

Autoeficácia na amamentação em mulheres adultas e sua relação com o aleitamento materno exclusivo

Juliana Cristina dos Santos Monteiro¹

 <https://orcid.org/0000-0001-6470-673X>

Carolina Maria de Sá Guimarães^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0001-5930-9836>

Luciana Camargo de Oliveira Melo¹

 <https://orcid.org/0000-0002-1904-3137>

Marina Cortez Pereira Bonelli^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0003-1011-8865>

Objetivo: analisar a relação entre a autoeficácia materna para amamentar e as variáveis sociodemográficas, obstétricas e neonatais; a duração do aleitamento materno exclusivo e as variáveis sociodemográficas, e a autoeficácia para amamentar e a duração do aleitamento materno exclusivo nos intervalos de 30, 60 e 180 dias pós-parto. **Método:** estudo longitudinal e prospectivo realizado com 224 mulheres. Para coleta de dados, utilizou-se um questionário sociodemográfico, a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form* e um questionário sobre amamentação e alimentação da criança. Para análise utilizou-se o Teste Exato de Fisher e o Coeficiente de Correlação de Pearson. **Resultados:** identificou-se que não houve associação entre a autoeficácia para amamentar e a duração do aleitamento materno exclusivo em 30, 60 e 180 dias. A autoeficácia apresentou associação com o tipo de parto e intercorrência no pós-parto. Também se encontrou associação entre a religião e o aleitamento materno exclusivo com 30 e 60 dias pós-parto, e auxílio aos cuidados com o bebê e o aleitamento materno exclusivo em 60 dias. **Conclusão:** identificou-se que o tipo de parto, intercorrência no pós-parto, religião e auxílio aos cuidados com o bebê corroboram para incrementar a confiança materna na capacidade para amamentação.

Descritores: Aleitamento Materno; Autoeficácia; Enfermagem Obstétrica; Saúde Materno-Infantil; Saúde da Mulher; Saúde da Criança.

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

Como citar este artigo

Monteiro JCS, Guimarães CMS, Melo LCO, Bonelli MCP. Breastfeeding self-efficacy in adult women and its relationship with exclusive maternal breastfeeding. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3364. [Access   ]; Available in: _____ . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3652.3364>.    URL

Introdução

As contribuições do aleitamento materno já são conhecidas mundialmente, sendo seus benefícios estendidos não somente à saúde da mulher e da criança, mas também para toda a família e sociedade⁽¹⁾, e devido a estas contribuições, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil (MS) recomendam o aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês de vida da criança⁽²⁾. Apesar de todos os benefícios descritos na literatura científica, apenas 37% das crianças nascidas no Brasil são amamentadas exclusivamente até o sexto mês de vida, índice abaixo do recomendado pela OMS, que é de pelo menos 50%⁽²⁻⁴⁾.

A prática do aleitamento materno é um processo complexo que vai além do determinismo biológico, e a decisão da mulher em amamentar ou não envolve também fatores sociais, culturais, econômicos e psicológicos⁽⁵⁾. Estudo realizado no Distrito Federal (Brasil), observou que as causas de desmame precoce estavam relacionadas às crenças de leite fraco e à necessidade da mulher de retornar ao trabalho⁽⁶⁾. Outro estudo realizado em Valencia (Espanha) observou que houve relação com o tempo de amamentação e a idade materna, paridade, baixa produção de leite e baixo ganho de peso do bebê⁽⁷⁾.

O apoio recebido pela mulher durante este processo também é um fator que fortemente influencia a prática da amamentação, seja ele recebido por familiares, amigos ou profissionais de saúde⁽⁸⁾. Além disso, na atualidade, as mulheres também buscam suporte por meio das redes sociais, *sites* e páginas da internet que trazem informações sobre as práticas do aleitamento materno, sendo uma nova forma de intervenção em saúde⁽⁹⁾.

A interrupção precoce da amamentação pode estar relacionada com a baixa confiança da mulher em sua capacidade de amamentar seu bebê, sendo esta uma importante variável que influencia o início e a manutenção do aleitamento materno⁽¹⁰⁻¹¹⁾. A confiança materna na capacidade para amamentar é também conhecida como autoeficácia na amamentação, e pode ser modificada por meio de intervenções individuais às mulheres⁽¹⁰⁾.

O construto da autoeficácia na amamentação se constitui por quatro fontes de informação, que interferem diretamente na decisão da mulher para o início e manutenção desta prática: pela experiência pessoal da mulher; pela convivência com outras mulheres que amamentam (experiência vicária), pelas informações recebidas tanto de sua rede de apoio social quanto do profissional de saúde que a acompanha, e pela sua condição física e emocional⁽¹²⁾.

Sabe-se que aquelas que confiam em sua capacidade geralmente amamentam por mais tempo

do que aquelas que não têm esta percepção⁽¹⁰⁾. Para os profissionais de saúde, que são essenciais no incentivo e apoio ao aleitamento materno, a identificação de mães que apresentam risco para o desmame precoce (baseada em variáveis modificáveis), como baixa autoeficácia para amamentar, pode facilitar o desenvolvimento e a avaliação de intervenções que favoreçam a amamentação⁽¹³⁻¹⁴⁾.

O Brasil é um país com uma grande diversidade cultural e econômica, por isso entender o comportamento da mulher frente aos diferentes cenários pode trazer subsídios para o aprimoramento das políticas públicas de promoção e proteção ao aleitamento. Assim, o objetivo deste estudo foi analisar a relação entre a autoeficácia materna para amamentar e as variáveis sociodemográficas, obstétricas e neonatais; a duração do aleitamento materno exclusivo e as variáveis sociodemográficas, e a autoeficácia para amamentar e a duração do aleitamento materno exclusivo nos intervalos de 30, 60 e 180 dias pós-parto.

Método

Estudo longitudinal e prospectivo realizado com 224 mulheres, sendo selecionadas de modo aleatório, seguindo os seguintes critérios de inclusão: ter 18 anos ou mais, com 24 horas pós-parto, no mínimo, em condições físicas para amamentar, acompanhadas pelos seus filhos no alojamento conjunto, que tiveram filhos com idade gestacional a termo e que possuíam telefone fixo ou celular. Os critérios de exclusão foram: mulheres com deficiência auditiva e/ou visual, desorientadas quanto ao tempo, espaço ou pessoa, com recém-nascidos que estavam recebendo cuidados especiais e/ou que apresentavam alguma anomalia ou malformação.

O estudo foi realizado na cidade de Ribeirão Preto no período de janeiro de 2014 a junho 2015, em duas etapas. A primeira etapa foi realizada no alojamento conjunto, onde as mulheres que atenderam aos critérios de inclusão e aceitaram participar do estudo após serem orientadas sobre o mesmo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram aplicados dois instrumentos de coleta de dados, com duração média de 15 minutos para o preenchimento: o primeiro instrumento contemplou as variáveis sociodemográficas (idade, cor autorreferida, escolaridade, religião, estado marital, renda e auxílio nos cuidados com o bebê) e obstétricos (número de filhos, planejamento da gestação atual, número de consultas de pré-natal, tipo de parto, intercorrências no pós-parto, sexo e peso do recém-nascido, amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido e tipo de aleitamento durante a coleta de dados). O segundo instrumento aplicado foi a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form* (BSES-SF),

escala canadense validada no Brasil⁽¹⁵⁾, utilizada para avaliar a confiança materna na habilidade para amamentar. A BSES-SF é uma escala tipo Likert contendo 14 questões divididas em: Domínio Técnico e Domínio de Pensamento Intrapessoal; cada questão apresenta cinco possibilidades de respostas variando de 1 a 5 pontos, sendo 1-discordo totalmente, 2-discordo, 3-às vezes concordo, 4-concordo, 5-concordo totalmente, e a somatória dos escores varia de 14 a 70 pontos. A autoeficácia para amamentar é identificada a partir da somatória de cada questão: autoeficácia baixa (14 a 32 pontos), autoeficácia média (33 a 51 pontos), autoeficácia alta (52 a 70 pontos)⁽¹⁵⁾.

A segunda etapa do estudo caracterizou-se pelas buscas telefônicas realizadas em 30, 60 e 180 dias após o parto, utilizando-se um terceiro instrumento de coleta de dados que contemplava questões referentes ao tipo de alimentação oferecida à criança (aleitamento materno e/ou alimentação complementar), tempo de aleitamento materno exclusivo em dias e as intercorrências ocorridas durante o período da amamentação. O contato telefônico durou em média dez minutos e a cada contato era combinado com a mulher qual o melhor período para realizar o próximo contato, respeitando-se as rotinas da família. Foram realizadas até três tentativas de contato telefônico em cada um dos momentos desta etapa, em dias e horários diferentes, e se a participante não fosse encontrada em nenhuma das três tentativas, era excluída da pesquisa.

Os dados coletados foram compilados e armazenados em uma planilha eletrônica estruturada no Microsoft Excel, por meio de dupla digitação, possibilitando a validação dos dados e eliminação de erros, garantindo assim a confiabilidade da digitação. Os dados foram analisados descritivamente utilizando-se o programa estatístico *Statistical Analysis System SAS*® 9.0. Para verificar a associação entre as variáveis qualitativas, os dados foram submetidos ao Teste Exato de Fisher, sendo que as variáveis quantitativas foram categorizadas e também submetidas a este Teste. Para verificar a relação entre a autoeficácia materna e o tempo final de amamentação utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson. Para todas as análises estatísticas foram considerados níveis de significância de 5% ($\alpha=0,05$).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, com o número de protocolo: 21346013.8.0000.5393.

Resultados

Das 224 (100%) mulheres investigadas a idade variou entre 18 e 44 anos, média de idade de 24,65

anos (Desvio Padrão - DP=5,79) e mediana de 24 anos. No que se refere à percepção da própria cor, 44,2% das mulheres referiram ser de cor parda, 47,32% declararam ter ensino médio completo, 47,3% se declararam amasiadas e 79,9% referiram ter alguma religião. A maioria (59,4%) referiu não realizar trabalho remunerado fora do lar e 46,0% declararam ter moradia própria. A média da renda familiar mensal declarada foi de R\$ 1.943,44 (um mil, novecentos e quarenta e três reais e quarenta e quatro centavos), 86,6% declararam que teriam auxílio de alguma pessoa para cuidar do bebê e destas (n=194), 46,4% referiram que a ajuda seria obtida da sua própria mãe, 30,9% referiram ajuda do companheiro, 11,3% referiram ajuda da sogra e 11,3% teriam ajuda de outros familiares e amigas.

Em relação às características obstétricas, 47,3% das participantes eram primigestas, 50,4% primíparas, 55,8% das mulheres não planejaram a gestação, 81,8% iniciaram o acompanhamento pré-natal no 1º trimestre da gestação, 88,7% realizaram seis ou mais consultas de pré-natal e 77,7% tiveram parto vaginal, sendo quatro fórceps - 1,8%. A maioria das mulheres referiu não ter apresentado intercorrência durante a gestação (63,8%), trabalho de parto e parto (92,9%) ou no pós-parto (94,6%), 51,8% dos recém-nascidos eram do sexo masculino. A maioria dos bebês (97,3%) apresentou peso igual ou maior do que 2.500g e 59,4% amamentaram na primeira hora de vida, 91,0% das crianças estavam em AME no período de coleta de dados na maternidade.

No que se refere à avaliação da autoeficácia na amamentação, a maioria das mulheres [n=188(83,9%)] apresentou alto nível de autoeficácia, 15,6% (35) apresentaram médio nível e 0,4% (uma participante) apresentou baixo nível de autoeficácia.

A análise de associação entre a autoeficácia e as variáveis sociodemográficas (idade, cor autorreferida, escolaridade, religião, estado marital, renda e auxílio nos cuidados com o bebê) não apresentou resultado estatisticamente significativo (Tabela 1).

Quanto às características obstétricas, as variáveis relacionadas ao tipo de parto e intercorrência no pós-parto apresentaram associação estatisticamente significativa com a autoeficácia. As mulheres que tiveram parto vaginal apresentaram maior nível de autoeficácia do que aquelas que foram submetidas à cesárea ($p=0,0376$). As mulheres que não tiveram intercorrências no pós-parto apresentaram maior autoeficácia do que aquelas que tiveram intercorrências ($p=0,0410$) (Tabela 2).

Na Tabela 3 são apresentados os resultados da associação entre a autoeficácia materna e as variáveis relacionadas às características dos filhos das participantes e à amamentação. Não foram verificadas associações estatisticamente significativas para estas análises.

Tabela 1 – Autoeficácia na amamentação associada às características sociodemográficas das participantes (n=224). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2014 a 2015

	Autoeficácia			Total n (%)	p-valor*
	Baixa n (%)	Moderada n (%)	Alta n (%)		
Faixa etária					
Até 24 anos	0 (0,0)	21 (9,4)	94 (42,0)	115 (51,3)	0,4958
25 a 34 anos	1 (0,4)	12 (5,4)	84 (37,5)	97 (43,3)	
35 anos ou mais	0 (0,0)	2 (0,9)	10 (4,5)	12 (5,4)	
Total	1 (0,4)	35 (15,6)	188(83,9)	224 (100,0)	
Cor autorreferida					
Branca	1 (0,4)	9 (4,0)	75 (33,5)	85 (37,9)	0,1727
Preta e parda	0 (0,0)	24 (10,7)	107(47,8)	131 (58,5)	
Amarela	0 (0,0)	2 (0,9)	6 (2,7)	8 (3,6)	
Total	1 (0,4)	35 (15,6)	188(83,9)	224 (100,0)	
Escolaridade					
Fundamental Incompleto	0 (0,0)	4 (1,8)	19 (8,5)	23 (10,3)	0,6065
Fundamental Completo	0 (0,0)	12 (5,4)	77 (34,4)	89 (39,7)	
Médio Completo	1 (0,4)	17 (7,6)	88 (39,3)	106 (47,3)	
Superior Completo	0 (0,0)	2 (0,9)	4 (1,8)	6 (2,7)	
Total	1 (0,4)	35 (15,6)	188(83,9)	224 (100,0)	
Religião					
Possui alguma religião	1 (0,4)	28 (12,5)	150(67,0)	179 (79,9)	1,0000
Ateu/Agnóstico	0 (0,0)	7 (3,1)	38 (17,0)	45 (20,1)	
Total	1 (0,4)	35 (15,6)	188(83,9)	224 (100,0)	
Estado marital					
Sem companheiro	0 (0,0)	8 (3,6)	42 (18,7)	50 (22,3)	1,0000
Com companheiro	1 (0,4)	27 (12,0)	146 (65,2)	174 (77,7)	
Total	1 (0,4)	35 (15,6)	188 (83,9)	224 (100,0)	
Renda em SM*					
Até 1,9	1 (0,5)	14 (7,0)	87 (43,5)	102 (51,0)	0,9749
De 2 a 3,9	0 (0,0)	13 (6,5)	70 (35,0)	83 (41,5)	
4 ou mais	0 (0,0)	2 (1,0)	13 (6,5)	15 (7,5)	
Total	1 (0,5)	29 (14,5)	170 (85,0)	200 (100,0)	
Auxílio nos cuidados com o bebê					
Sim	1 (0,4)	31 (13,8)	162 (72,3)	194 (86,6)	1,0000
Não	0 (0,0)	4 (1,8)	26 (11,6)	30 (13,4)	
Total	1 (0,4)	35 (15,6)	188 (83,9)	224 (100,0)	

*Teste Exato de Fisher; *SM = Salários mínimos. Valor do salário mínimo brasileiro em 2016: R\$ 880,00

Tabela 2 – Autoeficácia na amamentação associada às características obstétricas das participantes (n=224). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2014 a 2015

	Autoeficácia			Total n (%)	p-valor*
	Baixa n (%)	Moderada n (%)	Alta n (%)		
Número de filhos					
Um	0 (0,0)	21 (9,4)	95(42,4)	116 (51,8)	0,3155
Dois ou mais	1 (0,4)	14 (6,2)	93 (41,5)	108 (48,2)	
Total	1 (0,4)	35 (15,6)	188 (83,9)	224(100,0)	
Gestação planejada					
Sim	0 (0,0)	10 (4,5)	89 (39,7)	99 (44,2)	0,0519
Não	1 (0,4)	25 (11,2)	99 (44,2)	125 (55,8)	
Total	1 (0,4)	35 (15,6)	188 (83,9)	224(100,0)	

(Continua...)

Tabela 2 – Continuação

	Autoeficácia			Total n (%)	p-valor*
	Baixa n (%)	Moderada n (%)	Alta n (%)		
Número de consultas de pré-natal					
Até 5	0 (0,0)	4 (1,9)	20 (9,4)	24 (11,3)	1,0000
6 ou mais	1 (0,4)	30 (14,1)	158 (74,2)	189 (88,7)	
Total	1 (0,4)	34 (16,0)	178 (83,6)	213(100,0)	
Tipo de parto					
Vaginal	0 (0,0)	31 (13,8)	143 (63,8)	174 (77,7)	0,0376
Cesária	1 (0,4)	4 (1,8)	45 (20,1)	50 (22,3)	
Total	1 (0,4)	35 (15,6)	188 (83,9)	224(100,0)	
Intercorrência no pós-parto					
Sim	1 (0,4)	2 (0,9)	9 (4,0)	12 (5,4)	0,0410
Não	0 (0,0)	33 (14,7)	179 (79,9)	212 (94,6)	
Total	1 (0,4)	35 (15,6)	188 (83,9)	224(100,0)	

*Teste Exato de Fisher

Tabela 3 – Autoeficácia na amamentação associada às características dos filhos das participantes (n=224). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2014 a 2015

	Autoeficácia			Total n (%)	p-valor*
	Baixa n (%)	Moderada n (%)	Alta n (%)		
Sexo da criança					
Feminino	0 (0,0)	19 (8,5)	89 (39,7)	108 (48,2)	0,5228
Masculino	1 (0,4)	16 (7,1)	99 (44,2)	116 (51,8)	
Total	1 (0,4)	35 (15,6)	188 (83,9)	224(100,0)	
Peso ao nascer					
<2.500 gramas	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (2,3)	6 (2,7)	0,6041
≥2500 gramas	1 (0,4)	35 (15,6)	182 (81,2)	218 (97,3)	
Total	1 (0,4)	35 (15,6)	188 (83,9)	224(100,0)	
Amamentação na primeira hora de vida					
Sim	0 (0,0)	18 (8,0)	115(51,3)	133 (59,4)	0,2239
Não	1 (0,4)	16 (7,1)	71 (31,7)	88 (39,3)	
Não sabe	0 (0,0)	1 (0,4)	2 (0,9)	3 (1,3)	
Total	1 (0,4)	35 (15,6)	188 (83,9)	224(100,0)	
Tipo de aleitamento					
Aleitamento materno exclusivo	1 (0,4)	31 (13,8)	172 (76,8)	204 (91,1)	0,5706
Aleitamento materno com outros líquidos/leite	0 (0,0)	4 (1,8)	16 (7,1)	20 (8,9)	
Total	1 (0,4)	35 (15,6)	188 (83,9)	224 (100,0)	

*Teste Exato de Fisher

Com relação à duração do AME, aos 30 dias pós-parto, 64,4% (136) mulheres amamentavam exclusivamente, aos 60 dias, 55,6% (109) amamentavam exclusivamente e apenas 6,0% (9) mulheres mantiveram o AME até 180 dias pós-parto.

A associação entre as variáveis sociodemográficas e a duração do aleitamento materno mostrou resultado

estatisticamente significativo entre o AME com 30 e 60 dias pós-parto e a variável religião ($p=0,0367$ e $0,0073$, respectivamente) evidenciando que a manutenção da amamentação exclusiva em 30 e 60 dias foi maior entre as mulheres que referiram ter alguma religião. Também se observou associação estatisticamente significativa entre o AME em 60 dias e a variável auxílio nos cuidados

com o bebê ($p=0,0324$), ou seja, a manutenção da amamentação exclusiva em 60 dias foi maior entre as participantes que referiram ter este auxílio.

As associações entre a variável autoeficácia para amamentar e a duração do AME nos períodos de 30, 60 e 180 dias após o parto não apresentou resultado estatisticamente significativo pelo Teste Exato de Fisher ($p=0,6328$, $p=0,0798$ e $p=1,0000$, respectivamente).

O tempo total de AME, em dias, está apresentado na Figura 1. A única participante que apresentou autoeficácia baixa amamentou por 89 dias. Entre as participantes que apresentaram nível médio de autoeficácia a duração média do AME foi de 69,8 dias. Entre as que apresentaram alto nível de autoeficácia, a média do AME foi de 82,49 dias.

Ao realizar a análise de Correlação de Pearson entre a autoeficácia e o tempo final de aleitamento materno obteve-se o valor de $p=0,0640$, e o coeficiente de correlação de 0,12396. Os resultados mostram que não houve relação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis. A Figura 2 ilustra este resultado, chamando a atenção para uma relação positiva, porém fraca, entre as duas variáveis.

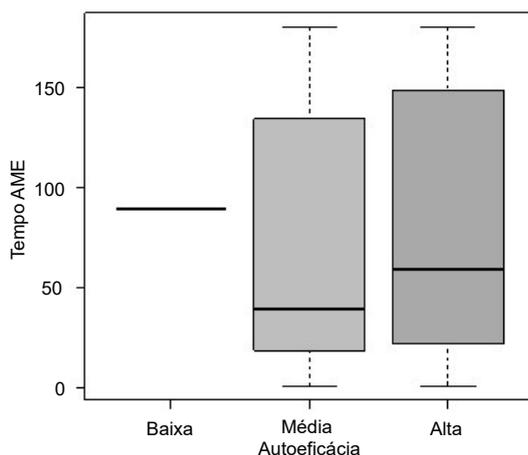


Figura 1 - Distribuição do tempo final de AME em dias, segundo a classificação da autoeficácia para amamentar

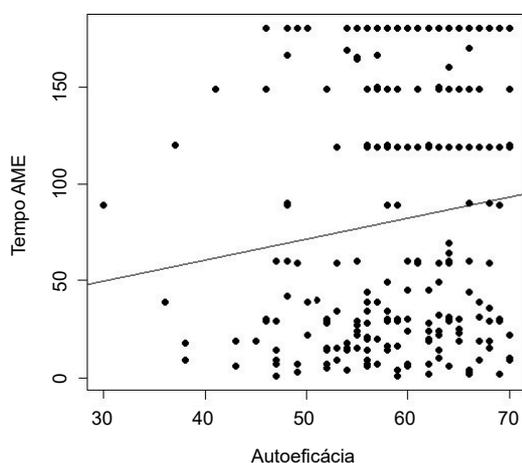


Figura 2 - Correlação entre a autoeficácia na amamentação e o tempo final do AME em dias

Discussão

O valor da autoeficácia entre as participantes do estudo apontou que a maioria delas (83,9%) tinha alto nível desta variável, sendo que a média da pontuação total da BSES-SF foi de 58,62 pontos, corroborando aos trabalhos realizados em âmbito nacional e internacional⁽¹⁶⁻¹⁸⁾. O presente estudo mostrou associação significativa entre a autoeficácia para amamentar e o tipo de parto, ratificando trabalhos realizados nas Filipinas⁽¹⁸⁾ e na região nordeste do Brasil⁽¹⁹⁾. Também mostrou associação significativa entre a autoeficácia e a variável intercorrência no pós-parto. Não foram encontrados trabalhos científicos que analisassem a relação entre a autoeficácia e as intercorrências na gestação, trabalho de parto e parto, e no pós-parto. No entanto, esta análise nos remete à quarta fonte de informação do construto da autoeficácia (estado emocional e fisiológico), visto que são resultados relevantes para os profissionais de saúde, quando também utilizam a persuasão verbal (terceira fonte de informação do construto da autoeficácia). Desta maneira, os profissionais podem ter uma atuação mais certa no apoio a mulher durante a amamentação, de acordo com a demanda de cada uma delas⁽⁸⁾.

A média final da duração do AME entre as participantes foi de 80,54 dias e a mediana de 59 dias e, nos três momentos investigados, observou-se uma diminuição da porcentagem de mulheres que mantinham o AME: 64,4% aos 30 dias, 55,6% aos 60 dias e 6,0% aos 180 dias, estando abaixo dos índices em menores de seis meses apresentados no mundo, que é de 35,7%, de acordo com estudo publicado em 2016⁽⁴⁾. O fato do local do estudo ser credenciado pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e apresentar ações institucionais em prol da amamentação não garantiu que as mulheres mantivessem o AME fora do ambiente hospitalar conforme as recomendações oficiais. Neste sentido, pode-se inferir que o alto nível de autoeficácia foi primordial para a prática da amamentação iniciada e realizada na maternidade, porém, ao retornarem para seus domicílios, observa-se que a amamentação não dependeu apenas do domínio das técnicas de manejo e do desejo demonstrado no ambiente hospitalar. Aspectos pessoais internos e fatores do contexto de vida de cada mulher também estão envolvidos diretamente no preparo e realização da alimentação da criança, na medida em que ela interpreta e ajusta as recomendações oficiais de acordo com a sua realidade⁽²⁰⁾, o que pode ter influenciado o declínio gradativo da amamentação ao longo dos meses entre as participantes.

Na análise de associações entre as variáveis sociodemográficas e a duração do AME nos períodos de 30, 60 e 180 dias após o parto, a variável religião

teve influência na manutenção desta prática aos 30 e 60 dias após o parto. Considerando que os determinantes de saúde individuais e populacionais congregam os costumes, crenças e valores, e isto inclui a cultura religiosa, a escolha das mulheres para amamentar ou não pode ser influenciada pela religião ou pela adesão a valores tradicionais ou modernos de determinada população⁽²¹⁾. De forma semelhante ao presente estudo, um trabalho americano envolvendo 4.898 binômios mães e filhos que pertenciam à classe econômica desfavorecida mostrou que a afiliação religiosa estava fortemente associada ao início da amamentação, mas fracamente associada à sua manutenção⁽²²⁾. Assim, a formação de redes de apoio e incentivo que incluam as igrejas e espaços religiosos mostra-se como uma estratégia essencial para fortalecer atitudes e comportamentos saudáveis entre a população, incluindo o aleitamento materno⁽²²⁾.

Verificou-se também associação significativa entre amamentação exclusiva aos 60 dias e o auxílio para cuidar do bebê, corroborando estudo que mostra o papel valioso de pessoas que apoiam e ajudam as mulheres no pós-parto, mesmo sendo leigas, o que favorece a realização do aleitamento materno⁽⁸⁾.

Finalmente, a autoeficácia materna para amamentar não apresentou associação estatisticamente significativa com a duração do AME nos períodos de 30, 60 e 180 dias após o parto. No entanto, estudos mostram que existe uma relação positiva entre autoeficácia elevada e a duração do AME por mais tempo^(10,16). O elevado nível de autoeficácia no período pós-parto evidencia a importância da persuasão verbal para a autoeficácia, visto que este resultado pode ter sido reflexo das ações da IHAC que são empreendidas pelos profissionais que atuam na maternidade onde o estudo foi realizado. Vale lembrar que as instituições credenciadas pela IHAC têm forte atuação nas ações em prol do aleitamento materno. Esta iniciativa favorece a amamentação, aumentando o índice de início e manutenção desta prática, com impacto positivo nos resultados de amamentação a curto, médio e longo prazo⁽²³⁾. Sendo assim, as respostas das participantes podem ter sofrido influência das práticas pró-amamentação da maternidade, relação esta que necessita de futuras investigações.

O presente estudo teve como limitação a impossibilidade de realizar o acompanhamento das mulheres de forma presencial, o que permitiria inclusive a aplicação da BSES-SF em cada momento investigado e não apenas no período pós-parto. A busca telefônica foi à forma encontrada para realizar o acompanhamento, sendo válida para atingir os objetivos propostos para a presente pesquisa.

Os resultados apresentados podem ajudar o profissional de saúde a identificar mulheres com maior risco de desmame precoce, possibilitando intervenção mais rápida e eficaz. Ressalta-se a importância da melhoria da qualidade da assistência obstétrica, como a diminuição das cesáreas eletivas e aumento dos índices de parto normal, reduzindo assim as complicações no pós-parto e favorecendo a construção da autoeficácia materna positiva, além de outros benefícios para a saúde materna e neonatal. Os achados referentes à religião e ao auxílio recebido pela participante evidenciam também a necessidade de esforços por parte dos profissionais de saúde para que estabeleçam e fortaleçam as redes de apoio à mulher após a alta hospitalar, reconhecendo o papel da família e de entidades religiosas. Sugere-se que as equipes de saúde possam estreitar o vínculo com as famílias e com as redes de apoio da comunidade, de forma a prepará-las para receber a mulher que amamenta.

Conclusão

A autoeficácia é uma variável de fácil acesso e passível de mudança, por meio de orientações e estímulos que fortaleçam os aspectos internos (motivação pessoal) e externos (técnicos) da amamentação. O presente estudo analisou que há relação entre a autoeficácia na amamentação e o tipo de parto, a ausência de intercorrências no pós-parto, ter religião e ter auxílio nos cuidados com o bebê.

A associação da autoeficácia com o parto vaginal e com a não existência de intercorrências no pós-parto reforçam os resultados de que a atenção qualificada ao parto é benéfica tanto para a mulher quanto para a amamentação. Além disso, as especificidades verificadas entre as participantes, relativas às variáveis religião e auxílio nos cuidados com o bebê como fatores que influenciaram a duração do aleitamento materno exclusivo, mostram que estas variáveis são importantes para o suporte à amamentação e merecem maior atenção dos profissionais que atuam na promoção ao aleitamento materno.

Destaca-se ainda a possibilidade de novos estudos que investiguem a autoeficácia ao longo dos meses, a fim de investigar mais profundamente como esse construto se modifica após a alta hospitalar, na realidade contextual da mulher e de seu filho.

Referências

1. Victora CG, Bahl R, Barros AID, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*.

- 2016 Jan 30;387(10017):475-90. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
3. Pérez-Escamilla R. Breastfeeding in Brazil: major progress, but still a long way to go. *J. Pediatr (Rio J)*. [Internet]. 2017 Apr [cited 2020 Apr, 15];93(2):107-10. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-5572017000200107&lng=en. doi: 10.1016/j.jpmed.2016.10.003
4. Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Venâncio SI, Giugliani ERJ. Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. *Rev Saúde Pública (Online)*. 2017 Nov 17;51(108):9. doi: doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000029.
5. Matare CR, Craig HC, Martin SL, Kayanda RA, Chapeau GM, Kerr RB, et al. Barriers and Opportunities for Improved Exclusive Breast-Feeding Practices in Tanzania: Household Trials With Mothers and Fathers. *Food Nutr Bull*. 2019 Sep;40(3):308-25. doi: 10.1177/0379572119841961
6. Neri VF, Alves ALL, Guimarães LC. Prevalence of early weaning and related factors in children of the Federal District and surroundings. *REVisA (Online)*. 2019 Out-Dez;8(4):451-9. doi: 10.36239/revisa.v8.n4.p451a459
7. Vila-Candel R, Soriano-Vidal FJ, Murillo-Llorente M, Pérez-Bermejo M, Castro-Sánchez E. Maintenance of exclusive breastfeeding after three months postpartum: An experience in a health department of a Valencian Community. *Aten Primaria*. 2019 Feb;51(2):91-8. doi: 10.1016/j.aprim.2017.09.002
8. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Feb 28;2(2):CD001141. doi: 10.1002/14651858.CD001141.pub5
9. Skelton KR, Evans R, LaChenaye J, Amsbary J, Wingate M, Talbott L. Exploring Social Media Group Use Among Breastfeeding Mothers: Qualitative Analysis. *JMIR Pediatr Parent*. 2018; 1(2):e11344. doi: 10.2196/11344
10. Rocha IS, Lolli LF, Fujimaki M, Gasparetto A, Rocha NB. Influência da autoconfiança materna sobre o aleitamento materno exclusivo aos seis meses de idade: uma revisão sistemática. *Cien Saude Colet*. 2018;23(11):3609-19. doi: 10.1590/1413-812320182311.20132016
11. Roza JG, Fong MK, Ang BL, Sadon RB, Koh EYL, Teo SSH. Exclusive breastfeeding, breastfeeding self-efficacy and perception of milk supply among mothers in Singapore: A longitudinal study. *Midwifery*. 2019 Jul;79:102532. doi: org/10.1016/j.midw.2019.102532
12. Dennis CL, Faux S. Development and psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale. *Res Nurs Health New York*. 1999 Oct 13;22(5):399-409. doi: 10.1002/(SICI)1098-240X(199910)22:5<399::AID-NUR6>3.0.CO;2-4
13. Guimarães CMS, Bonelli MCP, Conde RG, Gomes-Sponholz FA, Oriá MOB, Monteiro JCS. Self-efficacy in breastfeeding and nursing professional practice. *Rev Enferm UFPE On Line*. 2018 Abr;12(4):1085-90. doi: 10.5205/1981-8963-v12i4a230736p1085-1090-2018
14. Thorpe K, Danby S, Cromack C, Gallegos D. Supporting, failing to support and undermining breastfeeding self-efficacy: analysis of helpline calls. *Matern Child Nutr*. 2020;16:e12919. doi: 10.1111/mcn.12919
15. Dodt RCM. Aplicação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF). *Rev RENE*. [Internet]. 2008. [cited May 15, 2019];9(2):165-7. Available from: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/rene/v9n2/20.pdf>
16. Petrozzi A, Gagliardi L. Breastfeeding self-efficacy scale: validation of the Italian version and correlation with breast-feeding at 3 months. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2016 Jan 01;62(1):137-9. doi: 10.1097/MPG.0000000000000902
17. Lima CM, Sousa LB, Costa EC, Santos MP, Cavalcanti MCSL, Maciel NS. Auto eficácia na amamentação exclusiva: avaliação dos domínios técnicos e pensamentos intrapessoais em puérperas. *Enferm Foco*. 2019 Jul;10(3):9-14. doi: 10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.1597
18. Gonzales AM Jr. Breastfeeding Self-Efficacy of Early Postpartum Mothers in an Urban Municipality in the Philippines. *Asian Pac Isl Nurs J*. 2020;4(4):135-43. doi: 10.31372/20190404.1023
19. Uchoa J, Rodrigues A, Joventino E, Almeida P, Oriá M, Ximenes L. Autoeficácia em amamentar de mulheres no pré-natal e no pós-parto: estudo longitudinal. *Rev Enferm UFSM*. 2016;6(1):10-20. doi: 10.5902/2179769217687
20. Begley A, Ringrose K, Giglia R, Scott J. Mothers' understanding of infant feeding guidelines and their associated practices: a qualitative analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Mar 29;16(7):1141. doi: 10.3390/ijerph16071141
21. Bernard JY, Cohen E, Kramer MS. Breast feeding initiation rate across western countries: does religion matter? An ecological study. *BMJ Global Health*. 2016 Dec 06;1(4):e000151. doi: 10.1136/bmjgh-2016-000151

22. Stroope S, Rackin HM, Stroope LJ, Uecker JE. Breastfeeding and the Role of Maternal Religion: Results From a National Prospective Cohort Study. *Ann Behav Med*. 2018 April;52(4):319-30. doi: 10.1093/abm/kax013
23. Pérez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Pérez S. Impact of the baby friendly hospital initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Matern Child Nutr*. 2016 Feb 29;12(3):402-17. doi: 10.1111/mcn.12294

Recebido: 06.06.2019

Aceito: 05.05.2020

Editora Associada:
Maria Lúcia Zanetti

Copyright © 2020 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Juliana Cristina dos Santos Monteiro

E-mail: jumonte@eerp.usp.br

 <https://orcid.org/0000-0001-6470-673X>