tópicos, sendo eles: **1. Panorama global do aleitamento materno, 2. Fatores de risco para interrupção precoce da amamentação e 3. A autoeficácia materna em amamentar.** Na segunda seção consta o artigo original: “Influência da autoeficácia em amamentar alta na maior duração da amamentação: estudo de coorte de nascimento”, submetido no periódico científico *Cadernos de Saúde Pública*, inserido no estrato B1, segundo classificação Qualis da Capes/Área de Nutrição, cujas normas editoriais de submissão estão no **Anexo A**.

## **2 CAPÍTULO DE REVISÃO DE LITERATURA**

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Introdução

Os primeiros mil dias de vida, contados desde a concepção até os dois anos de idade, representam período de fundamental relevância para o desenvolvimento infantil satisfatório (ADU-AFARWUAH et al., 2017; CUNHA 2015). Nesta fase é consensual a importância de práticas alimentares adequadas e saudáveis, que se baseiam na oferta do leite materno por seis meses de forma exclusiva e até os dois anos de idade ou mais como forma complementar, na promoção da saúde, com repercussão em todos os ciclos vitais (WHO, 2001).

Para a prática do AM organizações internacionais criaram diversas categorias para defini-lo. Sendo, o AME período em que a criança recebe somente leite materno, sem inclusão de outros líquidos ou sólidos, somente se necessário gotas ou xaropes de vitaminas, minerais ou medicamentos. Denomina-se como aleitamento materno predominante (AMP) o consumo de leite materno e outros líquidos (água, sucos ou chás). AM é quando se oferta para a criança leite materno independente do oferecimento ou não de outros alimentos. Quando a criança recebe além do leite materno outros alimentos, com o objetivo de complementá-lo é chamado de aleitamento materno complementado (AMC). Por fim, é classificado como aleitamento materno misto ou parcial quando há oferta para a criança do leite materno e de outros tipos de leites (WHO, 2002; 2008).

O AME proporciona inúmeras vantagens para a saúde infantil e materna (GRUMMER-STRAWN et al., 2015), diminuindo as taxas de morbidade e mortalidade infantil por infecções no trato respiratório e gastrointestinal (WANG et al., 2017; QUIGLEY, 2007; KRAMER, 2004), além de conferir proteção, tanto a criança, como à nutriz contra obesidade e outras doenças crônicas não transmissíveis (BELL et.al., 2018; HORTA e DE LIMA et.al., 2019).

Diante do exposto, esse capítulo de revisão tem como objetivos principais: apresentar dados internacionais e nacionais de inquéritos epidemiológicos de saúde, demonstrando o panorama das práticas relacionadas ao aleitamento materno; destacar e discutir os principais fatores de risco para a sua interrupção precoce e, por fim, contextualizar a AEA, com ênfase em seu conceito, instrumento de mensuração e seu papel e impacto na maior duração da amamentação.

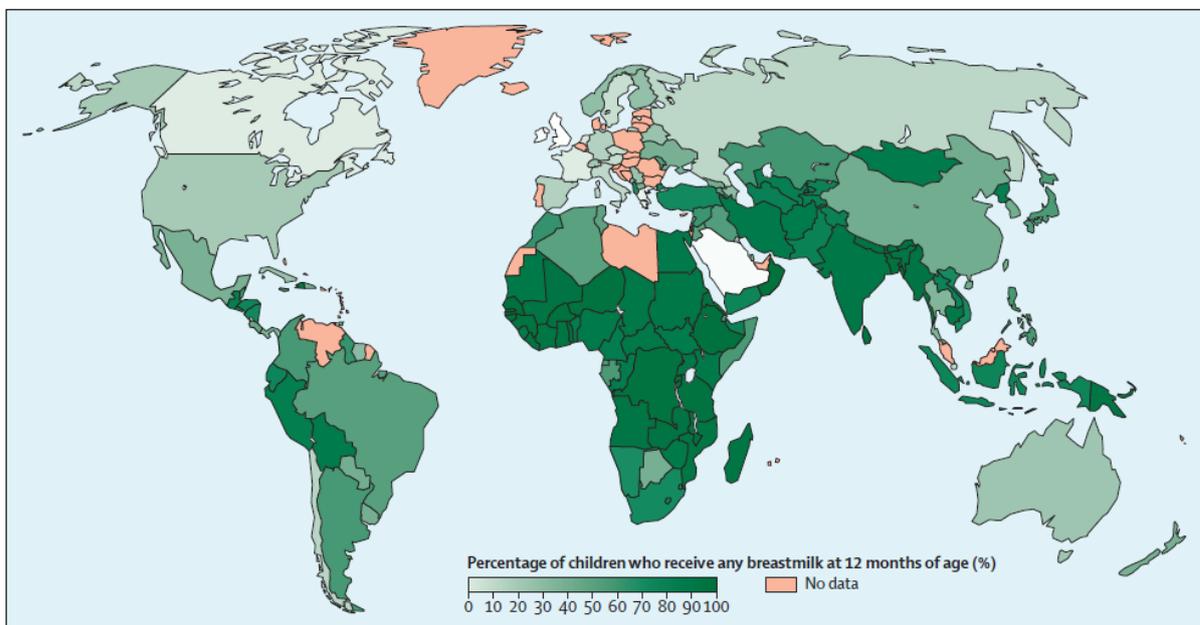
## 2.2 Panorama global do aleitamento materno

### 2.2.1 Tendências das prevalências de aleitamento materno mundiais

Apesar de todos os benefícios elucidados na literatura científica, análise das tendências temporais da prevalência do AM conclui que esta prática, no que concerne a iniciação e duração adequada, apresenta-se aquém da recomendação estabelecidas por órgãos internacionais (CAI et al., 2012; IFPRI, 2015).

Em um estudo de metanálises com informações completas de pesquisas nacionais, de 153 países no período de 1995 e 2013, é possível observar a distribuição global da amamentação em crianças aos 12 meses (**Figura 1**). Com base nas pesquisas mais recentes, verificou-se que nos países de baixa renda 53% das crianças com menos de seis meses não estavam sendo amamentadas de forma exclusiva, sendo este percentual superior nos países de renda média-baixa (61%) e média-alta (63%). A prevalência de crianças não amamentadas entre seis a 23 meses foi de 18% nos países de baixa renda, 34% nos de renda média-baixa e 55% naqueles de média-alta.

**Figura 1.** Distribuição global da amamentação aos 12 meses.



Fonte: VICTORA et al., 2016.

A tendência global do AME aumentou 10,8% entre os anos de 1993 a 2013, e a duração de um ano da amamentação apresentou discreta diminuição (3%) no mesmo período analisado. Assim, verifica-se uma prevalência de 37% de crianças com menos de 6 meses de

idade amamentadas exclusivamente em países de baixa e média renda, sendo a duração do AM ainda menor nos países de alta renda. Dessa forma, através das tendências temporais verificadas nota-se que o ato de iniciar a amamentação está em ascensão, porém a continuidade desta prática de forma exclusiva ainda permanece com valores abaixo da recomendação estabelecida (VICTORA et al. 2016; WHO, 2002; 2008).

Dentre as regiões analisadas, a África subsaariana e o sul da Ásia apresentaram as maiores prevalências de aleitamento materno aos 12 meses (**Figura 1**), superior a 80%, enquanto em países de alta renda concentraram-se prevalências inferiores a 20%, sendo <1% no Reino Unido e 16% na Suécia, por exemplo. Na América e Caribe, e Europa Central e do Leste, notou-se que todos os indicadores de AM foram mais baixos que os valores encontrados na África. Simultaneamente verifica-se redução do consumo de águas, líquidos (como, sucos e chás) e fórmula infantil antes dos 6 meses no continente africano (UNICEF, 2018).

Considerando que estes países comumente possuem piores condições ambientais e econômicas, além de menor acesso e cuidados de saúde, a prática do AM pode ser a ferramenta mais acessível e exequível para reduzir a ocorrência de doenças e proteger a saúde destas crianças (ROLLINS et al., 2016).

Diante disso, a maior duração da amamentação, evidenciada nos países de baixa renda, foi associado a uma redução em 50% das mortes de crianças de seis a 23 meses, constando também que a amamentação ideal poderia prevenir até 13% das mortes nos primeiros anos da infância (JONES et al., 2003). Ademais, crianças menores de seis meses que não foram amamentadas apresentaram risco 14,4 vezes maior de mortalidade em comparação com aquelas que receberam leite materno exclusivamente (SANKAR et al., 2015).

Verifica-se que em todos os países, com exceção dos Estados Unidos, França e Espanha, mais de 80% das mães iniciam a amamentação, demonstrando sua intenção inicial em amamentar, no entanto interrompem esta prática durante o período pós-parto (JONES et al., 2011).

Outros estudos retratam essa realidade, como observado em uma pesquisa desenvolvida em Sydney, Austrália, que identificou que apesar de 92% das mães terem a intenção de amamentar, 90% iniciarem a amamentação na primeira hora de vida e 89% manterem-na até a alta hospitalar, a prevalência de AME reduziu em 27% entre a primeira e quarta semana pós-parto (OGBO et al., 2016).

Similarmente, pesquisa nacional no Canadá demonstrou que 90,3% das mães canadenses durante a gestação tinham a intenção de amamentar, no entanto a taxa de amamentação

exclusiva no primeiro mês pós-parto foi de 63,6%, aos três meses de 50,4% e aos seis meses 13,8% (AL - SAHAB et al., 2010).

Estes dados reforçam a importância de orientação e ações de incentivo, apoio e proteção durante o pré-natal, intra-hospitalar, e sua extensão para o período pós-parto, na atenção básica (BLONDEL et al., 2017).

Apesar da curta permanência na maternidade, dados de revisão integrativa evidenciam alguns fatores de proteção ao AME intra-hospitalar: o contato pele a pele precoce; a permanência da criança em alojamento conjunto; a intervenção na dor mamilar durante a amamentação; a restrição do uso de suplementação para lactentes; o AM sob livre demanda; e as intervenções educativas por meio de suporte individual e/ou em grupos durante a internação (COCA et. al., 2018).

Diante deste cenário, na tentativa de melhorar os indicadores de AM, os países membros da OMS se comprometeram a aumentar a prevalência de AME durante os primeiros seis meses de vida da criança em até 50% antes de 2025 como parte de um conjunto de metas globais de nutrição definidas na Assembleia Mundial da Saúde (WHO, 2014).

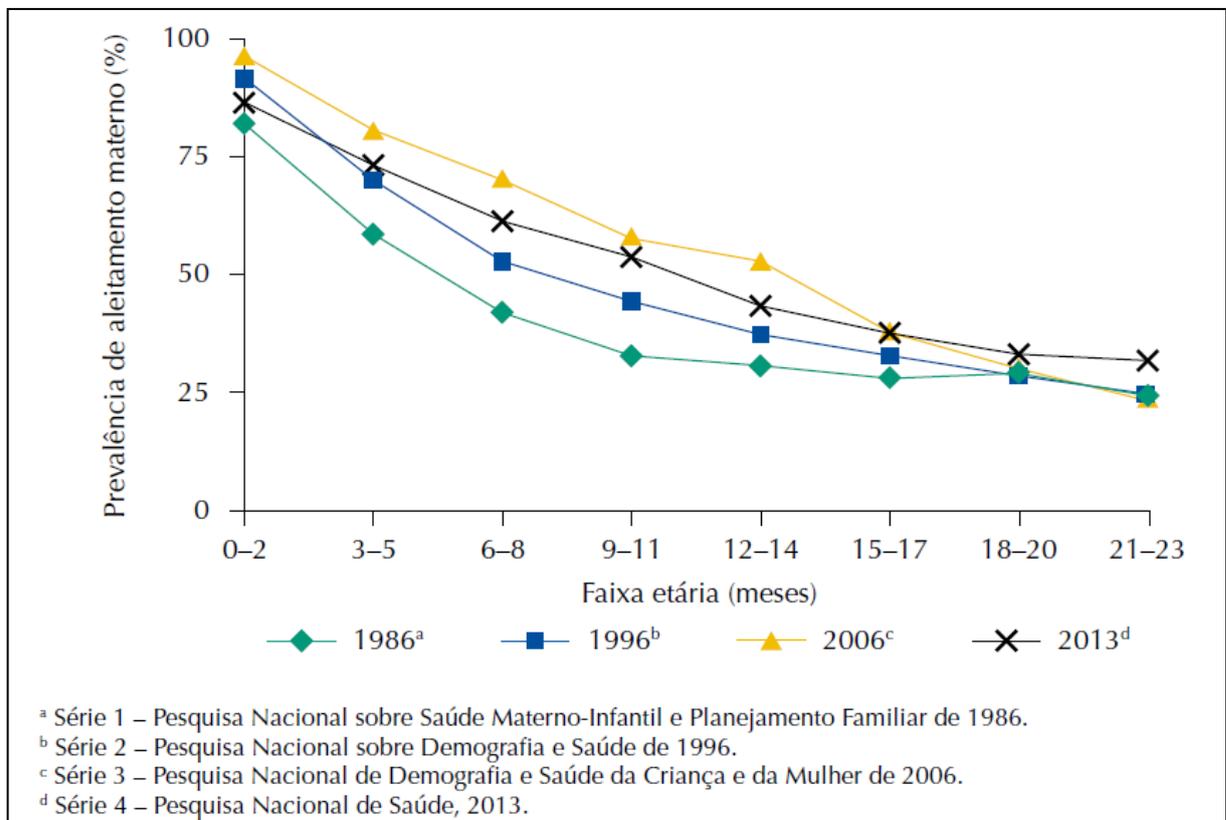
## 2.2.2 Tendências das prevalências de aleitamento materno no Brasil

No Brasil, desde a década de 1970 são desenvolvidos inquéritos epidemiológicos nacionais que investigam a prevalência de AM, a partir dos quais pode-se verificar tendência secular ascendente da frequência dessa prática (**Figura 2**), com incremento de 2,5 para 14 meses na sua duração mediana entre os anos de 1975 e 2006.

Tal asserção pode ser explicitada ao se verificar a série temporal realizada por meio de quatro inquéritos nacionais, identificando que a prevalência de AME em menores de seis meses aumentou de 2,9% para 37,1% entre os anos de 1986 e 2006, expressando diferença com significância estatística, contudo entre 2006 e 2013 essa tendência apresentou-se estável (36,6%) (BOCCOLINI et al., 2017).

De forma semelhante a prevalência de AM em menores de dois anos aumentou de 37,4% (1986) para 56,3 (2006), com discreta diminuição em 2013 (52,1%). Já a amamentação continuada durante o primeiro ano de vida, elevou-se de 22,7% em 1986 para 45,4% em 2013, ressaltando a não progressão nos anos de 2006 e 2013. Diferente do encontrado nos outros inquéritos, a prevalência de amamentação aos dois anos não se manteve estável nos anos de 2006 e 2013, tendo aumentado e atingido percentual de 31,8% em 2013 (BOCCOLINI et al., 2017).

**Figura 2.** Prevalências do aleitamento materno, por faixa etária e inquérito nacional. Brasil, 1986<sup>a</sup>, 1996<sup>b</sup>, 2006<sup>c</sup> e 2013<sup>d</sup>.



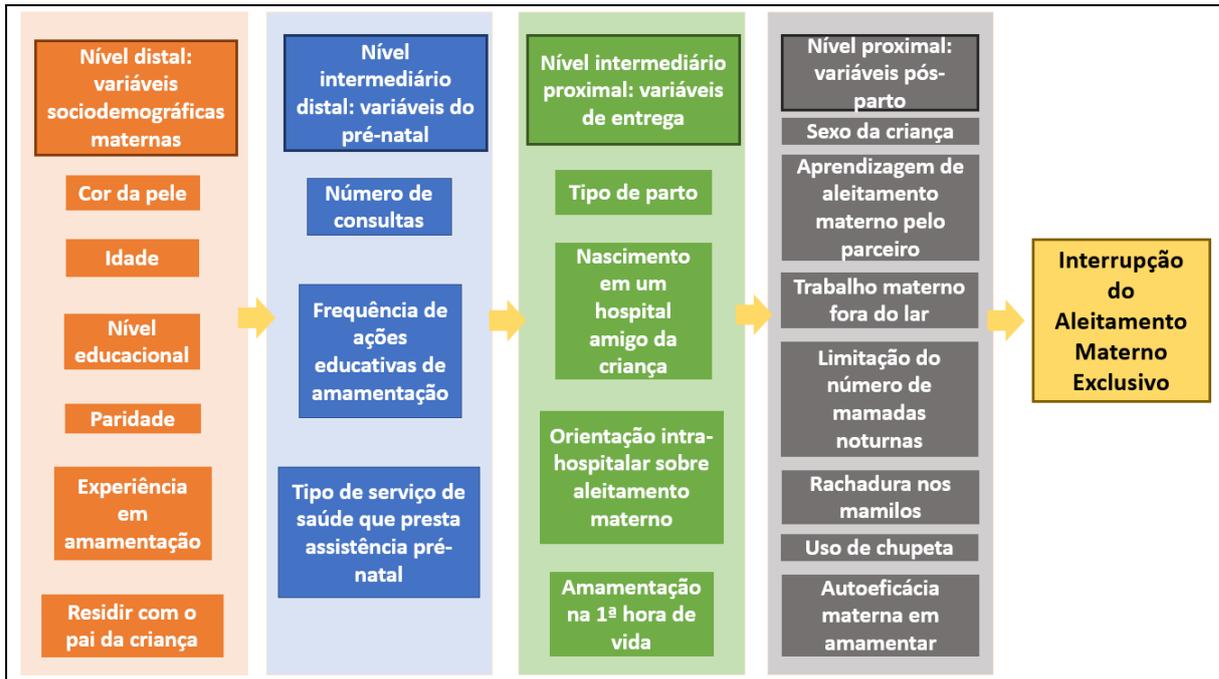
Fonte: BOCCOLINI et al., 2017.

Embora os indicadores de aleitamento materno não demonstrem adequação consolidada, os avanços constatados nas prevalências apresentadas podem ser associados à efetividade de estratégias governamentais para promoção, proteção e apoio a amamentação, as quais integraram importantes políticas públicas de alimentação e nutrição, sobretudo nos governos de Lula e Dilma, nos quais a alimentação e nutrição no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) integrou agenda prioritária no Brasil, com importantes avanços nacionais (VASCONCELOS et. al., 2019).

### 2.3 Fatores de risco para a interrupção precoce da amamentação

Diante dos múltiplos desafios em garantir o AM, estudos científicos investigam os principais fatores que contribuem para a interrupção precoce do AME, com o intuito de compreender, justificar e subsidiar ações voltadas para sua prevenção. Assim, na **Figura 3** são apresentados os principais fatores associados ao desmame precoce, representados por um modelo hierárquico teórico.

**Figura 3.** Modelo hierárquico teórico para interrupção do aleitamento materno exclusivo.



Fonte: Adaptado de VIEIRA et al., 2014.

A partir da aplicação deste modelo hierárquico, foram investigados os fatores associados a descontinuação precoce do AME aos seis meses em um município do Nordeste no Brasil, no período de abril de 2004 a março de 2005. Entre as variáveis, nove apresentaram associação significativa com o desfecho em estudo: presença de rachaduras nos mamilos, atendimento pré-natal prestado por serviços públicos, orientação sobre amamentação recebida no hospital, parto realizado em Hospital Amigo da Criança, escolaridade materna menor ou igual a 8 anos, mãe trabalhando fora de casa e o uso de chupeta, e mais duas que ainda não tinham sido identificadas em estudos brasileiros, como a opinião do parceiro quanto a amamentação e a limitação do número de mamadas noturnas (VIEIRA et al., 2014).

Com objetivo similar, um estudo de coorte de nascimentos também buscou investigar os fatores associados a interrupção precoce do AME, identificando que a realização do pré-natal e a área de residência materna foram associadas significativamente com o desfecho. Nesse sentido, as mães que não fizeram o pré-natal e moravam na área urbana tiveram 2,73 (IC 95%: 1,89-3,93) e 1,61 (IC 95%: 1,08-2,40), respectivamente, mais chances de desmamarem precocemente, quando comparada as mães que realizaram o pré-natal e moravam na área rural (DEMÉTRIO et al., 2012).

Dentre os fatores elucidados, a AEA representa característica que interfere diretamente na amamentação, repercutindo na prática e continuação do AME, sendo importante conhecê-la

na população, afim de se desenvolver estratégias de intervenção precoce que contribuam para maior confiança em amamentar e conseqüentemente maior duração de AME (BUXTON, 1991; O'CAMPO, 1992; ORÍÁ; XIMENES, 2010).

Apesar do consenso quanto a influência destes determinantes no AM, as peculiaridades regionais, envolvendo aspectos culturais, demográficos, sociais, éticos, econômicos e climáticos, impactam na distribuição, efeito e magnitude dos fatores associados a interrupção precoce da amamentação (ROBERT et al., 2014).

Um exemplo disso são os achados identificados no estudo de Warkentin et al. (2013), que revelaram diferenças nos valores de duração do AME entre as regiões do Brasil, demonstrando maior duração do AME na região Sudeste, sendo 18,5 dias no percentil 25 e nas outras regiões, 5 dias. A menor duração foi verificada na região Sul, equivalente a 120 dias no percentil 75, sendo que no restante do país foi de 150 dias. Estes dados reforçam que a amamentação possui natureza multifatorial, regulada por todos os aspectos mencionados anteriormente.

Portanto, se torna necessário conhecer e investigar as particularidades de cada local e população, como forma de subsidiar ações, programas e políticas públicas específicas condizentes com a realidade vivenciada em cada cenário (BOCCOLINI, 2012).

## **2.4 A autoeficácia materna em amamentar**

### **2.4.1 Abordagem conceitual**

O conceito da autoeficácia na amamentação foi baseado no construto de confiança ou autoeficácia desenvolvido por Bandura (1977), o qual definiu a teoria social cognitiva. Que se refere a um dos fatores que conduzem os comportamentos de saúde, visto que as pessoas precisam acreditar que poderão desenvolver condutas saudáveis para que assim realizem as tarefas necessárias para cumprir os objetivos de saúde estabelecidos. Assim, para o indivíduo, além de acreditar que determinado comportamento pode ajudá-lo, é fundamental que este seja de fato factível de ser realizado.

As expectativas formadas pelas mulheres quanto à autoeficácia, podem influenciar na decisão de iniciar e continuar a amamentação, como também na superação dos possíveis eventuais obstáculos a serem enfrentados. Dessa forma, a confiança em amamentar é constituída por quatro fatores que explicam essas expectativas de autoeficácia, são eles: a experiência pessoal, experiência vicária, persuasão verbal e estado emocional e fisiológico (DENNIS; FAUX, 1999).

A experiência pessoal é determinada por vivências anteriores positivas em amamentar da mãe, a experiência vicária implica em observar outras mães amamentarem, ou participar de ações educativas em que possam visualizar o ato de amamentar, por meio de vídeos sobre amamentação, por exemplo. Já a persuasão verbal refere-se ao apoio e incentivo recebido pela família, e por fim, o estado emocional e fisiológico refletem as reações físicas e mentais durante a amamentação, como sensações de dor, ansiedade e fadiga (DENNIS; FAUX, 1999; DENNIS, 2003).

#### 2.4.2 *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF)*

Para medir a autoeficácia das mães, Dennis e Faux (1999) desenvolveram no Canadá uma escala de avaliação denominada *Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES)*. Posteriormente, esta escala foi reformulada para uma forma curta, devido a redundância em alguns itens, sendo criada a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF)* (DENNIS, 2003), que já foi traduzida e validada em diversos países, como Suécia, China, Austrália, Espanha, Itália, África do Sul, Polônia (GERHARDSSON et al., 2014; IP, 2016; 2012; MCQUEEN; MONTELPARE; DENNIS, 2013; OLIVER-ROIG, 2012; PETROZZI; GAGLIARDI, 2016; TUTHILL et al., 2014; WUTKE; DENNIS, 2007), inclusive no Brasil (ORÍÁ; XIMENES, 2010; ZUBARAN, 2010).

Trata-se de uma escala do tipo *Likert*, composta por 14 itens (**Anexo B**), onde a pontuação de cada item varia de 1 a 5 pontos refletindo o grau de concordância concedido pelas mulheres. A somatória da pontuação de todas as respostas perfaz um total de 14 a 70 pontos, sendo a autoeficácia considerada baixa quando a somatória da pontuação é de 14 a 32 pontos, moderada entre 33 e 51 e alta entre 52 e 70 (DENNIS, 2003; ORÍÁ; XIMENES, 2010).

A BSES-SF é subdividida em duas categorias de domínios, sendo eles técnico (08 itens) e pensamentos intrapessoais (6 itens). O primeiro domínio reflete aos aspectos técnicos do AM, como conforto durante o ato de amamentar, reconhecer se o bebê está realizando a pega correta e identificar sinais de boa lactação e sucção. Já o segundo domínio representa a vontade e motivação materna para a amamentação, assim como sua satisfação em amamentar (ORÍÁ, 2008).

Com base em testes psicométricos, foi identificado que esta escala pode ser utilizada em diversas culturas e com mulheres de várias idades. Estudos que validaram a BSES-SF no Brasil verificaram que a análise de confiabilidade de cada item da escala atingiu um coeficiente alfa de Cronbach de 0,7, considerando que o instrumento é capaz de mensurar a

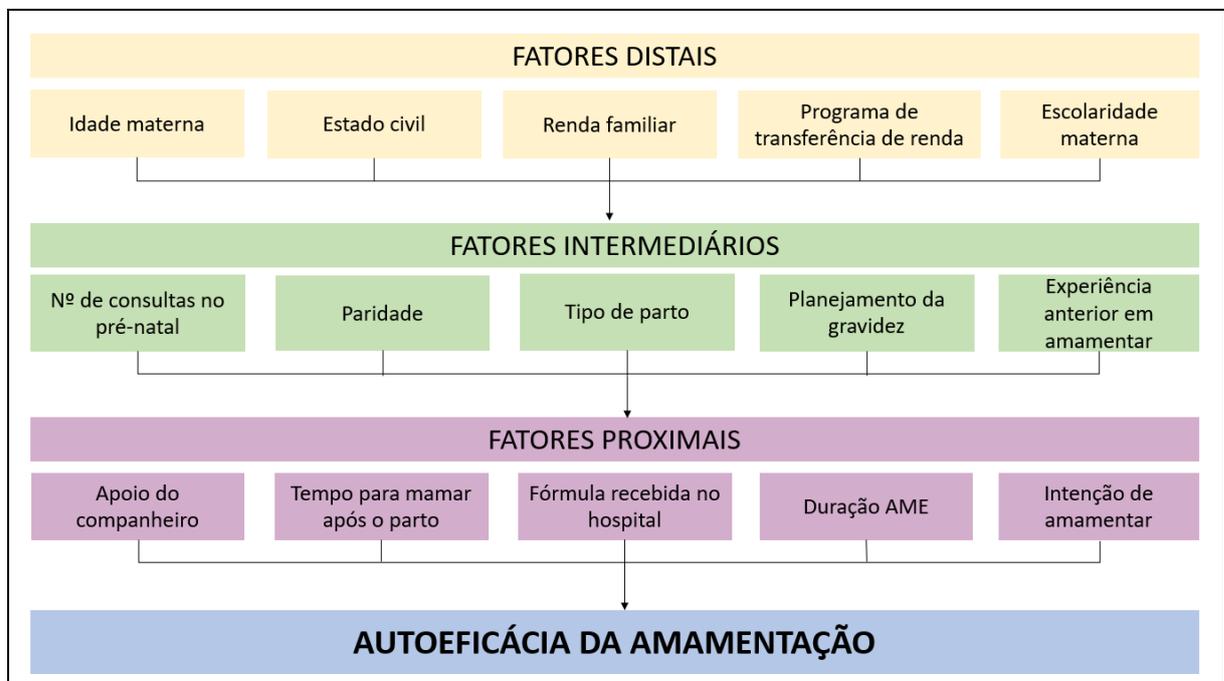
confiança das mães brasileiras para a amamentação (DODT, 2008; DODT et al, 2012; ZUBARAN et al., 2010).

#### 2.4.3 Fatores associados à autoeficácia materna em amamentar e sua relação com a duração do aleitamento materno

Conforme demonstrado anteriormente nesta revisão, ainda que muitas mães iniciem a amamentação, as taxas de AME apresentam tendência decrescente nos primeiros seis meses de vida da criança, sendo identificado que muitas mães desistem ou suplementam seus filhos com leites artificiais, líquidos ou outros alimentos logo nas primeiras semanas de vida.

Dentre os múltiplos fatores apresentados que se relacionam a este panorama, situa-se a AEA (MARMOTTI e EPIFANIO, 2014; ROCHA et al., 2013), que também é precedida e dependente de outros fatores pessoais e sociais, os quais apresentamos por meio de um modelo teórico hierarquizado construído a partir da compilação de dados disponíveis na literatura acerca deste tema (JAGER et al., 2014; JOSHI et al., 2014; MANNION et al., 2013; ZUBARAN; FORESTI, 2013; YANG et al., 2016). Identificamos um total de 15 variáveis causais (**Figura 4**).

**Figura 4.** Modelo hierárquico teórico para a autoeficácia materna em amamentar.



Fonte: Elaborado pela autora.

Na pesquisa realizada por Gerhardsson et al. (2018) foi identificado que mães múltiplas apresentaram escores significativamente mais altos da BSES-SF ( $p < 0,001$ ) (GERHARDSSON et al., 2018). Em concordância, Hinic (2016) e Bartle et al. (2017) constataram que mulheres com mais de um filho, que tiveram experiência positiva prévia em amamentar exibiam aumento da autoeficácia. No entanto, esse aumento era diminuído nas mães cujos filhos recebiam fórmula infantil no hospital (BARTLE et al., 2017; HINIC, 2016).

A identificação destas variáveis, que interferem diretamente ou indiretamente na autoeficácia permite controlá-las a fim de minimizar as influências e crenças negativas maternas quanto a sua capacidade de amamentar durante esse período, impactando na decisão e iniciação da amamentação.

No entanto a literatura apresenta poucos estudos que investigam o papel da AEA para prever a duração da amamentação sendo os achados não consensuais e provenientes maioritariamente de delineamentos transversais.

Alguns pesquisadores constataram ausência de correlação entre a duração da amamentação e os escores da BSES (coeficiente de correlação de Pearson = 0,21,  $p > 0,05$ ), com cessação do AM similar entre mães com alta e baixa autoeficácia ( $p = 0,25$ ) (AQUILINA, 2011; SEMENIC et al., 2008).

Por outro lado, recente revisão sistemática de estudos observacionais, que se propôs a analisar se a autoeficácia é adequada para prever a duração do AM, identificou que a continuação da amamentação foi associada significativamente e positivamente aos escores da escala de autoeficácia (LAU; LOK; TARRANT et al., 2018).

Outra revisão sistemática do mesmo ano com apenas estudos longitudinais destacou que, dentre os quatro estudos que a compuseram três identificaram relação significativa entre a pontuação total da BSES-SF e a duração do AME, com aumento da AEA no transcorrer dos 6 meses de AME. Em apenas um estudo a associação não foi evidente ( $p$ -valor) (ROCHA et al., 2018).

Semelhantemente foi verificada redução da interrupção do AM em 3% aos seis meses pós-parto para cada aumento de uma unidade na pontuação da BSES, apresentando odds ratio (OR) de 0,97 e intervalo de confiança (IC) de 95% (0,96–0,98) (BAGHURST et al., 2007). Achados similares foram encontrados no estudo de O'Brien et al. (2008) para a interrupção da amamentação aos 6 meses após o parto (OR 0,95 e IC de 95% 0,93-0,97) e do AME na sexta semana pós-parto.

## **2.5 Considerações Finais**

Diante do exposto verifica-se que a literatura ainda carece de estudos epidemiológicos e evidências robustas que propiciem maior compreensão dos fatores que interferem na autoeficácia materna, assim como o seu impacto na duração da amamentação, tendo como objetivo final promover o crescimento e desenvolvimento adequados e a ótima nutrição nos primeiros anos de vida, que se repercutem na saúde nas subseqüentes fases do ciclo da vida.

### 3 ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

BRITO, S. W. F.; SILVEIRA, J. A. C.; SANTOS, M. O. A.; MARINHO, P. M.; MENEZES, R.; LONGO-SILVA, G. **Influência da autoeficácia em amamentar alta na maior duração da amamentação: estudo de coorte de nascimento.** Revista Científica para a qual será submetido: Cadernos de Saúde Pública (Classificação B1, *segundo os critérios do sistema Qualis da CAPES/Área de Nutrição*).

### 3 ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

#### **Influência da autoeficácia em amamentar alta na maior duração da amamentação: estudo de coorte de nascimento**

High breastfeeding self-efficacy influence in longer duration of breastfeeding: birth cohort study

**Título resumido:** Autoeficácia em amamentar alta e maior duração da amamentação

#### **Autores:**

Samya Waleska Farias Brito<sup>1</sup>, Jonas Augusto Cardoso da Silveira<sup>2</sup>, Mayara Oliveira de Alencar Santos<sup>3</sup>, Patrícia Menezes Marinho<sup>4</sup>, Risia Cristina Egito Menezes<sup>5</sup>, Giovana Longo-Silva<sup>6</sup>.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió, Brasil. E-mail: samya\_farias@hotmail.com. Participação na concepção do trabalho, análise dos dados, interpretação dos resultados e redigiu o manuscrito. <https://orcid.org/0000-0003-4050-9808>

<sup>2</sup>Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió, Brasil. E-mail: jonas.silveira@fanut.ufal.br. Participação na concepção do trabalho, na análise dos dados, interpretação dos resultados e revisão crítica do conteúdo intelectual. <https://orcid.org/0000-0003-3838-6212>

<sup>3</sup>Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió, Brasil. E-mail: mayaraalencarnutri@gmail.com. Participação na análise dos dados, interpretação dos resultados e revisão crítica do conteúdo intelectual. <https://orcid.org/0000-0001-9223-0177>

<sup>4</sup>Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, Brasil. E-mail: patricia\_mmarinho@hotmail.com. Participação na análise, interpretação dos dados e revisão crítica do conteúdo intelectual. <https://orcid.org/0000-0001-9754-7560>

<sup>5</sup>Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió, Brasil. E-mail: risiamenezes@yahoo.com.br. Participação na concepção, delineamento e revisão crítica do conteúdo intelectual. <https://orcid.org/0000-0003-1568-2836>

<sup>6</sup>Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió, Brasil. E-mail: giovana\_longo@yahoo.com.br. Participou na concepção, delineamento, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação da versão final do manuscrito. <https://orcid.org/0000-0003-0776-0638>

### **Correspondência:**

Giovana Longo-Silva

Universidade Federal de Alagoas

Av Lourival Melo Mota, S/N, Maceió, AL. 57072-900, Brasil. Tel.: +55 (82) 3214-1166.

[giovana\\_longo@yahoo.com.br](mailto:giovana_longo@yahoo.com.br)

**Conflito de Interesse:** Nada a declarar.

**Fonte financiadora:** O projeto SAND foi financiado pela FAPEAL – Chamada 06/2016 - PPSUS Programa Pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em Saúde Decit-SCTIE-MS/CNPq/ FAPEAL/ SESAU-AL (nº do processo: 60030 000846/2016). Samya Waleska Farias Brito e Mayara Oliveira de Alencar Santos receberam bolsas de mestrado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Patrícia M. Marinho recebe bolsa de doutorado do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

### **Agradecimentos**

Aos Profs. Drs. Maysa Toloni e José Taddei pela colaboração no delineamento da pesquisa, construção e revisão dos instrumentos; à equipe de campo: Bruna Lemos, Diego Tenório, Elyssia Ramires, Jayanne Magalhães, Karine Brebal, Louriene Antunes, Shirley Vidal, Silvany Epifânio, Taise Santos, Lara Nunes, Luan Aragão, Nicole Conde, Priscila de Oliveira (Universidade Federal de Alagoas), aos profissionais do Hospital, Secretarias e Unidades de Saúde, e especialmente às mães e as crianças da pesquisa.

## Resumo

O objetivo deste estudo foi investigar prospectivamente a autoeficácia materna em amamentar e sua relação com a duração do aleitamento materno ao longo do primeiro ano pós-parto em uma coorte de nascimento de um município no nordeste brasileiro. A pesquisa acompanhou o par mãe-criança desde o nascimento até os 12 meses de idade da criança. A coleta de dados foi realizada entre fevereiro de 2017 a agosto de 2018, em 4 momentos, o primeiro na maternidade de Rio Largo/AL e, posteriormente, em 3 visitas domiciliares. Nas visitas, foi aplicado, por meio de entrevista, a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form/BSES-SF*, a todas as mães que estavam amamentando. As variáveis independentes foram coletadas através de formulários estruturados e pré-codificados. Foram realizadas estatísticas descritivas, testes qui-quadrado e modelos de regressão logística multinomial para explorar os efeitos preditivos da autoeficácia da amamentação ao longo do período. Um total de 240 mães foram elegíveis no estudo. As mulheres apresentaram escore alto da BSES-SF, sendo a média (desvio padrão) aos 3, 6 e 12 meses pós-parto correspondentes a, 55,68 (5,94); 54,77 (6,24); 53,80 (5,70), respectivamente. O percentual de mães que integraram a categoria de autoeficácia alta aos três meses diminuiu para a metade aos 12 meses e as mães com essa classificação no primeiro momento analisado, desmamavam menos nos meses posteriores, quando comparadas com as de menor autoeficácia. Verificou-se que a autoeficácia alta das mulheres, embora tenha reduzido no transcorrer dos meses, associou-se ao maior tempo de duração do aleitamento materno.

**Palavras-chave:** Aleitamento Materno; Autoeficácia; Comportamento Materno; Desmame precoce; Saúde Materno-Infantil.

## INTRODUÇÃO

O leite materno é reconhecido como o melhor alimento para a criança durante os dois primeiros anos de vida, sendo recomendado de forma exclusiva durante os primeiros seis meses e, após esse período, de maneira complementar à alimentação compartilhada pela família<sup>1,2</sup>. Apesar de seus mais variados benefícios para a saúde materno-infantil, as práticas de aleitamento materno (AM) apresentam-se globalmente abaixo das recomendações estabelecidas por órgãos internacionais<sup>2,3</sup>, sendo a prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) em menores de seis meses equivalente a 37% nos países de baixa e média renda<sup>4</sup>.

Embora a duração ainda ocorra por tempo insuficiente, de acordo com a série temporal realizada a partir de quatro inquéritos epidemiológicos nacionais, o Brasil apresentou aumento na prevalência de AME entre 1986 e 2006 em crianças menores de seis meses, passando de 2,9% para 37,1%. No entanto, essa tendência apresentou relativa estabilização entre 2006 e 2013 (36,6%). Ao observar apenas os dados do último inquérito (2013), nota-se importante queda na, já baixa, frequência de AME no período entre zero a dois meses (49,7%) e três a cinco meses (14,6%)<sup>5</sup>, apontando que a aparente trajetória de melhora no perfil de aleitamento materno na população brasileira ainda não é situação consolidada.

A literatura apresenta diversos fatores socioeconômicos, culturais e individuais como condicionantes e determinantes na duração da amamentação<sup>6</sup>. Dentre estes, situa-se a autoeficácia materna em amamentar (AEA), destacada como fator individual que incorpora as influências socioculturais na decisão materna em iniciar e prosseguir com essa prática<sup>7-10</sup>.

O conceito da AEA é baseado na teoria social cognitiva, inicialmente, proposto por Bandura<sup>11</sup>. Refere-se à percepção materna sobre sua capacidade em amamentar, fundamentada a partir de quatro construtos, sendo deles: a experiência pessoal, experiência vicária, persuasão verbal e estado emocional e fisiológico<sup>7,12</sup>. A identificação da AEA reflete, portanto, a importância da aquisição de comportamentos de saúde possíveis de serem praticados, uma vez que as mulheres precisam acreditar que são capazes de amamentar para que se motivem a realizar essa prática com êxito. A partir deste arcabouço teórico, Dennis<sup>7</sup> propuseram a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form* (BSES-SF) a fim de mensurar a AEA. Desenvolvida originalmente em inglês, esta escala já foi traduzida e validada em diversos países<sup>13-18</sup>, inclusive no Brasil<sup>19,20</sup>.

Portanto, reconhece-se a AEA como uma característica preditora e modificável para o sucesso do AM, por meio do empoderamento feminino, como demonstrado em uma intervenção realizada no Brasil. Neste estudo, a intervenção foi realizada utilizando um álbum

seriado intitulado “Eu posso amamentar meu filho”, onde identificou-se aumento nos escores da BSES-SF e nas taxas de AME em curto prazo, repercutindo até os 2 meses de vida da criança<sup>21</sup>. Além disso, Zubaran e Foresti<sup>22</sup>, em um estudo transversal realizado na 2ª e 12ª semana após o parto, observaram que as mães que iniciaram a amamentação precocemente e exclusivamente tendem a apresentar escores mais altos da BSES-SF quando comparada aquelas que juntamente com o AM suplementam com outros alimentos ou líquidos.

Assim, apesar de ser um componente promissor para ser incorporado em ações na atenção primária a saúde, ainda são escassas as informações disponíveis sobre a AEA na população brasileira para propiciar a tomada de decisão. Além disso, são limitados os estudos que exploraram esse fenômeno como desfecho, perdendo a perspectiva dos significados deste período para a mulher.

Diante do exposto, esse estudo teve como objetivo investigar prospectivamente a autoeficácia materna em amamentar e sua relação com a duração do aleitamento materno ao longo do primeiro ano pós-parto em uma coorte de nascimento em uma região de alta vulnerabilidade socioeconômica do nordeste brasileiro. Nossa hipótese principal é que as mães com maior AEA amamentam por mais tempo.

## **MÉTODOS**

### **Delineamento**

Os dados apresentados neste trabalho são oriundos do Projeto SAND (Saúde, Alimentação, Nutrição e Desenvolvimento Infantil: um estudo de coorte). Trata-se de um estudo de coorte prospectivo iniciado em fevereiro de 2017, cujo objetivo foi estudar aspectos de saúde, alimentação, nutrição e desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida. As mães consideradas elegíveis durante o período de arrolamento foram recrutadas por meio de amostragem consecutiva por conveniência. Essa pesquisa consiste na primeira coorte prospectiva de nascimentos do Estado de Alagoas, localizada em um município do Nordeste do Brasil.

### **Local do estudo**

A pesquisa foi desenvolvida no município de Rio Largo/AL, com área territorial de 306,3km<sup>2</sup>, localizado a 28km da capital Maceió. Segundo o Censo Demográfico de 2010, possui população estimada em 68.481, sendo 81,7% (cerca de 55.947 habitantes) residentes na zona urbana<sup>23</sup>.

### **Crêterios de elegibilidade**

Foram elegíveis para o projeto SAND todas as crianças, e suas respectivas mães, nascidas entre fevereiro e agosto de 2017 na maternidade do único hospital do município, com idade gestacional > 35 semanas. Esta maternidade se caracteriza por atender gestantes de baixo risco e possuir um regime administrado exclusivamente público.

Foram excluídas as mães não residentes do município de Rio Largo e com deficiência mental e altera es de linguagem ou fala, uma vez que haveria limita es importantes na comunica o verbal para compreender e/ou responder adequadamente aos questionamentos durante a entrevista. Os critérios de exclusão relacionados   criança foram: defeitos cong nitos na cavidade oral, deficiências física ou mental e mãe com HIV/AIDS, devido ao padrão de crescimento e desenvolvimento, assim como a efetiva o do AM, não ser comparável com a popula o geral. Foram consideradas perdas no seguimento a díade não localizada pela equipe durante os 12 meses de seguimento após o parto ou que se mudaram para outros municípios.

### **Coleta de dados**

Durante o primeiro ano de vida das crianças foram realizados quatro cortes no tempo para a coleta de dados: na ocasião do nascimento (primeiras 24 horas pós-parto na maternidade) e no 3 , 6  e 12  m s de vida das crianças, por meio de visitas domiciliares.

Na fase hospitalar, uma vez que o intervalo mínimo de internaa o   de 24 horas, independentemente do tipo de parto, a coleta de dados foi realizada diariamente, incluindo finais de semana, preferencialmente no período matutino, de modo a minimizar a ocorrência de perdas. A identifica o das mulheres na maternidade se deu a partir de consulta ao mapa de internaa es e as mães e crianças elegíveis eram vinculados a um identificador único; no caso de nascimentos g melares (n=3), a ordem do identificador único foi atrelada a ordem de nascimento.

A fim de considerar a disponibilidade das mães e a ocorrência de feriados, as visitas domiciliares ocorreram dentro de uma janela de sete dias (três anteriores/posteriores) em rela o ao exato dia de nascimento da criança. Todos os agendamentos eram confirmados por telefone na semana anterior.

O trabalho de campo foi desenvolvido por três equipes, sendo cada uma composta por dois nutricionistas treinados, uma chefe de campo e uma coordenadora de digita o. Em todas as etapas da pesquisa foram aplicados formulários estruturados e pr -codificados para a coleta

de dados socioeconômicos e demográficos, perinatais e relacionados aos aspectos de saúde, alimentação e nutrição da mãe e da criança.

### **Variável dependente**

A AEA foi avaliada por meio da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form* (BSES-SF) aos 3, 6 e 12 meses pós-parto, aplicado por meio de entrevista a todas as mães que estavam amamentando<sup>7</sup>.

A BSES-SF é uma escala com 14 itens com opções de respostas em formato *Likert* (1 – 5 pontos), os quais são divididos em dois domínios: (i) Técnico, oito itens correspondentes a aspectos técnicos do aleitamento materno mais comumente citados pelas mães, como posição correta, conforto, reconhecimento dos sinais de boa lactação e sucção; e, (ii) Pensamentos Intrapessoais, seis itens que consideram aspectos relacionados ao desejo de amamentar, motivação interna e satisfação para amamentação<sup>20</sup>.

A pontuação individual dos itens reflete, em ordem crescente, o grau de concordância com as afirmações presentes na escala. A pontuação final é baseada na somatória dos itens (variando entre 14 a 70 pontos), sendo a AEA considerada baixa quando a pontuação final é  $\leq$  32 pontos, moderada entre 33 e 51 pontos e alta entre 52 e 70 pontos<sup>7</sup>. O coeficiente alfa de Cronbach da versão brasileira da BSES-SF foi de 0,71 e a análise fatorial identificou a validade do instrumento adaptado para o português<sup>19</sup>.

### **Caracterização da amostra**

Foram utilizadas variáveis socioeconômicas, demográficas, perinatais e comportamentais para descrever o perfil da amostra estudada.

As características socioeconômicas e demográficas foram coletadas nas etapas perinatal, seis e doze meses pós-parto, sendo elas idade materna (apenas perinatal), estado civil classificado em ter ou não companheiro, escolaridade categorizada em anos de estudo, renda domiciliar per capita (paridade de poder de compra) e beneficiária em programa de transferência de renda.

Dados relacionados aos aspectos perinatais, como número de visitas no pré-natal e tipo de parto foram coletados na ocasião do nascimento da criança, e a experiência anterior em amamentar, tempo para iniciar a amamentação após o parto e oferta de fórmula láctea infantil no âmbito hospitalar foram coletadas no terceiro mês pós-parto.

No que se referem as variáveis comportamentais, o planejamento da gravidez foi coletado na etapa perinatal, enquanto a intenção de amamentar e apoio recebido do

companheiro foram colhidos nos períodos de três, seis e doze meses pós-parto. Além dessas, a depressão materna e qualidade de vida insatisfatória foram apresentadas na etapa perinatal.

Para avaliação da depressão materna foi aplicado o teste de Edimburgo - Edinburgh Postnatal Depression Scale<sup>24</sup>. Com relação a qualidade de vida, a mesma foi avaliada a partir da aplicação do Whoqol-bref<sup>25</sup>, versão abreviada do WHOQOL-100, ambos desenvolvidos pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS<sup>26,27</sup>.

### **Análises estatísticas**

Os dados foram digitados por duplas independentes de modo concomitante à coleta e, posteriormente, validados no software Epi-Info 3.5.4 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, EUA). As análises realizadas no Stata/SE 15 (StataCorp LP, College Station, TX, EUA).

As pontuações total e estratificada por domínio (técnico e pensamentos intrapessoais) da BSES-SF aos três, seis e doze meses pós-parto foram expressas em média e desvio padrão. Além disso, foram calculados os percentuais de variação relativa das pontuações dos três a doze meses após o parto (% $\Delta$ ) por item, domínio e global.

As associações da AEA entre o terceiro e sexto mês e o sexto e o décimo segundo mês de vida da criança foram testadas por meio do teste qui-quadrado, adotando  $p < 0,05$  como nível de significância estatística. Uma vez que a escala é apenas aplicada para mulheres que ainda estão em aleitamento materno, as crianças contidas na categoria “não amamenta” não foram consideradas na análise. Por fim, não foram incluídos nestas análises os pares mãe-filho(a) que não apresentaram dados de, pelo menos, uma entrevista domiciliar.

Por fim, foram construídos dois modelos de regressão logística multinomial: (1) AEA aos 6 meses, incluindo como variável de exposição a AEA aos 3 meses; (2) AEA aos 12 meses, incluindo como variável de exposição a AEA aos 6 meses. Além dos modelos univariados, foram calculados modelos múltiplos incluindo como variáveis de ajuste o planejamento da gravidez, nº de consultas de pré-natal, tipo de parto, oferta de fórmula infantil no hospital, experiência anterior em amamentar e apoio do companheiro. As estimativas foram expressas como razões dos riscos relativos (RRR) e seus respectivos IC95%.

### **Ética em pesquisa com seres humanos**

A pesquisa está de acordo com as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Conselho Nacional de Saúde, Ministério

da Saúde. A aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Alagoas pode ser acessada na Plataforma Brasil sob o registro CAAE 55483816.9.0000.5013 (sistema nacional de CEP).

## Resultados

Entre fevereiro e agosto de 2017 ocorreram 394 nascimentos na maternidade de Rio Largo. Do total de casos elegíveis ( $n=284$ ), 86% consentiram em participar da pesquisa, perfazendo um total de 240 mães e 243 crianças (três partos gemelares). Uma vez que as díades não localizadas em alguma das fases poderiam ser recuperadas em uma outra etapa do seguimento, as perdas foram descritas especificamente para cada intervalo: Perinatal-3 meses: 13,7%; 3-6 meses: 7,7%; 6-12 meses: 9,7%. Verificou-se que a principal razão para as perdas decorreu de mudança de município.

As características socioeconômicas, demográficas, perinatais e comportamentais estão descritas na **Tabela 1**. Cerca de 1/3 da população foram mães com 19 anos de idade ou menos, eram múltiparas (dados não apresentados) e não haviam planejado a gestação. Do total de mulheres que viviam com o companheiro (83,3%), 73,6% referiam ter apoio do mesmo para a amamentação; no entanto, esse percentual diminuiu 10,3% ao longo dos 12 meses, sendo a principal redução após o sexto mês.

Identificou-se que a amostra estudada pode ser caracterizada como de baixa renda, uma vez que aproximadamente 60% viviam abaixo da linha da pobreza ( $\leq$ US\$ 5,5/dia). Houve também aumento na utilização de programa de transferência condicional de renda (PTCR), passando de 35,4% na ocasião do nascimento da criança para 72,1% aos doze meses.

Com relação as características perinatais e comportamentais maternas, cerca de metade das mães iniciaram a amamentação ainda na primeira hora pós-parto (51%) e relataram experiência anterior em amamentar (55,8%). Dentre as mulheres que ainda estavam oferecendo o leite materno, a intenção de amamentar por mais de um ano ou enquanto tiver leite foi referida por 41,3% das mães aos três meses de idade da criança. Aos 12 meses, 89% das mulheres ainda pretendiam manter essa prática, enquanto 11% já planejavam a interrupção.

Quanto a qualidade de vida, esta demonstrou-se insatisfatória em mais de 2/3 da população nos distintos domínios, exceto para as relações sociais (49,6%); os maiores percentuais de insatisfação foram relacionados ao meio ambiente. Além disso, aproximadamente 40% das mulheres no período pós-parto foram classificadas com depressão.

O **Gráfico 1** apresenta a variação das frequências dos diferentes graus de AEA nas fases de três, seis e doze meses. Nenhuma mãe foi classificada com AEA baixa (AEAB). Neste período, o percentual das mulheres que apresentaram AEA alta (AEAA) diminuiu para a metade, enquanto a frequência de mulheres que não amamentavam praticamente triplicou. O padrão de migração entre as categorias de AEA fez com que a frequência de mulheres com AEA moderada (AEAM) permanecesse relativamente estável no período.

Quanto às mudanças nas categorias da BSES-SF durante os períodos de 3-6 meses e 6-12 meses, observa-se que as mulheres que apresentaram AEAA aos três meses desmamaram menos aos 6 meses (17,0%), comparadas àquelas com AEAM (36,7%) ( $p=0,006$ ). Tal relação também se mantém no intervalo dos seis (15,6%) aos 12 meses (34,3%) pós-parto ( $p=0,002$ ) (**Tabela 2**).

No modelo de regressão logística multinomial (**Tabela 3**), observou-se que o risco das mães com AEAM aos 3 meses deixarem de amamentar aos 6 meses (RRR: 4,46; IC95%: 1,65 - 12,06) foi maior de que elas se manterem nessa categoria (RRR: 3,33; IC95%: 1,23 - 9,03), quando comparadas as mulheres com AEAA. Mesmo após o ajuste para potenciais confundidores, as associações identificadas permaneceram praticamente inalteradas.

Na **Tabela 4**, a fim de explorar a influência dos domínios na AEA, são apresentados os escores por item, domínio e total da BSES-SF, além de sua variação relativa no período de 3 a doze meses. A média da pontuação total da BSES-SF apresentou redução de 3,51%, passando de 55,69 (5,94) pontos aos três meses para 53,73 (5,62) pontos aos doze meses.

Em relação a variação dos domínios ‘técnico’ e ‘pensamentos intrapessoais’, observou-se que este último apresentou maior redução na pontuação nos 12 meses de seguimento (-5,02%). Na análise individual, os itens que indicaram os percentuais de variações negativas mais elevados, dos três aos doze meses, foram os itens 7 (-14,95%), 3 (-13,26%) e 5 (-8,31%); destaca-se que os itens 7 e 5 fazem parte do domínio de pensamentos intrapessoais referentes a satisfação e a vontade de continuar amamentando, enquanto fatores como a satisfação na experiência de amamentar (item 9) e a tranquilidade para amamentar na frente de outras pessoas (item 8) sofreu pouca variação no período. Quanto aos itens do domínio técnico, verificou-se que o uso de leite em pó não foi apenas o item que apresentou a menor média em todos os cortes no tempo, mas também o que apresentou a maior redução relativa no período estudado (-13,26%) (**Tabela 4**).

## Discussão

O objetivo deste estudo foi investigar prospectivamente a autoeficácia da amamentação em mulheres pertencentes a uma coorte de nascimentos do nordeste brasileiro no decorrer do seu primeiro ano pós-parto, buscando conhecer a confiança das mães sobre sua capacidade em amamentar e prosseguir com essa prática durante o período recomendado.

Nossos resultados demonstraram que embora o maior percentual das mães tenha se situado na classificação de AEAA no terceiro mês após o nascimento das crianças, sua tendência foi decrescente durante o primeiro ano pós-parto, refletindo na baixa frequência de mães que tiveram sucesso em manter o AME por mais de 30 dias (32,8%, dados não apresentados). Nossos dados indicam que a confiança da mulher sobre sua capacidade em amamentar é fundamental para a manutenção desta prática, uma vez que a frequência de desmame foi duas vezes maior entre aquelas com menor autoeficácia, o que reforça a importância de fortalecer o protagonismo da mulher em ações de promoção da amamentação<sup>28</sup>.

Tal efeito já foi demonstrado a partir de estudo experimental, o qual identificou que por meio de medidas de intervenção pré (uma oficina de amamentação por uma hora) e pós-natal (uma sessão de aconselhamento individual) sobre amamentação, baseadas na experiência pessoal, experiência vicária, persuasão verbal, e estado emocional e fisiológico das mulheres, houve aumento do percentual de amamentação exclusiva e do escore da BSES-SF no grupo intervenção quando comparado ao grupo controle nas 4<sup>a</sup> e 8<sup>a</sup> semanas após o parto<sup>29</sup>. Portanto, nota-se que a AEA se refere a aspecto modificável associado ao maior tempo da amamentação e sua exclusividade, devido as maiores pontuações da BSES-SF serem verificadas nas mulheres que amamentaram por mais tempo no período após o nascimento da criança<sup>30</sup>.

Ainda, corroborando nossos resultados, Viera et al.<sup>31</sup> observaram, através de uma coorte prospectiva realizada em um município do Brasil, que a classificação inicial das mulheres quanto a AEA representou risco para o desmame. Neste estudo, as nutrizes que mudaram da categoria de AEAB para moderada reduziram o risco de interrupção do AME em 48%, enquanto a mudança da categoria moderada para alta representou redução de ~80%.

Tais achados também foram observados em revisões sistemáticas que se propuseram a estudar a associação da AEA com o maior tempo em amamentar, identificando que a interrupção do aleitamento materno diminuiu de 3 a 4% com o aumento de um ponto da BSES aos seis meses após o parto, sendo as diferenças significativas e positivas entre a duração da amamentação e os escores da escala de autoeficácia<sup>10,32</sup>.

Outro aspecto importante em nossos resultados se refere as características comportamentais das mulheres ligadas a satisfação e a vontade de amamentar, inseridas no domínio de pensamentos intrapessoais através dos itens 5 (“Você sempre lida com a amamentação de forma a se satisfazer?”) e 7 (“Você sempre sente vontade de continuar amamentando?”).

Fatores individuais maternos podem afetar negativamente a AEA e, conseqüentemente, acarretar no desmame precoce. Estudos revelam razões que podem contribuir para esse problema, como expressões ou reações negativas quanto a amamentação em público<sup>33</sup> e mães primíparas que, devido à falta de experiência pessoal com a amamentação, tendem a apresentar maior insegurança<sup>34</sup>. Essas condições também estão relacionadas com a intenção materna de prosseguir com a amamentação, uma vez que são influenciadores da satisfação e vontade em amamentar<sup>35,36</sup>.

De fato, experiências negativas durante a amamentação estão elucidadas na literatura como fator de risco para sua interrupção precoce<sup>37,38</sup>. Nesse sentido, conhecer as experiências relacionadas a amamentação das nutrizes pode contribuir para a sua continuação, sendo consensual que vivências bem sucedidas em amamentar e a experiência vicária (observar outras mães amamentando), seja pessoalmente ou por meio de vídeos, associam-se significativamente a maiores pontuações da BSES-SF, assim como ao maior tempo de amamentação<sup>39,40</sup>. Assim, torna-se fundamental proteger e encorajar as decisões das mulheres com relação a essa prática como forma de empoderá-las quanto a sua capacidade de amamentar<sup>6</sup>.

No que se refere ao item 3 (“Você sempre alimenta o(a) <criança> sem usar leite em pó como suplemento?”), inserido no domínio técnico, cabe destacar que em nosso estudo 43% das crianças receberam suplementação de fórmula infantil no hospital após o nascimento, mesmo sem indicação clínica, sugerindo prática comum no âmbito hospitalar, como também observado por Chertok & Sherby<sup>41</sup>, que verificaram uma taxa de 68,4% no uso dessas fórmulas ainda na maternidade.

As dificuldades maternas identificadas durante a amamentação não estão apenas relacionadas aos aspectos técnicos e fisiológicos do AM, como os sinais de boa sucção e lactação e reconhecimento da pega correta no seio, por exemplo. No Brasil, a projeção do consumo de substitutos do leite materno aumentou 6,8% entre 2014 a 2019. Esse aumento pode ser justificado pelo crescimento do poder de compra das famílias associado à estratégias de marketing, que vulnerabilizam a confiança da mulher para amamentar, além de apresenta-

los como escolha melhor ou equivalente ao leite materno, tanto do ponto de vista biológico quanto da conveniência<sup>6,42</sup>.

É amplamente reconhecido que a introdução desses leites artificiais está associada a menor duração do AM<sup>43</sup>, sendo sugerido que um dos mecanismos pelo qual isso ocorre se dá pelo efeito negativo sobre a confiança materna na amamentação, especialmente quando a orientação é realizada por profissional de saúde<sup>22,44</sup>.

Observamos em nossa amostra que aproximadamente 40% das mães apresentaram depressão no período do pós-parto imediato, levantando a hipótese de que esta realidade pode ter contribuído para a redução dos escores nos itens 5 e 7, os quais refletem o prazer e a vontade da prática do AM. Tal hipótese é suportada pela por diversos estudos que, consistentemente, identificam que mulheres com sintomas depressivos apresentam menor AEA<sup>22,45</sup>.

Nesse sentido, o fortalecimento das políticas públicas de promoção do AM é fundamental para a melhora desse problema. No Brasil, parte da atenção básica é organizada em redes de atenção à saúde, sendo uma das principais delas a “Rede Cegonha”. Sua finalidade é de atuar nos primeiros 1000 dias de vida da criança (realizando também o cuidado da saúde da gestante) e nela se insere a principal ação do Ministério da Saúde (MS) para a promoção do AM e alimentação complementar adequada e saudável, a “Estratégia Alimenta Amamenta Brasil”<sup>46</sup>. Venancio et al.<sup>47</sup> demonstraram que a prevalência de AME em menores de seis meses nos municípios cobertos pela estratégia é maior do que aqueles onde não existem equipes da estratégia, o que reforça o impacto positivo das ações de saúde nos indicadores de amamentação. Contudo, a implementação efetiva da estratégia nas unidades de saúde contempla menos de 70% dos municípios e diante da atual fase política brasileira, com expressivos cortes nos investimentos em saúde, é pouco provável que haja sua significativa expansão.

Além disso, verifica-se a falta de capacitação dos profissionais de saúde para o manejo do AM, podendo estes serem veículos de suporte negativo, propagando recomendações inadequadas. Por outro lado, quando este cuidado é ofertado de maneira consistente e adequada, observa-se significativo êxito das nutrizes em manter o AM<sup>48</sup>.

Reforçando a compreensão de que o sucesso da amamentação não pode ser apenas responsabilidade da mulher, outros fatores relacionados ao contexto social, como o ambiente familiar, cultural, político, e sociedade, também parecem influenciar na confiança materna em amamentar<sup>6,49</sup>.

Mannion et al.<sup>50</sup> observaram que o incentivo verbal e/ou participação do companheiro nas atividades relacionadas com a amamentação impactaram positivamente na AEA, em contrapartida, quando esse apoio era negativo ou apenas motivado para “o que é melhor para o bebê” elas sentiam-se menos confiantes na sua capacidade de amamentar.

Do mesmo modo, Yang et al.<sup>51</sup> apontaram que o apoio do marido foi preditor da AEA em mães chinesas que estavam entre 72 e 96 horas após o parto, demonstrando que as nutrizes se sentiram mais confiantes e capazes em amamentar quando percebiam o encorajamento de seus parceiros, sendo encontrada associação significativa entre o apoio social recebido e a AEA ( $p < 0,001$ )<sup>52</sup>.

Assim, a persuasão verbal obtida por meio do apoio recebido pode ocasionar na diminuição considerável do estresse, contribuindo para o alcance de maiores taxas de duração e exclusividade da amamentação. Tendo em vista, que a ausência desse suporte reduz a autoconsciência positiva das mulheres, resultando no aumento do estresse e ansiedade e conseqüentemente, por serem circunstâncias relacionadas aos aspectos emocionais, na diminuição da AEA<sup>53,54</sup>.

### **Limitações do estudo**

Mesmo adotando diversas medidas para otimizar a adesão ao estudo, como contatos telefônicos (mulher e familiares), redes sociais e aproximação dos agentes comunitários de saúde, a elevada frequência de mudança de município não pode ser antecipada pela equipe e, embora se trate de uma população bastante homogênea em relação a suas características socioeconômicas, as perdas no seguimento podem limitar a validade externa de nossos resultados.

Quanto ao BSES-SF, a ausência de mulheres consideradas com AEA baixa pode ter ocorrido devido a aplicação do questionário apenas no terceiro pós-parto. Portanto, considerando que sua aplicação no pós-parto imediato não é recomendada (uma vez que a mulher não iniciou efetivamente a prática), sugere-se que próximas pesquisas dedicadas a estudar este evento recuperem essa informação poucas semanas após o parto, tendo em vista a importância de rastrear a confiança materna para amamentar logo no início deste processo. Essa recomendação se faz ainda mais relevante em contextos de elevada prevalência de desmame precoce, uma vez que o questionário não é aplicado para mulheres que interromperam o AM.

Quanto aos pontos fortes, destaca-se o número de acompanhamentos realizados durante o primeiro ano pós-parto, possibilitando identificar as alterações na autoeficácia

materna para amamentar. Em relação ao controle de qualidade, todos os questionários foram previamente testados em estudo piloto por equipe de campo intensamente treinada para a coleta de dados. Além disso, a cada fase da pesquisa a chefe de campo sorteava 25 mulheres para a realização da dupla checagem de algumas informações coletadas, a fim de acompanhar o trabalho das entrevistadoras. Por fim, como as informações coletadas foram prospectivamente digitadas nos bancos de dados e análises de consistência eram realizadas periodicamente, especialmente naquelas questões com mais de um nível de resposta.

## **Conclusão**

Este estudo mostrou que a prevalência de alta autoeficácia materna em amamentar foi alta, porém apresentou tendência decrescente ao longo do primeiro ano pós-parto. Além disso, em nossas comparações entre o 3º e 6º mês e o 6º e 12º mês, identificamos que as mulheres que apresentaram autoeficácia alta no primeiro momento apresentaram menor probabilidade de interrupção do aleitamento materno nos meses seguintes em comparação com as que estavam na categoria de moderada.

Dada a facilidade de aplicação da escala, consideramos factível a adoção da BSES-SF nos protocolos de atendimento dos serviços de saúde de puericultura, com o objetivo de identificar mulheres que apresentam o maior risco de interromper precocemente o aleitamento materno.

## **Referências**

1. Unicef. Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding, 1 August 1990, Florence, Italy. Unicef; 1990.
2. Who. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington DC, USA. World Health Organization (WHO); 2008.
3. Butte N, Lopez-Alarcon M, Garza C. Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life. World Heal Organ [Internet]. 2002;47. Available from: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562110/en/index.html>
4. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475–90.

5. Boccolini CS, Boccolini P, Giugliani ERJ, Venâncio S, Monteiro F. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. *Rev Saude Publica*. 2017;51(108):1–9.
6. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet* [Internet]. 2016;387(10017):491–504.
7. Dennis C. The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric Assessment of the Short Form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2003;32(6):734–44.
8. Oriá MOB, Ximenes LB. Tradução e adaptação cultural da Breastfeeding Self-Efficacy Scale para o português. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(2):230–8.
9. Gerhardsson E, Hildingsson I, Mattsson E, Funkquist EL. Prospective questionnaire study showed that higher self-efficacy predicted longer exclusive breastfeeding by the mothers of late preterm infants. *Acta Paediatr Int J Paediatr*. 2018;107(5):799–805.
10. Lau CYK, Lok KYW, Tarrant M. Breastfeeding Duration and the Theory of Planned Behavior and Breastfeeding Self-Efficacy Framework: A Systematic Review of Observational Studies. *Matern Child Health J* [Internet]. 2018;22(3):327–42.
11. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191.
12. Dennis C-L, Faux S. Development and Psychometric Testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Res Nurs Heal*. 1999;22(November):399–409.
13. Gerhardsson E, Nyqvist KH, Mattsson E, Volgsten H, Hildingsson I, Funkquist EL. The swedish version of the breastfeeding self-efficacy scale-short form: Reliability and validity assessment. *J Hum Lact*. 2014;30(3):340–5.
14. Ip WY, Yeung LS, Choi KC, Chair SY, Dennis CL. Translation and validation of the hong kong chinese version of the breastfeeding self-efficacy scale-short form. *Res Nurs Heal*. 2012;35(5):450–9.
15. McQueen KA, Montelpare WJ, Dennis C-L. Breastfeeding and Aboriginal Women: Validation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale–Short Form. *Can J Nurs Res*. 2013;45(2):58–75.
16. Oliver-Roig A, d’Anglade-González M-L, García-García B, Silva-Tubio J-R, Richart-Martínez M, Dennis C-L. The Spanish version of the breastfeeding self-efficacy scale-short form: reliability and validity assessment. *Int J Nurs Stud*. 2012;49(2):169–73.
17. Petrozzi A, Gagliardi L. Breastfeeding self-efficacy scale: Validation of the Italian version and correlation with breast-feeding at 3 months. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*.

- 2016;62(1):137–9.
18. Wutke K, Dennis CL. The reliability and validity of the Polish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: Translation and psychometric assessment. *Int J Nurs Stud.* 2007;44(8):1439–46.
  19. Zubaran C, Foresti K, Schumacher M, Thorell MR, Amoretti A, Müller L, et al. The Portuguese version of the breastfeeding self-efficacy scale-short form. *J Hum Lact.* 2010;26(3):297–303.
  20. Dodt RCM. Aplicação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale–Short Form (BSES-SF) em Puérperas. *Rev da Rede Enferm do Nord.* 2008;9(2):165–7.
  21. Javorski M, Rodrigues AJ, Dodt RCM, Almeida PC de, Leal LP, Ximenes LB. Efeitos de uma tecnologia educativa na autoeficácia para amamentar e na prática do aleitamento materno exclusivo. *Rev da Esc Enferm da USP.* 2018;52.
  22. Zubaran C, Foresti K. The correlation between breastfeeding self-efficacy and maternal postpartum depression in southern Brazil. *Sex Reprod Healthc.* 2013;4(1):9–15.
  23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostras em Domicílio - PNAD (2013). Rio de Janeiro: IBGE. [Internet]. 2013. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>
  24. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J psychiatry.* 1987;150(6):782–6.
  25. Fleck MP de A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Cien Saude Colet.* 2000;5(1):33–8.
  26. Whoqol Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: *Quality of life assessment: International perspectives.* Springer; 1994. p. 41–57.
  27. Whoqol Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med.* 1998;28(3):551–8.
  28. Aiken A, Thomson G. Professionalisation of a breast-feeding peer support service: issues and experiences of peer supporters. *Midwifery.* 2013;29(12):145–51.
  29. Liu L, Zhu J, Yang J, Wu M, Ye B. The effect of a perinatal breastfeeding support program on breastfeeding outcomes in primiparous mothers. *West J Nurs Res.* 2017;39(7):906–23.
  30. Glassman ME, McKearney K, Saslaw M, Sirota DR. Impact of breastfeeding self-

- efficacy and sociocultural factors on early breastfeeding in an urban, predominantly Dominican community. *Breastfeed Med.* 2014;9(6):301–7.
31. Vieira E de S, Caldeira NT, Eugênio DS, Lucca MM di, Silva IA. Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2018;26.
  32. Rocha IS, Lolli LF, Fujimaki M, Gasparetto A, Rocha NB da. Influência da autoconfiança materna sobre o aleitamento materno exclusivo aos seis meses de idade: uma revisão sistemática. *Cien Saude Colet.* 2018;23:3609–19.
  33. Hannan A, Li R, Benton-Davis S, Grummer-Strawn L. Regional variation in public opinion about breastfeeding in the United States. *J Hum Lact.* 2005;21(3):284–8.
  34. Cohen SS, Alexander DD, Krebs NF, Young BE, Cabana MD, Erdmann P, et al. Factors associated with breastfeeding initiation and continuation: A meta-analysis. *J Pediatr.* 2018;203(21):190–6.
  35. Brown CRL, Dodds L, Legge A, Bryanton J, Semenic S. Factors influencing the reasons why mothers stop breastfeeding. *Can J Public Heal.* 2014;105(3):179–85.
  36. de Jager E, Broadbent J, Fuller-Tyszkiewicz M, Skouteris H. The role of psychosocial factors in exclusive breastfeeding to six months postpartum. *Midwifery.* 2014;30(6):657–66.
  37. McCANN MF, Bender DE. Perceived insufficient milk as a barrier to optimal infant feeding: examples from Bolivia. *J Biosoc Sci.* 2006;38(3):341–64.
  38. Wasser H, Bentley M, Borja J, Goldman BD, Thompson A, Slining M, et al. Infants perceived as “fussy” are more likely to receive complementary foods before 4 months. *Pediatrics.* 2011;127(2):229–37.
  39. Bartle NC, Harvey K. Explaining infant feeding: The role of previous personal and vicarious experience on attitudes, subjective norms, self-efficacy, and breastfeeding outcomes. *Br J Health Psychol.* 2017;22(4):763–85.
  40. Kingston D, Dennis C-L, Sword W. Exploring breast-feeding self-efficacy. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2007;21(3):207–15.
  41. Chertok IRA, Sherby E. Breastfeeding self-efficacy of women with and without gestational diabetes. *MCN Am J Matern Nurs.* 2016;41(3):173–8.
  42. Piwoz EG, Huffman SL. The impact of marketing of breast-milk substitutes on WHO-recommended breastfeeding practices. *Food Nutr Bull.* 2015;36(4):373–86.
  43. de Oliveira RAM, Cônsolo FZ, de Cássia Freitas K, Pegolo GE. Aleitamento Materno Exclusivo e introdução de alimentos industrializados nos primeiros dois anos de vida.

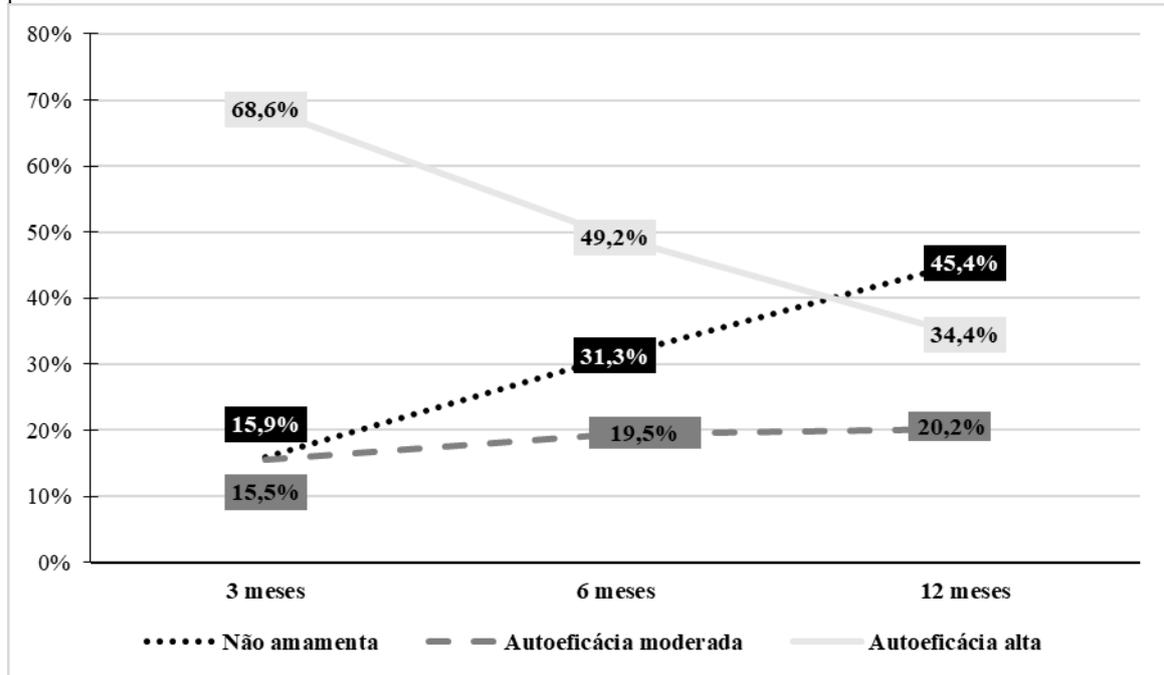
- Multitemas. 2018;23(54):47–64.
44. Hinic K. Predictors of breastfeeding confidence in the early postpartum period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2016;45(5):649–60.
  45. Henshaw EJ, Fried R, Siskind E, Newhouse L, Cooper M. Breastfeeding self-efficacy, mood, and breastfeeding outcomes among primiparous women. *J Hum Lact*. 2015;31(3):511–8.
  46. Brasil. Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007–2010)/ Ministério da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno; 2011. 60 p. Available from: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede\\_amamenta\\_brasil\\_primeiros\\_passos.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede_amamenta_brasil_primeiros_passos.pdf)
  47. Venancio SI, Giugliani ERJ, Silva OL de O, Stefanello J, Benicio MHD, Reis MCG dos, et al. Associação entre o grau de implantação da Rede Amamenta Brasil e indicadores de amamentação. *Cad Saude Publica*. 2016;32(3):e00010315.
  48. Dykes F. The education of health practitioners supporting breastfeeding women: time for critical reflection. *Matern Child Nutr*. 2006;2(4):204–16.
  49. Zhang Y, Jin Y, Vereijken C, Stahl B, Jiang H. Breastfeeding experience, challenges and service demands among Chinese mothers: A qualitative study in two cities. *Appetite*. 2018;128:263–70.
  50. Mannion CA, Hobbs AJ, McDonald SW, Tough SC. Maternal perceptions of partner support during breastfeeding. *Int Breastfeed J*. 2013;8(1):4.
  51. Yang X, Gao L, Ip W-Y, Chan WCS. Predictors of breast feeding self-efficacy in the immediate postpartum period: A cross-sectional study. *Midwifery*. 2016;41:1–8.
  52. Maleki-Saghooni N, Amel Barez M, Karimi FZ. Investigation of the relationship between social support and breastfeeding self-efficacy in primiparous breastfeeding mothers. *J Matern Neonatal Med*. 2019;1:121.
  53. Abbass-Dick J, Stern SB, Nelson LE, Watson W, Dennis C-L. Coparenting breastfeeding support and exclusive breastfeeding: a randomized controlled trial. *Pediatrics*. 2015;135(1):102–10.
  54. Khayyati F. An investigation into the reasons of terminating breastfeeding before the age of two. *J Qazvin Univ Med Sci*. 2007;11(3):25–30.

**Tabela 1.** Características socioeconômicas, demográficas, perinatais e comportamentais das mães.

Características	Perinatal (n=240)		3 meses (n=207)		6 meses (n=195)		12 meses (n=183)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<b>Socioeconômicas e demográficas</b>								
<b>Idade</b>								
13-19 anos (média: 17,8)	72	(30,0)						
20-29 anos (média: 24,3)	141	(58,8)	DNA		DNA		DNA	
>30 anos (média: 33,6)	21	(11,2)						
<b>Estado Civil</b>								
Com companheiro	200	(83,3)	INC		167	(85,6)	158	(86,3)
Sem companheiro	40	(16,7)			28	(14,4)	25	(13,7)
<b>Escolaridade</b>								
≤ 8 anos	101	(42,1)	INC		91	(46,7)	76	(41,5)
> 8 anos	139	(57,9)			104	(53,3)	107	(58,5)
<b>Renda domiciliar per capita*</b>								
≤ US\$ 5,5/dia (PPC) <sup>a</sup>	106	(57,0)	INC		102	(60,7)	104	(60,5)
<b>Assistidas por PTR</b>								
Não	155	(64,6)	INC		88	(45,1)	51	(27,9)
Sim	85	(35,4)			107	(54,9)	132	(72,1)
<b>Perinatais</b>								
<b>Nº de consultas no pré-natal**</b>								
<6 visitas	105	(44,1)	INC		INC		INC	
≥6 visitas	133	(55,9)						
<b>Tipo de parto</b>								
Normal	159	(66,2)	INC		INC		INC	
Cesárea	81	(33,8)						
<b>Experiência anterior em amamentação</b>								
Não		INC	106	(44,2)	INC		INC	
Sim			134	(55,8)				
<b>Tempo para iniciar a amamentação***</b>								
<1 horas		INC	105	(51,0)	INC		INC	
1-12 horas			79	(38,3)				
> 12 horas			22	(10,7)				
<b>Oferta de fórmula infantil no hospital</b>								
Não		INC	119	(57,5)	INC		INC	
Sim			89	(42,5)				
<b>Comportamentais</b>								
<b>Planejamento da gravidez</b>								
Não	160	(66,7)	INC		INC		INC	
Sim	80	(33,3)						
<b>Intenção de amamentar****</b>								
≤6 meses			66	(38,4)	6	(4,6)	-	-
>6 - ≤12 meses		INC	35	(20,3)	47	(35,6)	11	(11,0)
>12 meses			33	(19,2)	28	(21,2)	48	(48,0)
Enquanto tiver leite			38	(22,1)	51	(38,6)	41	(41,0)
<b>Apoio do companheiro para amamentar*****</b>								
Não		INC	46	(26,4)	40	(29,8)	34	(34,0)
Sim			128	(73,6)	94	(70,2)	66	(66,0)
<b>Depressão materna</b>								
Não	151	(62,9)						
Sim	89	(37,1)	INC		DNA		DNA	
<b>Qualidade de vida materna insatisfatória</b>								
I – Físico	187	(77,9)						
II – Psicológico	164	(68,3)	INC		DNA		DNA	
III – Relações sociais	119	(49,6)						
IV – Meio ambiente	235	(97,9)						

INC: Informação não coletada nessa etapa; DNA: dado não apresentado; PPC: paridade de poder de compra. <sup>a</sup> Pobreza definida pelo Banco Mundial. Taxa de conversão da PPC 2011 para consumo privado (R\$ 1,66 para US\$ 1,00), inflacionado pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo para anos recentes; PTR: programa de transferência de renda; \*n<sub>p</sub>=186, n<sub>6m</sub>=168, n<sub>12m</sub>=172; \*\*n<sub>3m</sub>=238; \*\*\* n<sub>3m</sub>=206; \*\*\*\*Dados apenas das mulheres que ainda estavam amamentando: n<sub>3m</sub>=172, n<sub>6m</sub>=132, n<sub>12m</sub>=100; \*\*\*\*\* Dados apenas das mulheres que ainda estavam amamentando: n<sub>3m</sub>=174, n<sub>6m</sub>=134, n<sub>12m</sub>=100.

**Gráfico 1.** Frequência simples da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form* nos períodos de três, seis e doze meses pós-parto.



n3meses= 207; n6 meses= 195; n12meses= 183.

**Tabela 2.** Mudanças das mães nas categorias da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form* nos períodos de três, seis e doze meses pós-parto.

Classificação da BSES-SF	3 – 6 meses*						6 – 12 meses**							
	Não amamenta		AEAM		AEAA		p <sup>a</sup>	Não amamenta		AEAM		AEAA		p <sup>b</sup>
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	
<b>Não amamenta</b>	26	(100)	NA		NA			51	(100)	NA		NA		
<b>AEAM</b>	11	(36,7)	10	(33,3)	9	(30,0)	0,006	12	(34,3)	14	(40,0)	9	(25,7)	0,002
<b>AEAA</b>	23	(17,0)	28	(20,8)	84	(62,2)		14	(15,6)	22	(24,4)	54	(60,0)	
<b>Total</b>	60	(31,4)	38	(19,9)	93	(48,7)		77	(43,7)	36	(20,5)	63	(35,8)	

AEAM: autoeficácia materna em amamentar moderada; AEAA: autoeficácia materna em amamentar alta; \*Os tamanhos das amostras variam superficialmente devido as perdas que ocorreram, 4 mães foram perdidas aos três meses e recuperadas aos seis meses; \*\*7 mães foram perdidas aos 6 meses e recuperadas aos doze meses; NA= Não se aplica; <sup>a</sup> = Teste qui-quadrado, foi excluída a categoria “não amamenta” nos três meses. <sup>b</sup> = Teste qui-quadrado, foi excluída a categoria “não amamenta” aos seis meses.

**Tabela 3.** Razão dos riscos relativos para a influência da autoeficácia materna em amamentar alta na duração do aleitamento materno nos períodos de 6 e 12 meses pós-parto.

Modelos	6 meses*					12 meses**				
	Não amamenta		AEAM		AEAA	Não amamenta		AEAM		AEAA
	RRR (95% IC)	p	RRR (95% IC)	p	Ref.	RRR (95% IC)	p	RRR (95% IC)	p	Ref.
Univariado <sup>a</sup>	4,46 (1,65; 12,06)	0,003	3,33 (1,23; 9,03)	0,018	1	5,14 (1,80; 14,62)	0,002	3,81 (1,44; 10,10)	0,007	1
Multivariado <sup>b</sup>	4,78 (1,60; 14,28)	0,005	3,81 (1,29; 11,24)	0,015	1	6,79 (2,13; 21,63)	0,001	3,48 (1,23; 9,77)	0,018	1

AEAM: autoeficácia materna em amamentar moderada; AEAA: autoeficácia materna em amamentar alta; RRR: razão dos riscos relativos; IC: intervalo de confiança.

<sup>a</sup>Autoeficácia materna em amamentar (AEA); <sup>b</sup>AEA + planejamento da gravidez (perinatal) + consulta no pré-natal (perinatal) + tipo de parto (perinatal) + fórmula infantil recebida no hospital (3 meses) + experiência anterior em amamentar (3 meses) + apoio do companheiro (3 e 6 meses); Os tamanhos das amostras variam superficialmente devido as perdas que ocorreram (<sup>a</sup> n<sub>6 meses</sub> = 165; <sup>b</sup> n<sub>6 meses</sub> = 164; <sup>a</sup> n<sub>12 meses</sub> = 125; <sup>b</sup> n<sub>12 meses</sub> = 122); \*Para o desfecho da AEA aos 6 meses foi utilizado a variável independente AEA aos 3 meses; \*\* Para o desfecho da AEA aos 12 meses foi utilizado a variável independente AEA aos 6 meses; As variáveis independentes AEA ao terceiro e sexto mês pós-parto estão categorizadas em moderada e alta.

**Tabela 4.** Os escores da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form* listados por item.

Item	Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF)	3 meses	6 meses	12 meses	%Δ <sub>3-12m</sub>
		(n=174) M (±DP)	(n=134) M (±DP)	(n=100) M (±DP)	
<b>Domínio técnico</b>					
1	Você sente quando o(a) <criança> está mamando o suficiente?	3,92 (0,82)	3,96 (0,89)	3,97 (0,85)	1,27
3	Você sempre alimenta o(a) <criança> sem usar leite em pó como suplemento?	3,09 (1,34)	2,80 (1,26)	2,68 (1,26)	-13,26
4	Você sempre percebe se o(a) <criança> está pegando o peito direitinho durante toda a mamada?	4,26 (0,59)	4,25 (0,57)	4,25 (0,50)	-0,23
6	Você sempre pode amamentar mesmo se o(a) <criança> estiver chorando?	3,96 (0,83)	4,02 (0,79)	4,09 (0,65)	3,28
11	Você sempre amamenta o(a) <criança> em um peito e depois muda para o outro?	3,91 (0,94)	3,82 (0,98)	3,80 (0,77)	-2,81
12	Você sempre continua amamentando o(a) <criança> a cada alimentação dele? (A cada mamada)	3,84 (0,87)	3,64 (0,93)	3,71 (0,89)	-3,38
13	Você sempre consegue adequar as suas necessidades as necessidades do(a) <criança>? (Organiza suas necessidades de banho, sono, alimentação com a amamentação do bebê)	3,97 (0,81)	3,88 (0,87)	3,76 (0,90)	-5,28
14	Você sempre sabe quando o(a) <criança> terminou a mamada?	4,02 (0,81)	4,02 (0,73)	4,02 (0,71)	0,00
<b>Subtotal do escore domínio técnico</b>		31,00 (3,72)	30,42 (4,08)	30,28 (3,26)	-2,32
<b>Domínio pensamentos intrapessoais</b>					
2	Você sempre lida com amamentação com sucesso, da mesma forma que lida com outros desafios? (Supera com sucesso a amamentação e as demais situações da vida)	4,11 (0,64)	4,04 (0,64)	4,05 (0,74)	-1,45
5	Você sempre lida com a amamentação de forma a se satisfazer?	4,21 (0,69)	4,11 (0,67)	3,86 (0,95)	-8,31
7	Você sempre sente vontade de continuar amamentando?	4,08 (0,92)	3,85 (1,07)	3,47 (1,12)	-14,95
8	Você sempre pode dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da sua família?	4,03 (0,91)	4,14 (0,77)	4,04 (0,82)	0,24
9	Você sempre fica satisfeita com a sua experiência de amamentar?	4,19 (0,63)	4,20 (0,55)	4,11 (0,64)	-1,90
10	Você sempre pode lidar com o fato de que amamentar exige tempo? (Mesmo consumindo o seu tempo você quer amamentar)	4,07 (0,71)	4,01 (0,70)	3,92 (0,69)	-3,68
<b>Subtotal do escore domínio pensamentos intrapessoais</b>		24,69 (3,06)	24,37 (2,88)	23,45 (3,05)	-5,02
<b>Total do escore da BSES-SF</b>		55,69 (5,94)	54,79 (6,24)	53,73 (5,62)	-3,51

M: média; DP: desvio padrão; %Δ: Percentual de variação das etapas de 3 a 12 meses.

**4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de todos os benefícios já esclarecidos na literatura científica com relação as recomendações de prática e duração adequada do AM, mundialmente sua prevalência ainda está abaixo do que é preconizado pela OMS. No Brasil mesmo com o aumento das taxas de amamentação é possível verificar por meio de inquéritos epidemiológicos nacionais que nos últimos anos ocorreu diminuição ou estagnação da tendência crescente dos indicadores de AM.

Verifica-se que a situação mundial da amamentação permanece como um importante desafio a ser enfrentado e, portanto, conhecer os motivos que levam as mães interromperem essa prática precocemente é de fundamental importância. Diversos fatores são vistos como influenciadores dessa condição, a AEA é considerada como aspecto de forte relevância, pois é incluída como característica modificável relacionada com a predição e maior duração do AM. Nossos achados demonstraram que o percentual das mulheres na categoria de autoeficácia alta diminuiu ao longo dos meses, contudo as mães que estavam nessa categoria permaneceram por mais tempo amamentando quando comparadas com as que apresentaram autoeficácia moderada.

Adicionalmente, a pontuação dos domínios da BSES-SF mostrou que o domínio de pensamentos intrapessoais reduziu mais que o técnico, apresentando uma maior variação negativa dos três aos doze meses. Esse resultado traz a interpretação de como as influências sociais sobre a mulher podem interferir na sua confiança e capacidade de amamentar, devendo ser levada em consideração para formulação de intervenções voltadas para a população em estudo.

Assim, conhecendo a importância das mulheres possuírem alta confiança em amamentar, devido a sua associação positiva com a maior duração de AM, acredita-se que os resultados deste estudo possam contribuir para o melhor entendimento desse aspecto comportamental.

Cabe salientar que, no nível de assistência, a aplicação desta escala de forma contínua desde o pré-natal, propiciaria a detecção antecipada de problemas, tanto técnicos como intrapessoais, viabilizando intervenções precoces e oportunas para a manutenção de práticas adequadas de aleitamento materno. E, no âmbito da saúde coletiva, a investigação da AEA, permitiria verificar os principais fatores que contribuem para a suspensão precoce do AM, subsidiando e respaldando as ações educativas nos serviços de saúde, assim como o desenvolvimento de estratégias e políticas de alimentação e nutrição.

Diante do exposto, concluímos que a incorporação da investigação da AEA nos diversos setores de saúde, tanto na atenção básica como no ambiente intra-hospitalar, como parte dos protocolos de atendimento poderia ser uma estratégia de promoção e apoio ao AM.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADU-AFARWUAH, S.; LARTEY, A.; DEWEY, K. G. Meeting nutritional needs in the first 1000 days: a place for small-quantity lipid-based nutrient supplements. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 1392, n. 1, p. 18-29, 2017.

AL-SAHAB, Ban et al. Prevalence and predictors of 6-month exclusive breastfeeding among Canadian women: a national survey. **BMC pediatrics**, v. 10, n. 1, p. 20, 2010.

AQUILINA, S. **The relationship between self-efficacy and breastfeeding duration**. 2011. Tese de Doutorado. Carlow University.

BAGHURST, P. et al. Breastfeeding self-efficacy and other determinants of the duration of breast feeding in a cohort of first-time mothers in Adelaide, Australia. **Midwifery**, v. 23, n. 4, p. 382-391, 2007.

BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological review**, v. 84, n. 2, p. 191-215, 1977.

BARTLE, N. C.; HARVEY, K. Explaining infant feeding: The role of previous personal and vicarious experience on attitudes, subjective norms, self-efficacy, and breastfeeding outcomes. **British journal of health psychology**, v. 22, n. 4, p. 763-785, 2017.

BELL, S. et al. Duration of breastfeeding, but not timing of solid food, reduces the risk of overweight and obesity in children aged 24 to 36 months: findings from an Australian Cohort Study. **International journal of environmental research and public health**, v. 15, n. 4, p. 599, 2018.

BOCCOLINI, C. S. et al. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1-9, 2017.

BOCCOLINI, C. S. **Aleitamento materno: determinantes sociais e repercussões na saúde infantil**. 2012. Tese de Doutorado.

BUXTON, K. E. et al. Women intending to breastfeeding: predictors of early infant feeding experiences. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 7, n. 2, p. 101-106, 1991.

CAI, X.; WARDLAW, T.; BROWN, D. W. Global trends in exclusive breastfeeding. **International Breastfeeding Journal**, v. 7, n. 1, p. 7-12, 2012.

COCA, K. P. et al. Bundle of measures to support Intrahospital exclusive breastfeeding: evidence of systematic reviews. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 36, n. 2, p. 214-220, 2018.

CUNHA, A.J.; LEITE, A.J.; ALMEIDA, I.S. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. **Jornal de Pediatria**, v. 91, n. 6, p. 44-51, 2015.

DENNIS, C. L. Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period. **Research in Nursing and Health**, v. 29, n. 4, p. 256-268, 2006.

DENNIS, C. L. The breastfeeding self-efficacy scale: Psychometric assessment of the short form. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, v. 32, n. 6, p. 734-744, 2003.

DENNIS, C. L.; FAUX, S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. **Research in Nursing and Health**, v. 22, n. 5, p. 399-409, 1999.

DEMÉTRIO, F.; PINTO, E. J.; ASSIS, A. M. O. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 641-650, 2012.

DODT, R. C. M. et al. Psychometric and maternal sociodemographic assessment of the breastfeeding self-efficacy scale-short form in a brazilian sample. **Journal of Nursing Education and Practice**, v. 2, n. 3, p. 66-73, 2012.

GARTNER, L. M. et al. Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. **Pediatrics**, v. 115, n. 2, p. 496-506, 2005.

GERHARDSSON, E. et al. The Swedish Version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale—Short Form: Reliability and Validity Assessment. **Journal of Human Lactation**, v. 30, n. 3, p. 340-345, 2014.

GERHARDSSON, E. et al. Prospective questionnaire study showed that higher self-efficacy predicted longer exclusive breastfeeding by the mothers of late preterm infants. **Acta Paediatrica**, v. 107, n. 5, p. 799-805, 2018.

GRUMMER-STRAWN, L.; ROLLINS, N. Summarising the health effects of breastfeeding. **Acta Paediatrica**, v. 104, n. 467, p. 1-2, 2015.

HINIC, K. Predictors of breastfeeding confidence in the early postpartum period. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v. 45, n. 5, p. 649-660, 2016.

HORTA, B. L.; DE LIMA, N. P. Breastfeeding and Type 2 Diabetes: Systematic Review and Meta-Analysis. **Current diabetes reports**, v. 19, n. 1, p. 1, 2019.

INTERNATIONAL FOOD POLICY RESEARCH INSTITUTE (IFPRI). **Global Nutrition Report 2015: actions and accountability to advance nutrition and sustainable development**. Washington, DC: International Food Policy Research Institute. Disponível em: <<http://www.ifpri.org/publication/synopsis-global-nutrition-report-2015>> Acesso em 5 de mai 2018.

IP, W. et al. The Short Form of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale as a Prognostic Factor of Exclusive Breastfeeding among Mandarin-Speaking Chinese Mothers. **Journal of Human Lactation**, v. 32, n. 4, p. 711-720, 2016.

IP, W. et al. Translation and validation of the Hong Kong Chinese version of the breastfeeding self-efficacy scale—short form. **Research in nursing & health**, v. 35, n. 5, p. 450-459, 2012.

JAGER, E. et al. The role of psychosocial factors in exclusive breastfeeding to six months postpartum. **Midwifery**, v. 30, n. 6, p. 657-666, 2014.

JONES, J. R. et al. Factors associated with exclusive breastfeeding in the United States. **Pediatrics**, v. 128, n. 6, p. 1117-1125, 2011.

JONES, G. et al. How many child deaths can we prevent this year?. **The lancet**, v. 362, n. 9377, p. 65-71, 2003.

JOSHI, A. et al. Exploration of factors influencing initiation and continuation of breastfeeding among Hispanic women living in rural settings: a multi-methods study. **Rural and remote health**, v. 14, n. 3, p. 1-9, 2014.

KRAMER, M. S., KAKUMA, R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. **Advances in Experimental Medicine and Biology**, v. 554, p. 63-77, 2004.

LAU, C. Y. K.; LOK, K. Y. W.; TARRANT, M. Breastfeeding Duration and the Theory of Planned Behavior and Breastfeeding Self-Efficacy Framework: A Systematic Review of Observational Studies. **Maternal and child health journal**, v. 22, p. 1-16, 2018.

LOKE, A. Y.; CHAN, L. S. Maternal Breastfeeding Self-Efficacy and the Breastfeeding Behaviors of Newborns in the Practice of Exclusive Breastfeeding. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, v. 42, n. 6, p. 672-684, 2013.

MANNION, C. A. et al. Maternal perceptions of partner support during breastfeeding. **International Breastfeeding Journal**, v. 8, n. 1, p. 1-7, 2013.

MARGOTTI, E.; EPIFANIO, M. Aleitamento materno exclusivo e a Escala de Autoeficácia na Amamentação. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 5, 2014.

MCQUEEN, K. A.; MONTELPARE, W. J.; DENNIS, C. L. Breastfeeding and Aboriginal Women: Validation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale–Short Form. **CJNR (Canadian Journal of Nursing Research)**, v. 45, n. 2, p. 58-75, 2013.

O'BRIEN, M.; BUIKSTRA, E.; HEGNEY, D. The influence of psychological factors on breastfeeding duration. **Journal of advanced nursing**, v. 63, n. 4, p. 397-408, 2008.

O'CAMPO, P. et al. Prenatal factors associated with breastfeeding duration: recommendations for prenatal interventions. **Birth**, v. 19, n. 4, p. 195-201, 1992.

OGBO, F. A. et al. Prevalence and determinants of cessation of exclusive breastfeeding in the early postnatal period in Sydney, Australia. **International breastfeeding journal**, v. 12, n. 1, p. 16, 2016.

OLIVER-ROIG, A. et al. The Spanish version of the breastfeeding self-efficacy scale-short form: Reliability and validity assessment. **International Journal of Nursing Studies**, v. 49, n. 2, p. 169-173, 2012.

ORIÁ, M. O. B.; XIMENES, L. B. Tradução e adaptação cultural da Breastfeeding Self-Efficacy Scale para o português. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 230-238, 2010.

ORIÁ, M. O. B. **Tradução, adaptação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Aplicação em gestantes. Fortaleza**. 2008. Tese de Doutorado. Tese [Doutorado em Enfermagem] - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

PETROZZI, A.; GAGLIARDI, L. Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Validation of the Italian Version and Correlation With Breast-feeding at 3 Months. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, v. 62, n. 1, p. 137-139, 2016.

QUIGLEY, M. A.; KELL, Y. Y. J.; SACKER, A. Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study. **Pediatrics**, v. 119, n. 4, p. 837–842, 2007.

ROBERT, E. et al. Breastfeeding duration: a survival analysis—data from a regional immunization survey. **BioMed research international**, v. 2014, n. 529790, p. 1-8, 2014.

ROCHA, N. B. et al. Estudo longitudinal sobre a prática de aleitamento materno e fatores associados ao desmame precoce. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, p. 337-342, 2013.

ROCHA, I. S. et al. Influência da autoconfiança materna sobre o aleitamento materno exclusivo aos seis meses de idade: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 3609-3619, 2018.

ROLLINS, N. C. et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?. **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 491-504, 2016.

SANKAR, M. J. et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. **Acta paediatrica**, v. 104, n. 467, p. 3-13, 2015.

SANTOS, L. M. D. et al. Application and Validation of Breastfeeding Self-Efficacy Scale—Short Form (BSES-SF) in Adolescent Mothers. **International Archives of Medicine**, v. 9, n. 207, p. 1-9, 2016.

SEMENIC, S.; LOISELLE, C.; GOTTLIEB, L. Predictors of the duration of exclusive breastfeeding among first-time mothers. **Research in nursing & health**, v. 31, n. 5, p. 428-441, 2008.

TAKUSHI, S. A. M. et al. Motivação de gestantes para o aleitamento materno. **Revista de Nutrição**, v. 21, n. 5, p. 491-502, 2008.

TUTHILL, E. L. et al. Cross-cultural adaptation of instruments assessing breastfeeding determinants: a multi-step approach. **International Breastfeeding Journal**, v. 9, n. 1, p. 1-8, 2014.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **Infant feeding patterns by country**. Disponível em: <[http://www.childinfo.org/breastfeeding\\_infantfeeding.html](http://www.childinfo.org/breastfeeding_infantfeeding.html)>. Acessado em: 01 maio de 2018.

VASCONCELOS, F. A. G. et al. Public policies of food and nutrition in Brazil: From Lula to Temer. **Revista de Nutrição**, v. 32, 2019.

VENANCIO, S. I.; SALDIVA, S. R. D. M.; MONTEIRO, C. A. Tendência secular da amamentação no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1205-1208, 2013.

VICTORA, C. G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 475-490, 2016.

VIEIRA, T. O. et al. Duration of exclusive breastfeeding in a Brazilian population: new determinants in a cohort study. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 14, n. 1, p. 1-9, 2014.

WANG, J. et al. Breastfeeding and respiratory tract infections during the first 2 years of life. **ERJ Open Research**, v. 3, n. 2, p. 143-2016, 2017.

WARKENTIN, S. et al. Exclusive breastfeeding duration and determinants among Brazilian children under two years of age. **Revista de Nutrição**, v. 26, n. 3, p. 259-269, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **A duração ideal da amamentação exclusiva: relatório de uma consulta de especialistas**. Genebra, Suíça: WHO, 2001.

Disponível em:

<[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67219/1/WHO\\_NHD\\_01.09.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67219/1/WHO_NHD_01.09.pdf?ua=1)>. Acesso em 15 de mar. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Conclusions of consensus meeting held 6-8 November 2007**.

Washington: World Health Organization, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Metas Globais de Nutrição 2025: Resumo das Políticas**. Genebra, Suíça. WHO, 2014. Disponível em: <

online: [http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025\\_policybrief\\_overview/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_overview/en/)>. Acesso em 01 de Maio de 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life**. Geneva: World Health Organization, 2002.

WUTKE, K.; DENNIS, C. L. The reliability and validity of the Polish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: Translation and psychometric assessment. **International Journal of Nursing Studies**, v. 44, n. 8, p. 1439-1446, 2007.

YANG, X. et al. Predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period: A cross-sectional study. **Midwifery**, v. 41, p. 1-8, 2016.

ZUBARAN, C. et al. The Portuguese Version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale Short Form. **Journal of Human Lactation**, v. 26, n. 3, p. 297-303, 2010.

ZUBARAN, C.; FORESTI, K. Estudo da correlação entre aleitamento e estado de saúde materno. **Einstein (São Paulo)**, v. 11, n. 2, p. 180-185, 2013.



## A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

(Uma cópia será arquivada pela Equipe e a outra entregue à Mãe)

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

Eu, \_\_\_\_\_, responsável por \_\_\_\_\_, tendo sido convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo "Saúde, Alimentação, Nutrição e Desenvolvimento Infantil - SAND: um estudo de coorte", recebi da Sra. Giovana Longo Silva, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

§ Que o estudo se destina a obtenção de informações detalhadas sobre alimentação, nutrição, crescimento e desenvolvimento do nascimento aos 12 meses de idade, de crianças nascidas no município de Rio Largo (AL), buscando compreender as práticas de alimentação infantil adotadas e o comportamento alimentar na infância.

§ Que a importância deste estudo é a de constituir-se em importante ferramenta para guiar e avaliar políticas e programas governamentais, nos níveis municipal, estadual e nacional.

§ Que os resultados que se desejem alcançar são os seguintes: obter informações detalhadas sobre os padrões de alimentação dos bebês durante o primeiro ano de vida, juntamente com informações sobre a saúde dos bebês e fatores que podem interferir na alimentação, crescimento e desenvolvimento, além de informações sobre a saúde e alimentação das mães.

§ Que esse estudo começará em 2018 e terminará em 2019, e eu participarei da pesquisa em cinco momentos, a saber: nas primeiras 24 horas pós-parto na maternidade, e aos 3, 6, 9 e 12 meses de idade das crianças, por meio de visitas domiciliares.

§ Que eu (mãe ou responsável) participarei de entrevistas e todas as crianças terão seu peso, comprimento, perímetro cefálico, perímetro torácico e circunferência abdominal medidos e será coletado sangue por punção (pequena perfuração) no dedo para dosagem da hemoglobina, além da avaliação do desenvolvimento infantil.

§ Que eu (mãe) terei o meu peso, comprimento e pressão arterial mensurados e será coletado sangue por punção (pequena perfuração) no dedo para dosagem da hemoglobina em todas as etapas de coleta de dados.

§ Que o risco desta pesquisa classifica-se como "risco mínimo", os quais se referem à coleta de sangue por punção digital, entrevista e obtenção das medidas antropométricas. Visando evitar tais situações os pesquisadores serão previamente treinados e farão uso de aparelhos calibrados, agulhas descartáveis, super finas, que praticamente não causam dor (ressaltando que a coleta de sangue ocorre por pequena perfuração na ponta do dedo) e armazenando de forma sigilosa e segura todos os instrumentos e dedos da pesquisa.

§ Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente são: planejamento de intervenções e melhoria da qualidade de vida da comunidade.

§ Que eu serei informado(a) sobre o resultado final desta pesquisa, e sempre que eu desejar será fornecido esclarecimentos sobre qualquer etapa da mesma.

§ Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.

§ Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

§ Que não são previstos gastos para sua participação na pesquisa, uma vez que os dados serão coletados na maternidade e no domicílio das crianças.

§ Que apesar de não haver previsão de gastos, caso haja alguma despesa decorrente da participação na pesquisa, os mesmos serão ressarcidos.

§ Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

§ Que assinarei duas vias deste documento e receberei uma cópia do mesmo.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço d(o,a) participante-voluntário(a)

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Bairro: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:

Ponto de referência:

Contato de urgência: Sra. Giovana Longo Silva

Domicílio: Av. Lourival Melo Mota, s/n

Bairro: s/n

Bairro: Tabuleiro dos Martins / CEP: 57072-900/ Cidade: Maceió / Telefone: 99856-7717

Ponto de referência: Cidade Universitária

✍

✍

✍

**Endereço d(ou,as) responsável(is) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):**  
 Instituição:  
 Endereço:  
 Bloco: /NP: /Complemento:  
 Bairro: /CEP/Cidade:  
 Telefones p/contato:

**ATENÇÃO:** Para informar ocorrências irregulares ou danos durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:  
 Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas:  
 Prédio da Reitoria, sala do C.O.C. , Campus A. C. Simões, Cidade Universitária  
 Telefone: 3214-1041

Participante:  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Contato dos pesquisadores: (82) 3214-1166 / giovana\_longo@yahoo.com.br



Prof. Dra. Giovana Longo Silva (CPF: 012.968.918-36)



Prof. Dr. Jansen Aguiar Cardoso da Silveira (CPF: 380.832.810-11)



Prof. Dra. Rosa Cristina Epito de Menezes (CPF: 016.428.794-88)

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para obtenção e utilização de imagens

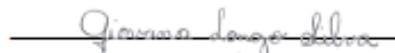
Eu, \_\_\_\_\_, consenti em participar como voluntário(a) do estudo "Saúde, Alimentação, Nutrição e Desenvolvimento Infantil - SAND: um estudo de coorte", coordenado pela Profa. Dra. Giovana Longo Silva e adicionalmente concordo que sejam tiradas fotografias, vídeos e outros tipos de imagem de mim e do(a) meu(minha) filho(a) \_\_\_\_\_ . Consinto que estas imagens sejam utilizadas para finalidade didática e científica, divulgadas em aulas, palestras, conferências, cursos, congressos, etc... e também publicadas em livros, artigos, portais de Internet, inclusive Facebook e Instagram, revistas científicas e similares, podendo inclusive ser mostrado o meu rosto e do(a) meu(minha) filho(a), o que pode fazer com que sejamos reconhecidos.

Este consentimento pode ser revogado, sem qualquer ônus ou prejuízo à minha pessoa, a meu pedido ou solicitação, desde que a revogação ocorra antes da publicação.

Fui esclarecido de que não receberei nenhum ressarcimento ou pagamento pelo uso das minhas imagens e também compreendi que a Profa. Giovana Longo Silva e a equipe de profissionais que nos acompanhará durante o estudo não terão qualquer tipo de ganhos financeiros com a exposição da minha imagem nas referidas publicações.

Rio Largo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2\_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_



Prof. Dra. Giovana Longo Silva - (82) 3214-1166 / giovana\_longo@yahoo.com.br



BLOCO 2. PRÉ-NATAL			
Perguntas	Respostas	Variáveis	
01	Possui caderneta da gestante? (SE NÃO → PULAR PARA A 42) NESTE CASO REGISTRE EM “LEMBRETES” → VERIFICAR A CADERNETA NA VISITA DOMICILIAR.	Não (0) Sim, levou para o hospital (1) Sim, esqueceu em casa (2)	caderneta01  __
<b>2.1 PREENCHIMENTO DA CADERNETA</b> (SE A MÃE NÃO ESTIVER COM A CADERNETA → DEIXAR EM BRANCO, FAZER OBSERVAÇÃO EM “LEMBRETES” → COLETAR E DIGITAR APÓS VISITA DOMICILIAR)			
02	O cabeçalho geral estava preenchido? Não (0) Sim, completamente (1) Sim, parcialmente (2) IND (9)		caderneta02  __
03	Quantas marcações (pontos) foram feitas no gráfico de altura uterina/idade gestacional?	__  pontos no gráfico	caderneta03  __
04	Quantas marcações (pontos) foram feitas no gráfico de acompanhamento nutricional?	__  pontos no gráfico	caderneta04  __
05	Quantas ultrassonografias foram anotadas na caderneta?	__  ultrassonografias	caderneta05  __
06	Os exames foram anotados na caderneta?	Não (0) Sim, completamente (1) Sim, parcialmente (2) IND (9)	caderneta06  __
07	O campo “Suplementação” está preenchido?		caderneta07  __
08	O campo “antecedentes familiares” foi preenchido?		caderneta08  __
09	O campo “Gestações” foi preenchido?		caderneta09  __
10	O campo “Gestação atual” foi preenchido?		caderneta10  __
11	O campo “Antecedentes clínicos obstétricos” foi preenchido?		caderneta11  __
12	Os dados sobre “Vacinação Antitetânica” foram anotados na caderneta?		caderneta12  __
13	Os dados sobre “Hepatite B” foram anotados na caderneta?		caderneta13  __
14	Os dados sobre “Influenza” foram anotados na caderneta?		caderneta14  __
15	Os dados sobre “dTpa” foram anotados na caderneta?		caderneta15  __
16	Qual o peso pré-gestacional	IND ( __  = 9)	pesopregestmae __  __  __ _
17	Qual o peso da última aferição do 1º trimestre? Data de aferição.	IND ( __  = 9) DD/MM/AAAA	pesotrim1 __  __  __ _ _  datapesosotrim1 __  _ / _ _ / _ _ _ _ _ _  _
18	Qual o peso da última aferição do 2º trimestre? Data de aferição.		pesotrim2 __  __  __ _ _  datapesosotrim2 __  _ / _ _ / _ _ _ _ _ _  _
19	Qual o peso da última aferição do 3º trimestre? Data de aferição.		pesotrim3 __  __  __ _ _  datapesosotrim3 __  _ / _ _ / _ _ _ _ _ _  _
20	Tomou sulfato ferroso durante a gestação? (SE NÃO → PULAR PARA A QUESTÃO 22)	Não (0) Sim (1) IGN (8) IND (9)	sulfatogest __
21	Quando? 1º mês 2º mês 3º mês 4º mês 5º mês 6º mês 7º mês 8º mês 9º mês		sulfato1 __  sulfato2 __  sulfato3 __  sulfato4 __  sulfato5 __  sulfato6 __  sulfato7 __  sulfato8 __  sulfato9 __
22	Tomou ácido fólico durante a gestação? (SE NÃO → PULAR PARA A QUESTÃO 24)		folatogest __
23	Quando? 1º mês 2º mês 3º mês 4º mês 5º mês		folato1 __  folato2 __  folato3 __  folato4 __  folato5 __

6º mês		folato6 _
7º mês		folato7 _
8º mês		folato8 _
9º mês		folato9 _

### 2.2 EXAMES GESTACIONAIS - CADERNETA

24	Glicemia em jejum 1	Não tem exame ( _  = 9)	dataglic1  _ _ / _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _	gliccg1  _ _ _ _ _ _
25	Glicemia em jejum 2		dataglic2  _ _ / _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _	gliccg2  _ _ _ _ _ _
26	Tolerância a glicose		datatolg1  _ _ / _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _	tolgliccg  _ _ _ _ _ _
27	Tolerância a glicose		datatolg2  _ _ / _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _	tolgliccg2  _ _ _ _ _ _
28	Hemoglobina 1		datahb1  _ _ / _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _	hbcg1  _ _ _ _ _ _
29	Hemoglobina 2		datahb2  _ _ / _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _	hbcg2  _ _ _ _ _ _
30	Hemoglobina 3		datahb3  _ _ / _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _	hbcg3  _ _ _ _ _ _
31	Hematócrito 1		datahc1  _ _ / _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _	hccg1  _ _ _ _ _ _
32	Hematócrito 2		datahc2  _ _ / _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _	hccg2  _ _ _ _ _ _
33	Hematócrito 3		datahc3  _ _ / _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _	hccg3  _ _ _ _ _ _
34	Sífilis		Negativo (0) Positivo (1)	sifilis  _ _
35	VDRL			vdrl  _ _
36	Hepatite B			hepb  _ _
37	Hepatite C			hepc  _ _
38	HBsAG	hbsag  _ _		
39	Toxoplasmose	toxopl  _ _		
40	Urina cultura	urinaccg  _ _		
41	Urina-EAS	Normal (0) Alterado (1)	urinacg  _ _	

### 2.3 DADOS DO PRÉ-NATAL - CADERNETA

Perguntar à mãe SOMENTE se NÃO HOVER a informação na CADERNETA

42	Qual foi a data da última menstruação (DUM)?	DD/MM/AAAA Sem registro/Não sabe ( _  = 8)	dum  _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _
43	Quando foi a primeira consulta pré natal?	DD/MM/AAAA Sem registro/Não sabe ( _  = 8)	dataprenat  _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _
44	Qual trimestre de gestação a Sra. fez a primeira consulta pré-natal?	Primeiro(1) Segundo(2) Terceiro (3) IND (9)	trimprenat  _ _
45	Qual o nº de consultas de pré natal?	Sem registro/Não sabe ( _  = 8)	consulpn  _ _ _ _

### 2.4. DADOS DO PRÉ-NATAL - MÃE

Perguntas a serem respondidas UNICAMENTE pela MÃE

46	Quantas ultrassonografias foram realizadas?	___ ultrassonografias	ultras  _ _
47	Qual era seu peso (kg) antes da gravidez?	Não sabe ( _  = 8)	pesopregest  _ _ _ _ _ _ _ _
48	Se IDADE ≤16 anos, qual era sua altura (m) antes da gravidez?	Não sabe ( _  = 8) IGN (9)	altpregest  _ _ _ _ _ _ _ _
49	Qual era seu peso (kg) ao final da gravidez?	Não sabe ( _  = 8)	pesofimgest  _ _ _ _ _ _ _ _
50	Quanto a gestação, a Sra. planejava engravidar, não planejava, mas estava aberta a possibilidade ou não queria engravidar neste momento?	Planejava (1) Aberta para (2) Não queria (3)	plangest  _ _
51	A Sra. tomou sulfato ferroso durante a gestação? (SE NÃO → PULAR PARA A QUESTÃO 53)	Não (0) Sim (1) Não sabe (8)	sulfatogest1 _ _
52	Quando? Ganhou ou Comprou o sulfato ferroso? 1º mês 2º mês 3º mês 4º mês 5º mês	Não (0) Sim (1) Não sabe (8) IGN (9)	sulfato1mae _ _  sulfato1ganhou _ _  sulfato2mae _ _  sulfato2ganhou _ _  sulfato3mae _ _  sulfato3ganhou _ _  sulfato4mae _ _  sulfato4ganhou _ _

	6º mês 7º mês 8º mês 9º mês		<b>Ganhou (1) Comprou(2) IGN (9)</b>	sulfato5mae _  sulfato5ganhou _  sulfato6mae _  sulfato6ganhou _  sulfato7mae _  sulfato7ganhou _  sulfato8mae _  sulfato8ganhou _  sulfato9mae _  sulfato9ganhou _
<b>53</b>	Tomou ácido fólico durante a gestação? (SE NÃO → PULAR PARA A QUESTÃO 55)		<b>Não (0) Sim (1) Não sabe (9)</b>	folatogestmae _
<b>54</b>	Quando? A Sra. recebeu de graça ou teve que comprar o ácido fólico? 1º mês 2º mês 3º mês 4º mês 5º mês 6º mês 7º mês 8º mês 9º mês		<b>Não (0) Sim (1) Não sabe (8) IGN (9)  Ganhou (1) Comprou(2) IGN (9)</b>	folato1mae _  folato1maeganhou _  folato2mae _  folato2maeganhou _  folato3mae _  folato3maeganhou _  folato4mae _  folato4maeganhou _  folato5mae _  folato5maeganhou _  folato6mae _  folato6maeganhou _  folato7mae _  folato7maeganhou _  folato8mae _  folato8maeganhou _  folato9mae _  folato9maeganhou _
<b>55</b>	A Sra. tomou alguma outra vitamina durante a gestação?		<b>Não (0) Sim (1) Não sabe (8)</b>	vitaminamae _
<b>Em algum momento DURANTE a gravidez atual o médico disse que a Sra. tinha &lt;doença&gt;?</b>				
<b>56</b>	Pré-eclâmpsia		<b>Não (0) Sim (1) Não sabe (8)</b>	preeclamp _
<b>57</b>	Diabetes gestacional			diabgest _
<b>58</b>	Infecção urinária			infecurigest _
<b>59</b>	Anemia			anemiagest _
<b>ANTES da gravidez algum médico disse que a Sra. tinha &lt;doença&gt;?</b>				
<b>60</b>	Diabetes	<b>Não (0) Tipo I (1) Tipo II (2) Sim, mas não sabe o tipo (3) Não sabe (8)</b>		agdiabetes _
<b>61</b>	Hipertensão (Pressão Alta)		<b>Não (0) Sim (1) Não sabe (9)</b>	aghas _
<b>62</b>	Doença do coração			agdcv _
<b>63</b>	Doença renal crônica			aghas2 _
<b>64</b>	Depressão			agddepres _
<b>65</b>	Asma ou bronquite			agasmabronq _
<b>66</b>	Doença na tireoide	<b>Não (0) Hipotireoidismo (1) Hipertireoidismo (2) Sim, mas não sabe o tipo (3) Não sabe (9)</b>		agtireoide _
<b>TABAGISMO NA GESTAÇÃO</b>				
<b>67</b>	A Sra. fumou durante a gravidez? (SE NÃO → PULAR PARA QUESTÃO 77)		<b>Não (0) Sim (1)</b>	fumo _
<b>68</b>	Fumou nos 3 primeiros meses? (SE NÃO → PULAR PARA QUESTÃO 71)		<b>Não (0) Sim (1) IGN (9)</b>	fumo3 _

69	Quantos cigarros por dia, em média?	Não sabe (888)	IGN (999)	fumo3mb  __  __  __
70	Fumava todos os dias?	Não (0)	Sim (1) IGN (9)	fumo3ma __
71	Fumou do 4º ao 6º mês? (SE NÃO → PULAR PARA QUESTÃO 74)	Não (0)	Sim (1) IGN (9)	fumo46 __
72	Quantos cigarros por dia, em média?	Não sabe (888)	IGN (999)	fumo46mb  __  __  __
73	Fumava todos os dias?	Não (0)	Sim (1) IGN (9)	fumo46ma __
74	Fumou do 7º ao 9º mês? (SE NÃO → PULAR PARA QUESTÃO 77)	Não (0)	Sim (1) IGN (9)	fumo7 __
75	Quantos cigarros por dia, em média?	Não sabe (888)	IGN (999)	fumo7mb  __  __  __
76	Fumava todos os dias?	Não (0)	Sim (1) IGN (9)	fumo7ma __
77	Fumava antes da gravidez? Desde que idade? (SE NÃO → PULAR PARA QUESTÃO 79)	Não (0) Sim (1) ___ Anos Não sabe (88) IGN(99)		fumoantes  __  tempofumo __  __
78	Quantos cigarros por dia, em MÉDIA, a Sra. fumou desde os <tempofumo>.	___ cigarros Não sabe (88) IGN (99)		intfumo __  __
79	Durante a gravidez, a Sra. conviveu com pessoas que fumavam ao seu lado (mesmo cômodo ou espaço físico)? (SE NÃO → PULAR PARA QUESTÃO 81)	Não (0)	Sim (1)	fumopas __
80	Quantos dias por semana alguém fumou ao seu lado durante a gravidez?	___ Dias Não sabe (8) IGN (9) (<1x/semana, considerar ZERO)		fumopassem __

### MACONHA NA GESTAÇÃO

81	A Sra. fumou maconha durante a gravidez? (SE NÃO → PULAR PARA QUESTÃO 91)	Não (0) Sim (1) Não quis responder (8)		cannabis __
82	Fumou nos 3 primeiros meses? (SE NÃO → PULAR PARA QUESTÃO 85)	Não (0)	Sim (1) IGN (9)	cannabis3m __
83	Quantas dias por semana?	___ Dias Não sabe (8) IGN (9)		cannabis3ma __
84	Quantos cigarros por dia, em média?	___ cigarros Não sabe (88) IGN (99)		canabis3mb  __  __
85	Fumou do 4º ao 6º mês? (SE NÃO → PULAR PARA QUESTÃO 88)	Não (0)	Sim (1) IGN (9)	cannabis46m __
86	Quantas dias por semana?	___ Dias Não sabe (8) IGN (9)		cannabis46ma __
87	Quantos cigarros por dia, em média?	___ cigarros Não sabe (88) IGN (99)		canabis46mb  __  __
88	Fumou do 7º ao 9º mês? (SE NÃO → PULAR PARA QUESTÃO 91)	Não (0)	Sim (1) IGN (9)	cannabis7m __
89	Quantas dias por semana?	___ Dias Não sabe (8) IGN (9)		cannabis7ma __
90	Quantos cigarros por dia, em média?	___ cigarros Não sabe (88) IGN (99)		canabis7mb  __  __
91	A Sra. fumava maconha antes da gestação? (SE NÃO → PULAR PARA QUESTÃO 94)	Não (0)	Sim (1)	canabisantes  __
92	Desde que idade?	___ Anos Não sabe (88) IGN (99)		tempocanabis __  __
93	Quantos cigarros por semana, em média, a Sra. fumou desde os <TEMPO FUMO>.	___ cigarros Não sabe (888) IGN (999)		intfumo2 __  __  __
94	A Sra. usou algum outro tipo de droga na gravidez?	Não (0) Sim (1) Não quis responder (9)		droga __

### BEBIDA ALCOOLICA NA GESTAÇÃO

95	A Sra. consumiu bebida alcoólica durante a gravidez? (SE NÃO → PULAR PARA QUESTÃO 134)	Não (0) Sim (1) Não quis responder (8)		alcool __
96	Tomou VINHO durante a gravidez? (SE NÃO → PULAR PARA 109)	Não (0)	Sim (1) IGN (9)	vinho __

97	Tomou VINHO nos 3 primeiros meses? (SE NÃO → PULAR PARA QUESTÃO 101)	Não (0) Sim (1) IGN (9)	vinho3m _
98	Quantos dias por semana?	__ Dias IGN (9) (<1x/semana, considerar ZERO)	vinho3ma _
99	Quantos COPOS tomou por dia (nos dias em que tomou)?	__ Copos IGN (99)	vinho3mb _ _
100	Qual tipo de copo era utilizado?	aperitivo (0) americano (1) americano duplo (2) requeijão (3) espumante/champagne (4) vinho tinto (5) vinho branco (6) água/suco (7) licor (8) IGN (9)	vinho3mc _
101	Tomou VINHO do 4° ao 6° mês? (SE NÃO → PULAR PARA QUESTÃO 105)	Não (0) Sim (1) IGN (9)	vinho46m _
102	Quantos dias por semana?	__ Dias IGN (9) (<1x/semana, considerar ZERO)	vinho46ma _
103	Quantos COPOS tomou por dia (nos dias em que tomou)?	__ Copos IGN (99)	vinho46mb _ _
104	Qual tipo de copo era utilizado?	aperitivo (0) americano (1) americano duplo (2) requeijão (3) espumante/champagne (4) vinho tinto (5) vinho branco (6) água/suco (7) licor (8) IGN (9)	vinho46mc _
105	Tomou VINHO do 7° ao 9° mês? (SE NÃO → PULAR PARA QUESTÃO 109)	Não (0) Sim (1) IGN (9)	vinho7m _
106	Quantos dias por semana?	__ Dias IGN (9) (<1x/semana, considerar ZERO)	vinho7ma _
107	Quantos COPOS tomou por dia (nos dias em que tomou)?	__ Copos IGN (99)	vinho7mb _ _
108	Qual tipo de copo era utilizado?	aperitivo (0) americano (1) americano duplo (2) requeijão (3) espumante/champagne (4) vinho tinto (5) vinho branco (6) água/suco (7) licor (8) IGN (9)	vinho7mc _
109	Tomou CERVEJA durante a gravidez? (SE NÃO → PULAR PARA 122)	Não (0) Sim (1) IGN (9)	cerveja _
110	Tomou CERVEJA nos 3 primeiros meses? (SE NÃO → PULAR PARA QUESTÃO 114)	Não (0) Sim (1) IGN (9)	cerveja3m _
111	Quantos dias por semana?	__ Dias IGN (9) (<1x/semana, considerar ZERO)	cerveja3ma _
112	Quantos COPOS tomou por dia (nos dias em que tomou)?	__ Copos IGN (99)	cerveja3mb _ _
113	Qual tipo de copo era utilizado?	aperitivo (0) americano (1) americano duplo (2) requeijão (3) espumante/champagne (4) vinho tinto (5) vinho branco (6) água/suco (7) licor (8) IGN (9)	cerveja3mc _
114	Tomou CERVEJA do 4° ao 6° mês? (SE NÃO, PULAR PARA QUESTÃO 118)	Não (0) Sim (1) IGN (9)	cerveja46m _
115	Quantos dias por semana?	__ Dias IGN (9) (<1x/semana, considerar ZERO)	cerveja46ma _
116	Quantos COPOS tomou por dia (nos dias em que tomou)?	__ Copos IGN (99)	cerveja46mb _ _
117	Qual tipo de copo era utilizado?	aperitivo (0) americano (1) americano duplo (2) requeijão (3) espumante/champagne (4) vinho tinto (5) vinho branco (6) água/suco (7) licor (8) IGN (9)	cerveja46mc _
118	Tomou CERVEJA do 7° ao 9° mês? (SE NÃO, PULAR PARA QUESTÃO 122)	Não (0) Sim (1) IGN (9)	cerveja7m _

119	Quantos dias por semana?	__ Dias IGN (9) (<1x/semana, considerar ZERO)	cerveja7ma _
120	Quantos COPOS tomou por dia (nos dias em que tomou)?	__ Copos IGN (99)	cerveja7mb _ _
121	Qual tipo de copo era utilizado?	aperitivo (0) americano (1) americano duplo (2) requeijão (3) espumante/champagne (4) vinho tinto (5) vinho branco (6) água/suco (7) licor (8) IGN (9)	cerveja7mc _
122	Tomou DESTILADOS (cachaça, caipirinha, uísque, vodka, gim ou rum) durante a gravidez? (SE NÃO → PULAR PARA 134)	Não (0) Sim (1) IGN (9)	destil _
123	Tomou DESTILADOS (cachaça, caipirinha, uísque, vodka, gim ou rum) nos 3 primeiros meses? (SE NÃO, PULAR PARA QUESTÃO 127)	Não (0) Sim (1) IGN (9)	destil3m _
124	Quantos dias por semana?	__ Dias IGN (9) (<1x/semana, considerar ZERO)	destil3ma _
125	Quantos COPOS tomou por dia (nos dias em que tomou alguma dessas bebidas)?	__ Copos IGN (99)	destil3mb _ _
126	Qual tipo de copo era utilizado?	aperitivo (0) americano (1) americano duplo (2) requeijão (3) espumante/champagne (4) vinho tinto (5) vinho branco (6) água/suco (7) licor (8) IGN (9)	destil3mc _
127	Tomou DESTILADOS (cachaça, caipirinha, uísque, vodka, gim ou rum) do 4º ao 6º mês? (SE NÃO, PULAR PARA QUESTÃO 131)	Não (0) Sim (1) IGN (9)	destil46m _
128	Quantos dias por semana?	__ Dias IGN (9) (<1x/semana, considerar ZERO)	destil46ma _
129	Quantos COPOS tomou por dia (nos dias em que tomou alguma dessas bebidas)?	__ Copos IGN (99)	destil46mb _ _
130	Qual tipo de copo era utilizado?	aperitivo (0) americano (1) americano duplo (2) requeijão (3) espumante/champagne (4) vinho tinto (5) vinho branco (6) água/suco (7) licor (8) IGN (9)	destil46mc _
131	Tomou DESTILADOS (cachaça, caipirinha, uísque, vodka, gim ou rum) do 7º ao 9º mês? (SE NÃO, PULAR PARA QUESTÃO 134)	Não (0) Sim (1) IGN (9)	destil7m _
131	Quantos dias por semana?	__ Dias IGN (9) (<1x/semana, considerar ZERO)	destil7ma _
132	Quantos COPOS tomou por dia (nos dias em que tomou alguma dessas bebidas)?	__ Copos IGN (99)	destil7mb _ _
133	Qual tipo de copo era utilizado?	aperitivo (0) americano (1) americano duplo (2) requeijão (3) espumante/champagne (4) vinho tinto (5) vinho branco (6) água/suco (7) licor (8) IGN (9)	destil7mc _
<b>GESTAÇÕES ANTERIORES</b>			
134	Esse é o seu primeiro filho? (MESMO QUE TENHA TIDO ABORTO) (SE SIM → PULAR PARA O PRÓXIMO BLOCO)	Não (0) Sim (1)	primgest _
<b>SE APENAS O FILHO ATUAL ESTIVER VIVO → REALIZAR APENAS AS QUESTÕES 135 E 136 E, EM SEGUIDA, PULAR PARA O PRÓXIMO BLOCO.</b>			
135	Com qual idade a Sra. ficou grávida pela primeira vez? (MESMO QUE NÃO TENHA CONSEGUIDO NASCER)	__ Anos IGN (99)	idadprimgest _ _
136	Quantas vezes a Sra. já ficou grávida?	__ Vezes IGN (99)	vezesgrav _ _

137	Quantos filhos, EXCETO a <criança do estudo> a Sra. tem?	__ Filhos IGN (99)	irmao _ _
138	Desses, quantos são biológicos?	__ Filhos IGN (99)	irmaobiol _ _
139	Dos filhos biológicos, quantos moram com a Sra.?	__ Filhos IGN (99)	irmaomora _ _
140	Dos filhos biológicos, quantos são menores de 5 anos?	__ Filhos IGN (99)	irmao5 _ _
141	A Sra. amamentou algum de seus outros filhos? (SE NÃO → PULAR PARA O PRÓXIMO BLOCO)	Não (0) Sim (1) IGN (9)	aleitirmao _

**PREENCHA AS INFORMAÇÕES ABAIXO SOMENTE PARA OS FILHOS MENORES DE 5 ANOS, DO MAIS NOVO PARA O MAIS VELHO. LEMBRE-SE DE PERGUNTAR O NOME DE CADA UM DELES, PARA ASSEGURAR QUE A MÃE ESTÁ RESPONDENDO SOBRE A CRIANÇA DE INTERESSE.**

**Sobre o <NOME DO FILHO(A)>**

142	A Sra. o amamentou? (SE NÃO → PULAR PARA A QUESTÃO 145)	Não (0) Sim (1) IGN (9)	aleit1 _
143	Até que idade?	___ ___ Dias IGN (9999)	aleit1id _ _ _ _
144	Durante quanto tempo a Sra. deu SOMENTE leite do peito, sem oferecer água, chá, gogó, ou qualquer outra bebida ou alimento?	___ ___ Dias IGN (9999)	aleitexcl1 _ _ _ _

**Sobre o <NOME DO FILHO(A)>**

145	A Sra. o amamentou? (SE NÃO → PULAR PARA A QUESTÃO 148)	Não (0) Sim (1) IGN (9)	aleit2 _
146	Até que idade?	___ ___ Dias IGN (9999)	aleit2id _ _ _ _
147	Durante quanto tempo a Sra. deu SOMENTE leite do peito, sem oferecer água, chá, gogó, ou qualquer outra bebida ou alimento?	___ ___ Dias IGN (9999)	aleitexcl2 _ _ _ _

**Sobre o <NOME DO FILHO(A)>**

148	A Sra. o amamentou? (SE NÃO → PULAR PARA O PRÓXIMO BLOCO)	Não (0) Sim (1) IGN (9)	aleit3 _
149	Até que idade?	___ ___ Dias IGN (9999)	aleit3id _ _ _ _
150	Durante quanto tempo a Sra. deu SOMENTE leite do peito, sem oferecer água, chá, gogó, ou qualquer outra bebida ou alimento?	___ ___ Dias IGN (9999)	aleitexcl3 _ _ _ _

### BLOCO 3. CARACTERIZAÇÃO ECONÔMICA E SOCIAL

	Perguntas	Variáveis
1	Qual o estado civil da Sra.? Solteira (1) União Estável (2) Casada (3) Divorciada (4) Viúva (5)	estcivil _
2	Tipo de moradia (material predominante) Alvenaria (1) Madeira (2) Taipa (3) Outro (4)	moradia _
3	Regime de ocupação Própria (1) Alugada (2) Cedida (3) Ocupada/invasão (4)	ocupacao _
4	Quem é o(a) chefe da família? Respondente (1) Marido (2) Filho(a) (3) Pais da respondente/sogros (4) Sem definição de chefe da família (5) Outro (6)	chefefam _

**PARA AS QUESTÕES 5, 6 E 7 SOBRE ESCOLARIDADE, UTILIZAR COMO REFERÊNCIA DE RESPOSTA A TABELA ABAIXO. ENTREVISTADOR(A), MARQUE APENAS A ESCOLARIDADE COMPLETA.**

Início dos estudos	Analfabeto(a)	EF 1 (primário)				EF 2 (ginásio)					Ensino Médio (2º grau)			Superior		Não sabe
		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	1º	2º	3º	Incompleto	Completo	
-  2006	00	01	02	03	04	05	06	07	08	---	09	10	11	12	13	99
- 2006	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	99
5	Escolaridade do chefe da família Início antes de 2006 (1) Início após 2006 (2) EJA (3) Não sabe (8) IGN (9)														estudocf _ _	
6	Escolaridade da respondente (mãe)														estudomae _ _	

	<b>Início antes de 2006 (1) Início após 2006 (2) EJA (3) Não sabe (8) IGN (9)</b>			<b>estudomaeinício</b>  __	
7	Escolaridade do morador que contribui com a maior parte da renda do domicílio <b>Início antes de 2006 (1) Início após 2006 (2) EJA (3) Não sabe (8) IGN (9)</b>			<b>grauinst</b>  __  <b>grauinstinício</b>  __	
8	Além do núcleo familiar, quem mais vive na casa? (a referência das respostas é a MÃE) Pais <b>Não (0) Sim (1)</b> Sogros <b>Não (0) Sim (1)</b> Outros familiares <b>Não (0) Sim (1)</b>			<b>nucleofam1</b>  __  <b>nucleofam2</b>  __  <b>nucleofam3</b>  __	
9	Quantas pessoas vivem na casa? (INCLUINDO A MÃE) (pessoas)			<b>moradores</b>  __	
10	No último mês, se somar todo o dinheiro recebido pelos moradores da casa, qual foi a renda familiar total? <b>Não quis responder (99999)</b> <i>(1 SM 2017 = R\$950)</i>			<b>rendafam</b>  __ __ __ __	
11	A Sra. recebe Bolsa Família? <i>(SE NÃO → PULAR PARA A QUESTÃO 13)</i>	<b>Não (0)</b> <b>Sim (1)</b> <b>Recusa (2)</b>		<b>bolsafam</b>  __	
12	Quanto a Sra. recebe do Bolsa Família?	<b>Não sabe (8888)</b> <b>IGN (9999)</b>		<b>bolsafamqto</b>  __ __ __	
13	Há alguém desempregado na família, cujo salário era parte importante para a renda da casa? <b>Não (0) Sim (1)</b> <i>(SE NÃO → PULAR A QUESTÃO 15)</i>			<b>desemprego</b>  __	
14	<b>SE SIM, quem?</b> Respondente Quanto era a contribuição? Marido/Companheiro Quanto era a contribuição? Filho(a) Quanto era a contribuição? Outros familiares Quanto era a contribuição?	<b>Não (0)</b> <b>Sim (1)</b> <b>IGN ( __  = 9)</b>		<b>desempmae</b>  __  <b>desempmae1</b>  __ __ __ __  <b>desempmc</b>  __  <b>desempmc1</b>  __ __ __ __  <b>desempf</b>  __  <b>desempf1</b>  __ __ __ __  <b>desempout</b>  __  <b>desempout1</b>  __ __ __ __	
15	Número total de quartos	__ Unidades		<b>dormitórios</b>  __	
16	Há coleta de lixo em seu bairro?	<b>Não (0) Sim (1)</b>		<b>lixo</b>  __	
17	A água da casa proveniente de...?	<b>CASAL (1)</b>	<b>Poço ou nascente (2)</b>	<b>Outro (3)</b>	<b>origemagua</b>  __
18	Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é...	<b>Asfaltada/Pavimentada (1) Terra/Cascalho (2)</b>		<b>ruadom</b>  __	

*“Agora gostaria de saber se você tem alguns itens na sua casa. Para cada item que eu disser a seguir quero que considere apenas os que estão funcionando. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.”*  
No domicílio, qual a <PERGUNTA>?”

ITENS DE CONFORTO		Quantidade que possui	Variável
18	Quantidade de <b>AUTOMÓVEIS</b> de passeio, <b>exclusivamente</b> , para uso particular	<b>0 unidade (0)</b> <b>1 unidade (1)</b> <b>2 unidades (2)</b> <b>3 unidades (3)</b> <b>4+ unidades (4)</b>	<b>automoveis</b>  __
19	Quantidade de <b>EMPREGADOS mensalistas</b> (trabalham, pelo menos, 5 dias/semana)		<b>empregados</b>  __
20	Quantidade de <b>MÁQUINAS DE LAVAR ROUPA</b> , <b>excluindo</b> tanquinho		<b>lavaroupas</b>  __
21	Quantidade de <b>BANHEIROS</b>		<b>banheiros</b>  __
22	<b>DVD</b> , incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e <b>desconsiderando</b> DVD de carro		<b>dvd</b>  __
23	Quantidade de <b>GELADEIRAS</b>		<b>geladeiras</b>  __
24	Quantidade de <b>FREEZERS</b> , independentes ou parte da geladeira duplex		<b>freezers</b>  __
25	Quantidade de <b>MICROCOMPUTADORES</b> , <b>considerando</b> computadores de mesa, laptops, note/netbooks e <b>desconsiderando</b> tablets, palms ou smartphones		<b>computador</b>  __
26	Quantidade de <b>LAVADORA DE LOUÇAS</b>		<b>lavalouca</b>  __
27	Quantidade de <b>FORNOS DE MICRO-ONDAS</b>		<b>microondas</b>  __

28	Quantidade de <b>MOTOCICLETAS</b> , <b>desconsiderando</b> as usadas, exclusivamente, para uso profissional		motocicleta  __
29	Quantidade de <b>MÁQUINAS SECADORAS DE ROUPAS</b> , <b>considerando</b> lava e seca		secaroupas  __

<b>BLOCO 4. INQUÉRITOS DIETÉTICOS</b>			
<b>4.1. CRIANÇA - ALEITAMENTO MATERNO</b>			
<i>“Agora irei fazer algumas perguntas sobre a oferta de leite materno para o (a) &lt;criança&gt;.”</i>			
<b>01</b>	A Sra. recebeu alguma informação sobre aleitamento materno durante nos últimos 6 meses? a) Agente Comunitário de Saúde b) Médico c) Enfermeiro d) Nutricionista, dentista ou outro profissional de saúde e) Mãe, sogra ou outro familiar f) Amiga ou vizinha g) Hospital h) Unidade Básica de Saúde	Não (0) Sim (1)	amacs  __  ammedico  __  amenf  __  amprofsaude  __  amfamilia  __  amamiga  __  amhospital  __  amubs  __
<b>02</b>	ATUALMENTE o (a) <criança> está recebendo SOMENTE leite materno, ou seja, nunca tomou água, chá, suco ou outros alimentos? <i>(SE NÃO → PULAR PARA A QUESTÃO 04)</i>	Não (0) Sim (1)	ameatual  __
<b>03</b>	Quando a senhora pretende começar a oferecer outro leite ou outra comida para o (a) <criança>? <i>(PULAR PARA A QUESTÃO 06)</i>	___ meses Não sabe (88) IGN (99)	ofertaoutroali  __
<b>04</b>	Até que idade (em dias) o (a) <criança> recebeu SOMENTE leite materno?	___ dias Não sabe (888) IGN (999)	idademamou  __
<b>05</b>	ATUALMENTE o (a) <criança> está recebendo leite materno, independentemente de ter recebido outros alimentos? <i>(SE NÃO → PULAR PARA SEM AME OU SEM AM - QUESTÃO 15)</i>	Não (0) Sim (1)	amatual  __
<b>ALEITAMENTO MATERNO</b> <b>(TODAS AS CRIANÇAS QUE RECEBEM LEITE MATERNO EXCLUSIVO OU NÃO)</b>			
<b>06</b>	Nos últimos 6 meses, quantas vezes o (a) <criança> mama por dia?	___ vezes dia Não sabe (88) IGN (99)	vezesmama  __
<b>07</b>	Nos últimos 6 meses, quanto tempo o (a) <criança> fica no peito a cada mamada?	___ minutos	tempomamada  _
<b>08</b>	Nos últimos 6 meses, em cada mamada, o (a) <criança> mama nos dois seios ou somente em um?	Nos dois (1) Somente em um (2) IGN (9)	seiosmama  __
<b>09</b>	Nos últimos 6 meses, de uma mamada para a outra, a senhora costuma esperar um seio esvaziar para só depois oferecer o outro ou a cada mamada a senhora oferece um seio diferente, mesmo que ainda haja leite no peito que a criança mamou da última vez?	Esvazia para oferecer o outro (0) Alterna a cada mamada (1) Não sabe (8) IGN (9)	esvaziaseio  __

10	Até quando a senhora pretende oferecer o leite materno para o (a) <criança>?	___ __ __ meses Enquanto tiver leite (777) Não sabe (888) IGN (999)	ofertarleitemat  _ _ _ _
11	Nos últimos 6 meses, a senhora está tendo alguma dificuldade atualmente para amamentar o (a) <criança>? (SE NÃO → PULAR PARA A QUESTÃO 13)	Não (0) Sim (1) IGN (9)	dificuldadeam  _
12	Qual a dificuldade para amamentar o (a) <criança>?	Ingurgitamento mamário (1) Mamilos doloridos/trauma mamilar (2) Infecção mamilar (3) Mastite (4) Leite não desce / pouco leite (6) Leite empedrou (7) Pressão de familiar para parar de amamentar (8) Outra (9)	qualdificuldadeam m  _
13	Nos últimos 6 meses, a senhora está recebendo apoio do seu companheiro para amamentar? (LER AS OPÇÕES)	Muito (1) Mais ou menos (2) Pouco (3) Nenhum (4) Não tem companheiro (5) IGN (9)	apoioam  _
14	Nos últimos 6 meses, a senhora dá de mamar sempre no mesmo horário, com horas certas, ou sempre que o (a) <criança> chora ou 'pede'? (SE AME → PULAR PARA O BLOCO 4.2. – QUESTÃO 01)	No mesmo horário (1) Quando a criança chora/pede (2) IGN (9)	demandamam a  _
<b>ALEITAMENTO MATERNO NÃO EXCLUSIVO OU SEM AM</b> (TODAS AS CRIANÇAS QUE CONSOMEM ALIMENTOS (LÍQ. OU SÓL.) DIFERENTES DO LEITE MATERNO – AMC OU SEM AM)			
15	Com que idade (em dias) o (a) <criança> recebeu leite artificial pela primeira vez? (SE NI → PULAR PARA A QUESTÃO 19)	___ __ __ dias NI (888) IGN (999)	idadeleiteart _ _  _ _
16	Qual o primeiro tipo de leite oferecido para o (a) <criança>?	Leite de vaca fluido (1) Leite de vaca fluido diluído (2) Leite de vaca em pó (3) Fórmulas infantil (4) Leite de soja (5) Leite de cabra (6) Não sabe (8) IGN (9)	tipoleiteart _
17	Qual o motivo da introdução de outro leite/mamadeira para o (a) <criança>?	Choro da criança (1) Leite fraco/insuficiente (2) Orientação médica (3) Orientação de terceiros (4) Trabalho fora de casa (5) Outros (6) IGN (9)	motivoutroleite e  _
18	Qual o tipo de leite utilizado ATUALMENTE em casa para o (a) <criança>?	Leite de vaca fluido (1) Leite fluido diluído (2) Leite de vaca em pó (3) Fórmulas infantil (4)	leiteatual  _
		Leite de soja (5) Leite de cabra (6) Não está recebendo LA (7) IGN (9)	
19	Nos últimos 6 meses, o (a) <criança> começou a receber chá, suco de fruta ou qualquer outro líquido ou alimento? (SE AINDA ESTIVER EM AM → PULAR PARA O BLOCO 4.2 – QUESTÃO 01)	Não (0) Sim (1) IGN (9)	outroalim  _
<b>SEM ALEITAMENTO MATERNO</b> (TODAS AS CRIANÇAS QUE NÃO RECEBEM LEITE MATERNO ATUALMENTE)			

20	Até que idade (em dias) o (a) <criança> recebeu leite materno, independentemente de ter recebido outros alimentos?	___ __ dias Não sabe (888) IGN (999)	idademamou1  _ _ _ _
21	Quando o (a) <criança> estava mamando, quantas vezes por dia (nas 24h) a senhora dava de mamar?	___ __ vezes Não sabe (88) IGN (99)	vezesdiamamo u  _ _ _
22	Quando o (a) <criança> estava mamando, quanto tempo ela ficava no peito?	___ __ minutos	duracaomamad a  _ _ _ _

#### 4.4. ESCALA DE AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO (BSES-SF)

##### ALEITAMENTO MATERNO

(TODAS AS CRIANÇAS QUE RECEBEM LEITE MATERNO EXCLUSIVO OU NÃO)

*“Agora irei fazer algumas afirmações sobre até que ponto a senhora está confiante em amamentar o (a) <criança> nos últimos 6 meses. Para cada uma das seguintes afirmações, por favor, me fale a opção que está mais próximo de como a senhora se sente melhor. Não se preocupe, pois não existe uma resposta certa ou errada.”*

01	Você sente quando o(a) <criança> está mamando o suficiente?	<b>Discordo totalmente (1)</b> <b>Discordo (2)</b> <b>Às vezes concordo (3)</b> <b>Concordo (4)</b> <b>Concordo totalmente (5)</b>	bses01  _ _
02	Você sempre lida com amamentação com sucesso, da mesma forma que lida com outros desafios? (Supera com sucesso a amamentação e as demais situações da vida)		bses02  _ _
03	Você sempre alimenta o(a) <criança> sem usar leite em pó como suplemento?		bses03  _ _
04	Você sempre percebe se o(a) <criança> está pegando o peito direitinho durante toda a mamada?		bses04  _ _
05	Você sempre lida com a amamentação de forma a se satisfazer?		bses05  _ _
06	Você sempre pode amamentar mesmo se o(a) <criança> estiver chorando?		bses06  _ _
07	Você sempre sente vontade de continuar amamentando?		bses07  _ _
08	Você sempre pode dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da sua família?		bses08  _ _
09	Você sempre fica satisfeita com a sua experiência de amamentar?		bses09  _ _
10	Você sempre pode lidar com o fato de que amamentar exige tempo? (Mesmo consumindo o seu tempo você quer amamentar)		bses10  _ _
11	Você sempre amamenta o(a) <criança> em um peito e depois muda para o outro?		bses11  _ _
12	Você sempre continua amamentando o(a) <criança> a cada alimentação dele? (A cada mamada)		bses12  _ _
13	Você sempre consegue adequar as suas necessidades as necessidades do(a) <criança>? (Organiza suas necessidades de banho, sono, alimentação com a amamentação do bebê)		bses13  _ _
14	Você sempre sabe quando o(a) <criança> terminou a mamada?		bses14  _ _

<b>BLOCO 12. QUALIDADE DE VIDA</b>			
<i>“As próximas perguntas são como a Sra. tem se sentido NAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS, com relação à sua qualidade de vida, saúde e sua vida”</i>			
<i>“De uma maneira geral, nas últimas 2 semanas....”</i>			
<b>Nº</b>	<b>Perguntas</b>	<b>Respostas</b>	<b>Variável</b>
<b>01</b>	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	Muito ruim (1) Ruim (2) Nem ruim nem boa (3) Boa (4) Muito boa (5)	whoqol 01  __
<b>02</b>	Quão satisfeita você está com a sua saúde?	Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3) Satisfeito (4) Muito satisfeito (5)	whoqol 02  __
<b>03</b>	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	Nem um pouco (1) Pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Totalmente (5)	whoqol 03  __
<b>04</b>	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?		whoqol 04  __
<b>05</b>	O quanto você aproveita a vida?		whoqol 05  __
<b>06</b>	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?		whoqol 06  __
<b>07</b>	O quanto você consegue se concentrar?		whoqol 07  __
<b>08</b>	Quão segura você se sente em sua vida diária?		whoqol 08  __
<b>09</b>	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?		whoqol 09  __
<b>As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas 2 semanas.</b>			
<b>10</b>	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	Nem um pouco (1) Pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Totalmente (5)	whoqol 10  __
<b>11</b>	Você é capaz de aceitar sua aparência física?		whoqol 11  __
<b>12</b>	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?		whoqol 12  __
<b>13</b>	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?		whoqol 13  __
<b>14</b>	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?		whoqol 14  __
<b>As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas 2 semanas.</b>			
<b>15</b>	Quão bem você é capaz de se locomover?	Muito ruim (1) Ruim (2) Nem ruim nem boa (3) Boa (4) Muito boa (5)	whoqol 15  __
<b>16</b>	Quão satisfeita você está com o seu sono?	Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3) Satisfeito (4) Muito satisfeito (5)	whoqol 16  __
<b>17</b>	Quão satisfeita você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?		whoqol 17  __
<b>18</b>	Quão satisfeita você está com sua capacidade para o trabalho?		whoqol 18  __
<b>19</b>	Quão satisfeita você está consigo mesmo?		whoqol 19  __
<b>20</b>	Quão satisfeita você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?		whoqol 20  __
<b>21</b>	Quão satisfeita você está com sua vida sexual?		whoqol 21  __
<b>22</b>	Quão satisfeita você está com o apoio que você recebe de seus amigos?		whoqol 22  __
<b>23</b>	Quão satisfeita você está com as condições do local onde mora?		whoqol 23  __
<b>24</b>	Quão satisfeita você está com o seu acesso aos serviços de saúde?		whoqol 24  __
<b>25</b>	Quão satisfeita você está com o seu meio de transporte?		whoqol 25  __
<b>As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas 2 semanas.</b>			
<b>26</b>	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	Nunca (1) Algumas vezes (2) Frequentemente (3) Muito frequentemente (4) Sempre (5)	whoqol 26  __

**BLOCO 13. DEPRESSÃO MATERNA***“Agora vamos falar um pouco sobre seus sentimentos”.*

<b>Nº</b>	<b>Perguntas</b>	<b>Respostas</b>	<b>Variável</b>
<b>Diga a opção que melhor reflete como a Sra. tem se sentido nos últimos 7 dias</b> <b>LER AS OPÇÕES</b>			
<b>01</b>	Você tem sido capaz de rir e achar graça das coisas?	Como sempre fiz (0) Não tanto quanto antes (1) Sem dúvida, menos que antes (2) De jeito nenhum (3)	epds01  __
<b>02</b>	Você tem pensado no futuro com alegria?	Sim, como de costume (0) Um pouco menos que de costume (1) Muito menos que de costume (2) Praticamente não (3)	epds02  __
<b>03</b>	Você tem se culpado sem razão quando as coisas dão errado?	Não, de jeito nenhum (0) Raramente (1) Sim, às vezes (2) Sim, muito frequentemente (3)	epds03  __
<b>04</b>	Você tem ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão?	Sim, muito seguido (3) Sim, às vezes (2) De vez em quando (1) Não, de jeito nenhum (0)	epds04  __
<b>05</b>	Você tem se sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo?	Sim, muito seguido (3) Sim, às vezes (2) Raramente (1) Não, de jeito nenhum (0)	epds05  __
<b>06</b>	Você tem se sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do seu dia-a-dia?	Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles (3) Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem, como antes (2) Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles (1) Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes (0)	epds06  __
<b>07</b>	Você tem se sentido tão infeliz que tem tido dificuldade de dormir?	Sim, na maioria das vezes (3) Sim, algumas vezes (2) Raramente (1) Não, nenhuma vez (0)	epds07  __
<b>08</b>	Você tem se sentido triste ou muito mal?	Sim, na maioria das vezes (3) Sim, muitas vezes (2) Raramente (1) Não, de jeito nenhum (0)	epds08  __
<b>09</b>	Você tem se sentido tão triste que tenha chorado?	Sim, a maior parte do tempo (3) Sim, muitas vezes (2) Só de vez em quando (1) Não, nunca (0)	epds09  __
<b>10</b>	Você tem pensado em fazer alguma coisa contra si mesma?	Sim, muitas vezes (3) Às vezes (2) Raramente (1) Nunca (0)	epds10  __



## ANEXOS

### A – Normas de submissão: Cadernos de Saúde pública

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

#### 1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTESE SEÇÕES

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 2.200 palavras);

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prospere/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais);

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais);

1.6 – Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa;

1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

## 2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

## 3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 – Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 – Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 – As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov • International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

#### 4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

#### 5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

#### 6. COLABORADORES

6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos:

1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados;
2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual;
3. Aprovação final da versão a ser publicada;
4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3 – Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

## 7. AGRADECIMENTOS

7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

## 8. REFERÊNCIAS

8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos (Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos). Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 – No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

## 9. NOMENCLATURA

9.1 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

## 10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 – Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 – Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento

integral de princípios éticos e legislações específicas. 10.5 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

## 11. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

11.1 – Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 – Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

11.3 – Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.4 – Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. ENVIO DO ARTIGO 12.1 – A submissão on-line é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

12.2 – A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 – Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 – O título completo (no idioma original do artigo) deve ser conciso e informativo, e conter, no máximo, 150 caracteres com espaços.

12.5 – O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 – As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.

12.7 – Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados. Não se aceitam equações e caracteres especiais (por ex: letras gregas, símbolos) no resumo.

12.7.1 – Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. (leia mais)

12.8 – Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 – Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 – Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências. 12.11 – O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1MB.

12.12 – O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 – O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 – Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 – Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 – Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite.

12.17 – Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 – Tabelas. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

12.19 – Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 – Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 – Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 – As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

12.23 – Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). 12.24 – As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

12.25 – Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 – Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, 111 polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 – Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 – Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-

mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: [cspartigos@ensp.fiocruz.br](mailto:cspartigos@ensp.fiocruz.br).

### 13. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

13.1 – O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

### 14. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

14.1 – Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

### 15. PROVA DE PRELO

15.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>). Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o link do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>, utilizando login e senha já cadastrados em nosso site. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo:

15.2.1 – Na aba "Documentos", baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições);

15.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

15.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

15.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba "Autores", pelo autor de correspondência. O upload de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

15.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

15.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

15.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

15.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba "Conversas", indicando o número da linha e a correção a ser feita.

15.3 – As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>) no prazo de 72 horas.

**B:** Escala de autoeficácia da amamentação – forma curta

	Discordo totalmente		Concordo totalmente		
	1	2	3	4	5
1. Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente.	1	2	3	4	5
2. Eu sempre lido com amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios. (Supera com sucesso a amamentação e as demais situações da vida).	1	2	3	4	5
3. Eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento.	1	2	3	4	5
4. Eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada.	1	2	3	4	5
5. Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer.	1	2	3	4	5
6. Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando.	1	2	3	4	5
7. Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando.	1	2	3	4	5
8. Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família.	1	2	3	4	5
9. Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar.	1	2	3	4	5
10. Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo. (Mesmo consumindo o meu tempo eu quero amamentar).	1	2	3	4	5
11. Eu sempre amamento meu bebê em um peito e depois mudo para o outro.	1	2	3	4	5
12. Eu sempre continuo amamentando meu bebê a cada alimentação dele. (a cada mamada).	1	2	3	4	5
13. Eu sempre consigo adequar as minhas necessidades às necessidades do bebê. (Organizo minhas necessidades de banho, sono, alimentação com a amamentação do bebê).	1	2	3	4	5
14. Eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada.	1	2	3	4	5

C: Anuência da Superintendente de Atenção à Saúde (SUAS) da Secretaria da Saúde do Estado de Alagoas.



ESTADO DE ALAGOAS  
SECRETARIA DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE - SUAS  
Av. da Paz, 978 – Jaraguá - Maceió - AL – CEP: 57025-050  
Fone: (82) 3315-1127 - CNPJ.: 12.200.259/0001-65

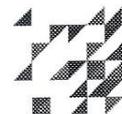
### CARTA DE ANUÊNCIA

Considerando as prioridades da assistência e cuidados à saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), atendidos pela Maternidade do Hospital Geral IB Gatto Falcão, considerando a finalidade em foco à compreensão das práticas de alimentação infantil adotadas pelas mães e à avaliação de parâmetros de crescimento e desenvolvimento de seus filhos, durante o período da primeira infância, a Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas (Sesau), através da Superintendência de Atenção à Saúde (SUAS) concorda que a pesquisa “**Saúde, Alimentação, Nutrição e Desenvolvimento Infantil – SAND: um estudo de coorte**”, coordenada pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Giovana Longo Silva, da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas, seja realizada na Maternidade do Hospital Geral IB Gatto Falcão do município de Rio Largo/AL, campo de prática acadêmica segundo a Portaria 01/2011 (Normatização de Estágio nas Unidades e Centro Administrativo desta Secretaria).

Salientando que o início do estudo fica condicionado à aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, e à conclusão do Projeto da Pesquisa, a Coordenadora de Pesquisa deverá **enviar cópia do consolidado dos dados do mesmo à Gestão de Educação em Saúde/GEVP/SESAU**, para subsidiar novos estudos e/ou fundamentar ações de saúde desta Secretaria.

Maceió, 05 de abril de 2016.

Lorella Marianne Chiappetta  
Superintendente de Atenção a Saúde - SUAS



**D:** Protocolo de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFAL: CAAE: 55483816.9.0000.5013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALAGOAS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Saúde, Alimentação, Nutrição e Desenvolvimento Infantil - SAND: um estudo de coorte

**Pesquisador:** Giovana Longo Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 55483816.9.0000.5013

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Alagoas

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.541.581

**Apresentação do Projeto:**

"A pesquisa será desenvolvida no município de Rio Largo/AL. Existe no município apenas um hospital (Hospital Geral Prof. Ib Gatto), o qual dispõe de uma maternidade e atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A população de estudo será composta por crianças nascidas entre novembro de 2016 e junho de 2018 – e suas respectivas mães – no recém reestruturado Hospital Geral Prof. Ib Gatto Falcão. Dentro do período de 12 meses de seguimento, serão realizadas cinco cortes no tempo para a coleta de dados, a saber: na ocasião do nascimento (primeiras 24 horas pós-parto na maternidade) e no 3º, 6º, 9º e 12º mês de vida das crianças, por meio de visitas domiciliares. Em relação a logística do projeto, as atividades em campo serão desenvolvidas por três equipes devidamente treinadas para a aplicação dos questionários, realização das técnicas antropométricas e no uso do hemoglobímetro portátil"

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Nosso propósito é estabelecer a coorte intitulada "Saúde, Alimentação, Nutrição e Desenvolvimento Infantil" (SAND) que acompanhará crianças do município de Rio Largo/AL desde o nascimento até os 12 meses de idade, buscando estudar aspectos relacionados a saúde,

**Endereço:** Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A - C. Simões.  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900  
**UF:** AL **Município:** MACEIO  
**Telefone:** (82)3214-1041 **Fax:** (82)3214-1700 **E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.541.581

alimentação, nutrição e desenvolvimento, e compreender as práticas de alimentação infantil adotadas pelas mães no primeiro ano de vida.

Objetivo Secundário:

1. Avaliar a duração do aleitamento materno exclusivo (AME) e aleitamento materno predominante (AMP), caracterizando a qualidade da alimentação complementar, identificando fatores de risco biológicos, maternos, familiares, domiciliares, sociais e econômicos para interrupção precoce do AME e AMP;
2. Avaliar os desvios nutricionais e o padrão de crescimento entre os lactentes, identificando os determinantes alimentares, biológicos, maternos, familiares, domiciliares, sociais e econômicos destas condições;
3. Avaliar o desenvolvimento dos lactentes no primeiro ano de vida identificando os fatores nutricionais, biológicos, maternos, familiares, domiciliares, sociais e econômicos associados ao atraso do desenvolvimento psicomotor;
4. Descrever as características maternas de saúde e nutrição. Descrever as características familiares e domiciliares nas quais o par mãe-filho(a) estão inseridos;
5. Investigar a ocorrência de morbidades infecciosas e parasitárias e hospitalizações e sua relação com déficits nutricionais nos lactentes;
6. Caracterizar o espaço geográfico quanto aos pontos de venda de alimentos e instalações de lazer inseridos no perímetro urbano do município de Rio Largo.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

O risco desta pesquisa classifica-se como "risco mínimo", os quais se referem à coleta de sangue por punção digital, entrevista e obtenção das medidas antropométricas. Visando evitar tais situações os pesquisadores serão previamente treinados e farão uso de aparelhos calibrados, agulhas descartáveis, super finas, que praticamente não causam dor (ressaltando que a coleta de sangue ocorre por pequena perfuração na ponta do dedo)

e armazenando de forma sigilosa e segura todos os instrumentos e dados da pesquisa.

Benefícios:

Para a população do estudo, os benefícios diretos se referem a identificação da situação de saúde

**Endereço:** Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A - C. Simões,  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900  
**UF:** AL **Município:** MACEIO  
**Telefone:** (82)3214-1041 **Fax:** (82)3214-1700 **E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 1.541.581

e nutrição, e os indiretos incluem: identificação da situação de saúde e nutrição, planejamento de intervenções e melhoria da qualidade de vida da comunidade.

Esta proposta, se aprovada, consistirá no primeiro estudo de coorte realizado no Estado de Alagoas com o objetivo de gerar informações detalhadas sobre comportamento alimentar, crescimento e desenvolvimento de crianças durante o primeiro ano de vida, investigando ainda fatores associados ao contexto domiciliar, familiar, materno e biológico, que possibilitem a compreensão aprofundada destes elementos/eventos. O financiamento deste

projeto viabilizará o início de uma pesquisa que tem como propósito manter o seguimento das crianças até o final da fase pré-escolar (59 meses de idade)

O RELATOR CONCORDA COM OS RISCOS E A MINIMIZAÇÃO DOS MESMOS APONTADOS PELO PESQUISADOR, BEM COMO OS BENEFÍCIOS APONTADOS.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A Pesquisa é relevante no contexto que se insere e também os desdobramentos da mesmas, possibilitando uma análise da situação existente no ambiente estudado sobre a nutrição e desnutrição infantil.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos analisados foram: TCLE, FOLHA DE ROSTO DO PROJETO, PROJETO COMPLETO, CRONOGRAMA, CARTA DE ANUÊNCIA DO PESQUISADOR, CARTA DE INTENÇÃO DA PESQUISA, CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO EXECUTORA, DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DA RESOLUÇÃO 466/12, CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE AUTORIZANDO A REALIZAÇÃO DA PESQUISA NA RESPECTIVA MATERNIDADE DE RIO LARGO.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Protocolo de pesquisa encontra-se de acordo com as exigências da Resolução 466/12.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_679929.pdf	26/04/2016 09:18:07		Aceito

**Endereço:** Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900  
**UF:** Al **Município:** MACEIO  
**Telefone:** (82)3214-1041 **Fax:** (82)3214-1700 **E-mail:** comitedeeticautal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 1.541.581

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCOMPLETONOVO.pdf	26/04/2016 09:16:10	Giovana Longo Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLENOVO.pdf	26/04/2016 09:15:41	Giovana Longo Silva	Aceito
Outros	ANEUENCIASESAU.pdf	25/04/2016 14:54:45	Giovana Longo Silva	Aceito
Declaração de Manuseio Material Biológico / Biorepositório / Biobanco	DECLARACAOORESULUCAO466.pdf	17/03/2016 10:11:30	Giovana Longo Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIAINSTITUICAOEXECUTORA. pdf	17/03/2016 10:10:44	Giovana Longo Silva	Aceito
Outros	EQUIPE.docx	17/03/2016 10:09:37	Giovana Longo Silva	Aceito
Outros	INTENCAOPESQUISA.pdf	17/03/2016 10:09:15	Giovana Longo Silva	Aceito
Outros	APRESENTACAOPROJETODEPESQUI SA.pdf	17/03/2016 10:06:37	Giovana Longo Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ANUENCIAPEQUISADORES.pdf	17/03/2016 10:04:06	Giovana Longo Silva	Aceito
Orçamento	ORCAMENTODETALHADO.docx	17/03/2016 10:00:23	Giovana Longo Silva	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	17/03/2016 09:56:13	Giovana Longo Silva	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	17/03/2016 09:55:17	Giovana Longo Silva	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MACEIO, 12 de Maio de 2016

Assinado por:  
**Deise Juliana Francisco**  
(Coordenador)

**Endereço:** Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900  
**UF:** AL **Município:** MACEIO  
**Telefone:** (82)3214-1041 **Fax:** (82)3214-1700 **E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com

**E:** Financiamento Edital PPSUS/FAPEAL-Programa Pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em Saúde Decit-SCTIE-MS/CNPq/ FAPEAL/ SESAU-AL Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas (FAPEAL): Processo nº 60030 000846/2016.



## DIVULGAÇÃO DO RESULTADO FINAL APÓS O JULGAMENTO DOS RECURSOS

### CHAMADA FAPEAL 06/2016

### PROJETOS APROVADOS E FINANCIADOS, POR ORDEM DE CLASSIFICAÇÃO E PRIORIZAÇÃO PELO COMITÊ GESTOR NACIONAL DO PPSUS

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas (FAPEAL), em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas (SESAU-AL), o Ministério da Saúde (MS) e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), divulgam o resultado da **CHAMADA FAPEAL 06/2016 - PPSUS Programa Pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em Saúde Decit-SCTIE-MS/CNPq/ FAPEAL/ SESAU-AL**

Esse Chamamento Público foi concebido para apoiar projetos de pesquisa nos cinco eixos temáticos estabelecidas como prioritários para o Estado de Alagoas, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

Foram aprovadas e financiadas 19 (dezenove) propostas, relacionadas abaixo.

	COORDENADOR	TÍTULO DO PROJETO	Nº DO PROCESSO	VALOR APROVADO (R\$)
1	IRINALDO DINIZ BASÍLIO JÚNIOR	Desenvolvimento de membranas de poli (ácido láctico-co-ácido glicólico) – PLGA em associação com Própolis Vermelha como alternativa no tratamento de feridas cutâneas.	60030 000852/2016	43.050,00
2	REGIANNE UMEKO KAMIYA	Epidemiologia do Câncer de Cabeça e Pescoço: carcinógenos, infecções bucais associadas, avaliação de tratamentos odontológicos e nutricionais paliativos e identificação de marcadores genéticos e epigenéticos.	60030 000886/2016	136.528,31
3	GIOVANA LONGO SILVA	Saúde, Alimentação, Nutrição e Desenvolvimento Infantil - SAND: um estudo de coorte.	60030 000846/2016	49.642,00
4	ALANE CABRAL MENEZES DE OLIVEIRA	Caracterização de biomarcadores inflamatórios e de desequilíbrio redox em gestantes com pré-eclâmpsia: relação com o estado nutricional e com as repercussões maternas e fetais.	60030 000818/2016	75.300,00
5	ELTON LIMA SANTOS	Avaliação do potencial toxicológico de formulações puras e comerciais do piripoxifeno (pesticida de combate a dengue e zika) (tiger 100 ec®) em oreochromis niloticus (tilápia do nilo) e seus efeitos na qualidade da água.	60030 000839/2016	36.750,75
6	CAMILA BRAGA DORNELAS	Prevenção primária e secundária nas leishmanioses - Investigação de extrato de própolis vermelha de Alagoas em co-terapia com Glucantime®.	60030 000829/2016	79.600,00
7	SUSANE VASCONCELOS ZANOTTI	Caracterização de Distúrbios da diferenciação do sexo em Alagoas: uma abordagem multidisciplinar no SUS.	60030 000898/2016	231.800,00
8	DÉBORA DE SOUZA SANTOS	Práticas e Tecnologias de Educação Permanente em Saúde – Pesquisa-intervenção com foco no processo de trabalho de equipes de Saúde da Família.	60030 000835/2016	27.574,00