



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**LUZIA CAMILA COELHO FERREIRA**

**AVALIAÇÃO DA TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO COM PUÉRPERAS EM  
ALOJAMENTO CONJUNTO**

**FORTALEZA**

**2025**

**LUZIA CAMILA COELHO FERREIRA**

**AVALIAÇÃO DA TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO COM PUÉRPERAS EM  
ALOJAMENTO CONJUNTO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Grau de mestre em Enfermagem.

Orientador: Profa. Dra. Mariana Cavalcante Martins

Coorientador: Profa. Dra. Lorena Pinheiro Barbosa

FORTALEZA

2025



**LUZIA CAMILA COELHO FERREIRA**

**AVALIAÇÃO DA TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO COM PUÉRPERAS EM  
ALOJAMENTO CONJUNTO**

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Grau de mestre em Enfermagem.

Aprovação em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profª. Dra. Mariana Cavalcante Martins (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Fabiane do Amaral Gubert (1º membro)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Regina Cláudia de Oliveira Melo (2º membro)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Francisca Elisângela Teixeira Lima (Membro suplente)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

*Aos meus pais, que, com amor incondicional, dedicação e exemplo de vida, sempre foram meu amparo e sustentação em todos os momentos. Pelo apoio constante, pelos conselhos sábios e pelo incentivo incansável, que me motivaram a perseverar diante dos desafios e me impulsionaram na construção da minha trajetória pessoal e profissional. Esta conquista é reflexo do esforço, dos valores e da força que sempre me transmitiram.*

## AGRADECIMENTOS

*A Deus, por me conceder vida, saúde e forças para perseverar em cada etapa desta jornada. Pela luz, pela sabedoria e pela paz que me sustentaram nos momentos de dificuldade e me guiaram até a concretização deste trabalho.*

*Aos meus pais, pelo amor incondicional, pelos valores que me transmitiram e pelo apoio constante em todos os momentos da minha vida. Pelo incentivo, paciência e compreensão, que foram fundamentais para que eu pudesse chegar até aqui.*

*À minha orientadora, Profa. Dra. Mariana Cavalcante Martins, pela competência, dedicação e disponibilidade em compartilhar seu conhecimento. Agradeço pela orientação cuidadosa, pelas contribuições valiosas e pelo incentivo que enriqueceram este estudo e o tornaram possível.*

*À minha coorientadora, Profa. Dra. Lorena Pinheiro Barbosa, pela atenção, pelo olhar crítico e pelas sugestões pertinentes, que aprimoraram o desenvolvimento desta pesquisa.*

*À banca examinadora, pela disponibilidade em avaliar este trabalho, pelas observações e sugestões que contribuíram para seu aprimoramento.*

*A todos que, de forma direta ou indireta, participaram desta caminhada, meu sincero agradecimento.*

*“O sucesso é a soma de pequenos esforços repetidos dia após dia.” (Robert Collier).*

## RESUMO

O aleitamento materno é a forma mais indicada de nutrir o bebê, trazendo benefícios para a criança e para a mãe. Entretanto, seu sucesso depende de uma técnica adequada de amamentação, uma vez que dificuldades nesse processo podem causar dor e desmame precoce. Contudo, ainda há limitações sobre o tema, com estudos de amostras pequenas e pouco controle de variáveis, o que reforça a necessidade de métodos confiáveis para avaliar a amamentação. Nesse contexto, o *Bristol Breastfeeding Assessment Tool* – versão brasileira (BBAT-VB) destaca-se por permitir uma análise estruturada da técnica de amamentação, identificando dificuldades e orientando intervenções. Assim, esta pesquisa teve como objetivo avaliar a técnica de amamentação do binômio mãe-filho no alojamento conjunto, utilizando o BBAT-VB. Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, envolvendo 503 puérperas assistidas em uma maternidade pública de Fortaleza - Ceará. A coleta de dados ocorreu no alojamento conjunto, por meio de entrevista individual, com aplicação de um formulário sociodemográfico e obstétrico e da versão brasileira da BBAT-VB, que avalia posicionamento, pega, sucção e deglutição, no qual cada item é pontuado de 0 (fraco) a 2 (bom), totalizando de 0 a 8 pontos. As observações foram realizadas durante mamadas espontâneas por equipe treinada. Os dados foram analisados no *Number Cruncher Statistical System* 2007, utilizando médias, desvios padrão, frequências e porcentagens, com categorização dos escores BBAT-VB de forma dicotômica: eficaz ( $\geq 7$ ) versus ineficaz/abaixo do ideal ( $\leq 6$ ). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade. Das 503 participantes do estudo, 55,5% foram classificadas com técnica de amamentação eficaz e 44,5% com técnica ineficaz. Segundo o BBAT-VB, os domínios foram classificados como bons para posicionamento (48,7%), pega (58,8%), sucção (76,9%) e deglutição (68,4%). Hábitos maternos e histórico de saúde apresentaram, em sua maioria, ausência de associação significativa com a técnica de amamentação, exceto o consumo de álcool, associado à técnica de amamentação ( $p=0,046$ ). Observaram-se associações significativas com número de filhos vivos ( $p=0,037$ ), sentir obrigação de amamentar ( $p=0,048$ ), produção de leite ( $p=0,015$ ), desenvolvimento de comorbidades maternas ( $p=0,036$ ), tipo de mamilo, com destaque para o protuso ( $p=0,017$ ), e manutenção do aleitamento

materno exclusivo ( $p=0,025$ ). Conclui-se que a técnica de amamentação esteve associada a características maternas, reprodutivas e clínicas, bem como a aspectos relacionados ao próprio processo de amamentar. Diante disso, destaca-se a necessidade de implementar protocolos assistenciais, estratégias educativas personalizadas e cuidados centrados no binômio mãe-bebê, com ênfase na prevenção do desmame precoce.

**Palavras-Chave:** Aleitamento Materno. Sucção. Técnicas de Alimentação. Alojamento Conjunto. Enfermagem.

## **ABSTRACT**

Breastfeeding is the most recommended form of infant nutrition, providing benefits for both the child and the mother. However, its success depends on an adequate breastfeeding technique, since difficulties during this process may cause pain and contribute to early weaning. Nevertheless, there are still limitations in the literature on this topic, including studies with small sample sizes and limited control of variables, which reinforces the need for reliable methods to assess breastfeeding. In this context, the Bristol Breastfeeding Assessment Tool – Brazilian version (BBAT-VB) stands out for enabling a structured assessment of breastfeeding technique, identifying difficulties and supporting interventions. Thus, this study aimed to evaluate the breastfeeding technique of the mother-child dyad in rooming-in care using the BBAT-VB. This was a cross-sectional study with a quantitative approach, involving 503 postpartum women assisted at a public maternity hospital in Fortaleza, Ceará, Brazil. Data collection took place in the rooming-in unit through individual interviews, using a sociodemographic and obstetric questionnaire and the Brazilian version of the BBAT-VB, an instrument that evaluates positioning, latch, sucking, and swallowing. Each item is scored from 0 (poor) to 2 (good), resulting in a total score ranging from 0 to 8 points. Observations were carried out during spontaneous breastfeeding sessions by a previously trained team. Data were analyzed using the Number Cruncher Statistical System 2007, employing means, standard deviations, frequencies, and percentages, with dichotomous categorization of BBAT-VB scores into effective technique ( $\geq 7$ ) and ineffective/below ideal technique ( $\leq 6$ ). The study was approved by the institution's

Research Ethics Committee. Among the 503 participants, 55.5% were classified as having an effective breastfeeding technique, while 44.5% presented an ineffective technique. According to the BBAT-VB, the domains were classified as good for positioning (48.7%), latch (58.8%), sucking (76.9%), and swallowing (68.4%). Maternal habits and health history showed, for the most part, no significant association with breastfeeding technique, except for alcohol consumption ( $p=0.046$ ). Significant associations were also observed with the number of living children ( $p=0.037$ ), feeling obligated to breastfeed ( $p=0.048$ ), milk production ( $p=0.015$ ), development of maternal comorbidities ( $p=0.036$ ), nipple type, especially protruding nipples ( $p=0.017$ ), and maintenance of exclusive breastfeeding ( $p=0.025$ ). It was concluded that breastfeeding technique was associated with maternal, reproductive, and clinical characteristics, as well as aspects related to the breastfeeding process itself. Therefore, the need for implementing care protocols, personalized educational strategies, and mother-baby centered care is emphasized, with a focus on preventing early weaning.

**Keywords:** Breast Feeding. Sucking Behavior. Feeding Methods. Rooming-In Care. Nursing.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Descrição dos itens da escala BBAT.	29
<b>Quadro 2</b> – Classificação dos escores totais da BBAT-VB	30

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Dados sociodemográficos das mães, crianças e famílias, Fortaleza-CE, 2025.	34
<b>Tabela 2</b> – Hábitos maternos, uso de substâncias e histórico de saúde mental segundo a eficácia do aleitamento materno, Fortaleza-CE, 2025.	37
<b>Tabela 3</b> – Distribuição da eficácia no aleitamento materno segundo variáveis maternas e condições relacionadas à amamentação, Fortaleza, Ceará, 2025.	39
<b>Tabela 4</b> – Comparação das variáveis maternas, gestacionais e neonatais entre grupos com aleitamento materno eficaz e ineficaz, Fortaleza-CE, 2025.	40
<b>Tabela 5</b> – Avaliação da técnica de amamentação segundo a escala BBAT, Fortaleza-CE, 2025.	33

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alojamento Conjunto
AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
BAPT	<i>Breastfeeding Attrition Prediction Tool</i>
BAS	<i>Breastfeeding Assessment Score</i>
BBAT	<i>Bristol Breastfeeding Assessment Tool</i>
BBAT-VB	<i>Bristol Breastfeeding Assessment Tool – versão brasileira</i>
BEET	<i>Breastfeeding Evaluation and Education Tool</i>
BFCI	<i>Baby-Friendly Community Initiative</i>
BPEBI	<i>Breastfeeding Personal Efficacy Beliefs Inventory</i>
BREAST	<i>B-R-E-A-S-T-FEED Observation Form</i>
BSES	<i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale</i>
BSES-SF	<i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ENANI	Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil
IBFAT	<i>Infant Breastfeeding Assessment Tool</i>
IIFAS	<i>Iowa Infant Feeding Attitudes Scale</i>
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
LAT™	Lactation Assessment Tool
MBA	<i>Mother-Baby Assessment Tool Scoring System</i>
MBFES	<i>Maternal Breastfeeding Evaluation Scale</i>
MIBPT	<i>Mother-Infant Breastfeeding Progress Tool</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>1.1</b>	<b>Aleitamento materno: conceitos e benefícios para saúde materno e infantil</b>	<b>10</b>
<b>1.2</b>	<b>O cenário do alojamento conjunto e o aleitamento materno exclusivo</b>	<b>14</b>
<b>1.3</b>	<b>Instrumentos de avaliação da amamentação</b>	<b>16</b>
<b>1.4</b>	<b>Detalhamento do 21</b>	
<b>1.5</b>	<b>Aleitamento materno: políticas, estratégias e ações no Brasil e no mundo</b>	<b>20</b>
<b>1.6</b>	<b>Delimitação do problema de pesquisa</b>	<b>23</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS DA PESQUISA</b>	<b>25</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral</b>	<b>25</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>25</b>
<b>3</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b>	<b>26</b>
<b>3.1</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>26</b>
<b>3.2</b>	<b>Local do estudo</b>	<b>26</b>
<b>3.3</b>	<b>População e amostra</b>	<b>27</b>
<b>3.4</b>	<b>Coleta de dados</b>	<b>29</b>
<b>3.5</b>	<b>Análise dos dados</b>	<b>30</b>
<b>3.6</b>	<b>Aspectos éticos</b>	<b>31</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>33</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>44</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>49</b>
<b>7</b>	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>50</b>
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>59</b>
	<b>APÊNDICE B – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>61</b>
	<b>APÊNDICE C – FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DA PUÉRPERA E DO RECÉM-NASCIDO</b>	<b>63</b>
	<b>ANEXO A – BRISTOL BREASTFEEDING ASSESSMENT TOOL (BBAT)</b>	<b>67</b>
	<b>ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA</b>	<b>69</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa propôs-se a avaliar a técnica de amamentação do binômio mãe- filho no alojamento conjunto, utilizando o *Bristol Breastfeeding Assessment Tool* – versão brasileira (BBAT-VB). A proposta concentra-se na análise da técnica de amamentação, explorando aspectos fundamentais dessa prática, como o posicionamento do bebê, a pega correta e a sucção e a deglutição. A relevância desse enfoque está na importância do aleitamento materno (AM) como prática essencial para a promoção da saúde e do bem-estar de mães e neonatos.

De fato, o AM é considerado a melhor forma de alimentar os bebês. Ele não só oferece os nutrientes necessários para o crescimento saudável, não apenas fortalece o sistema imunológico, protegendo contra infecções. Além disso, contribui para reduzir os riscos de doenças crônicas ao longo da vida da criança, como obesidade e diabetes. Para as mães, amamentar favorece a recuperação após o parto, auxilia no espaçamento natural entre gestações e reduz os riscos de problemas de saúde (Hossain; Mhrshahi, 2022; Muro-Valdez, 2023; OPAS, 2024).

No entanto, para que esses benefícios sejam plenamente alcançados, a técnica de amamentação precisa ser realizada de maneira adequada. Problemas na técnica, como pega incorreta ou posicionamento inadequado, podem causar desconforto e, em muitos casos, levar ao desmame precoce. Uma técnica adequada correta é importante para que a amamentação se torne uma experiência positiva. Apesar disso, muitas mães enfrentam desafios no início desse processo, como dor, fissuras mamilares e dificuldades na transferência de leite ao bebê. Essas questões, quando não resolvidas, podem gerar frustração e até mesmo o abandono da prática. Por isso, a avaliação da técnica de amamentação contribui para fortalecer o vínculo entre mãe e bebê, favorecendo que ambos usufruam dos benefícios da amamentação (Kluwer, 2024; Brasil, 2024a).

Nesse contexto, o alojamento conjunto é um espaço privilegiado para o início da amamentação. A proximidade constante entre mãe e bebê nesse ambiente cria condições favoráveis para que as mães recebam orientações e aprendam a amamentar de forma segura e eficiente. Todavia, a ausência de ferramentas padronizadas para avaliar a técnica de amamentação, muitas vezes, dificulta o trabalho dos profissionais de saúde (Brasil, 2016; Machado; Andrés, 2021).

Nesse íterim, o BBAT-VB emerge como um instrumento capaz de

identificar dificuldades na técnica de amamentação e subsidiar intervenções personalizadas, qualificando o atendimento no alojamento conjunto e preparando as mães para a continuidade do aleitamento materno após a alta (Moini *et al.*, 2023; Schlatter *et al.*, 2019).

Diante da proposta apresentada, a introdução foi organizada nos seguintes tópicos: os conceitos e benefícios do aleitamento materno para a saúde materno-infantil; o cenário do alojamento conjunto e sua relação com a prática do aleitamento materno; os instrumentos utilizados para avaliação da técnica de amamentação; e as políticas, estratégias e ações empregadas no Brasil e no mundo para promover o aleitamento materno

### **1.1 Aleitamento materno: conceitos e benefícios para saúde materno e infantil**

O aleitamento materno (AM) é a oferta de leite materno, direto da mãe ou ordenhado, com ou sem outros alimentos. De modo mais específico, trata-se da nutrição do bebê pelo leite produzido nas glândulas mamárias maternas. Mais que a simples transferência de leite, o AM integra um sistema biopsicossocial que evoluiu na história dos mamíferos para promover a saúde e a sobrevivência materno-infantil (Organização Mundial de Saúde, 2005; Pérez-Escamilla *et al.*, 2023).

Além disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil classificam o AM em: aleitamento materno exclusivo (AME), predominante e complementado, misto ou parcial. No AME, o leite materno é a única fonte de nutrição, exceto por vitaminas e medicamentos. O AM predominante permite água e bebidas à base de água, enquanto o AM complementado inclui alimentos sólidos ou semissólidos. Já o aleitamento misto refere-se ao uso combinado de leite materno e outros leites (Brasil, 2016; OMS, 2005).

Quanto à produção do leite materno, ela é regulada pelo eixo hipotálamo-hipófise e impulsionada pelos hormônios ocitocina e prolactina, que promovem a síntese e liberação do leite em fases. Esse processo começa com o colostro, rico em proteínas e imunoglobulinas, e, após 30 a 40 horas do parto, passa para o leite maduro, composto por leite inicial (mais lactose) e leite final (com mais proteínas e gorduras) (Kalarikkal; Pfleghaar, 2024).

Assim, a OMS recomenda o AME até os seis meses e a continuidade até os dois anos ou mais, com outros alimentos. Apesar dessa recomendação, menos da

metade dos bebês com menos de seis meses é amamentada exclusivamente. Estima-se, portanto, que mais de 820.000 vidas de crianças poderiam ser salvas anualmente com práticas ideais de amamentação. Há variações de AM, especialmente de AME, entre as diferentes regiões do mundo (OMS, 2023, 2024).

Nessa perspectiva, considera-se que a média global de AME para bebês menores de seis meses é de 42%, o que representa uma melhora desde 1995, porém ainda abaixo da meta de 50% estabelecida para 2025. Esse progresso é mais lento em países de alta renda, com média de 25% na Região Europeia (Baker *et al.*, 2021; Brugailères *et al.*, 2024).

Por outro lado, no Sul da Ásia e em algumas áreas da África, as taxas de início da amamentação são elevadas, embora a duração geralmente permaneça abaixo do recomendado. Na Região do Mediterrâneo Oriental, por exemplo, a média de amamentação contínua é de 41,5%, atribuída à implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Abul-Fadl; Ayoub, 2019; Agho *et al.*, 2021).

Em regiões como Europa Ocidental, Austrália e América do Norte, outros problemas que interferem no AM surgem, como a maior prevalência do uso de mamadeira. Já no Oriente Médio e no Norte da África, observa-se um aumento no uso de fórmulas, o que dificulta a promoção do AM. Como exemplo, na Arábia Saudita, 97,3% das crianças iniciam o AM, mas apenas 28% mantêm AME até os seis meses, evidenciando variações regionais influenciadas por fatores socioeconômicos (Alyousefi, 2021; Dabelah *et al.*, 2023).

No caso do Brasil, o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) de 2019 indicou que 96,2% das crianças menores de dois anos foram amamentadas em algum momento, e 62,4% iniciaram o AM na primeira hora de vida. A prevalência de AME até os seis meses foi de 45,8%, variando entre 54,3% no Sul e 39% no Nordeste (Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2019).

Sabe-se que a introdução de alimentos complementares antes dos seis meses não traz benefícios e pode implicar riscos, como aumento de diarreias, hospitalizações e redução na absorção de nutrientes essenciais. A relevância do AM é evidenciada pelo fato de que o leite materno continua a suprir uma parcela significativa das necessidades nutricionais após os seis meses, promovendo proteção contra infecções e contribuindo para a redução da mortalidade associada (UNICEF, 2024).

Complementando essas observações, a Organização Pan-Americana da

Saúde (OPAS) destaca que o AM reduz o sobrepeso, obesidade e diabetes tipo 2 na infância, além de estar associado a menor incidência de leucemia e síndrome da morte súbita infantil. Além disso, o AME também favorece o desenvolvimento cognitivo, com aumento médio de 3,4 pontos nos indicadores de inteligência (OPAS, 2024).

Quanto aos efeitos específicos para a saúde da criança, o AM favorece o desenvolvimento neurológico e a regulação da microbiota intestinal. Compostos específicos do leite materno, como a 2'-fucosil-lactose e o ácido siálico, promovem a plasticidade sináptica e a formação de conexões neurais, aprimorando o desenvolvimento cognitivo e a resposta imunológica (Muro-Valdez, 2023).

Corroborando os benefícios do aleitamento para a saúde infantil, uma revisão de 70 estudos associou o AME até os seis meses a uma redução do risco de infecções em crianças, sobretudo em contextos de vulnerabilidade. Esses benefícios incluíram a diminuição da incidência de diarreia, infecções gastrointestinais e respiratórias, e outras condições como febre, infecção urinária, sepse e otite média (Hossain; Mhrshahi, 2022).

Outro ponto a ser destacado é que os benefícios do AM se estendem ao meio ambiente e à saúde materna. Como prática sustentável, o AM utiliza um recurso renovável e de baixo impacto ambiental. Para a mãe, fortalece o vínculo com o bebê e reduz o risco de condições crônicas, como doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e hipertensão (Muro-Valdez, 2023; OPAS, 2024).

De acordo com o Ministério da Saúde, o leite materno é uma fonte sustentável de alimento, sem gerar poluição ou demandar energia, água ou combustível para produção, armazenamento e transporte, ao contrário dos substitutos. Além disso, reduz custos no sistema de saúde, minimizando o tratamento de doenças na infância e em outras fases da vida, e contribui para a nutrição, educação e saúde da sociedade (Brasil, 2024a).

Estudos indicam que a amamentação prolongada, definida como aquela que se estende além dos seis meses de vida do lactente, reduz os riscos de câncer de mama, ovário e endométrio, além de favorecer a resposta ao estresse, o controle da pressão arterial e a perda de peso no pós-parto. Evidências também associam a amamentação prolongada a uma menor incidência de doença hepática gordurosa não alcoólica, beneficiando a distribuição de gordura corporal e a sensibilidade à insulina (Ajmera, 2019; Tschiderer; Willeit; Peters, 2022).

Contudo, a continuidade do AME depende de fatores que influenciam

escolhas e comportamentos de mães e cuidadores. Hirai *et al.* (2022) identificaram associação do AME com multiparidade, estágio do parto, uso de ocitocina, parto com extração a vácuo, sangramento e peso ao nascer. Os pesquisadores concluíram que o uso de ocitocina, extração a vácuo e menor peso ao nascer como preditores significativos de comprometimento da amamentação exclusiva no primeiro mês.

Uma pesquisa transversal realizada com 5.237 bebês chineses menores de seis meses revelou que aproximadamente 30% desses bebês foram amamentados exclusivamente, enquanto 2,3% nunca foram amamentados e 3,2% interromperam a amamentação. As três principais razões para o não início da amamentação foram relato de ausência de leite materno (60,7%), doença materna (13,9%) e doença infantil (13,1%) (Shi *et al.*, 2021).

No mesmo estudo, fatores associados a manutenção do AME, incluíram educação materna elevada, emprego formal com licença-maternidade remunerada de pelo menos seis meses, apoio do cônjuge e de amigos próximos, uma sociedade que apoia a prática de amamentação, e maior conhecimento e experiência, como amamentação anterior bem-sucedida por pelo menos seis meses e início precoce da amamentação. Por outro lado, idade materna superior a 40 anos, parto cesáreo e histórico de doenças infantis foram associados ao AM não exclusivo (Shi *et al.*, 2021).

Ao avaliar os fatores sociodemográficos, maternos e neonatais que influenciam o início precoce da amamentação, pesquisadores observaram que apenas 30% das mães começaram a amamentar na primeira hora após o parto, e 9% não amamentaram. Metade dos motivos para não iniciar a amamentação estava ligada a fatores maternos, e 30%, a fatores neonatais. Notou-se que residir em áreas urbanas, ter maior escolaridade e ausência de orientação sobre amamentação nas consultas pré-natais aumentaram significativamente a chance de não iniciar a amamentação precocemente (Sharma; Oberoi; Moses, 2023).

Uma pesquisa sobre a prevalência e os fatores associados às intenções de AME durante os primeiros seis meses entre 2.479 gestantes no terceiro trimestre constatou que 60,8% delas planejaram amamentar exclusivamente nesse período. Após ajuste pela idade materna, a intenção de amamentar exclusivamente foi menor entre mães com pós-graduação. Mães que receberam apoio ao AME de cônjuges e pais apresentaram maior intenção de amamentar exclusivamente em comparação com aquelas que não receberam apoio. A participação em cursos de amamentação também se destacou como fator protetor independente nas intenções de AME entre

gestantes no final da gravidez (Zhao *et al.*, 2022).

Em relação à técnica de amamentação, ela não deve ser dolorosa. No início, algum desconforto pode surgir até que mãe e bebê se ajustem à prática, que precisa ser agradável para ambos. O bebê deve estar de frente para a mãe, próximo ao corpo dela, bem sustentado e com os braços soltos. A cabeça deve ficar alinhada ao peito, com o nariz à frente do mamilo. A sucção deve ocorrer quando o bebê abre bem a boca. Com uma pega adequada, o queixo toca a mama, os lábios ficam voltados para fora, o nariz livre, e a aréola superior é mais visível que a inferior. Caso o bebê faça sons como estalos ao mamar, ele pode estar engolindo ar, sendo importante verificar a pega e mantê-lo em posição vertical para evitar desconfortos. O ritmo próprio de cada bebê na amamentação deve ser respeitado (Kluwer, 2024; Brasil, 2024a).

Outros aspectos devem ser sinalizados como, os bebês não possuem horários fixos para mamar e geralmente demandam o peito várias vezes ao dia e à noite, especialmente nos primeiros meses; assim como o choro do bebê nem sempre indica fome, podendo ser sinal de desconforto, fraldas sujas ou necessidade de aconchego. Além disso, o leite do final da mamada, mais rico em gordura, contribui para a saciedade e o ganho de peso adequado do bebê (Brasil, 2024a).

Diante do que foi abordado é válido enfatizar que o AM é fundamental para a saúde integral da criança e da mãe, além de representar um recurso sustentável com benefícios econômicos e sociais. A compreensão das técnicas de amamentação, desafios e variações culturais que influenciam o sucesso do AME permite identificar intervenções eficazes para melhorar as taxas de adesão à amamentação. Assim, investimentos em políticas públicas, educação e apoio social fortalecem essa prática, contribuindo para a redução da morbimortalidade infantil, em diversos cenários, em especial, o alojamento conjunto sendo este espaço compartilhado entre mãe e bebê imediatamente após o pós-parto, na maioria das vezes.

## **1.2 O cenário do alojamento conjunto e o aleitamento materno exclusivo**

A proximidade e as interações entre o binômio mãe-filho no período pós-parto imediato são relevantes para a produção de leite materno e o sucesso da amamentação. Duas práticas tradicionais se destacam nesse contexto: o alojamento conjunto (AC), que mantém mãe e bebê no mesmo quarto durante a hospitalização, e

o cuidado separado, onde o bebê permanece no berçário e é levado até a mãe para amamentação, ou a mãe vai ao berçário para esse fim (Silva 2019).

O AC é definido como o espaço onde mãe e recém-nascido, clinicamente estáveis, permanecem juntos de forma integral após o nascimento até a alta hospitalar. Este ambiente oferece atenção integral à saúde da mãe e do bebê, promovendo benefícios como o fortalecimento do vínculo afetivo entre pai, mãe e filho, a interação de outros familiares com o recém-nascido e o apoio ao AM. A proximidade permite aos pais observar continuamente o bebê e comunicar prontamente qualquer anormalidade, reduzindo o risco de infecções associadas à assistência hospitalar. O AC também facilita o contato dos familiares com a equipe multiprofissional, que realiza orientações e atividades de educação em saúde para fortalecer o autocuidado e os cuidados com o bebê (Brasil, 2016).

A equipe multidisciplinar do AC é composta por profissionais de enfermagem, pediatria e obstetrícia, entre outros, que atuam em diversas frentes, incluindo a avaliação das puérperas e o apoio à amamentação. Os quartos e enfermarias do AC são projetados para oferecer conforto, privacidade e segurança, contando com equipamentos adequados para atendimento materno e neonatal. A alta é planejada de acordo com as necessidades individuais, após cumprimento de critérios específicos que garantem a segurança e o bem-estar da mãe e do recém-nascido, incluindo orientação sobre cuidados domiciliares e agendamento de retornos à unidade básica de saúde (Brasil, 2016; Machado; Andrés, 2021).

A relevância do AC é evidenciada em estudos que apontam seu papel na promoção da amamentação. Em Fortaleza, uma pesquisa indicou que a equipe de saúde deve estar preparada para orientar as mães sobre a amamentação, o que é facilitado pelo AC. Essa prática permite que as mães aprendam a amamentar de forma eficaz, contando com o suporte contínuo dos profissionais de saúde durante a internação (Duarte *et al.*, 2019).

Nessa perspectiva, outros estudos mostram que a proximidade física entre mãe e bebê fortalece o vínculo afetivo e aumenta as taxas de AME. A permanência do recém-nascido ao lado da mãe também reduz a incidência de desmame precoce, uma vez que as mães se sentem mais confiantes e apoiadas (Queiroz *et al.*, 2021; Rosado *et al.*, 2021).

Outro aspecto relevante do AC é a inclusão do parceiro no processo de cuidado. Estudos apontam que o apoio do pai pode aumentar a segurança emocional

da mãe e melhorar a experiência de amamentação. A presença do pai, que também recebe orientações sobre o manejo da amamentação, pode contribuir para um ambiente familiar mais coeso e favorecer ao AM. Além disso, o AC permite que as mães pratiquem a amamentação sob demanda, o que é importante para o estabelecimento de uma rotina saudável de alimentação para o recém-nascido (Rosado *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2023).

A relação entre o AC e o AME tem sido amplamente investigado na literatura. Uma revisão sistemática composta por sete estudos sobre o efeito do AC contínuo ou intermitente na duração do AME evidenciou um impacto positivo do AC no AME nos primeiros meses. Os estudos incluídos indicaram que bebês em AC apresentam leve superioridade na taxa de AME, sobretudo até os quatro meses, embora tal diferença não se mantenha significativa aos três e seis meses. Essa prática hospitalar mostra-se vantajosa para o apoio ao AME, sugerindo benefícios para políticas públicas que o promovam (Ng; Ho; Lee, 2019)

Um estudo transversal realizado no sul de Taiwan, com 160 primíparas, revelou que mães no alojamento conjunto (AC) completo, definido como a permanência de mães e bebês juntos no mesmo quarto por 24 horas por dia, em comparação ao AC parcial, onde os principais cuidados com o bebê são realizados no berçário e a permanência no quarto com a mãe é inferior a 24 horas, apresentaram maior taxa de parto vaginal (100% vs. 74,3%) e adesão ao AME durante a hospitalização (100% vs. 65,7%). Além disso, 80% das mães do AC completo optaram pela amamentação no pré-natal e receberam orientação abrangente, enquanto no grupo AC parcial essa taxa foi de apenas 2,1%. Essas diferenças persistiram até três meses pós-parto, com 85% das mães do grupo AC completo mantendo o AME, indicando que o AC completo e a educação pré-natal favorecem essa prática (Wu; Lu; Tsay, 2022).

Apesar dos benefícios, a literatura também aponta que o AC apresenta desafios, uma vez que fatores como dor materna e ansiedade podem dificultar a amamentação. Assim, a equipe multiprofissional deve oferecer suporte técnico e emocional para auxiliar as mães na superação dessas dificuldades. A prática de atividades educativas durante a internação contribui para esclarecer dúvidas e corrigir informações incorretas sobre amamentação, sendo o enfermeiro uma figura central nesse processo de educação em saúde (Machado; Andrés, 2021; Maliska, 2023; Pereira *et al.*, 2021; Schulz *et al.*, 2020).

O papel do enfermeiro no AC envolve orientar e educar as puérperas, com base em uma abordagem individualizada e humanizada. Como facilitador do processo de amamentação e adaptação pós-parto, o enfermeiro oferece apoio técnico e emocional, promovendo o bem-estar e a segurança do binômio mãe-bebê. Utilizando comunicação verbal e não verbal, além de recursos educativos, o enfermeiro atua para reduzir dúvidas e ansiedades das puérperas, abordando aspectos relacionados à amamentação, cuidados com o recém-nascido e autoconfiança materna (Silva *et al.*, 2021).

Dessa forma, acredita-se que a efetividade do AC como facilitador da amamentação pode ser ampliada com o uso de instrumentos de avaliação da técnica de amamentação, que permitem à equipe de saúde identificar e corrigir dificuldades específicas. A aplicação desses instrumentos assegura que mãe e bebê desenvolvam uma prática de aleitamento adequada, promovendo não apenas o sucesso da amamentação, mas também a segurança e o fortalecimento do vínculo materno.

### **1.3 Instrumentos de avaliação da amamentação**

Os instrumentos de avaliação da amamentação são ferramentas para examinar diferentes aspectos relacionados às práticas de amamentação, à confiança materna e aos comportamentos alimentares infantis. Uma revisão integrativa identificou 19 desses instrumentos, dos quais 12 foram validados e 05 passaram por adaptações transculturais. A aplicação dessas ferramentas abrangem: avaliação do risco de desmame, análise da percepção e dos comportamentos maternos na amamentação, avaliação do comportamento/condição materna e competências do lactente na amamentação, avaliação das competências do lactente na amamentação (Sartorio *et al.*, 2017).

Entre os instrumentos voltados à avaliação do risco de desmame precoce, destacam-se o *Breastfeeding Attrition Prediction Tool* (BAPT) e a *Breastfeeding Assessment Score* (BAS). O BAPT é uma escala Likert de 94 itens, com pontuação de 6 pontos e organizada em 4 subescalas, destinada a identificar mulheres com maior probabilidade de interromper a amamentação, devendo ser aplicada no puerpério imediato. Além disso, inclui nove questões do tipo “preencha a lacuna/circule a resposta”, que abordam práticas atuais de alimentação e informações sobre o parto (Janke; Borstvoeding, 2008; Sartorio *et al.*, 2017)

O BAS é uma ferramenta de predição clínica desenvolvida para ajudar profissionais de saúde a identificar mães lactantes com maior risco de interrupção precoce do AM e que podem se beneficiar de suporte especializado, como pediatras ou consultores de lactação. A BAS inclui oito variáveis clínicas disponíveis rotineiramente em maternidades, sendo cinco variáveis pontuadas de 0 a 2 (idade materna, experiência prévia com amamentação, dificuldade de pega, intervalo de amamentação e número de mamadeiras utilizadas no hospital) e três variáveis com pontuação de 2 (cirurgia mamária anterior, hipertensão induzida pela gravidez e parto com auxílio de vácuo). A pontuação da BAS varia de 0 a 10, sendo que uma pontuação mais baixa indica um maior risco de cessação precoce da amamentação (Brugalletta *et al.*, 2021; Raskovalova *et al.*, 2015).

Além de instrumentos que se propõe a avaliação de risco, são conhecidos outros instrumentos que englobam análise da percepção e comportamento da mulher em relação à amamentação: *Breastfeeding Personal Efficacy Beliefs Inventory* (BPEBI), *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES), *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form* (BSES-SF), *Iowa Infant Feeding Attitudes Scale* (IIFAS) e *Maternal Breastfeeding Evaluation Scale* (MBFES) (Sartorio *et al.*, 2017).

O BPEBI é um instrumento que avalia a confiança das mulheres em sua capacidade de amamentar, aplicável tanto no pré como no pós-parto. Desenvolvido para apoiar os profissionais de saúde na identificação do nível de confiança das mulheres, o BPEBI facilita intervenções educativas que promovem a amamentação e, conseqüentemente, a saúde infantil. Ele contém 27 itens, utilizando uma escala analógica visual onde as participantes marcam sua confiança em uma escala de 0% a 100%. Pontuações mais elevadas indicam maior autoeficácia e estão associadas à probabilidade de iniciar e prolongar a amamentação no primeiro ano após o parto (Cleveland; McCrone, 2005).

Originalmente criada por Cindy-Lee Dennis, a BSES consiste em um questionário de autorrelato de 33 itens que utiliza uma escala do tipo Likert de 5 pontos, onde os entrevistados indicam sua confiança em vários cenários de amamentação, com pontuações variando de 33 a 165, onde pontuações mais altas refletem maior autoeficácia na amamentação (Creedy *et al.*, 2003). Uma versão mais curta, conhecida como *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form* (BSES-SF), inclui 14 itens e foi validada em diferentes populações, demonstrando fortes propriedades psicométricas (Amini *et al.*, 2019).

O IIFAS, por sua vez, foi desenvolvido por De la Mora e Russell e consiste em 17 itens que avaliam crenças e sentimentos sobre os benefícios para a saúde, valor nutricional e implicações sociais da amamentação em comparação à alimentação com fórmula. A escala apresenta robustez psicométrica, com alta consistência interna demonstrada por alfas de Cronbach variando de 0,79 a 0,86 em diversos estudos. Amplamente empregado para prever intenções e práticas de amamentação em diferentes populações, o IIFAS mostra correlação positiva com a probabilidade de iniciar e manter a amamentação, sugerindo que pontuações elevadas refletem atitudes mais favoráveis à prática (Abdulahi *et al.*, 2020; Acharyya; Acharyya, 2021).

Em relação ao MBFES, é um instrumento composto por 30 itens que abordam diversas dimensões da experiência de amamentação, com ênfase no prazer materno e na construção de papéis, na satisfação e desenvolvimento do bebê, além do estilo de vida e imagem corporal da mãe. Esta escala destaca-se por possibilitar uma visão ampla das percepções e vivências maternas associadas à amamentação, independentemente do tempo ou da exclusividade dessa prática (Avilla *et al.*, 2020; Escribano *et al.*, 2024).

No que diz respeito à avaliação do comportamento/condição materna e competências do lactente na amamentação: *B-R-E-A-S-T-FEED Observation Form* (BREAST); *Lactation Assessment Tool I*(LAT™); *Mother-Baby Assessment Tool Scoring System* (MBA); e *Mother-Infant Breastfeeding Progress Tool* (MIBPT) (Sartorio *et al.*, 2017).

A BREAST é uma ferramenta estruturada para avaliar práticas de amamentação, particularmente em populações vulneráveis, como bebês desnutridos e em risco. Ela faz parte de uma iniciativa mais ampla para melhorar o apoio e a educação sobre amamentação, sobretudo em ambientes com recursos limitados. A sigla BREAST-FEED representa vários componentes que são essenciais na avaliação do processo de amamentação, incluindo comportamentos, técnicas e interações mãe-bebê durante as sessões de alimentação (Brugaletta *et al.*, 2021; Sartorio *et al.*, 2017).

O LAT™ é um instrumento que avalia práticas de amamentação e identificar potenciais problemas na lactação. Seu objetivo é documentar a mamada, sugerir intervenções corretivas para otimizar a prensão e o posicionamento, direcionadas para lactantes com dor associada a presença de trauma mamilar. O desenvolvimento da LAT™ foi motivado pelas limitações das ferramentas existentes,

que foram criticadas por serem excessivamente subjetivas, demoradas ou incompletas (Sartorio *et al.*, 2017; Wessells *et al.*, 2023).

Por outro lado, o MBA avalia o processo de aprendizagem na amamentação (materno e infantil). Incorpora múltiplas dimensões da avaliação da amamentação, incluindo a qualidade da pega, a eficácia da alimentação e o conforto materno durante a amamentação. Especificamente, avalia cinco etapas principais no processo de amamentação, que são essenciais para garantir que tanto a mãe quanto o bebê sejam adequadamente apoiados durante as sessões de alimentação (Brugaletta *et al.*, 2021; Sartorio *et al.*, 2017).

O MIBPT é usado para guiar o apoio contínuo e a educação para a díade mãe-bebê. Ela abrange vários componentes que avaliam a prontidão do bebê para se alimentar, a eficácia da pega e a experiência geral da amamentação, que são essenciais para identificar potenciais desafios que as mães podem enfrentar durante o processo de amamentação (Altuntaş *et al.*, 2018; Sartorio *et al.*, 2017).

Ademais, há outros instrumentos usados para avaliar as competências do lactente na amamentação, sendo eles: *Breastfeeding Evaluation and Education Tool* (BEET), o *Infant Breastfeeding Assessment Tool* (IBFAT) (Sartorio *et al.*, 2017) e o *Bristol Breastfeeding Assessment Tool* (BBAT), sendo esse último escolhido para a presente pesquisa.

O BEET é um instrumento que apoia a avaliação e a educação sobre a amamentação nas primeiras semanas de vida do recém-nascido. Ela fornece critérios objetivos para que as mães e os profissionais de saúde identifiquem sinais de sucesso na amamentação, abordando: frequência das mamadas, posição do bebê e da mãe, apego ao seio, força de sucção, fluxo de leite, ingestão e eliminação, além do ganho de peso do bebê. Cada seção do BEET traz orientações que facilitam a observação e o monitoramento de sinais de uma amamentação bem-sucedida, ajudando as mães a reconhecer comportamentos adequados do bebê, ajustar a rotina de alimentação e detectar precocemente possíveis dificuldades (Tobin, 1996).

O IBFAT é um instrumento que avalia e mede a competência do bebê na amamentação, sendo adequado para utilização por mães, parteiras e profissionais de saúde. Ele abrange quatro itens que refletem os principais comportamentos envolvidos na amamentação: prontidão para alimentar, busca pelo peito, fixação e sucção. Cada item recebe uma pontuação de 0 a 3, de acordo com a resposta do avaliador, resultando em uma pontuação total de 0 a 12. A pontuação máxima de 12

indica uma amamentação vigorosa e eficaz, servindo como um indicador de sucesso na alimentação infantil (Matthews, 1988).

#### **1.4 Detalhamento do *Bristol Breastfeeding Assessment Tool* (BBAT)**

O *Bristol Breastfeeding Assessment Tool* (BBAT) é um instrumento desenvolvido e validado na língua inglesa por um grupo de enfermeiras para avaliar a eficácia da amamentação, considerando quatro aspectos principais: posicionamento, pega, sucção e deglutição. A BBAT obteve em seu desenvolvimento uma boa confiabilidade interna com um alfa de Cronbach de 0,668 (Ingram *et al.*, 2015).

Nos aspectos avaliados pela BBAT, o posicionamento refere-se à forma como o bebê está posicionado em relação ao corpo da mãe, enquanto a pega avalia como o bebê abocanha a mama para garantir uma sucção eficaz. A sucção é analisada em termos de força e ritmo, e a deglutição verifica a capacidade do bebê de engolir o leite de maneira adequada (Moini *et al.*, 2023; Schlatter *et al.*, 2019; Torres *et al.*, 2024).

Cada um desses itens é pontuado de 0 a 2, onde 0 indica habilidade precária ou necessidade de intervenção, 1 representa habilidade moderada ou aceitável, e 2 denota habilidade boa ou ótima. A soma das pontuações resulta em um escore total que varia de 0 a 8, permitindo que os profissionais de saúde identifiquem áreas que necessitam de suporte adicional e direcionem intervenções específicas para aprimorar a experiência de amamentação (Moini *et al.*, 2023; Schlatter *et al.*, 2019; Torres *et al.*, 2024).

O BBAT tem sido utilizado internacionalmente e traduzido para várias línguas (Balaguer-Martínez *et al.*, 2022; Singhala; Mills; Wong-Anuchit, 2022), incluindo o português. No Brasil, a versão brasileira do BBAT (BBAT-VB) foi traduzida e validada por Uchoa (2021), apresentando um Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) total de 0,94 e um Alfa de Cronbach de 0,73, indicando boa confiabilidade interna. Dessa forma, o BBAT-VB foi considerado um instrumento confiável, válido e adequado para avaliar a técnica de amamentação no binômio mãe e filho.

Em síntese, a avaliação sistemática das práticas e percepções maternas sobre a amamentação, bem como das competências do lactente, revelam-se fundamentais para identificar oportunidades de apoio e intervenções. Essas discussões nos remetem, portanto, a uma reflexão mais ampla sobre políticas,

estratégias e ações que buscam promover e sustentar o AM como prática essencial à saúde e ao desenvolvimento infantil.

### **1.5 Aleitamento materno: políticas, estratégias e ações no Brasil e no mundo**

As políticas públicas são fundamentais para promover o AM e a saúde materno-infantil. Para intensificar essas ações, estratégias globais como o *Global Breastfeeding Scorecard* foram desenvolvidas. Introduzido pelo UNICEF e pela OMS no contexto do *Global Breastfeeding Collective*, essa ação monitora avanços, promove a transparência e documenta mudanças, à medida que governos adotam políticas e programas voltados à proteção e incentivo à amamentação (UNICEF, 2023).

Outra abordagem é o projeto *Becoming Breastfeeding Friendly (BBF)*, uma iniciativa global baseada em evidências para apoiar países na avaliação de seus ambientes de amamentação e na criação de recomendações para fortalecer políticas e programas. Esse projeto complementa a “Iniciativa Amiga dos Bebês” no Reino Unido, encorajando a implementação integral em todos os serviços de saúde e destacando sua importância para fortalecer o apoio à alimentação infantil e capacitar consistentemente profissionais de saúde, incluindo parteiras (UNICEF, 2023b)

Em nível mundial, várias outras ações têm sido implementadas. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), por exemplo, é uma das campanhas globais mais impactantes para melhorar as práticas de amamentação em maternidades, incentivando ações como o contato pele a pele e o alojamento conjunto, comprovadamente eficazes para aumentar as taxas de aleitamento (Walsh *et al.*, 2023).

Além dos esforços hospitalares, intervenções comunitárias também têm se mostrado eficazes. Nesse sentido, a *Baby-Friendly Community Initiative (BFCl)* adapta os princípios da IHAC para a comunidade, com foco na educação e apoio às mães que amamentam. Campanhas nas mídias sociais e eventos como a Semana Mundial do Aleitamento Materno, promovidos pela *World Alliance for Breastfeeding Action (WABA)*, somam-se a iniciativas como o *Public Breastfeeding Awareness Project* no Facebook. Ademais, celebridades têm contribuído ao compartilhar imagens de amamentação em mídias, ajudando a incentivar o aleitamento em público (Marcon; Bieber; Azad, 2019).

A Semana Mundial do Aleitamento Materno teve origem em 1990, durante uma reunião entre a OMS e o UNICEF, onde foi elaborado o documento conhecido como "Declaração de Innocenti". Para que os países pudessem cumprir os compromissos estabelecidos por esse documento, foi criada, em 1991, a WABA. Em 1992, a WABA instituiu oficialmente a Semana Mundial do Aleitamento Materno, selecionando anualmente um tema específico para aprofundamento e lançando materiais traduzidos para 14 idiomas, com a adesão de aproximadamente 120 países (Brasil, 2024d).

Essa mobilização global encontra ressonância no Brasil, onde diversas iniciativas têm sido implementadas para incentivar e apoiar a amamentação, destacando seus benefícios para mães e bebês. No país, políticas como a IHAC são aplicadas em âmbito nacional, complementadas por uma legislação de proteção à amamentação e campanhas de promoção do AM que reforçam o compromisso com essas práticas (Brasil, 2024b).

Entre as políticas de apoio à amamentação, destaca-se a Lei nº 11.265/2006, que regula a comercialização de alimentos para lactentes e tem um papel importante na proteção ao AM, inibindo a promoção inadequada de fórmulas infantis e outros produtos que possam substituir o leite materno. A legislação brasileira, ao garantir que as mães recebam informações corretas e imparciais sobre alimentação infantil, favorece decisões informadas, incentivando a prática do AM e contribuindo para o aumento das taxas de amamentação no país (Brasil, 2006).

Destaca-se ainda que, no Brasil, o Ministério da Saúde conta com a Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, vinculada à Secretaria de Atenção Primária à Saúde, responsável por coordenar e implementar ações estratégicas voltadas à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no Brasil (Brasil, 2014).

As campanhas nacionais de promoção do AM também têm um impacto significativo. O Agosto Dourado, por exemplo, é o mês dedicado ao AM no Brasil, instituído pela Lei nº 13.435/2017. Durante agosto, são intensificadas ações intersetoriais para conscientizar e informar sobre a importância da amamentação. Essas ações incluem palestras, eventos, divulgação nas mídias, reuniões comunitárias, campanhas em espaços públicos e a iluminação ou decoração de locais com a cor dourada. O termo "Agosto Dourado" simboliza a valorização da amamentação, com a cor dourada representando o padrão ouro de qualidade do leite

materno (Brasil, 2024c).

Não se pode esquecer da promoção a saúde da mulher, pois a amamentação ajuda a reduzir o risco de câncer de mama e ovário, contribui para o espaçamento natural entre gestações e auxilia na recuperação pós-parto. Além disso, a amamentação está associada a benefícios psicológicos, como a redução do risco de depressão pós-parto (Chowdhury; *et al.*, 2015; Yuen; *et al.*, 2022).

A promoção da saúde através do aleitamento materno também envolve a criação de ambientes de trabalho que apoiem as mães que amamentam. A licença-maternidade de 120 dias, prevista pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), e a possibilidade de prorrogação por mais 60 dias para empresas participantes do Programa Empresa Cidadã, são exemplos de políticas que facilitam a continuidade da amamentação após o retorno ao trabalho (Brasil, 2008; Receita Federal, 2023).

Essas iniciativas evidenciam que investir em políticas públicas voltadas ao apoio do aleitamento materno e à saúde materno-infantil é uma estratégia eficaz para promover o bem-estar dessa população. Ao oferecer suporte adequado às mães, tais políticas ajudam a elevar as taxas de amamentação e, por extensão, os indicadores de saúde pública. Dessa forma, priorizar o incentivo à amamentação é essencial na agenda de saúde pública, contribuindo para o bem-estar de mães e crianças e para o desenvolvimento de uma sociedade mais saudável.

## **1.6 Delimitação do problema de pesquisa**

A avaliação da técnica de amamentação entre puérperas no alojamento conjunto (AC) é uma necessidade importante para a saúde materno-infantil. Contudo, permanece pouco explorada de forma estruturada. Embora algumas pesquisas recentes tenham investigado elementos fundamentais, como posicionamento, pega e sucção, elas apresentam limitações significativas. Em geral, esses estudos utilizam amostras pequenas e adotam um desenho transversal, como o de Davra *et al.* (2022), que analisou a prevalência de técnicas corretas de amamentação entre mães lactantes na Índia, mas cuja profundidade é limitada pela falta de controle sobre variáveis que poderiam interferir nos resultados.

De forma similar, Sianturi *et al.* (2022) estudaram o atendimento obstétrico no aprendizado de técnicas de amamentação, mas não abordaram limitações específicas que poderiam fornecer uma análise mais crítica e aplicável. Além disso,

estudos como o de Mayasari *et al.* (2021) não incluíram controle sobre fatores de confusão, limitando tanto a comparação entre resultados quanto a aplicação prática dos achados. Assim, a literatura sobre avaliação de técnicas de amamentação, embora crescente, ainda carece de maior aprofundamento, envolvendo realidades de outras maternidades e amostras mais robustas.

Essas limitações dos estudos evidenciam a falta de um padrão confiável para a avaliação da amamentação, o que gera inconsistências nas práticas. Muitas mães, por exemplo, enfrentam dificuldades com o posicionamento e a pega do bebê, comprometendo o AME e, por consequência, a saúde do recém-nascido. Até o momento, a literatura não oferece uma solução prática e abrangente para essas questões (Mercan; Selcuk, 2021; Rodríguez-Gallego *et al.*, 2024; Toledo *et al.*, 2022).

Nesse contexto, o *Bristol Breastfeeding Assessment Tool* – versão brasileira (BBAT) surge como uma ferramenta promissora, pois permite aos profissionais analisar com precisão fatores essenciais, como o posicionamento e a pega do bebê durante a amamentação. Sua aplicação no AC contribui para reduzir variações nas avaliações, promovendo práticas mais seguras e padronizadas, que beneficiam as experiências das mães (Singhala; Mills; Wong-Anuchit, 2022).

Além disso, estudos indicam que o uso do BBAT, combinado a intervenções educativas, produz um efeito relevante: mães de primeira viagem que receberam suporte adicional com essa ferramenta relataram maior segurança e melhor desempenho na amamentação em comparação ao atendimento padrão (Chainakin *et al.*, 2023). Esses resultados sugerem que o BBAT pode ser um recurso valioso tanto para o desenvolvimento das competências maternas quanto para futuras pesquisas na área.

Com base nesses apontamentos, a questão de pesquisa que norteou este estudo foi: As puérperas assistidas no alojamento conjunto apresentam técnica de amamentação adequada, conforme avaliado pelo BBAT-VB?

Assim essa pesquisa é relevante na medida em que ao investigar a aplicabilidade do BBAT-VB no contexto do alojamento conjunto, proporcionará o fortalecimento da prática clínica, favorecendo a padronização da avaliação da amamentação e o aprimoramento do cuidado materno-infantil. Dessa forma, os achados irão auxiliar tanto na melhoria da assistência às puérperas, especialmente primíparas, quanto na ampliação do uso de instrumentos validados em pesquisas futuras.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- a) Avaliar a técnica de amamentação do binômio mãe e filho no alojamento conjunto, utilizando o *Bristol Breastfeeding Assessment Tool* – versão brasileira (BBAT-VB).

### **2.2 Objetivos Específicos**

- a) Caracterizar a técnica de amamentação, segundo os domínios posicionamento, pega, sucção e deglutição, com base no BBAT-VB;
- b) Verificar a associação entre a técnica de amamentação e variáveis sociodemográficas maternas, dados da criança, características familiares, hábitos maternos e histórico de saúde;
- c) Analisar a associação entre a técnica de amamentação e variáveis maternas, gestacionais, neonatais, anatômicas e relacionadas ao processo de amamentar.

### 3 MATERIAIS E MÉTODOS

#### 3.1 Tipo de estudo

Esta pesquisa integra um projeto multicêntrico, de delineamento longitudinal, realizado em quatro maternidades da Região Nordeste do Brasil, que acompanha mulheres com bebês a termo e saudáveis desde os primeiros dias pós-parto até os 24 meses de vida da criança. O presente recorte corresponde ao estudo desenvolvido na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC), em Fortaleza-CE, com enfoque na avaliação da técnica de amamentação no alojamento conjunto (AC).

Nesse contexto, a presente pesquisa caracteriza-se como um estudo transversal, com abordagem quantitativa. Optou-se por esse delineamento devido à sua capacidade de possibilitar uma visão geral das características das puérperas e dos fatores associados à amamentação em um momento específico. Esse tipo de estudo permite captar as condições e práticas presentes sem a necessidade de acompanhamento ao longo do tempo, o que torna a coleta de dados mais ágil e focada (Polit; Beck, 2019).

A opção pelo estudo transversal se justifica, entre outros pontos, por sua eficiência em termos de tempo e recursos, uma vez que não exige o acompanhamento contínuo dos participantes e permite a coleta de dados em um único momento (Polit; Beck, 2019).

Esse tipo de estudo, facilita a identificação de prevalências e padrões comuns entre as participantes, revelando características que podem influenciar a amamentação, seja promovendo-a ou dificultando-a. A abordagem quantitativa agrega valor a esse formato ao garantir objetividade e confiabilidade aos resultados, uma vez que os dados são obtidos de maneira sistemática e analisados com rigor estatístico (Polit; Beck, 2019).

Para assegurar a transparência e a qualidade na redação dos achados, a pesquisa seguiu as diretrizes do Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) para estudos transversais. O STROBE fornece orientações que promovem consistência e clareza no relato de estudos observacionais em epidemiologia, reforçando a integridade científica e a reprodutibilidade dos resultados (Von Elm *et al.*, 2008).

### **3.2 Local do estudo**

A pesquisa foi realizada nas Unidades de AC da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC), em Fortaleza, Ceará, Nordeste do Brasil. Segundo dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), no período de 2020 a 2024, a MEAC apresentou uma média anual de aproximadamente 11.604 internações, de 58.021 atendimentos registrados ao longo dos cinco anos (Brasil, 2026).

A MEAC integra o Complexo Hospitalar da UFC e é gerida pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Desde sua fundação, em 1963, inicialmente como Maternidade Popular de Fortaleza, a instituição tem se destacado como a maior maternidade pública do Estado, oferecendo atendimento gratuito à população por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). A MEAC realiza, em média, 5 mil partos por ano e é responsável por aproximadamente 48% das gestações de alto risco no Ceará. Com uma ampla estrutura, oferece assistência médico-hospitalar e ambulatorial, além de serviços de diagnóstico e terapêutica, com forte atuação em obstetrícia, medicina fetal, neonatologia, ginecologia e mastologia. A emergência opera 24 horas por dia, sete dias por semana (Brasil, 2020).

Além do atendimento à saúde, a MEAC desempenha papel importante na formação de profissionais especializados em saúde, sendo um campo de prática para estudantes de graduação, técnicos e residentes médicos e multiprofissionais da UFC. Também conta com um Banco de Leite Humano de referência e com a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera, que oferece acolhimento a mulheres e recém-nascidos que precisam de cuidados sem internação hospitalar. Em reconhecimento à sua excelência, a MEAC foi destacada pelo Ministério da Saúde como o primeiro Centro de Boas Práticas em Obstetrícia e Neonatologia no país e, em 2019, recebeu o Prêmio Dr. Pinotti da Câmara dos Deputados, sendo condecorada como Hospital Amigo da Mulher (Brasil, 2020).

### **3.3 População e amostra**

A população deste estudo foi constituída por puérperas internadas nas Unidades de AC da MEAC durante o período de coleta de dados. Para a amostra, foram selecionadas 500 puérperas de neonatos que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos. Para o cálculo da amostra, adotou-se a fórmula para

população infinita (Triola, 1999):

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{e^2}$$

Onde:

- $n$ : tamanho da amostra desejado.
- $Z$ : valor correspondente ao nível de confiança escolhido; para um intervalo de confiança de 95% ( $Z=1,96$ ).
- $p$ : proporção esperada da característica na população; baseada em estudo anterior,  $p=0,432$  (43,2%), indicando a porcentagem de nutrizes com técnica correta de amamentação, incluindo posicionamento e pega adequados (Silva *et al.*, 2011).
- $1-p$ : complemento de  $p$ , representando a proporção de não ocorrência do evento.
- $e$ : margem de erro tolerada; neste estudo,  $e=0,05$  (5%).

Substituindo os valores na fórmula:

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot 0,432 \cdot (1 - 0,432)}{(0,05)^2} = \frac{3,8416 \cdot 0,432 \cdot 0,568}{0,0025} \approx 377,05$$

Ao aplicar a fórmula, foi determinado que o tamanho mínimo da amostra seria de, aproximadamente, 378 participantes para garantir a representatividade estatística. Entretanto, optou-se por ampliar a amostra para 503 mulheres, com o objetivo de aumentar a robustez dos resultados e proporcionar uma análise mais abrangente, reduzindo possíveis perdas de dados e assegurando maior precisão nas conclusões do estudo.

A amostragem utilizada foi não probabilística por conveniência, o que significa que as participantes foram selecionadas com base em sua acessibilidade e disponibilidade durante o período da pesquisa. Esse tipo de amostragem é

comumente utilizado em estudos exploratórios ou em ambientes clínicos, como a MEAC, onde a seleção aleatória pode ser inviável devido à especificidade dos critérios de inclusão e à necessidade de obter um número adequado de participantes em um período limitado (Polit; Beck, 2019).

Os critérios de inclusão compreenderam: estar no puerpério imediato, ou seja, no período entre o primeiro e o décimo dia pós-parto; possuir, no mínimo, seis horas de pós-parto; ter idade igual ou superior a 12 anos; ser puérpera de gestação única ou múltipla; e ter recém-nascido a termo, com idade gestacional entre 37 e 41 semanas.

Já os critérios de exclusão foram: puérperas que apresentassem intercorrências clínicas ou obstétricas; condições maternas ou neonatais que contraindicassem o aleitamento materno; bem como limitações cognitivas que comprometessem a compreensão dos instrumentos de coleta de dados, e deficiências auditivas e visuais que dificultassem a comunicação necessária para a participação na pesquisa.

### **3.4 Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada nas Unidades de Alojamento conjunto da MEAC, após a obtenção da permissão formal da direção da instituição e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). As puérperas que atenderam aos critérios de inclusão foram inicialmente convidadas a participar do estudo e informadas sobre os objetivos e procedimentos envolvidos.

A participação no estudo foi voluntária e formalizada por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo que as participantes estivessem plenamente informadas sobre os objetivos, procedimentos e implicações da pesquisa. Somente após a assinatura do TCLE, foram realizadas as entrevistas e observações do estudo. Para participantes menores de 18 anos, foi requerida a assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), garantindo tanto o consentimento formal dos responsáveis legais por meio do TCLE quanto o assentimento da participante menor de idade.

O processo de coleta de dados seguiu uma abordagem estruturada e sistemática, com a aplicação de dois instrumentos. O primeiro foi um formulário adaptado de Uchoa (2012, 2021), destinado à coleta de dados sociodemográficos,

como idade, escolaridade, estado civil, ocupação, renda familiar e condições higiênico-sanitárias. O formulário também incluiu perguntas sobre antecedentes obstétricos, informações sobre a gestação atual, o parto, o puerpério, paridade materna, experiência prévia de amamentação, orientações recebidas na gestação, e dados sobre o recém-nascido.

O segundo instrumento foi o *Bristol Breastfeeding Assessment Tool* (BBAT), uma escala tipo Likert que avalia a amamentação com base em quatro itens: posicionamento, pega, sucção e deglutição. Cada item recebe uma pontuação de 0 (fraco) a 2 (bom), com uma pontuação total que varia de 0 a 8; quanto maior a pontuação, melhor a habilidade e o sucesso da mãe em amamentar (Ingram *et al.*, 2015). A versão brasileira do BBAT (BBAT-VB), validada no Brasil com CVC total de 0,94 e Alfa de Cronbach de 0,73, foi aplicada para avaliar a técnica de amamentação (Uchoa, 2021). O Quadro 1 especifica cada um dos quatro itens avaliados pelo BBAT.

**Quadro 1 – Descrição dos itens da escala BBAT.**

<b>Item</b>	<b>Descrição</b>
<b>Posicionamento</b>	O bebê deve estar bem apoiado, deitado de lado e encostado ao corpo da mãe; o pescoço não deve estar dobrado. O nariz do bebê deve estar voltado para o mamilo, e a mãe deve demonstrar segurança ao segurá-lo. A realização de todos esses passos sem ajuda recebe pontuação máxima (bom).
<b>Pega</b>	O bebê deve abocanhar firmemente o seio, com a boca bem aberta, conseguindo e mantendo a pega com uma quantidade adequada de tecido mamário na boca. O sucesso em todos esses aspectos recebe pontuação 2.
<b>Sucção</b>	Deve ser estabelecido um ciclo de sucção eficaz em cada mama (sucções rápidas no início, seguidas por sucções mais lentas com pausas entre elas); o bebê deve encerrar a mamada por conta própria. Caso o padrão de sucção eficaz seja alcançado, recebe pontuação 2.
<b>Deglutição</b>	A produção de sons audíveis de deglutição suaves, regulares e sem estalidos recebe pontuação 2.

Fonte: adaptado de Ingram *et al.* (2015) e Uchoa (2021).

A aplicação do BBAT-VB foi realizada quando a puérpera estava amamentando espontaneamente, assegurando que a observação da amamentação ocorresse de forma natural e precisa. A organização das entrevistas e observações visava maximizar o conforto e a disponibilidade das participantes, permitindo que o processo de coleta ocorresse de maneira eficiente e respeitosa.

Destaca-se que a equipe de coleta foi treinada por duas enfermeiras consultoras em amamentação, com conhecimento na aplicação do BBAT-VB. O treinamento começou com uma capacitação teórica de 2 horas, detalhando os tópicos da avaliação e esclarecendo dúvidas. Em seguida, foi realizada uma etapa prática na MEAC, supervisionada pelas consultoras, na qual os pesquisadores aplicaram o BBAT-VB observando mães amamentando.

Os escores foram comparados entre os pesquisadores, e o processo foi repetido até que as diferenças entre as avaliações fossem de, no máximo, 1 ponto, assegurando a padronização e consistência na aplicação do BBAT-VB.

### 3.5 Análise dos dados

Os dados coletados foram organizados e analisados por um especialista em estatística, utilizando o programa *Number Cruncher Statistical System 2007* (Kaysville, Utah, EUA). As médias, desvios padrão, frequências e porcentagens foram utilizadas como estatísticas descritivas na análise dos dados do estudo.

Nesta pesquisa, foi utilizada a escala BBAT, composta por 4 itens com respostas em formato Likert. O escore total da escala foi obtido por meio da média dos itens padronizados. Com base nos escores totais, foi realizada a categorização da variável em três níveis, e dois níveis dicotomizados, conforme descrito no Quadro 1.

**Quadro 2 – Classificação dos escores totais da BBAT-VB**

<b>Classificação</b>	<b>Escore BBAT-VB</b>
Eficaz	$\geq 7$ pontos
Abaixo do ideal	Entre 5 e 6 pontos ( $\geq 5$ e $\leq 6$ )
Ineficaz	$< 5$ pontos
<b>Classificação dicotomizado</b>	
Eficaz	$\geq 7$ pontos
Ineficaz/Abaixo do ideal	$\leq 6$ pontos

Fonte: elaborado pela pesquisadora.

A categorização foi realizada com base na literatura sobre escalas tipo Likert, que recomenda escores superiores a 70% do valor máximo como indicativo de bom desempenho (Hair *et al.*, 2005; Dalmoro; Vieira, 2013). Tais pontos de corte facilitam a interpretação e comparação dos dados de forma prática e robusta.

Para testar a validade da escala, utilizou-se a estatística W de Kendall para avaliar o grau de concordância entre os avaliadores; a Análise Fatorial Confirmatória (AFC) foi aplicada para a validade de construto; a análise de Kruskal-Wallis foi utilizada para a comparação entre grupos conhecidos; e a correlação de Pearson para avaliar a validade concorrente.

A confiabilidade da concordância entre avaliadores foi testada por meio do índice Kappa, da correlação intraclassa (ICC) e do teste de postos sinalizados de Wilcoxon. A análise de McNemar e a ICC também foram utilizadas para verificar a consistência ao longo do tempo.

A análise dos itens foi realizada com a correlação de Spearman, e a análise do alfa de Cronbach foi utilizada para avaliar a consistência interna da escala. O valor obtido para a escala geral foi  $\alpha = 0,6445$ , indicando uma consistência interna moderada, próxima ao critério de 0,70 frequentemente recomendado na literatura psicométrica (Hair *et al.*, 2005; Malhotra, 2006).

Além disso, foi realizada a correlação de Spearman entre os itens e o escore total da escala, com o objetivo de verificar a validade convergente dos itens, ou seja, se os itens estavam de fato medindo o mesmo construto. Todos os itens apresentaram correlação significativa e positiva com o escore total da escala.

Para todos os testes estatísticos, foi considerado um intervalo de confiança de 95% e um valor de significância de  $p < 0,05$ , garantindo robustez na interpretação dos resultados.

### **3.6 Aspectos éticos**

O estudo observou todos os princípios éticos das pesquisas com seres humanos, conforme estabelecido pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2013). Antes de iniciar a coleta de dados, foi solicitada a anuência formal da direção da instituição, e o projeto passou pela submissão e avaliação do

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da MEAC da UFC, sendo aprovado com o parecer nº: 6.151.406 (ANEXO B). A coleta de dados somente foi realizada após a aprovação do CEP.

Todas as participantes foram informadas sobre os objetivos, procedimentos e implicações do estudo. Foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi lido e explicado pela pesquisadora, garantindo que cada participante compreendesse plenamente o conteúdo antes de assiná-lo. O TCLE foi assinado em duas vias, ficando uma cópia com a participante e outra com a pesquisadora.

No caso de participantes menores de 18 anos, foi exigida a assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), assegurando o assentimento da menor. Simultaneamente, o responsável legal assinou o TCLE em duas vias, seguindo o mesmo procedimento de entrega de uma cópia para o responsável e outra para a pesquisadora.

Embora a pesquisa envolva riscos físicos mínimos, poderiam surgir alguns riscos psicológicos específicos. Ao abordar temas sensíveis relacionados à maternidade e a amamentação, as participantes poderiam experimentar desconforto emocional, especialmente se estiverem lidando com dificuldades no processo de amamentação, sentimentos de insegurança, ou pressões sociais sobre a maternidade. Esses tópicos poderiam, em alguns casos, desencadear sentimentos de ansiedade, tristeza, frustração ou até culpa, caso as participantes se sintissem questionadas em suas experiências pessoais.

Para minimizar esses riscos, a equipe de coleta de dados adotou uma abordagem empática e acolhedora durante a pesquisa. As participantes tiveram a liberdade de decidir sobre as informações que desejam compartilhar e poderiam interromper ou pausar a entrevista a qualquer momento, sem prejuízo. A pesquisadora também evitou qualquer tipo de julgamento e conduziu a pesquisa de forma neutra, respeitando o tempo e as reações emocionais de cada participante.

Apesar desses riscos, a presente pesquisa pôde contribuir para melhorar o entendimento dos fatores que influenciam a amamentação nas unidades de AC, podendo subsidiar políticas e práticas de saúde que beneficiem futuras puérperas e seus bebês. Destaca-se que os dados coletados foram mantidos em sigilo, sendo utilizados exclusivamente para fins científicos e apresentados de forma anônima, garantindo a privacidade e a integridade das participantes.

#### 4 RESULTADOS

Na presente pesquisa, participaram 503 puérperas internadas no alojamento conjunto no puerpério imediato. Observou-se, na Tabela 1, que 279 mães (55,50%) apresentaram técnica de amamentação eficaz, 157 (31,20%) foram classificadas como abaixo do ideal e 67 (13,30%) como ineficazes. Quando agrupada em duas categorias, a técnica de amamentação foi classificada como eficaz em 279 casos (55,50%) e ineficaz em 224 (44,50%).

Na análise dos domínios específicos do BBAT-VB, observou-se predomínio da classificação boa em todos os domínios avaliados, com maior frequência para a sucção, presente em 387 lactentes (76,90%), seguida de a deglutição, em 344 (68,40%), a pega, em 296 (58,80%), e o posicionamento, em 245 (48,70%).

**Tabela 1** – Avaliação da técnica de amamentação segundo o BBAT-VB. Fortaleza-CE, 2025.

Variáveis da escala BBAT	n(=503)	%
<b>BBAT em três categorias</b>		
Eficaz	279	55,50
Abaixo do ideal	157	31,20
Ineficaz	67	13,30
<b>BBAT em duas categorias</b>		0
Eficaz	279	55,50
Ineficaz	224	44,50
<b>Dominios</b>		
<b>Posicionamento BBATVB</b>		
Pobre	34	6,80
Moderado	224	44,50
Bom	245	48,70
<b>Pega BBATVB</b>		
pobre	38	7,60
Moderado	169	33,60
Bom	296	58,80
<b>Sucção BBAT-VB</b>		
Pobre	6	1,20
Moderado	110	21,90
Bom	387	76,90
<b>Engolir BBAT-VB</b>		
Pobre	11	2,20
Moderado	148	29,40
Bom	344	68,40

Fonte: elaborado pela pesquisadora. \*maior ou igual a 7 pontos; \*\*maior ou igual a 5 e menor ou igual a 6 pontos; \*\*\* menor que 5 pontos; \*\*\*\*maior ou igual a 7 pontos; \*\*\*\*\*menor ou igual a 6 pontos.

Em relação à Tabela 2, não foram observadas associações estatisticamente significativas entre a técnica de amamentação e as variáveis sociodemográficas maternas (escolaridade, raça/cor, dicotomia de raça/cor, faixa etária, estado civil e ocupação), os dados da criança (sexo e raça/cor) e as características familiares (número de pessoas que trabalhavam no domicílio, renda familiar, recebimento de benefício do governo e ajuda nas atividades domésticas), todas com  $p > 0,05$ .

**Tabela 2** – Associação entre variáveis sociodemográficas, da criança e da família com a técnica de amamentação. Fortaleza-CE, 2025.

Variável	Categoria	Eficaz		Ineficaz		Total	p*
		n	%	n	%		
<b>Escolaridade da mãe</b>	Analfabeto	17	47,20	19	52,80	36	0,579
	1º grau	73	59,30	50	40,70	123	
	Ensino Médio	168	54,50	140	45,50	308	
	Ensino Superior	21	58,30	15	41,70	36	
<b>Raça/cor da mãe</b>	Branca	48	51,60	45	48,40	93	0,448
	Preta	26	56,50	20	43,50	46	
	Amarela	9	75,00	3	25,00	12	
<b>Dicotomia de raça/cor</b>	Branca	48	51,60	45	48,40	93	0,407
	Não branca	231	56,30	179	43,70	410	
	Parda	196	55,80	155	44,20	351	
<b>Faixa etária mãe</b>	13–19	39	47,60	43	52,40	82	0,349
	20–24	64	55,70	51	44,30	115	
	25–29	69	61,60	43	38,40	112	
	30–39	93	56,40	72	43,60	165	
	40–49	14	48,30	15	51,70	29	
	27.5**						
<b>Estado civil mãe</b>	Solteira	66	50,80	64	49,20	130	0,412
	Casada	57	52,80	51	47,20	108	
	União estável	152	58,70	107	41,30	259	
	Divorciada	4	66,70	2	33,30	6	
<b>Ocupação mãe</b>	Dona de casa	159	54,30	134	45,70	293	0,301
	Emprego formal	41	50,60	40	49,40	81	

	Emprego informal	56	65,10	30	34,90	86	
	Estudante	16	50,00	16	50,00	32	
	Outros	7	63,60	4	36,40	11	
<b>Sexo da criança</b>	Masculino	133	52,80	119	47,20	252	0,224
	Feminino	146	58,20	105	41,80	251	
<b>Raça/cor da criança</b>	Branca	75	50,30	74	49,70	149	0,135
	Preta	13	76,50	4	23,50	17	
	Amarela	7	70,00	3	30,00	10	
	Parda	184	56,30	143	43,70	327	
<b>Nº de pessoas que trabalham em casa</b>	0	19	40,40	28	59,60	47	0,166
	1	164	58,00	119	42,00	283	
	2	87	56,50	67	43,50	154	
	3	7	53,80	6	46,20	13	
	4	1	25,00	3	75,00	4	
	5	0	0,00	1	100,00	1	
<b>Salário-mínimo</b>	<1 SM	39	48,10	42	51,90	81	0,340
	1–2 SM	131	54,60	109	45,40	240	
	2–3 SM	68	60,70	44	39,30	112	
	>3 SM	41	58,60	29	41,40	70	
<b>Recebe benefício do governo</b>	Sim	148	54,40	124	45,60	272	0,605
	Não	131	56,70	100	43,30	231	
<b>Ajuda nas atividades domésticas</b>	Sim	166	54,80	137	45,20	303	0,695
	Não	112	56,60	86	43,40	198	

Fonte: elaborado pela pesquisadora. \*Chi. SM: R\$ 1.412,00 (valor de 2024). \*\*Média da idade das mães.

Conforme apresentado na Tabela 3, observou-se associação estatisticamente significativa entre a técnica de amamentação e o consumo de bebidas alcoólicas ( $p=0,046$ ). As demais variáveis, não apresentaram significância estatística ( $p>0,05$ ), incluindo tabagismo nos três meses anteriores à gestação, tabagismo durante a gestação, frequência de tabagismo, uso de medicação contínua, uso de drogas ilícitas, uso de drogas durante a gestação, histórico de problemas psicológicos anteriores à gestação, transtorno de ansiedade, depressão, transtorno bipolar, transtornos alimentares, esquizofrenia e síndrome do pânico.

**Tabela 3** – Associação entre Hábitos maternos, uso de substâncias e histórico de saúde mental com a técnica de amamentação. Fortaleza-CE, 2025.

Variável	Categoria	Eficaz		Ineficaz		Total	Ch <sup>2</sup>	p
		n	%	n	%			
<b>Fumava nos 3 meses antes da gravidez</b>	Não fumava	245	55,10	200	44,90	445	0.2723	0.873
	Fumava todos os dias	18	58,10	13	41,90	31		
	Fumava, mas não todos os dias	16	59,30	11	40,70	27		
<b>Fumou durante a gravidez</b>	Sim	22	61,10	14	38,90	36	0.4810	0.488
	Não	257	55,20	209	44,80	466		
<b>Fumava diariamente ou ocasionalmente</b>	Não fumava	258	55,60	206	44,40	464	0.5536	0.758
	Todos os dias	14	58,30	10	41,70	24		
	Não todos os dias	7	46,70	8	53,30	15		
<b>Bebia bebida alcoólica</b>	Sim	181	52,50	164	47,50	345	39.767	<b>0.046</b>
	Não	95	62,10	58	37,90	153		
<b>Medicação de uso contínuo</b>	Sim	226	54,60	188	45,40	414	0.6401	0.424
	Não	51	59,30	35	40,70	86		
<b>Uso de drogas ilícitas</b>	Sim	31	58,50	22	41,50	53	0.2596	0.610
	Não	245	54,80	202	45,20	447		
<b>Usou drogas durante a gravidez</b>	Sim	26	60,50	17	39,50	43	0.4885	0.485
	Não	251	54,90	206	45,10	457		
<b>Teve problemas psicológicos antes da gravidez</b>	Sim	54	58,70	38	41,30	92	0.4751	0.491
	Não	225	54,70	186	45,30	411		
<b>Transtorno de ansiedade</b>	Sim	43	55,10	35	44,90	78	0.0043	0.948
	Não	236	55,50	189	44,50	425		
<b>Depressão</b>	Sim	13	52,00	12	48,00	25	0.1280	0.720
	Não	266	55,60	212	44,40	478		
<b>Transtorno bipolar</b>	Sim	5	83,30	1	16,70	6	19.090	0.167

<b>Transtornos alimentares</b>	Não	274	55,10	223	44,90	497		
	Sim	0	0,00	1	100,00	1	12.435	0.265
<b>Esquizofrenia</b>	Não	278	55,50	223	44,50	501		
	Sim	0	0,00	1	100,0	1	12.480	0.264
<b>Síndrome do pânico</b>	Não	279	55,60	223	44,40	502		
	Sim	0	0,00	1	100,0	1	12.480	0.264
	Não	279	55,60	223	44,40	502		

Fonte: elaborado pela pesquisadora. \**p*: Chi.

Em continuidade, a Tabela 4 apresenta associação estatisticamente significativa entre as variáveis técnica de amamentação e o número de filhos vivos ( $p=0,037$ ), sentir obrigação de amamentar ( $p=0,048$ ) e produção de leite ( $p=0,015$ ).

**Tabela 4** – Associação entre variáveis maternas e condições relacionadas à amamentação com a técnica de amamentação. Fortaleza, Ceará, 2025.

Variável	Categoria	Eficaz		Ineficaz		Total	<i>p</i>
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
<b>Número de filhos vivos</b>	1filho	106	49.80	107	50.20	213	<b>0.037</b>
	2 a 3 filhos	140	61.70	87	38.30	227	
	4 ou mais	33	52.40	30	47.60	63	
<b>Paridade</b>	Primípara	111	52.10	102	47.90	213	0.195
	Múltipara	168	57.90	122	42.10	290	
<b>Amamentou anteriormente</b>	Sim	161	59.20	111	40.80	272	<b>0.068</b>
<b>Sentiu obrigação de amamentar</b>	Não	118	51.10	113	48.90	231	
	Sim	18	75.00	6	25.00	24	<b>0.048</b>
<b>Produção de leite</b>	Não	261	54.50	218	45.50	479	
	Sim	8	32.00	17	68.00	25	<b>0.015</b>
<b>Mastite</b>	Não	271	56.70	207	43.30	478	
	Sim	11	44.00	14	56.00	25	0.237
<b>Fissuras no mamilo</b>	Não	268	56.10	210	43.90	478	
	Sim	34	50.70	33	49.30	67	0.404
<b>Doença materna</b>	Não	245	56.20	191	43.80	436	
	Sim	2	100.0	0	0.00	2	0.203
<b>Cansaço/estress e/fadiga/sono</b>	Não	276	55.20	224	44.80	500	
	Sim	2	33.30	4	66.70	6	0.274
	Não	276	55.60	220	44.40	496	

Fonte: elaborado pela pesquisadora.

Em relação à Tabela 5, observaram-se associações estatisticamente significativas entre a técnica de amamentação e o desenvolvimento de comorbidades maternas ( $p=0,036$ ), o tipo de mamilo ( $p=0,017$ ), a presença de mamilo protuso ( $p=0,002$ ) e o aleitamento materno exclusivo ( $p=0,025$ ).

As demais variáveis maternas, gestacionais e neonatais, não apresentaram significância estatística, incluindo doença materna, gravidez planejada, realização e número de consultas de pré-natal, leitura da caderneta da gestante, classificação do recém-nascido, classificação PIG/AIG/GIG, tipo de parto, licença-maternidade, desenvolvimento de diabetes mellitus, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, aspecto geral das mamas, presença de colostro e tipo de aleitamento atual.

**Tabela 5** – Associação entre as variáveis maternas, gestacionais e neonatais com a técnica de amamentação. Fortaleza-CE, 2025.

Variável	Categoria	Eficaz		Ineficaz		Total	p
		N	%	n	%		
Doença materna	Sim	2	100,00	0	0,00	2	0,203
	Não	276	55,20	224	44,80	500	
Gravidez planejada	Sim	80	57,10	60	42,90	140	0,639
	Não	199	54,80	164	45,20	363	
Realizou pré-natal	Sim	274	55,60	219	44,40	493	0,725
	Não	5	50,00	5	50,00	10	
Nº de consultas pré-natal	≤ 3	20	62,50	12	37,50	32	0,176
	4 a 6	40	46,50	46	53,50	86	
	≥ 7	211	56,30	164	43,70	375	
Leu a caderneta da gestante	Sim	223	56,70	170	43,30	393	0,277
	Não	56	50,90	54	49,10	110	
Classificação do RN	Pré-termo	27	51,90	25	48,10	52	0,839
	A termo	250	55,90	197	44,10	447	
	Pós-termo	2	50,00	2	50,00	4	
Classificação PIG/AIG/GIG	PIG	20	51,30	19	48,70	39	0,240
	AIG	227	54,60	189	45,40	416	
	GIG	32	66,70	16	33,30	48	
Tipo de parto	Vaginal	85	54,50	71	45,50	156	0,767
	Cesárea	194	55,90	153	44,10	347	
Teve licença-maternidade	Sim	226	55,50	181	44,50	407	0,971
	Não	52	55,30	42	44,70	94	
Desenvolveu comorbidade	Sim	151	51,50	142	48,50	293	<b>0,036</b>
	Não	128	61,00	82	39,00	210	
Desenvolveu DM	Sim	46	47,90	50	52,10	96	0,098
	Não						

<b>HTA gestacional</b>	Não	233	57,20	174	42,80	407	0,165
	Sim	18	45,00	22	55,00	40	
<b>Pré-eclâmpsia</b>	Não	261	56,40	202	43,60	463	0,252
	Sim	26	48,10	28	51,90	54	
<b>Aspecto geral das mamas</b>	Não	253	56,30	196	43,70	449	0,469
	Flácidas	119	54,30	100	45,70	219	
<b>Tipo de mamilo</b>	Turgidas	158	56,80	120	43,20	278	<b>0,017</b>
	Ingurgitadas	2	33,30	4	66,70	6	
	Protuso	219	59,50	149	40,50	368	
	Curto	47	43,90	60	56,10	107	
	Plano	9	40,90	13	59,10	22	
<b>Mamilo protuso</b>	Invertido	3	60,00	2	40,00	5	<b>0,002</b>
	Sim	219	59,50	149	40,50	368	
<b>Presença de colostro</b>	Não	59	44,00	75	56,00	134	0,395
	Sim	256	54,90	210	45,10	466	
<b>Tipo de aleitamento atual</b>	Não	23	62,20	14	37,80	37	0,082
	Exclusivo	271	56,60	208	43,40	479	
<b>Aleitamento exclusivo</b>	Predominante	1	33,30	2	66,70	3	<b>0,025</b>
	Misto	7	33,30	14	66,70	21	
	Sim	271	56,60	208	43,40	479	
	Não	8	33,30	16	66,70	24	

Fonte: elaborado pela pesquisadora.

Legenda: RN: Recém-nascido; **PIG**: Pequeno para idade gestacional; **AIG** – Adequado para idade gestacional; **GIG**: Grande para idade gestacional; HTA: Hipertensão arterial; DM: Diabetes mellitus.

## 5 DISCUSSÃO

Os achados desta pesquisa evidenciaram que a maioria das puérperas apresentou técnica de amamentação eficaz, com predomínio da classificação boa em todos os domínios avaliados pelo BBAT-VB. A sucção apresentou o maior percentual de classificação boa, seguida da deglutição e da pega, enquanto o posicionamento, embora também tenha apresentado predomínio de classificação boa, obteve o menor percentual entre os domínios analisados. Esse resultado indica que, apesar da técnica de amamentação ter se mostrado adequada entre os binômios avaliados, ainda podem existir fragilidades em relação a alguns domínios da técnica da amamentação, especialmente no posicionamento, com potencial para comprometer a efetividade da prática do aleitamento materno no puerpério imediato.

Na presente pesquisa, a prevalência da técnica de amamentação eficaz mostrou consonância com achados descritos em diferentes contextos. Um estudo realizado na Índia evidenciou percentuais próximos aos encontrados neste estudo, sobretudo em relação à pega e à sucção, embora tenham apresentado menor proporção de posicionamento adequado (apenas 45,2%), enquanto 73,8% apresentaram boa pega e 73,3% sucção eficaz (Davra *et al.*, 2022). Resultados semelhantes foram encontrados em Nagpur, Maharashtra, com 51,7% de posicionamento adequado, 75,8% de pega eficaz e 74,7% de sucção eficaz (Deepika *et al.*, 2024).

De forma complementar, pesquisas realizadas na Etiópia identificaram prevalência de técnicas eficazes de amamentação em torno de 42%, índices inferiores aos encontrados neste estudo. Essa discrepância pode estar relacionada a fatores contextuais, como maior acesso a serviços de saúde, políticas de incentivo ao alojamento conjunto e suporte multiprofissional oferecido no Brasil. Ademais, os autores destacam que aspectos como o acompanhamento pré-natal, a atuação de enfermeiras e visitas domiciliares no pós-parto se configuram como elementos fundamentais para a melhoria da prática, o que evidencia a importância do cuidado continuado para garantir melhores resultados na amamentação (Asmamaw *et al.*, 2022; Kitil *et al.*, 2024).

Além disso, pesquisas recentes ressaltam a influência positiva de intervenções

educativas e organizacionais na promoção do aleitamento materno eficaz. Estratégias como o alojamento conjunto, a amamentação precoce na primeira hora de vida e a educação direcionada sobre técnicas de pega e posicionamento demonstraram impacto significativo na prevalência de aleitamento materno exclusivo. Em diferentes contextos, o alojamento conjunto esteve associado a taxas de até 85% de aleitamento materno exclusivo (Wu *et al.*, 2022; Maliska *et al.*, 2023), enquanto programas de educação materna elevaram a eficácia da técnica de amamentação para 96,7% após a intervenção (Fatmasari *et al.*, 2024).

Embora, no presente estudo, não tenham sido observadas associações estatisticamente significativas entre a técnica de amamentação eficaz e as variáveis sociodemográficas, diversos estudos apontam que esses fatores exercem influência sobre a amamentação. Burgos e Bustos (2020) identificaram que idade, escolaridade, estado civil e ocupação interferem na eficácia da prática, reforçando o papel das condições de vida materna sobre o aleitamento. Da mesma forma, outra pesquisa permitiu observar que mulheres mais jovens, com menor escolaridade e solteiras tendem a relatar menos benefícios da amamentação, o que sugere vulnerabilidade quanto à adesão e à manutenção da prática (Alves; Mota; Pagliari, 2021).

Na Grã-Bretanha, uma pesquisa apontou que mudanças demográficas ocorridas ao longo de 25 anos alteraram significativamente os padrões de início da amamentação, embora as desigualdades sociais tenham se mantido (Simpson *et al.*, 2019). Além disso, estudos como o de Buckman *et al.* (2020) mostraram que idade, educação e acesso a informações sobre amamentação são ainda mais determinantes entre mães primíparas, sugerindo que o suporte social inicial pode ser decisivo para a continuidade da prática.

Outros autores destacam que fatores psicossociais, como planejamento da gestação e intensidade dos problemas no período pré-natal, também interagem com aspectos sociodemográficos no desfecho da amamentação (Baumgartner *et al.*, 2020; Moraes *et al.*, 2021). Baumgartner *et al.* (2020) encontraram maior intenção de amamentar exclusivamente em mulheres mais velhas, com maior escolaridade e renda, não fumantes e de etnia não negra. Por sua vez, Moraes *et al.* (2021) ressaltam que emprego e estado civil podem impactar negativamente a duração do aleitamento, mesmo quando a autoeficácia materna é elevada.

Quanto à associação entre hábitos maternos, saúde mental materna e técnica de amamentação, observou-se, na presente pesquisa, associação estatisticamente significativa apenas com o consumo de bebidas alcoólicas. As demais variáveis analisadas, incluindo tabagismo e histórico de saúde mental, não apresentaram associação estatisticamente significativa.

No que se refere ao consumo de álcool, os achados desta pesquisa encontram respaldo em estudos que relacionam comportamentos de risco e dificuldades na amamentação a piores indicadores de saúde mental e menor autoeficácia materna. A literatura aponta que mulheres expostas a desafios emocionais e sociais tendem a apresentar maior vulnerabilidade frente ao consumo de álcool, o que repercute na continuidade e na eficácia da amamentação. Nesse sentido, o resultado observado neste estudo reforça evidências que sugerem que hábitos de risco estão intimamente associados a uma prática menos eficaz do aleitamento materno (García; Coó; Valdés, 2024; Rivi et al., 2020).

Quanto ao tabagismo materno, estudos anteriores destacam que esse hábito pode afetar negativamente a amamentação, seja pela redução da duração do aleitamento exclusivo, seja pelo impacto indireto na saúde materna e infantil. Entretanto, na presente pesquisa, não se observou associação estatisticamente significativa entre o tabagismo e a técnica de amamentação, o que diverge de parte da literatura evidencia que associa esse comportamento a desfechos menos favoráveis no aleitamento e que também aponta a influência de transtornos mentais perinatais, como ansiedade e depressão, sobre maiores dificuldades nesse processo (Coó et al., 2020; Yuen et al., 2022). Presume-se que essa discrepância possa estar relacionada a fatores contextuais, como redes de apoio, políticas de saúde e acompanhamento pré-natal, que podem minimizar os efeitos isolados do tabagismo sobre a prática da amamentação.

Quanto ao histórico de saúde mental, a ausência de associação direta na análise contrasta com parte dos estudos internacionais, que relatam forte correlação entre depressão, ansiedade e dificuldades no aleitamento (Jiang et al., 2021; Thompson et al., 2024). Essa divergência pode indicar que, no contexto analisado, fatores emocionais isolados não foram determinantes para a prática, embora a literatura reforce a importância de abordagens integradas que contemplem

simultaneamente a saúde mental materna e o apoio à amamentação (Pezley et al., 2022). Assim, ainda que os resultados da presente pesquisa não tenham reproduzido as associações descritas em outros estudos, permanece evidente a relevância da saúde mental como variável importante na técnica de amamentação.

A respeito da associação entre a técnica de amamentação e as variáveis maternas e condições relacionadas à amamentação, no presente estudo, observou-se associação estatisticamente significativa com o número de filhos vivos, sem significância estatística com a paridade. Ainda assim, estudos apontam que tanto o número de filhos quanto a paridade podem influenciar a eficácia do aleitamento, uma vez que estão relacionados à experiência acumulada pelas mães, que tende a favorecer práticas mais seguras e eficazes. De fato, pesquisas indicam que a vivência prévia com a amamentação aumenta a confiança materna, contribuindo para o enfrentamento de dificuldades iniciais e diminuindo o risco de desmame precoce (Pinto et al., 2021; Rinata et al., 2019).

O sentimento de obrigação em amamentar, identificado como uma variável que teve significância estatística, também merece destaque, uma vez que se relaciona a aspectos emocionais e culturais. A literatura aponta que a autoeficácia é um fator determinante para a continuidade e satisfação da prática, podendo ser influenciada tanto pelo apoio recebido quanto pelo contexto social. Nesse sentido, quando a amamentação é percebida como imposição, pode reforçar a adesão, mas também desencadear sentimentos de sobrecarga e insatisfação (Awaliyah; Rachmawati; Rahmah, 2019; Brani *et al.*, 2024).

Já a produção de leite, que também apresentou associação significativa com a técnica de amamentação, constitui um dos fatores mais citados para dificuldades nesse processo. Revisões e estudos exploratórios, destacam que a composição corporal, o estado metabólico e desequilíbrios hormonais influenciam diretamente a produção láctea, afetando a confiança materna no processo. A insegurança quanto à quantidade de leite é apontada como um dos principais fatores de interrupção precoce do aleitamento (Mazur et al., 2024; Hondappagol; Awarasang; Natekar, 2023).

Os achados da presente pesquisa evidenciaram associação significativa entre a presença de comorbidades maternas, o tipo de mamilo, a presença de mamilo

protuso e a manutenção do aleitamento materno exclusivo com a técnica de amamentação. Esses resultados sugerem que condições clínicas maternas e características anatômicas das mamas, além da própria continuidade do aleitamento exclusivo, podem interferir na qualidade da técnica de amamentação no puerpério imediato.

Embora variáveis como diabetes mellitus e hipertensão gestacional não tenham apresentado significância estatística isoladamente, os resultados sugerem que condições clínicas maternas podem repercutir sobre a prática do aleitamento materno. Esses resultados corroboram o estudo de Sámano et al. (2025), que identificaram as condições pré-gestacionais e complicações da gestação como fatores de risco para a interrupção do aleitamento materno exclusivo, reduzindo tanto sua prevalência quanto sua duração.

Em relação às variáveis maternas, como tipo de parto, planejamento da gravidez e realização do pré-natal, os resultados não mostraram associação significativa com a técnica de amamentação. Essa ausência de relação também foi relatada por Monteiro *et al.* (2020), que não encontraram vínculo direto entre autoeficácia na amamentação e duração do aleitamento materno exclusivo, embora o tipo de parto e complicações no período pós-parto tenham influenciado a confiança materna.

Outra pesquisa destacou que, apesar da alta intenção inicial de amamentar, fatores como tabagismo e menor escolaridade foram determinantes para a interrupção precoce, sugerindo que as características maternas isoladas podem não ser suficientes para prever o sucesso da amamentação, mas, quando associadas a contextos socioeconômicos e de apoio, podem exercer maior influência (Reynolds *et al.*, 2023)

No que se refere ao tipo de mamilo, estudo transversal, realizado no oeste do estado de Santa Catarina, evidenciou que, embora o sucesso do aleitamento materno não dependa exclusivamente dessa característica anatômica, a protusão mamilar mostrou-se um fator facilitador no processo de amamentação. Segundo os autores, mulheres com mamilos não protusos apresentaram chance significativamente maior de dificuldade na pega correta, além de maior probabilidade

de necessitar de auxílio durante a mamada, como o uso de mamilo auxiliar de silicone (Pitilin et al, 2019). Esses achados reforçam que a anatomia mamilar pode interferir no manejo inicial da amamentação e ajudam a sustentar os resultados desta pesquisa, na qual o tipo de mamilo e, particularmente, a presença de mamilo protuso, também se associaram à técnica de amamentação.

Estudo desenvolvido com mulheres com menos de seis semanas pós-parto, identificou que combinações de mamilos mais largos e mais longos estiveram associadas a maior risco de dificuldades de pega, enquanto mamilos mais largos combinados a aréolas mais densas se associaram a maior risco de dor mamar. Além disso, a relação entre dimensões do mamilo, densidade da aréola, baixa produção de leite e ganho ponderal lento do bebê variou conforme as características anatômicas avaliadas. Esses resultados indicam que diferenças na anatomia mamária podem influenciar o início da amamentação, corroborando a importância de considerar aspectos anatômicos na avaliação clínica e no apoio prestado às mulheres durante o período puerperal (Ventura *et al.*, 2021).

Brani et al. (2024) relacionaram maior autoeficácia materna a maior duração e exclusividade do aleitamento, indicando que fatores físicos e psicológicos interagem no processo de amamentação. Da mesma forma, Shukri et al. (2021) apontaram que o apoio paterno e as atitudes maternas frente à amamentação foram decisivos para a manutenção do aleitamento materno exclusivo. O estudo de Pohl et al. (2024) também reforça a influência de fatores contextuais ao demonstrar diferenças culturais e étnicas quanto à prática da amamentação exclusiva, sobretudo no pós-parto imediato. No presente estudo, verificou-se associação significativa entre a técnica de amamentação e a manutenção do aleitamento materno exclusivo, o que sugere proximidade entre a qualidade da prática de amamentar e a continuidade desse tipo de aleitamento no início da vida.

De modo geral, os resultados desta pesquisa reforçam que a qualidade da técnica da amamentação eficaz depende de múltiplos fatores que vão além da técnica em si, envolvendo aspectos anatômicos, sociodemográficos, psicossociais e clínicos. A discussão com a literatura recente apontou que condições maternas, hábitos de vida e contextos sociais atuam de forma interdependente, o que exige uma abordagem ampliada e interdisciplinar no cuidado. Dessa forma, a avaliação isolada de uma

variável não é suficiente para explicar a complexidade da amamentação, sendo necessário considerar o conjunto de determinantes que interferem no processo.

Outro ponto relevante é a convergência dos achados desta pesquisa com evidências nacionais e internacionais que destacam a importância do apoio contínuo às nutrizes, seja no pré-natal, no alojamento conjunto ou no acompanhamento pós-parto. O suporte multiprofissional, a educação em saúde e as intervenções de promoção do aleitamento materno exclusivo surgem como estratégias fundamentais para reduzir dificuldades técnicas, fortalecer a autoconfiança materna e garantir a manutenção do aleitamento materno eficaz em longo prazo. Assim, os resultados encontrados neste estudo não apenas corroboram pesquisas anteriores, como também oferecem subsídios práticos para a implementação de protocolos assistenciais direcionados à realidade de maternidades brasileiras.

Nesse contexto, esta pesquisa contribui para o avanço do conhecimento ao evidenciar que a eficácia da técnica da amamentação não está restrita à boa sucção ou deglutição, mas envolve um conjunto de condições clínicas, comportamentais e contextuais que precisam ser consideradas. A identificação precoce de barreiras e a valorização de fatores protetores, como a autoeficácia e o apoio familiar, podem representar diferenciais importantes na prevenção do desmame precoce. Nesse sentido, ao articular os achados com a literatura existente, este estudo reafirma a necessidade de políticas públicas e práticas assistenciais voltadas ao fortalecimento do aleitamento materno como eixo central da promoção da saúde materno-infantil.

## 6 CONCLUSÃO

A presente pesquisa, realizada com 503 puérperas no puerpério imediato, possibilitou avaliar a técnica de amamentação por meio do BBAT-VB, bem como analisar sua associação com variáveis maternas, comportamentais, clínicas e relacionadas ao aleitamento.

Os resultados demonstraram que pouco mais da metade das mães apresentou técnica de amamentação considerada eficaz (55,5%). Observou-se melhor desempenho nos domínios sucção e deglutição, seguidos da pega, enquanto o posicionamento foi o domínio com menor percentual de classificação adequada entre os avaliados. Não foram identificadas associações estatisticamente significativas entre a técnica de amamentação e os aspectos sociodemográficos maternos, dados da criança ou características familiares.

No que se refere aos hábitos maternos e ao histórico de saúde, destacou-se a associação estatisticamente significativa entre a técnica de amamentação e o consumo de bebidas alcoólicas, configurando um fator de atenção. Em relação às variáveis maternas e às condições relacionadas à amamentação, também foram observadas associações significativas com o número de filhos vivos, o sentimento de obrigação em amamentar e a produção de leite.

Por fim, considerando as variáveis maternas, gestacionais e neonatais, verificaram-se associações estatisticamente significativas entre a técnica de amamentação e a presença de comorbidades maternas, o tipo de mamilo, a presença de mamilo protuso e a manutenção do aleitamento materno exclusivo. Os achados reforçam que, embora a técnica de amamentação tenha se mostrado adequada na maioria dos casos, o aprimoramento do posicionamento e da pega ainda requer atenção da equipe de saúde.

Para a enfermagem e áreas afins, esses resultados oferecem subsídios para a elaboração de protocolos assistenciais que priorizem a avaliação técnica da amamentação, permitindo identificar precocemente dificuldades e intervir antes que comprometam o aleitamento.

Além disso, os resultados contribuem para a definição de estratégias educativas personalizadas, contemplando fatores anatômicos, clínicos e comportamentais, e para o fortalecimento do cuidado centrado no binômio mãe-bebê, com foco na prevenção do desmame precoce e na promoção da saúde materno-infantil.

Como limitação, destaca-se o fato de algumas informações terem sido autorreferidas, o que pode ter introduzido viés de memória ou de resposta. Recomenda-se que estudos futuros explorem intervenções específicas para o aprimoramento do posicionamento e da pega, bem como pesquisas longitudinais que acompanhem a manutenção da técnica de amamentação após a alta hospitalar, em diferentes contextos assistenciais, a fim de ampliar a aplicabilidade dos achados.

Assim, o uso do BBAT-VB demonstrou ser uma ferramenta viável e sensível para identificar pontos fortes e fragilidades no manejo da lactação, fortalecendo a prática clínica e orientando ações que favoreçam o aleitamento materno eficaz desde o período de alojamento conjunto.

## 7 REFERÊNCIAS

- ABDULAH, M. *et al.* Adaptation and validation of the Iowa infant feeding attitude scale and the breastfeeding knowledge questionnaire for use in an Ethiopian setting. **International Breastfeeding Journal**, v. 15, n. 1, p. 24, 2020.
- ABUL-FADL A, A.; AYOUB, A.-J. Feeding and Risk to Diabetes Mellitus in the Eastern Mediterranean Region. **Diabetes & its Complications**, v. 3, n. 1, 2019. Disponível em: <http://scivisionpub.com/pdfs/feeding-and-risk-to-diabetes-mellitus-in-the-eastern-mediterranean-region-707.pdf>. Acesso em: 28 out. 2024.
- ACHARYYA, K.; ACHARYYA, S. Influence of maternal age and mode of conception on infant feeding attitudes of the mothers and its impact on breastfeeding practices: a hospital based cross sectional study. **International Journal of Contemporary Pediatrics**, v. 8, n. 9, p. 1571, 2021.
- AGHO, K. *et al.* Breastfeeding Practices among Adolescent Mothers and Associated Factors in Bangladesh (2004–2014). **Nutrients**, v. 13, n. 2, p. 557, 2021.
- AJMERA, V. H. Longer lactation duration is associated with decreased prevalence of non-alcoholic fatty liver disease in women. **Journal of Hepatology**, v. 70, n. 1, p. 126–132, 2019.
- ALTUNTAŞ, N. *et al.* The use of breastfeeding assessment tools to predict the excess weight loss risk in newborns. **Ortadoğu Tıp Dergisi**, v. 10, n. 3, p. 368–373, 2018.
- ALVES, V. G. S.; MOTA, Maria Carliana; PAGLIARI, C. Sociodemographic characteristics related to knowing the benefits of breastfeeding. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 39, p. e2020101, 2021.
- ALYOUSEFI, N. A. Determinants of Successful Exclusive Breastfeeding for Saudi Mothers: Social Acceptance Is a Unique Predictor. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 10, p. 5172, 2021.
- AMINI, P. *et al.* The Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF): a validation study in Iranian mothers. **BMC research notes**, v. 12, n. 1, p. 622, 2019.
- ASMAMAW, D. B. *et al.* Effective breastfeeding technique and associated factors among lactating mothers in Gidan District, North-East, Ethiopia: a community-based cross-sectional study. **BMJ open**, v. 12, n. 7, p. e059518, 2022.
- AVILLA, J. C. D. *et al.* Association between maternal satisfaction with breastfeeding and postpartum depression symptoms. **PLOS ONE**, v. 15, n. 11, p. e0242333, 2020.
- AWALIYAH, S. N.; RACHMAWATI, I. N.; RAHMAH, H. Breastfeeding self-efficacy as a dominant factor affecting maternal breastfeeding satisfaction. **BMC nursing**, v. 18, n. Suppl 1, p. 30, 2019.
- B. R., D. N.; THAKRE, S. B.; NARLAWAR, U. W.; P., A. K.; BEMBADE, S. S. Breast feeding practices: positioning and attachment among postnatal mothers - a hospital based cross sectional study in Nagpur, Maharashtra. **International Journal Of**

**Community Medicine And Public Health**, v. 12, n. 1, p. 292–297, 2024.

BAKER, P. *et al.* First-food systems transformations and the ultra-processing of infant and young child diets: The determinants, dynamics and consequences of the global rise in commercial milk formula consumption. **Maternal & Child Nutrition**, v. 17, n. 2, p. e13097, 2021.

BALAGUER-MARTÍNEZ, J. V. *et al.* Translation to Spanish and validation of a scale for the observation of breastfeeding: The Bristol Breastfeeding Assessment Tool. **Anales de Pediatría (English Edition)**, v. 96, n. 4, p. 286-293, 2022.

BALAGUER-MARTÍNEZ, J. V. *et al.* Translation to Spanish and validation of a scale for the observation of breastfeeding: The Bristol Breastfeeding Assessment Tool. **Anales de Pediatría (English Edition)**, v. 96, n. 4, p. 286–293, 2022.

BAUMGARTNER, T. *et al.* Psychosocial and sociodemographic contributors to breastfeeding intention in first-time mothers. **Maternal and child health journal**, v. 24, n. 8, p. 1047-1056, 2020.

BRANI, P. *et al.* Mothers' breastfeeding self-efficacy after a high-risk or normal pregnancy: A Greek longitudinal cohort study. **European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education**, v. 14, n. 6, p. 1803-1820, 2024.

BRASIL. **Aleitamento Materno**. 2024a. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/aleitamento-materno>.

BRASIL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). **Sobre a Maternidade**. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/assistencia/meac/sobre-o-hospital>. Acesso em: 13 nov. 2024. Brasil.

BRASIL. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)**. 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/aleitamento-materno/i hac>. Acesso em: 30 out. 2024.

BRASIL. Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006. **Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e a de produtos de puericultura correlatos**, 2006. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11265.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11265.htm). Acesso em: 30 out. 2024.

BRASIL. Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008. **Institui o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e dá outras providências**, 2008. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2008/Lei/L11770.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11770.htm). Acesso em: 30 out. 2024.

BRASIL. **Mês do Aleitamento Materno no Brasil e Semana Mundial da Amamentação**. 2024c. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/mes-do-aleitamento-materno-no-brasil-e-semana-mundial-da-amamentacao/>. Acesso em: 30 out. 2024.

BRASIL. **Ministério da Saúde lança campanha na Semana Nacional de Amamentação.** 2024d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-lanca-campanha-na-semana-nacional-de-amamentacao>. Acesso em: 30 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 2.068, de 21 de outubro de 2016.** Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2068\\_21\\_10\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2068_21_10_2016.html). Acesso em: 29 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. **Aleitamento materno, distribuição de leites e fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação.** 1. ed.; 1. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. **Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) – TabNet.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nrce.def>. Acesso em: 20 jan. 2026.

BRUGAILLÈRES, P. *et al.* Maternal employment characteristics as a structural social determinant of breastfeeding after return to work in the European Region: a scoping review. **International Breastfeeding Journal**, v. 19, n. 1, p. 38, 2024.

BRUGALETTA, C. *et al.* Breastfeeding assessment tools for at-risk and malnourished infants aged under 6 months old: a systematic review. **F1000Research**, v. 9, p. 1310, 2021.

BUCKMAN, C. *et al.* Parity and the association between maternal sociodemographic characteristics and breastfeeding. **Breastfeeding Medicine**, v. 15, n. 7, p. 443-452, 2020.

BURGOS, R. O. B.; BUSTOS, B. L. M. Factores sociodemográficos de madres lactantes en la autoeficacia de la lactancia materna. 2020.

CHAINAKIN, P. *et al.* Effectiveness of the Breastfeeding Self-efficacy and Family Support Enhancement Program among First-time Postpartum Mothers: A Randomized Controlled Trial. **Pacific Rim International Journal of Nursing Research**, v. 27, n. 4, p. 694–710, 2023.

CHOWDHURY, R.; *ET AL.* Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatrica**, v. 104, p. 96–113, 2015.

CLEVELAND, A. P.; MCCRONE, S. Development of the breastfeeding personal efficacy beliefs inventory: A measure of women's confidence about breastfeeding. **Journal of Nursing Measurement**, v. 13, n. 2, p. 115, 2005.

COO, S. *et al.* The role of perinatal anxiety and depression in breastfeeding

practices. **Breastfeeding Medicine**, v. 15, n. 8, p. 495-500, 2020.

CREEDY, D. K. *et al.* Psychometric characteristics of the breastfeeding self-efficacy scale: data from an Australian sample. **Research in Nursing & Health**, v. 26, n. 2, p. 143–152, 2003.

DABELAH, K. I. *et al.* **Assessment of Breastfeeding Attitude and Practice among Mothers of Eastern Region of Saudi Arabia: A cross-sectional Study**. 2023.

Disponível em: <https://www.researchsquare.com/article/rs-2509739/v1>. Acesso em: 28 out. 2024.

DEEPIKA, N. *et al.* Breast feeding practices: positioning and attachment among postnatal mothers - a hospital based cross sectional study in Nagpur, Maharashtra. **International Journal Of Community Medicine And Public Health**, v. 12, n. 1, p. 292–297, 2024.

DODT, RCM. Aplicação e validação da escala de autoeficácia em amamentação %u2013 forma abreviada (BSES-SF) em puérperas. **Rev. Rene**, v.9, n.2, 2008.

DODT, RCM; XIMENES, LB; ALMEIDA, PC; ORIÁ, MO; DENNISM CL.

Psychometric and maternal sociodemographic assessment of the breastfeeding self-efficacy scale: short form in a Brazilian sample. **J Nurs Educ Pract**. v.2, n.3, p.66-73, 2012.

DUARTE, F. C. P. *et al.* Preparo de alta para o cuidado domiciliar de recém-nascidos de baixo risco. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 27, p. e38523, 2019.

ESCRIBANO, S. *et al.* Psychometric properties of the maternal breastfeeding evaluation scale: a confirmatory factor analysis. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 24, n. 1, p. 486, 2024.

FATMASARI, B. D.; ERNAWATI, E.; WIRASTRI, D. The Impact of Breastfeeding Technique Education on the Effectiveness of Postpartum Mothers in Breastfeeding at Montong Betok Health Center. **Ahmar Metastasis Health Journal**, v. 4, n. 1, p. 54-58, 2024.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Aleitamento materno**. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/aleitamento-materno>. Acesso em: 11 nov. 2024.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Global breastfeeding scorecard, 2023: evaluating progress in protecting, promoting, and supporting breastfeeding**. Nova Iorque, 2023a. Disponível em: <https://www.unicef.org/documents/global-breastfeeding-scorecard-2023>. Acesso em: 30 out. 2024.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **The Becoming Breastfeeding Friendly Project**. Reino Unido, 2023b. Disponível em: <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/the-becoming-breastfeeding-friendly-project/>. Acesso em: 30 out. 2024.

GARCÍA, M. I.; COO, S.; VALDÉS, V. The interplay between emotional and breastfeeding difficulties in first-time mothers. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, p. 1-14, 2024.

HIRAI, A. *et al.* **Factors impairing exclusive breastfeeding initiation in women who received labor neuraxial analgesia: A single-center retrospective observational study in Japan**. 2022. Disponível em: <https://www.researchsquare.com/article/rs-2217629/v1>. Acesso em: 29 out. 2024.

HONDAPPAGOL, P.; AWARASANG, J.; NATEKAR, D. S. An Explorative Study to Determine the Perceived Breastfeeding Efficacy and its Determinants. SSR Institute of International Journal of Life Sciences. 2023.

HOSSAIN, S.; MIHRSHAHI, S. Exclusive breastfeeding and childhood morbidity: a narrative review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 22, p. 14804, 2022.

INGRAM, J. *et al.* The development of a new breastfeeding assessment tool and the relationship with breastfeeding self-efficacy. **Midwifery**. 31(1):132-7. 2015.

JAAFAR, S. H.; HO, J. J.; LEE, K. S. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2016, n. 8, p. CD006641, 2016.

JANKE, J. R.; BORSTVOEDING, T. **The Breastfeeding Attrition Prediction Tool (BAPT)**. Anchorage, AK: University of Alaska Anchorage, School of Nursing and Health Science, 2008.

JIANG, Q. *et al.* Postnatal mental health, breastfeeding beliefs, and breastfeeding practices in rural China. **International Breastfeeding Journal**, v. 17, n. 1, p. 60, 2022.

KALARIKKAL, S. M.; PFLEGHAAR, J. L. Breastfeeding. *In*: STATPEARLS [INTERNET]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2024. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534767/>.

KHAN, H. M. *et al.* Assessment of proper positioning and good attachment of the baby during breast feeding practices in primi-gravida and multi-gravida. **Journal of Khyber College of Dentistry**, v. 12, n. 04, p. 39–42, 2022.

KITIL, G. W. *et al.* Effective breastfeeding techniques and associated factors among lactating women in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. **Plos one**, v. 19, n. 6, p. e0306167, 2024.

KLUWER, W. Breastfeeding: guide beyond the basics. **UpToDate**. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/breastfeeding-guide-beyond-the-basics>. Acesso em: 11 nov. 2024.

MACHADO, L.; ANDRÉS, S. A atuação do enfermeiro no alojamento conjunto na promoção do aleitamento materno. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. e57410112266, 2021.

MALISKA, I. C. A. *et al.* Rooming-in practices and satisfaction with care according to

discharge on exclusive breastfeeding. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 32, p. e20230082, 2023.

MALISKA, I. Práticas no alojamento conjunto e satisfação com o atendimento segundo alta em aleitamento materno exclusivo. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 32, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2023-0082pt>.

MARCON, A. R.; BIEBER, M.; AZAD, M. B. Protecting, promoting, and supporting breastfeeding on Instagram. **Maternal & Child Nutrition**, v. 15, n. 1, p. e12658, 2019.

MATTHEWS, M. K. Developing an instrument to assess infant breastfeeding behaviour in the early neonatal period. **Midwifery**, v. 4, n. 4, p. 154–165, 1988.

MAZUR, D. *et al.* Impact of maternal body composition, hydration, and metabolic health on breastfeeding success: A comprehensive review. **Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research**, v. 30, p. e945591, 2024.

MERCAN, Y.; SELCUK, K. T. Association between postpartum depression level, social support level and breastfeeding attitude and breastfeeding self-efficacy in early postpartum women. **PLOS ONE**, v. 16, n. 4, p. e0249538, 2021.

MOINI, A. *et al.* Breastfeeding success and perceived social support in lactating women with a history of COVID 19 infection: a prospective cohort study. **International Breastfeeding Journal**, v. 18, n. 1, p. 65, 2023.

MONTEIRO, J. C. S. *et al.* Breastfeeding self-efficacy in adult women and its relationship with exclusive maternal breastfeeding. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, p. e3364, 2020.

MORAES, G. G. W. de *et al.* Association between duration of exclusive breastfeeding and nursing mothers' self-efficacy for breastfeeding. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. e03702, 2021.

MURO-VALDEZ, J. C. Breastfeeding-related health benefits in children and mothers: vital organs perspective. **Medicina**, v. 59, n. 9, p. 1535, 2023.

NARAYANASWAMY, K. *et al.* Nurturing the First Latch: Breastfeeding Assessment and Practice among First Time Mothers. **International Journal on Science and Technology**, v. 16, n. 1, p. 1946, 2025.

NG, C. A.; HO, J. J.; LEE, Z. H. The effect of rooming-in on duration of breastfeeding: A systematic review of randomised and non-randomised prospective controlled studies. **PLoS ONE**, v. 14, n. 4, p. e0215869, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Breastfeeding**. 2024. Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Infant and young child feeding**. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Estratégia global para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância**. São Paulo: IBFAN Brasil, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Aleitamento materno e alimentação complementar**. 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/aleitamento-materno-e-alimentacao-complementar>.

ORIÁ, MO; XIMENES, LB; DE ALMEIDA, PC; GLICK, DF; DENNIS CL. Psychometric assessment of the Brazilian version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. **Public Health Nurs**. v.26, n.6, p.574-83, 2009.

PEREIRA, P. L. S. *et al.* Importance of implementing questionnaires for screening and early diagnosis of autism spectrum disorder (ASD) in primary care. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 8364–8377, 2021.

PÉREZ-ESCAMILLA, R. *et al.* Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. **The Lancet**, v. 401, n. 10375, p. 472–485, 2023.

PEZLEY, L. *et al.* Efficacy of behavioral interventions to improve maternal mental health and breastfeeding outcomes: a systematic review. **International breastfeeding journal**, v. 17, n. 1, p. 67, 2022.

PINTO, S. L. *et al.* Evaluation of breastfeeding self-effectiveness and its associated factors in puerperal women assisted at a public health system in Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, n. 1, p. 89-96, 2021.

PITILIN, É. B.; *et al.* Fatores associados à autoeficácia da amamentação segundo os tipos de mamilos. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (RENE)*, Fortaleza, v. 20, p. e41351, 2019. DOI: 10.15253/2175-6783.20192041351.

POHOL, A. *et al.* Factors Associated with Exclusive Breastfeeding at Hospital Discharge among Native-Born, Immigrant, and Refugee Women. **The Israel Medical Association journal: IMAJ**, v. 26, n. 7, p. 421-427, 2024.

QUEIROZ, V. C. de *et al.* Conhecimentos, atitudes e práticas sobre aleitamento materno entre puérperas em alojamento conjunto. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 11, 2021. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/4162>. Acesso em: 29 out. 2024.

RASKOVALOVA, T. *et al.* Breastfeeding Assessment Score: Systematic Review and Meta-analysis. **Pediatrics**, v. 135, n. 5, p. e1276–e1285, 2015.

RECEITA FEDERAL. Programa Empresa Cidadã. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/receitafederal/pt-br/assuntos/orientacoes/beneficios-fiscais/programa-empresa-cidada>. Acesso em: 10 maio 2024.

REYNOLDS, R. *et al.* Breastfeeding practices and associations with pregnancy, maternal and infant characteristics in Australia: a cross-sectional study. **International Breastfeeding Journal**, v. 18, n. 1, p. 8, 2023.

RINATA, E.; SARI, P. A. Breastfeeding practices: Positioning, attachment/latch-on and effective suckling. **SEAJOM: The Southeast Asia Journal of Midwifery**, v. 3, n. 2, p. 1-6, 2017.

RIVI, V.; PETRILLI, G.; BLOM, J. M. C. Mind the mother when considering breastfeeding. **Frontiers in Global Women's Health**. 2020.

RODRÍGUEZ-GALLEGO, I. *et al.* Effectiveness of a Postpartum Breastfeeding Support Group Intervention in Promoting Exclusive Breastfeeding and Perceived Self-Efficacy: A Multicentre Randomized Clinical Trial. **Nutrients**, v. 16, n. 7, p. 988, 2024.

ROSADO, B. N. C. L. *et al.* Recomendações para amamentação no contexto do Covid-19: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 4, p. e6982, 2021.

SÁMANO, R. *et al.* Association of Pre-and Gestational Conditions and Barriers to Breastfeeding with Exclusive Breastfeeding Practices. **Nutrients**, v. 17, n. 14, p. 2309, 2025.

SARTORIO, B. T. *et al.* Instrumentos de avaliação do aleitamento materno e seu uso na prática clínica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 1, 2017.

SCHLATTER, S. *et al.* The role of tongue-tie in breastfeeding problems—A prospective observational study. **Acta Paediatrica**, v. 108, n. 12, p. 2214–2221, 2019.

SCHULZ, S. *et al.* Influência da educação em saúde na autoeficácia em amamentar: estudo quase experimental. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 34, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.35995>.

SHARMA, N.; OBEROI, S.; MOSES, P. M. Positive influencers for early initiation of breastfeeding. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 12, n. 5, p. 990–995, 2023.

SHI, H. *et al.* Determinants of exclusive breastfeeding for the first six months in China: a cross-sectional study. **International Breastfeeding Journal**, v. 16, n. 1, p. 40, 2021.

SHUKRI, N. H. M.; WELLS, J.; FEWTRELL, M. Differences in maternal characteristics and their associations with breastfeeding attitudes among primiparous mothers. **Midwifery**, v. 95, p. 102931, 2021.

SILVA, B. A. A.; BRAGA, L. P. Fatores promotores do vínculo mãe-bebê no puerpério imediato hospitalar: uma revisão integrativa. **Rev. SBPH**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 258-279, jun. 2019.

SILVA, C. V. da *et al.* Transformações e permanências do homem-pai no cuidado ao recém-nascido no alojamento conjunto. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 4, p. e0812440911, 2023.

SILVA, I. M. D. *et al.* Técnica da amamentação: preparo das nutrizes atendidas em

um hospital escola, Recife-PE. **Rev Rene**, v. 12, n. esp, p. 1021–1027, 2011.

SILVA, N. A. da *et al.* Os benefícios do alojamento conjunto na ótica do enfermeiro: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 2, p. 15982–15991, 2021.

SIMPSON, D. A. *et al.* Twenty-five-year trends in breastfeeding initiation: the effects of sociodemographic changes in Great Britain, 1985-2010. **PloS one**, v. 14, n. 1, p. e0210838, 2019.

SINGHALA, K.; MILLS, A. C.; WONG-ANUCHIT, C. Bristol Breastfeeding Assessment Tool—Thai Version: Translation, Validity, and Reliability. **Journal of Human Lactation**, v. 38, n. 2, p. 227–235, 2022.

SINGHALA, K.; MILLS, A. C.; WONG-ANUCHIT, C. Bristol Breastfeeding Assessment Tool—Thai Version: Translation, Validity, and Reliability. **Journal of Human Lactation**, v. 38, n. 2, p. 227–235, 2022.

THOMPSON, L. N. *et al.* The relationship between infant feeding and maternal mental health: clinical vignette. **Advances in Psychiatry and Behavioral Health**, v. 4, n. 1, p. 135-145, 2024.

TOBIN, D. L. A Breastfeeding Evaluation and Education Tool. **Journal of Human Lactation**, v. 12, n. 1, p. 47–49, 1996.

TOLEDO, C. *et al.* The significance of breastfeeding practices on postpartum depression risk. **Public Health Nursing**, v. 39, n. 1, p. 15–23, 2022.

TRIOLA, M. F. **Introdução à Estatística**. 7a. Ed. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

TSCHIDERER, L.; WILLEIT, P.; PETERS, S. A. The cardiovascular benefits of breastfeeding to mothers. **Expert Review of Cardiovascular Therapy**, v. 20, n. 8, p. 589–592, 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Aleitamento materno: Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos 4: ENANI 2019**. - Documento eletrônico. - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021. (108 p.). Coordenador geral, Gilberto Kac. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>. Acesso em: 29 out. 2024.

VENTURA, A. K.; LORE, B.; MIRELES, O. Associations between variations in breast anatomy and early breastfeeding challenges. **Journal of Human Lactation**, v. 37, n. 2, p. 403–413, maio 2021. DOI: 10.1177/0890334420931397.

VON ELM, E. *et al* The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)statement: guidelines for reporting observational studies. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 61, n. 4, p. 344-349, abr. 2008.

WALSH, A. *et al.* Improving breastfeeding support through the implementation of the Baby-Friendly Hospital and Community Initiatives: a scoping review. **International Breastfeeding Journal**, v. 18, n. 1, p. 22, 2023.

WESSELLS, A. *et al.* Development and Interrater Reliability of the Lactation Assessment Care Tool. **Journal of Human Lactation**, v. 39, n. 1, p. 30–39, 2023.

WU, H.; LU, D.; TSAY, P. Rooming-in and breastfeeding duration in first-time mothers in a modern postpartum care center. **International journal of environmental research and public health**, v. 19, n. 18, p. 11790, 2022.

WU, H.-L.; LU, D.-F.; TSAY, P.-K. Rooming-In and Breastfeeding Duration in First-Time Mothers in a Modern Postpartum Care Center. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 18, p. 11790, 2022.

YUEN, M. *et al.* The effects of breastfeeding on maternal mental health: a systematic review. **Journal of women's health**, v. 31, n. 6, p. 787-807, 2022.

YUEN, M.; *ET AL.* The effects of breastfeeding on maternal mental health: a systematic review. **Journal of Women's Health**, v. 31, n. 6, p. 787–807, 2022.

ZHAO, H. *et al.* Exclusive breastfeeding intention and associated factors in pregnant women: findings from a population-based study. **PREPRINT (Version 1)**, 05 ago. 2022.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada puérpera,

Sou aluna do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC. Estou convidando a senhora para participar de um estudo, com título Autoeficácia Materna em amamentar e avaliação da amamentação do binômio mãe e filho que estou desenvolvendo sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dra. Lorena Pinheiro Barbosa, onde pretendo avaliar a amamentação do binômio mãe e filho a partir do Bristol Breastfeeding Assessment Tool – versão brasileira (BBAT-VB) e caracterizar o perfil sociodemográfico das puérperas e de seus recém-nascidos.

Caso você aceite participar, serão aplicados três instrumentos: O primeiro instrumento será um formulário adaptado que abordará aspectos sociodemográficos (idade, escolaridade, estado civil, ocupação, renda familiar, condições higiênicosanitárias), dados relacionados aos antecedentes obstétricos, gestação atual, parto e puerpério (paridade materna, experiência prévia no aleitamento materno, orientações na gestação), e dados do recém-nascido.

O segundo instrumento que visa verificar a percepção das puérperas em relação à autoeficácia em amamentar os neonatos será a Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form (BSES-SF), a qual é uma escala com 14 itens, cujo padrão de resposta varia em uma escala de Likert com cinco opções (discordo totalmente; discordo; às vezes concordo; concordo; concordo totalmente), com escores totais da escala podendo variar de 14 a 70 pontos, de modo que quanto mais escores a senhora obtenha no somatório dos itens, maior sua autoeficácia para amamentar.

E o terceiro instrumento será o Bristol Breastfeeding Assessment Tool (BBAT) que é um instrumento de observação da mamada do tipo Likert com quatro itens de avaliação (posicionamento, pega, sucção e deglutição). Cada item recebe 0 (fraco, habilidade precária), 1 (habilidade moderada) ou 2 (habilidade boa), cuja pontuação total varia de 0 a 8, sendo 8 uma pontuação ótima, ou seja, quanto maior a pontuação, maior será sua habilidade e o sucesso em amamentar. É oportuno salientar que a coleta de dados poderá ocorrer a partir de duas estratégias em virtude da aplicação da BBAT- VB, cujo instrumento precisa observar e avaliar a mamada do binômio mãe e filho.

A estratégia 1 de coleta de dados poderá acontecer primeiramente com a aplicação do BBAT-VB caso a senhora esteja amamentando, em seguida a BSES-SF- VB, e por último aplicação do formulário. Já a coleta de dados a partir da estratégia 2, poderá ser realizada inicialmente com a aplicação da BSES-SF-VB, caso no momento, não esteja em amamentação, em seguida o preenchimento do formulário.

Esperamos que os resultados desta pesquisa possam trazer alguns benefícios diretos para você, pois poderá receber apoio e informações sobre amamentação que lhe auxiliarão neste momento, caso precise. Além disso, este estudo poderá ajudar os profissionais a desenvolverem ações para ajudar as mães com possíveis dificuldades e dúvidas que tenham com relação ao aleitamento materno e, conseqüentemente, aumentar a motivação para iniciar e manter o aleitamento. Toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. Os possíveis riscos da pesquisa são mínimos e estão relacionados a disponibilidade de tempo para

responder aos instrumentos; cansaço, aborrecimento, algum desconforto ou constrangimento em responder determinadas perguntas pessoais ou sobre aleitamento materno. Apesar disso, eu me comprometo a minimizar esses desconfortos, buscar um local reservado e tranquilo para que responda ao questionário, além da sua liberdade para não responder a questões que lhe causem constrangimento e respeitar seu momento. Eu lhe dou a garantia de que todas as informações serão usadas como dados apenas para este estudo, sendo confidenciais e sua privacidade será respeitada em todas as fases do estudo. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar desta pesquisa.

Caso não deseje mais participar da pesquisa, poderá sair a qualquer momento e isso não irá lhe prejudicar de nenhuma forma, nem no seu acompanhamento durante sua internação na maternidade, nem após a sua alta. Sua participação será voluntária, não custará nenhuma despesa ou prejuízo à sua saúde ou ao seu filho(a). Após as informações que já foram esclarecidas, caso aceite fazer parte do estudo, você deve rubricar cada página, e assinar ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Sinta-se livre para perguntar qualquer coisa sobre este documento ou outra informação referente a qualquer fase do estudo, seus procedimentos e resultados. Em caso de dúvidas você pode procurar a Coordenação da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, localizada na Rua Alexandre Baraúna, nº 1115, Rodolfo Teófilo, Fortaleza-Ce, CEP: 60430-160 ou entrar em contato com os pesquisadores responsáveis. Pesquisadora Responsável: Lorena Pinheiro Barbosa Telefones: (85) 3366.8451; Regina Cláudia de Oliveira Melo (85) 33668455.

**ATENÇÃO:** Para informar qualquer questionamento durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Rua Coronel Nunes de Melo, S/N., Rodolfo Teófilo. Telefone: 33668569.

Fortaleza, \_\_, \_\_, \_2024.

---

Assinatura da Participante (assinatura)

---

Pesquisador responsável (assinatura)

## APÊNDICE B – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

Olá, tudo bem? Você está sendo convidada a participar da pesquisa Aleitamento Materno: prevalência, rede de apoio e autoeficácia materna em amamentar, coordenada pela pesquisadora Prof<sup>a</sup>. Dra. Lorena Pinheiro Barbosa. Seus pais permitiram que você participasse. Queremos avaliar a amamentação do binômio mãe e filho a partir do *Bristol Breastfeeding Assessment Tool* – versão brasileira (BBAT-VB), caracterizar o perfil sociodemográfico das puérperas e de seus recém-nascidos e analisar o tipo e a duração do aleitamento materno e a rede de apoio à amamentação nos dois primeiros anos de vida da sua criança. Você só precisa participar da pesquisa se quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir. As adolescentes que irão participar desta pesquisa têm de 12 a 18 anos de idade.

A coleta de dados ocorrerá em duas etapas. A primeira será aqui no alojamento conjunto da maternidade, a partir de uma entrevista utilizando os seguintes instrumentos: formulário I que abordará aspectos sociodemográficos e dados das puérperas e dos recém-nascidos, formulário II que irá verificar o padrão alimentar da criança e a rede de apoio oferecida as mães sobre o aleitamento materno durante os dois anos de idade da criança (apoio oferecido foi proativo ou reativo, face a face ou por telefone, tipo de apoio realizado no pós-parto, profissionais ou leigos/pares que ofereceu apoio, dentre outros), a *Bristol Breastfeeding Assessment Tool* – versão brasileira (BBAT-VB) para realizar a avaliação da amamentação do binômio mãe e filho. A segunda etapa será o acompanhamento do binômio mãe e filho, que deverá ocorrer até a criança completar os dois primeiros anos de idade, o qual será realizado por contato telefônico, via aplicativo de mensagem telefônica, em que será enviado o formulário II e a escala BSES-SF-VB. Estes instrumentos serão criados no *Google Forms*, cujo *link* do *Forms* será enviado automaticamente via aplicativo de mensagem telefônica.

Para isso, respeitaremos seu espaço e momento, mas é possível acontecer cansaço, aborrecimento, algum desconforto ou constrangimento em responder determinadas perguntas pessoais ou sobre aleitamento materno. Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar pelos telefones (Lorena (85) 33668451 ou Regina Cláudia (85) 33668455). Apesar disso, eu me comprometo a minimizar esses desconfortos, buscar um local reservado e tranquilo para que responda ao questionário, além da sua liberdade para não responder a questões que lhe causem constrangimento e respeitar seu tempo. Há também coisas boas que podem acontecer como: receber apoio e informações sobre amamentação que lhe auxiliarão neste momento, caso precise. Além disso, este estudo poderá ajudar os profissionais a desenvolverem ações para ajudar as mães com possíveis dificuldades e dúvidas que tenham com relação ao aleitamento materno e, conseqüentemente, aumentar a motivação para iniciar e manter o aleitamento. Ninguém saberá que você está

participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados em artigos de revistas científicas e eventos da saúde, mas sem identificar as pessoas que participaram.

Sinta-se livre para perguntar qualquer coisa sobre este documento ou outra informação referente a qualquer fase do estudo, seus procedimentos e resultados. Em caso de dúvidas você pode procurar a Coordenação da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, localizada na Rua Alexandre Baraúna, nº 1115, Rodolfo Teófilo, Fortaleza-Ce, CEP: 60430-160 ou entrar em contato com os pesquisadores responsáveis. Pesquisadora Responsável: Lorena Pinheiro Barbosa Telefones: (85) 3366.8451; Regina Cláudia de Oliveira Melo (85) 33668455.

**ATENÇÃO:** Para informar qualquer questionamento durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Rua Coronel Nunes de Melo, S/N., Rodolfo Teófilo. Telefone: 33668569.

Sendo assim, eu \_\_\_\_\_ aceito participar da pesquisa **Aleitamento Materno: prevalência, rede de apoio e autoeficácia materna em amamentar**. Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai ficar com raiva de mim. Meu responsável legal está ciente e concorda com a minha participação no estudo. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis. Recebi uma via (ou cópia) deste termo de assentimento, li e concordo em participar da pesquisa.

**Fortaleza, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.**

---

Participante da Pesquisa (assinatura)

---

Responsável legal pela menor de idade (assinatura)

---

Pesquisador responsável (assinatura)

**APÊNDICE C – FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DA  
PUÉRPERA E DO RECÉM-NASCIDO**

Data da coleta: ___ / ___ / ___ Enfermaria/Leito: _____ Prontuário: _____		
DN mãe: ___ / ___ / ___		
Nome participante: _____ Código: _____		
Telefone: (____) _____		
Nome do entrevistador: _____ Cidade: _____		
<b>DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO (DNV)*Obs.: Onde não se aplica ou ignorado, colocar ¢</b>		
1	Data de nascimento da criança: ___ / ___ / ___	
2	Sexo da criança: 1. Masculino                      2. Feminino	
3	Raça da criança: 1. Branca 2. Preta 3. Amarela/Asiática 4. Parda 5. Indígena	
4	Medidas Antropométricas: Peso ao nascer (gramas):	
5	Apgar 1º minuto:	
6	Apgar 5º minuto: _____	
7	Comprimento/Estatura ao nascer (cm): _____	
8	Perímetro Cefálico (PC) ao nascer (cm):	
<b>DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA MÃE</b>		
9	Idade da mãe:	
10	Raça da mãe: 1. Branca 2. Preta 3. Amarela/Asiática 4. Parda 5. Indígena	
11	Município de residência: 1. Fortaleza/CE e região metropolitana 2. Imperatriz/MA 3. Caxias/MA 4. Floriano/PI 5.Outro: _____ Estado: _____	
12	Estado civil: 1. Solteira 2. Casada 3. União estável 4. Divorciada 5. Viúva	
13	Ocupação: 1. Do lar 2. Emprego formal (vínculo) 3. Emprego informal (sem vínculo) 4. Estudante 5. Aposentada 6. Outros, informar: _____	
14	Escolaridade: _____ anos de estudo completos (Analfabeto = 0 anos / 1º grau completo = 9 anos / Ensino médio completo = 12 anos / Ensino superior completo = adicionar o nº. de anos do curso ou cursados)	
15	Quantas pessoas moram com você na residência?	
16	Moradia:                      1. Alugada                      2. Própria	
17	Das pessoas que moram na casa, quantas trabalham?	
18	Qual a renda aproximada da família? _____ (especificar o valor recebido mensalmente ou uma média mensal)	
19	Recebe algum benefício do governo? 1. Sim, valor: _____ 2. Não	
20	Conta com ajuda nas atividades domésticas? 1. Sim 2. Não	
21	Em sua casa, qual a origem da água usada para preparar os alimentos ou lavar a louça? 1. Encanada (CAGECE) 2. Chafariz/bomba 3. Poço/cacimba 4. Outra, especificar: _____	
22	Existe pia com água e sabão no banheiro ou perto dele?                      1. SIM                      2. NÃO	
<b>ANTECEDENTES PESSOAIS</b>		
<b>Hábitos</b>		
23	Nos 03 meses antes de você ficar grávida, você fumava? 1. Não fumava 2. Fumava todos os dias 3. Fumava, mas não todos os dias 4. Não sabe informar	

24	Nos 03 meses antes de ficar grávida, nos dias em que fumava, quantos cigarros em geral você fumava por dia? (um maço contém 20 cigarros) (resposta livre) 1. Menos de 1 ao dia 2. De 1 até 59 3. 60 ou mais 4. Não sabe informar	
25	Você fumou em algum momento durante os meses em que estava grávida? (considere também os meses em que você se encontrava grávida, mas ainda não sabia) 1. Sim 2. Não 3. Não sabe informar	
26	Durante os meses em que esteve grávida, em geral, você fumava diariamente ou de vez em quando? 1. Fumava todos os dias 2. Fumava, mas não todos os dias 3. Não sabe informar	
27	Durante os meses em que esteve grávida, nos dias em que fumava, quantos cigarros em geral você fumava por dia? (um maço contém 20 cigarros) (resposta livre) 1. Menos de 1 ao dia 2. De 1 até 59 3. 60 ou mais 4. Não sabe informar	
28	Durante a gravidez, incluindo o período que você não sabia que estava grávida, você bebeu chopp, cerveja ou alguma outra bebida alcoólica? 1. Não (confirme: “nem de vez em quando?”) 2. Sim 3. Não sabe informar	
29	Utiliza alguma medicação de uso contínuo? (que precisa ser tomada todos os dias) 1. Não 2. Sim, informe:	
30	Já fez uso de drogas ilícitas? (maconha, cocaína, crack, etc.) 1. Sim 2. Não	
31	Caso sim, utilizou durante a gravidez? 1. Não 2. Sim. Qual?	
<b>Antes da gravidez, você já tinha algum desses problemas ou doenças confirmadas por médico?</b>		
32	1. HAS 2. Anemia grave 3. Doença falciforme 4. Asma 5. Lúpus 6. Hipotireoidismo 7. Hipertireoidismo 8. Diabetes pré-gestacional 9. Doença renal crônica 10. Convulsões/epilepsia 11. AVE 12. Doença hepática crônica 13. Cirurgia bariátrica 14. Hepatite B 15. Hepatite C 16. Obesidade 17. Outra: _____ 18. Nenhuma dessas doenças 19. Não sabe informar	
<b>Antes da gravidez, você teve algum desses problemas psicológicos confirmados por médico?</b>		
33	1. Transtorno de ansiedade 2. Depressão 3. Transtorno bipolar 3. Transtornos alimentares 4. Esquizofrenia 5. Nenhum destes 6. Síndrome do pânico 7. Outros:	
<b>ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS</b>		
34	Número de gestações:	
35	Número de filhos vivos:	
36	Paridade: 1. Primípara 2. Multípara	
37	Número de abortamentos:	
38	Amamentou anteriormente os outros filhos? 1. SIM 2. NÃO	
39	Caso SIM, por quanto tempo? _____ mês(es)	
40	Quais foram seus principais motivos para amamentar seus filhos? 1. Desejou amamentar 2. Foi orientada 3. Sentiu obrigação 4. Recebeu apoio e ajuda 5. Outro: _____	
41	Quais foram seus principais motivos para NÃO amamentar seus filhos? 1. Nunca desejou 2. Não recebeu orientação 3. Sentiu obrigação 4. Não teve apoio e ajuda 5. Outro:	
42	Você teve dificuldades durante a amamentação dos outros filhos? 1. Sim 2. Não	
43	Caso sim, quais? 1. Retorno ao trabalho 2. Produção de leite 3. Fissuras no mamilo 4. Mamilo invertido 5. Ingurgitamento 6. Mastite 7. Outro:	

44	Fatores que influenciaram a <b>INTERRUPÇÃO</b> da amamentação antes dos 6 meses de vida: 1. Pouco leite 2. Choro do bebê 3. Leite não sustenta/mamadeira mais nutritiva 4. Doença do RN 5. Cansaço/estresse/fadiga/sono da mãe 6. Doença materna 7. Vergonha de amamentar em público 8 Insistência do companheiro/mãe/sogra/outro familiar 9. Engasgo do bebê 10. Consume muito tempo 11. Bebê não ganha peso 12. Depressão 13. Bebê não pega a mama 14. Ansiedade/medo 15. Falta de apoio 16. Atrapalha a relação sexual 17. Estética das mamas 18. Bebê sempre com fome 19. Ingurgitamento mamário 20. Dor/fissura mamilar 21. Mastite 22. Retorno ao trabalho 23. Amamentar prende a mãe em casa 24. Outro:	
<b>DADOS DA GRAVIDEZ ATUAL // PARTO // PUERPÉRIO</b>		
45	Gravidez Planejada? 1. SIM 2. NÃO	
46	Realizou pré-natal? 1. SIM 2. NÃO	
47	Número de consultas realizadas:	
48	Você teve caderneta da gestante nessa gestação? 1. SIM 2. NÃO	
49	Caso sim, você leu as informações presentes na caderneta de gestante? 1. Sim 2. Não	
50	Classificação do RN: 1. Pré-termo (<37 IG) 2. A termo (37 IG a <42 IG) 3. Pós-termo (≥42 IG)	
51	Classificação Peso/Idade Gestacional do RN: 1. PIG 2. AIG 3. GIG	
52	Em que momento você colocou seu filho para mamar ao seio? 1. Na sala de parto 2. Quando foi descer do Centro Obstétrico 3. Na Sala de Recuperação 4. Ao chegar no Alojamento Conjunto 5. No dia seguinte 6. Outro:	
53	Tipo de parto: 1. Vaginal (inclui fórceps e vácuo) 2. Cesariana	
54	Teve direito a licença maternidade? 1. Não 2. Sim. Quantos meses?	
55	Desenvolveu alguma comorbidade durante esta gestação? Não 1-DM 2-HTA gestacional 3-Pre-clampsia 4-Eclampsia 5-Obesidade 6- Ameaça/trabalho de parto prematuro 7-Placenta Previa 8-Desprendimiento de placenta previa 9-Infecções urinárias 10. Incompetência/Insuficiência istmo- cervical 11-Oligodramnia 12-Hiperemeses 13-Outra:	
<b>CONDIÇÕES DA MAMA / ALEITAMENTO MATERNO</b>		
56	Mamas encontram-se: 1. Flácidas 2. Túrgidas 3. Ingurgitadas	
57	Aspectos do mamilo: 1. Protuso 2. Curto 3. Plano 4. Invertido	
58	Presença de colostro? 1. SIM 2. NÃO	
59	Recebeu orientações sobre amamentação durante esta gestação? 1. Sim 2. Não	
60	Caso sim, quem orientou? 1. Enfermeiro 2. Médico 3. Outro:	
61	Você possui a intenção de amamentar seu filho? 1. SIM 2. NÃO	
62	Caso sim, por quanto tempo você pretende amamentar? (resposta livre)	
63	A criança mamou na 1ª hora de vida? 1. Sim 2. Não	
64	Recebeu orientação sobre a importância de amamentar na primeira hora de vida? 1. Sim 2. Não	
65	Recebeu orientação sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida da criança? 1. Sim 2. Não	
66	Quantas vezes você amamenta seu bebê por dia? (frequência diária)	
67	Em casa você tem um espaço reservado para amamentar? 1. SIM 2. NÃO	

68	Recebeu orientações sobre amamentação na maternidade? 1. Sim 2. Não	
69	Caso sim, quem a orientou? 1. Enfermeiro 2. Médico 3. Outro:	
70	Tem o kit de mamadeiras no enxoval do bebê? 1. Sim 2. Não	
71	Após quanto tempo (meses/mês) você pretende voltar a trabalhar? (Se a resposta for NÃO PRETENDO, colocar 0)	
72	Quando você voltar a trabalhar, pretende continuar amamentando? 1. Sim 2. Não	
73	Se for trabalhar, com quem irá ficar o filho?	
74	Tipo de aleitamento materno atual: 1. Exclusivo 2. Predominante 3. Misto 4. Inexistente  (Exclusivo = apenas leite materno / Predominante = leite materno, água ou bebidas à base de água / Misto = leite materno e outros tipos de leite)	

## ANEXO A – BRISTOL BREASTFEEDING ASSESSMENT TOOL (BBAT)

### *Bristol Breastfeeding Assessment Tool – versão brasileira (BBAT-VB)*

Instrumento de Avaliação de Amamentação - <i>Bristol Breastfeeding Assessment Tool</i> – versão brasileira (BBAT-VB)				
<b>1. POSICIONAMENTO:</b>	<b>0 Precária</b>	<b>1 Moderada</b>	<b>2 Boa</b>	<b>Pontuação</b>
<p>Bebê bem apoiado;</p> <p>·Aconchegado ao corpo da mãe;</p> <p>·Deitar o bebê de lado/pescoço não torcido;</p> <p>·Nariz para o mamilo;</p> <p>·Mãe confiante ao segurar o bebê.</p>	<p>Nenhum ou poucos elementos do posicionamento alcançados.</p> <p>Precisa ser orientada sobre o posicionamento do bebê.</p>	<p>• Realização de alguns elementos do posicionamento.</p> <p>Orientação sobre o posicionamento ainda são necessários.</p>	<p>• Realização de todos os elementos do posicionamento.</p> <p>Nenhuma necessidade de orientação sobre o posicionamento.</p>	
<b>2.PEGA:</b>	<b>0 Precária</b>	<b>1 Moderada</b>	<b>2 Boa</b>	<b>Pontuação</b>
<p>·O bebê consegue pega correta;</p> <p>· Boca bem aberta;</p> <p>· O bebê pode fazer uma pega rápida com uma boa quantidade de tecido mamário na boca;</p> <p>· O bebê permanece no peito com uma boa pega durante a mamada.</p>	<p>• Nenhum / Poucos elementos da pega alcançados.</p> <p>• Precisa ser falado sobre a pega.</p> <p>• O bebê é incapaz de abocanhar a mama ou realiza uma pega incorreta</p>	<p>· Realização de alguns elementos da pega.</p> <p>Orientações sobre a pega ainda são necessárias.</p>	<p>·Realização de todos os elementos da pega.</p> <p>· Não é necessário nenhum esclarecimento sobre a pega.</p>	
<b>3. SUCCÃO:</b>	<b>0 Precária</b>	<b>1 Moderada</b>	<b>2 Boa</b>	<b>Pontuação</b>
<p>Capaz de estabelecer um padrão de sucção eficaz em ambas as mamas (inicia com sucções rápidas e depois sucções mais lentas com pausas).</p> <p>·O bebê termina a mamada.</p>	<p>• Sem sucção eficaz.</p> <p>• Sem padrão de sucção.</p>	<p>• Alguma sucção eficaz;</p> <p>• Padrão de sucção não satisfatório;</p>	<p>Padrão de sucção eficaz alcançado.</p>	

		• Suga e solta a mama.		
<b>4.DEGLUTIÇÃO:</b>	<b>0 Precária</b>	<b>1 Moderada</b>	<b>2 Boa</b>	<b>Pontuação</b>
Deglutição audível, regular e suave- sem estalo. ·	· Deglutição não audível.  · Estalos barulhentos.	· Deglutição audível ocasionalmente  · Alguns estalos barulhentos na deglutição.	Deglutição regular, audível e tranquila. ·	
<b>TOTAL</b>				

Fonte: Uchoa (2021)

## ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS  
CHATEAUBRIAND DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ - MEAC/UFC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AUTOEFICÁCIA MATERNA EM AMAMENTAR E AVALIAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO DO BINÔMIO MÃE E FILHO

**Pesquisador:** REGINA CLÁUDIA DE OLIVEIRA MELO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 70379023.2.0000.5050

**Instituição Proponente:** Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.151.406

#### Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos “Apresentação do Projeto”, “Objetivos da Pesquisa” e “Avaliação dos Riscos e Benefícios” foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_2123590.pdf, de 09/06/2023) e/ou Projeto Detalhado (PROJETO\_AUTOEFICACIA\_MATERNA\_EM\_AMAMENTAR\_E\_AVALIACAO\_DA\_AMAMENTACAO.pdf, de 17/04/2023).

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa a ser realizado nas Unidades de Alojamento Conjunto, de maternidade de referência – Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC). A população do estudo será composta por puérperas internadas nas Unidades de Alojamento Conjunto da MEAC no período da coleta de dados, com amostra de 1000 puérperas e neonatos.

A coleta de dados ocorrerá através de entrevista individual, com a finalidade de elucidar os objetivos do estudo, sendo precedida pelo aceite na participação da pesquisa e assinatura do TCLE. As entrevistas serão realizadas a partir da aplicação dos instrumentos escolhidos para o estudo.

Hipóteses: Puérperas assistidas no alojamento conjunto apresentam baixa autoeficácia em amamentar os neonatos; puérperas assistidas no alojamento conjunto apresentam técnica de amamentação inadequada; melhores escores de autoeficácia das puérperas assistidas no

**Endereço:** Rua Cel Nunes de Melo, s/n  
**Bairro:** Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270  
**UF:** CE **Município:** FORTALEZA

72	Quando você voltar a trabalhar, pretende continuar amamentando? 0. Não se aplica 1. Sim 2. Não	
73	Se for trabalhar, com quem irá ficar o filho?	
74	Tipo de aleitamento materno atual: 1. Exclusivo 2. Predominante 3. Misto 4. Inexistente  (Exclusivo = apenas leite materno / Predominante = leite materno, água ou bebidas à base de água / Misto = leite materno e outros tipos de leite)	

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS  
CHATEAUBRIAND DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ - MEAC/UFC



Continuação do Parecer: 6.151.406

alojamento conjunto repercutem em técnica de amamentação adequada.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

- Verificar a associação entre autoeficácia materna em amamentar e a avaliação da amamentação.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico das puérperas e recém-nascidos;

- Avaliar a autoeficácia materna em amamentar segundo a Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form – versão brasileira (BSES-SF-VB);

- Avaliar a amamentação do binômio mãe e filho a partir do Bristol Breastfeeding Assessment Tool – versão brasileira (BBAT-VB).

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. Os possíveis riscos da pesquisa são mínimos e estão relacionados a disponibilidade de tempo para responder aos instrumentos; cansaço, aborrecimento, algum desconforto ou constrangimento em responder determinadas perguntas pessoais ou sobre aleitamento materno. Apesar disso, a pesquisadora se compromete em minimizar esses desconfortos, buscar um local reservado e tranquilo

para que responda ao questionário, além de garantir a liberdade para não responder a questões que causem constrangimento e respeitar seu momento. Será dado também a garantia de que todas as informações serão usadas como dados apenas para este estudo, sendo confidenciais e sua privacidade será respeitada em todas as fases do estudo.

Benefícios:

Espera-se que os resultados desta pesquisa possam trazer alguns benefícios diretos para as participantes, pois poderão receber apoio e informações sobre amamentação que lhe auxiliarão neste momento, caso precise. Além disso, este estudo poderá ajudar os profissionais a desenvolverem ações para ajudar as mães com possíveis dificuldades e dúvidas que tenham com relação ao aleitamento materno e, conseqüentemente, aumentar a motivação para iniciar e manter o aleitamento.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo unicêntrico, prospectivo, a ser realizado através de entrevista estruturada a partir de 3 instrumentos pré-definidos (anexos ao trabalho), com amostra de 1.000 sujeitos apresentada no

**Endereço:** Rua Cel Nunes de Melo, s/n  
**Bairro:** Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270  
**UF:** CE **Município:** FORTALEZA  
**Telefone:** (85)3366-8569 **Fax:** (85)3366-8523 **E-mail:** cepm.ch-ufc@ebserh.gov.br

**MATERNIDADE ESCOLA ASSIS  
CHATEAUBRIAND DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ - MEAC/UFC**



Continuação do Parecer: 6.151.406

arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_2123590.pdf) e de 200 sujeitos, conforme consta no Projeto Detalhado (PROJETO\_AUTOEFICACIA\_MATERNA\_EM\_AMAMENTAR\_E\_AVALIACAO\_DA\_AMAMENTACAO.pdf), com previsão de início em 05/06/2023 e término em 30/04/2024, conforme cronograma apresentado.

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

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Recomendações:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

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

- A amostra está divergente entre o que está descrito no arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_2123590.pdf) e no Projeto Detalhado (PROJETO\_AUTOEFICACIA\_MATERNA\_EM\_AMAMENTAR\_E\_AVALIACAO\_DA\_AMAMENTACAO.pdf); necessário definição da amostra;
- Cronograma apresentado no arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_2123590.pdf) está desatualizado; necessária atualização;
- Alterar o número de contato do CEP MEAC para 3366-8569;
- Como o estudo irá incluir participantes menores de 18 anos, será necessário incluir o termo de assentimento.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Cabe ao pesquisador responsável encaminhar as respostas ao parecer pendente, por meio da Plataforma Brasil, em até 30 dias a contar a partir da data de sua emissão. As respostas às pendências devem ser apresentadas em documento à parte (carta resposta). Ressalta-se que deve haver respostas para cada uma das pendências apontadas no parecer, obedecendo a ordenação deste. A carta resposta deve permitir o uso dos recursos "copiar" e "colar" em qualquer palavra ou trecho do texto, isto é, não deve sofrer alteração ao ser "colado".

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	09/06/2023		Aceito

**Endereço:** Rua Cel Nunes de Melo, s/n  
**Bairro:** Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270  
**UF:** CE **Município:** FORTALEZA  
**Telefone:** (85)3366-8569 **Fax:** (85)3366-8523 **E-mail:** cepm.ch-ufc@ebserh.gov.br

**MATERNIDADE ESCOLA ASSIS  
CHATEAUBRIAND DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ - MEAC/UFC**



Continuação do Parecer: 6.151.406

Básicas do Projeto	ETO_2123590.pdf	22:46:20		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	09/06/2023 22:39:44	REGINA CLÁUDIA DE OLIVEIRA MELO	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA_MEAC.pdf	25/05/2023 23:43:18	REGINA CLÁUDIA DE OLIVEIRA MELO	Aceito
Outros	TERMO_DE_FIEL_DEPOSITARIO.pdf	25/05/2023 23:40:39	REGINA CLÁUDIA DE OLIVEIRA MELO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAOSSETORMEAC.pdf	25/05/2023 23:39:49	REGINA CLÁUDIA DE OLIVEIRA MELO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_AUTOEFICACIA_MATERNA_EM_AMAMENTAR_E_AVALIACAO_D_A_AMAMENTACAO.pdf	17/04/2023 18:18:29	REGINA CLÁUDIA DE OLIVEIRA MELO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_assinado.pdf	17/04/2023 17:42:30	REGINA CLÁUDIA DE OLIVEIRA MELO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaraodeconcordncia_assinado.pdf	17/04/2023 17:40:53	REGINA CLÁUDIA DE OLIVEIRA MELO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MEACPIBIC_assinado.pdf	17/04/2023 17:40:04	REGINA CLÁUDIA DE OLIVEIRA MELO	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	17/04/2023 15:26:26	REGINA CLÁUDIA DE OLIVEIRA MELO	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Regina.pdf	17/04/2023 14:13:03	REGINA CLÁUDIA DE OLIVEIRA MELO	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Lorena_Pinheiro_Barbosa.pdf	17/04/2023 14:12:19	REGINA CLÁUDIA DE OLIVEIRA MELO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_FINANCEIRO_PIBIC_MEAC.pdf	17/04/2023 14:03:33	REGINA CLÁUDIA DE OLIVEIRA MELO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Pendente

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 29 de Junho de 2023

Assinado por:  
**Álison Menezes Araújo Lima**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rua Cel Nunes de Melo, s/n  
**Bairro:** Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270  
**UF:** CE **Município:** FORTALEZA  
**Telefone:** (85)3366-8569 **Fax:** (85)3366-8523 **E-mail:** cepm.ch-ufc@ebserh.gov.br