

Impact of maternal self-efficacy and associated factors on maintaining exclusive breastfeeding in the city of Piracicaba-SP: Cohort study

Jucilene Casati Lodi*
Clarice Santana Milagres**
Priscila Alves Giovani*
Luciane Miranda Guerra*
Rosana de Fatima Possobon*

326

Abstract

A mother's confidence in her ability to breastfeed can be studied within the construct of self-efficacy, in which the woman must believe that she is able to perform certain tasks or behaviors successfully to achieve desirable results. Thus, the objective of this study was to evaluate the level of self-efficacy in breastfeeding, both during the pregnancy and in the immediate puerperium, and the factors associated with the maintenance of exclusive breastfeeding in the first month. A cohort study was carried out with 210 women attended at the family health centers of the city of Piracicaba-SP. Two instruments were applied to assess self-efficacy. The first one, was during the pregnancy in the health unit together with the socioeconomic and demographic data, and the second in the immediate puerperium, via telephone, in addition to the obstetric data. The association between variables and maintaining breastfeeding exclusively until the 30th day of life was identified by the chi-square test and logistic regression analysis ($p \leq 0.05$). Half of the sample was aged ≥ 24 years, and 78.6% of the women reported that they were exclusively breastfeeding on the 30th day, and of these women 81.8% had the presence of their partner. The instrument applied during pregnancy was not significant with maintaining exclusive breastfeeding, but when applied during the immediate puerperium, women who had a medium and high level of self-efficacy were more likely to maintain exclusive breastfeeding. It was concluded that women's confidence level reflects their ability to breastfeed and can guide specific interventions for the promotion and maintenance of exclusive breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding. Self-efficacy. Child health. Early weaning.

INTRODUCTION

Breastfeeding is considered to be one of the great allies of children's survival, especially in developing countries. Due the characteristics of protection and immunity associated with human milk, encouraging exclusive breastfeeding by the sixth month is one of the key strategies of the United Nations Children's Fund (UNICEF) and the World Health Organization (WHO) for reduction of neonatal and infant mortality¹. In Brazil, although there has been a significant improvement in breastfeeding rates in the last decade², which can be attributed to the public policies encouraging breastfeeding, the exclusive breastfeeding (EBF) indices have not yet meet WHO recommendations³;

which recommends increasing this rate up to the sixth month by 50%. Some studies seek to identify the variables potentially associated with early weaning, which affects about 90% of Brazilian children^{1,4}. Among these variables, the nursing mother's low confidence in her ability to breastfeed and the lack of support to continue with this practice began to be a focus of attention^{5,6}.

Maternal confidence in the practice of breastfeeding can be analyzed by the construct of self-efficacy⁷. Self-efficacy guides healthy behaviors, since individuals need to believe that they are able to successfully perform certain tasks or behaviors to achieve desirable results.

DOI: 10.15343/0104-7809.20194302326343

*Faculty of Dentistry of Piracicaba, State University of Campinas - FOP / UNICAMP. Piracicaba - SP, Brazil

**Foundation Hermínio Ometto FHO - UNIARARAS. Araras - SP, Brazil

E-mail: lodijucilene@gmail.com



This is a modifiable factor mainly through health education^{4,7}. Therefore, the woman's belief that she is capable of breastfeeding (high level of self-efficacy) must be present before breastfeeding is undertaken, that is, during the gestational period^{6,8}. Women with low levels of confidence in breastfeeding who were identified during prenatal care had a 27% higher risk of discontinuing breastfeeding even in the first week after giving birth⁹, and were three times as likely to discontinue breastfeeding in the first week of life when compared with women who showed total confidence⁸. This demonstrates that the intention to breastfeed together with the confidence of the woman with such an attitude, will greatly influence her behavior in breastfeeding⁴.

Confidence builds on four sources of information that support women's expectation of self-efficacy^{6,8}: personal experience (previous positive experiences), vicarious experience (observation of other mothers breastfeeding successfully), verbal persuasion (support and encouragement of people close to and of reference for this woman) and emotional and physiological states (physical and psychological reactions to the act of breastfeeding). Such sources of information will directly influence the installation and maintenance of the exclusive breastfeeding process^{4,6}.

Thus, using the concept of self-efficacy, the Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES) instrument⁶ was developed to verify maternal confidence in breastfeeding. This instrument contains 33 assertions that emerge from the problems related to the practice and duration of breastfeeding and questions how the woman feels about such difficulties⁸. From this instrument, 14 assertions were obtained, giving rise to the shorter form, called the Breastfeeding Self-Efficacy Scale- Short-Form (BSES-SF)⁹. This BSES-SF, which was applied in the immediate puerperium (up to 10 days after delivery), became one more possible instrument to be used in predicting the risk of early weaning^{9,10}.

In view of the above, we hypothesized that maternal self-efficacy influences the practice of breastfeeding. Thus, the present study evaluated the level of self-efficacy in breastfeeding, both during gestation and in the immediate puerperium period, and the factors associated

with maintaining exclusive breastfeeding in the first month of life of the child.

MATERIAL AND METHODS

This was a prospective cohort study conducted with women attending the maternity counseling groups offered by the Family Health Centers (FHC), which were enrolled in the city of Piracicaba, in the state of São Paulo.

The sample consisted of 210 participants aged 18 to 39 years, half of them older than 24 years, coming from 15 of the 53 FHCs in the municipality. The inclusion criteria of the participants were: those participating assiduously in orientation groups for pregnant women of the FHCs, being over 18 years of age, being in the last gestational trimester (> 35 weeks), having a single pregnancy (not twins) and not displaying altered health (maternal or fetal) until the day of data collection. Pregnant women who did not meet the criteria for inclusion were excluded.

Data collection was performed in three phases. In the first phase, the pregnant women were approached during one of the orientation group meetings, and the following socioeconomic and demographic data were collected: maternal and paternal age, maternal schooling and monthly income (dichotomized by the median); presence of the partner, acceptance of the gestation by the father and willingness to breastfeed (classified as yes or no); parity (primiparous or multiparous); quality of their previous breastfeeding experience (satisfactory or not satisfactory; satisfactory was considered as exclusive breastfeeding maintained at least until the 1st month of the previous child and unsatisfactory when weaning of the previous child occurred before the child completed 1 month) and the level of self-efficacy (high, medium or low).

The Instrument for Breastfeeding Self-Efficacy Scale- Brazil version (BSES-BV) was translated and validated in Brazil⁸. BSES-BV is self-administered and contains 33 assertions organized into two domains: Technical and Intrapersonal Thinking. With each assertion,

the woman assigns a variable score of 1 to 5 points, considering: 1-totally disagree; 2-disagree; 3-sometimes agree; 4-agree; 5-totally agree. The overall score may range from 33 to 165 points, with the highest scores being considered as being more likely to maintain exclusive breastfeeding for a longer period of time. The self-efficacy measured by this instrument is classified into 3 levels: low (33 to 118 points), medium (119 to 137 points) and high (138 to 165 points)⁸. In this phase, the probable date of delivery (PDD) was collected, which allowed for further approaching of the puerperal woman in the next phase.

The second phase occurred up to 10 days after the child was born, through a telephone call, during which the researcher interviewed the mother with questions regarding obstetric data: gestational time (term or preterm), type of delivery (normal or cesarean section) and maternal complications during delivery that led the baby to have respiratory distress and to be referred to the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) (yes or no). Other data were also collected such as: exclusive breastfeeding at hospital discharge (yes or no) and the use of pacifiers in the immediate puerperium (yes or no). In addition, the Breastfeeding Self-efficacy Scale- Short Form (BSES-SF) instrument, validated in Brazil was applied at this stage¹⁰. This instrument, following the same pattern of BSES-BV, however, is composed of 14 assertions. The overall score of the scale ranged from 14 to 70 points, with self-efficacy classified into three levels: low (14 to 32 points), medium (33 to 51 points) and high (52 to 70 points)¹⁰.

In the third and final phase, 30 days after the birth of the child, a new telephone contact was made to verify if the child was breastfeeding (yes: exclusive breastfeeding or no: weaning or supplemented breastfeeding) and if the mother was receiving help (yes or no).

A simple chi-square test was performed to verify the association between the outcome variable (maintenance of exclusive breastfeeding by the 30th day of life of the child) and the other variables of the study, at the 95% confidence level (Bioestat5.3®; Mamirauá Institute of Sustainable Development - Tefé, AM, Brazil). The variables with $p \leq 0.20$ were tested in the multiple logistic regression model,

and those with $p \leq 0.05$ remained in the model. The fit of the model was assessed by the -2 Log Likelihood and the Akaike Information Criterion (AIC).

This study was approved by the Research Ethics Committee of the School of Dentistry of Piracicaba, State University of Campinas, FOP/UNICAMP, Number CAAE: 37381714.1.0000.5418; and all pregnant women signed the Informed Consent Form.

RESULTS

The 210 participants reported having had at least six prenatal consultations, which began before the fourth month of pregnancy. Most women (82.9%) had up to eight years of education and more than half (58.6%) lived with up to five minimum wage salaries (Table 1).

Gestation was at term for the majority of mothers (81.4%), and more than half (52%) had normal delivery, without complications (78.6%) and were multiparous (50.5%) (Table 1).

Among the multiparous women, 61.3% reported previous satisfactory experience with breastfeeding, 71.9% of whom left the maternity ward exclusively breastfeeding (EBF). When analyzing the practice of breastfeeding on the child's thirtieth day of life, 78.6% continued the EBF, and 39% of the mothers said they had experienced some type of difficulty with lactation during these 30 days. More than a third of the children (39.5%) were using pacifiers, a practice that was started while in the maternity ward (Table 1).

According to the classification of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES-BV), analyzed during pregnancy, more than half of the women (59.5%) demonstrated medium or high levels of self-efficacy, but there was no association with maintaining the EBF on the thirtieth day of the child's life. However, interestingly, the Self-Efficacy in Breastfeeding-Short Form (BSES-SF), verified during the immediate puerperium, showed that self-efficacy at medium ($p = 0.0007$) and high (p

= 0.0001) levels was associated with exclusive breastfeeding on the 30th day of the child's life (Table 1).

The logistic regression analysis showed that medium (p= 0.0003) and high (P= <0.0001) levels of the Breastfeeding Self-efficacy Scale-

Short Form (BSES-SF), acceptance of gestation by the father (p= 0.0094) and not demonstrating maternal complications (p= 0.0059) were associated with the maintenance of EBF on the 30th day of the infant's life, as shown in Table 2.

Quadro 1 – Association between maintenance of exclusive breastfeeding on the 30th day of the child's life and independent variables. Piracicaba, 2015.

Variáveis	Categories	Sample N=210	Exclusive Breastfeeding (30th day)		OR	CI	p-value
			Yes	No			
Mother's age	≤ 24 years	105 (50%)	84 (80%)	21 (20%)	1.89	0.61-2.29	0.7366
	> 24 years	105 (50%)	81 (77.1%)	24 (22.9%)	1.00		
Father's age	≤ 29 years	109 (52%)	91 (83.5%)	18 (16.5%)	1.84	0.94-3.61	0.1021
	> 29 years	101 (48%)	74 (73.3%)	27 (26.7%)	1.00		
Income (Minimum wage*)	≤ 5 salaries	123 (58.6%)	92 (74.8%)	31 (25.2%)	1.00		
	> 5 salaries	87 (41.4%)	73 (83.9%)	14 (16.1%)	1.76	0.87-3.55	0.1572
Maternal Education	≤ 8 years	174 (82.9%)	133 (76.4%)	41 (23.6%)	1.00		
	> 8 years	36 (17.1%)	32 (88.9%)	04 (11.1%)	2.47	0.82-7.39	0.1515
Presence of Companion	Yes	137 (65.2%)	112 (81.8%)	25 (18.3%)	1.69	0.86-3.31	0.1732
	No	73 (34.8%)	53 (72.6%)	20 (27.4%)	1.00		
Acceptance of pregnancy by father	Yes	187 (89%)	152 (81.3%)	35 (18.7%)	3.34	1.35-8.24	0.0138
	No	23 (11%)	13 (56.5%)	10 (43.5%)	1.00		
Parity	Primiparous	104 (49.5%)	89 (85.6%)	15 (14.4%)	2.34	1.17-4.68	0.0225
	Multiparous	106 (50.5%)	76 (71.7%)	30 (28.3%)	1.00		
Quality of Experience	Satisfactory	65 (61.3%)	43 (66.1%)	22 (33.9%)	1.00		
	Unsatisfactory	41 (38.7%)	33 (80.5%)	08 (19.5%)	2.11	0.83-5.34	0.1694
Gestational Time	Term	171 (81.4%)	142 (83%)	29 (17%)	3.41	1.60-7.23	0.0020
	Pre-Term	39 (18.6%)	23 (59%)	16 (41%)	1.00		
Type of Delivery	Normal	109 (52%)	86 (78.9%)	23 (21.1%)	1.04	0.54-2.01	0.9616
	Cesarean	101 (49%)	79 (78.2%)	22 (21.8%)	1.00		
The Will to Breastfeed	Yes	200 (95.2%)	164 (82%)	36 (18%)	41.00	5.03-333.90	<0.0001
	No	10 (4.8%)	01 (10%)	09 (90%)	1.00		
Maternal complications	Yes	47 (21.4%)	26 (55.3%)	21 (44.7%)	1.00		
	No	163 (78.6%)	139 (85.3%)	24 (14.7%)	4.68	2.28-9.61	<0.0001

To be continued...

... Continuation table 1

Pacifier use	Yes	83 (39.5%)	58 (69.9%)	25 (30.1%)	1.00		
	No	127 (60.5%)	107 (84.3%)	20 (15.7%)	2.31	1.18-4.50	0.0290
Exclusive breastfeeding at hospital discharge	Yes	151 (71.9%)	149 (98.7%)	02 (1.3%)	200.22	44.29 - 905.11	<0.0001
	No	59 (28.1%)	16 (27.1%)	43 (72.9%)	1.00		
Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES-BV)	Low	85 (40.5%)	68 (80%)	17 (20%)	1.17	0.55-2.50	0.8276
	Medium	75 (35.7%)	58 (77.3%)	17 (22.7%)	1.00		
	High	50 (23.8%)	39 (78%)	11 (22%)	1.04	0.44-2.46	0.8276
Breastfeeding Self-Efficacy Scale- Short Form (BSES-SF)	Low	27 (12.9%)	03 (11.1%)	24 (88.9%)	1.00		
	Medium	13 (6.1%)	09 (69.2%)	04 (30.8%)	18.00	3.35 - 96.74	0.0007
	High	170 (81%)	153 (90%)	17 (10%)	72.00	19.61 - 264.36	<0.0001

*Active minimum wage salary in 2015: R \$:788.00.

Quadro 2 – Modelo de regressão logística multivariável entre os fatores potencialmente associados com a manutenção do aleitamento materno exclusivo no 30º dia de vida. Piracicaba, 2015.

Variable	Categories	Sample N=210	Exclusive Breastfeeding (30th day)		Adjusted OR	CI (95%)	p-value
			Yes	No			
Breastfeeding Self-Efficacy Scale- Short Form (BSES-SF)	Low	27 (12.9%)	03 (11.1%)	24 (88.9%)	1.00		
	Medium	13 (6.1%)	09 (69.2%)	04 (30.8%)	31.90	4.98-204.18	0.0003
	High	170 (81%)	153 (90%)	17 (10%)	99.39	23.6-417.54	< 0.0001
Acceptance of pregnancy by father	Low	187 (89%)	152 (81.3%)	35 (18.7%)	6.04	1.55-23.47	0.0094
	Medium	23 (11%)	13 (56.5%)	10 (43.5%)	1.00		
Maternal complications	Yes	47 (21.4%)	26 (55.3%)	21 (44.7%)	1.00		
	No	163 (78.6%)	139 (85.3%)	24 (14.7%)	5.08	1.60-16.15	0.0059

DISCUSSION

The most recent data on the occurrence of breastfeeding at the national level are from the II Survey on the Prevalence of Breastfeeding in the Brazilian Capitals and the Federal District, from 2009². According to these data, the national average index of exclusive breastfeeding (EBF) on the 30th day of the child's life was 60.7%, lower than that found in this study (78.6%). This difference can be attributed to the fact that the mothers of the sample studied began prenatal care before four months of pregnancy and performed more than six consultations; the minimum number recommended by the Ministry of Health¹¹. The importance of prenatal consultations has been demonstrated in several studies that affirm that a woman's decision to breastfeed or not can occur well before childbirth and that if this woman receives adequate support at this stage, she can be encouraged to initiate and maintain breastfeeding^{11,12}.

At the time of data collection in this study, the pregnant women had already received information about the importance of breastfeeding, which may have determined the higher rate of positive responses when questioned about the desire to breastfeed. This finding corroborates results of another study that affirm that initiating prenatal care before the first four months can play an important role in the prevention of early weaning. This is because this woman, who was previously prepared, through information and guidance pertinent to pregnancy, delivery and puerperium, would be more likely to face this period with greater confidence, harmony and pleasure, and the lack of information can lead to unnecessary concerns and frustrated expectations¹³.

Prenatal consultations, besides encouraging breastfeeding, are opportunities to regularly check women's health and the development of their pregnancy¹⁴. Maternal complications due to diabetes mellitus and arterial hypertension (found in the FHCs visited) can be treated early and, thus, prevent more serious problems during pregnancy and childbirth. It is worth

mentioning that in this study, women who did not have health complications during childbirth, and children who did not display respiratory distress at birth and were not referred to the NICU, had a 4.68 greater chance of maintaining EBF until the 30th day of the child's life.

Maternal complications may lead to an anticipated delivery, with the birth of preterm infants and, consequently, may require intensive treatment and delaying the onset of breastfeeding¹⁴. Therefore, in our study, full-term pregnancy was also associated with the maintenance of breastfeeding of the child at the end of one month of life; or rather, children born at term have a lower risk of developing complications during childbirth and can be breastfed during their first hour of life¹¹. Early contact between mother and child, besides being important for the establishment of the bond, contributes to the maintenance of breastfeeding after hospital discharge¹².

An important finding in this study was the longer duration of exclusive breastfeeding among primiparous women. While 85.6% of the primiparous women maintained exclusive breastfeeding on the 30th day, however, this percentage was reduced to 71.7% in the multiparous women; which goes against the literature which shows that inexperienced women are the ones that breastfeed the least¹⁵. A systematic review has shown that regardless of parity (primiparous or multiparous), the duration and maintenance of breastfeeding will depend on the mother's level of confidence in performing such practice¹⁶. Thus, in the present study, the association between parity and breastfeeding may also have been due to the interaction of other variables studied, such as the acceptance of the pregnancy by the father of the child, a variable that was strongly associated with EBF at the 30th day of life.

This inference is corroborated by a study that showed that the father's acceptance of the pregnancy increases the woman's confidence in breastfeeding and provides support during the lactation process, contributing to the success of this practice, even among mothers with no previous experience¹⁵. Thus, a social

network composed of the woman's partner or of close relatives and successful vicarious experiences in breastfeeding help her feel more confident in her ability to breastfeed¹⁵.

Regarding the use of pacifiers by the children in the sample, there was an association with the interruption of EBF, corroborating the findings from the literature^{17,18,19}. A study analyzing the determinants for pacifier and bottle feeding in all Brazilian capitals found that less education, primiparity, not breastfeeding in the first hour of life and the supply of other foods on the first day after hospital discharge, were associated with the introduction of pacifiers¹⁹. However, there is no consensus in the literature on the causal relationship between pacifiers and weaning, that is, it is not established whether the pacifier would lead to weaning or if, because of difficulties in breastfeeding, the mother would introduce the pacifier. Nevertheless, what is agreed upon is that the lack of maternal orientation and confidence in breastfeeding favors the introduction of pacifiers¹⁸.

In the present study, two self-efficacy instruments were used. The first instrument, the long form (BSES-BV), was applied during the pregnancy, in person, at the health centers and allowed for not only the analysis of maternal self-efficacy but also the detection of the need for intervention or not to promote the future breastfeeding practice. Also, it was possible to detect the knowledge newly acquired by the mothers in the pregnant groups of the center. The second instrument, the short form (BSES-SF), was applied in the immediate puerperium via telephone, and although it was more succinct and objective (since the mothers were directed to the typical care of a newborn), it appeared to be more effective, and the high and medium level of self-efficacy were strongly associated with the maintenance of exclusive breastfeeding at the 30th day of life.

The use of the BSES-BV instrument can be considered since women with low levels of self-efficacy were identified, especially in the area where they present the greatest difficulties, and interventions should be proposed that contribute to improving the confidence of these women in practice breastfeeding; through the provision

of theoretical and practical knowledge about breastfeeding²⁰. This is because education is one of the pillars for people to acquire healthy behaviors⁴. Self-efficacy is a component of women's motivation, which can drive her to persist in the acquisition and change of a particular behavior²¹.

No association was observed in the BSES-BV with the maintenance of breastfeeding until the 30th day of the child's life. There were lower levels of self-efficacy in the technical domain when compared with the intrapersonal thinking domain. However, there were changes in the levels of self-efficacy in breastfeeding using the shorter form of the instrument.

Thus, through BSES-SF, there was an association between maintaining exclusive breastfeeding up to the 30th day of the child's life and the medium and high levels of self-efficacy. It is inferred that mothers, after experiencing breastfeeding, even if only for a few days, understand more comprehensively the assertions present in the instrument. This experience, although still small, seems to contribute to the fact that the mother responds to questions with greater propriety and knowledge, even if certain situations proposed in the assertions had not yet been experienced by them. For example: "I can always breastfeed even if my baby is crying" or "I can always adjust my needs to the baby's needs (I organize my bathing needs, sleep, eating with baby breastfeeding)." This inference can be corroborated by the observation that there was a considerable increase in the number of women classified as having a high level of self-efficacy when compared with the scores obtained between pre-assessment (BSES-BV, applied during pregnancy) and postpartum (BSES-SF, applied up to 10 days after birth). This fact was verified in two Brazilian studies, where high levels of self-efficacy were observed, even within the first 24 hours after delivery^{21,22}.

The women in the sample received a home-based follow-up from the health team during the first week of postpartum, thus they were more likely to receive guidelines and encouragement to practice exclusive breastfeeding. In the literature, the importance

of this professional activity is defended in the first days after the birth of the child, in order to help resolve doubts and provide the necessary support for the nursing mother to fully perform her role. Moreover, the home visit during the first days was a protective factor for the practice of EBF^{22,23}.

It is worth mentioning that the strategies proposed by the Cegonha Network²⁴, whose

implementation began in 2011, regarding quality monitoring in the pre- and postnatal period, contribute to promoting exclusive breastfeeding and the consequent reduction of early weaning. It can be said that this is an important landmark for Brazilian public health and can have a positive impact on promoting child and family health as a whole.

CONCLUSION

The high and medium levels of self-efficacy in breastfeeding, verified during the immediate puerperium (BSES-SF), were associated with maintenance of EBF during the first month of life of the child. The father's acceptance of the pregnancy and a childbirth without maternal complications were two conditions strongly associated with this context in the present study.

When the levels of self-efficacy were verified in the gestational period (BSES-BV), they were not associated with maintenance of the EBF until the 30th day of the child's life. The mothers participating in this study tended to underestimate their ability to breastfeed.

It is recommended that the primary health

care network be able to identify the level of confidence of the pregnant woman in her ability to breastfeed and, through specific interventions, promote EBF. Therefore, more studies are needed to analyze the technical domain and intrapersonal thinking, which make up the questions related to the self-efficacy instrument. In this way, knowing the domains in which the pregnant woman has the greatest difficulty, she can resolve possible doubts while still in her pregnancy. Finally, it is possible to ensure that the guidelines of health professionals are effective, and mothers feel confident about any difficulties that may arise during the breastfeeding process.

REFERENCES

1. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016; 30;387(10017):475-90.
2. Brasil. Ministério da Saúde. II Pesquisa Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
3. World Health Organization. Global targets 2025. To improve maternal, infant and young child nutrition (www.who.int/nutrition/topics/nutrition_globaltargets2025/en/, acessado em 03 fevereiro 2019).
4. Pivetta HMF, Braz MM, Pozzebon NM, Freire AB, Albiero-Real A, Cocco VM, Sperandio FF. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados: uma revisão de literatura *Rev. Ciênc. Méd. Biol.* 2018; 17 (1): 95-101.
5. Guimarães CMS, Conde RG, Brito BC, Gomes-Sponholz FA, Oriá MO, Monteiro JCS. Comparison of breastfeeding self-efficacy between adolescent and adult mothers at a maternity hospital in Ribeirão Preto, Brazil. *Texto Contexto Enferm*. 2017; 26(1): 1-9.
6. Dennis CL, Faux S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Rev. Nurs Health*. 1999; 22(5):339-409.

7. Bandura, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 1977; 84 (2): 191-215.
8. Oriá MOB, Ximenes LB. Translation and cultural adaptation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale to Portuguese. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23 (2):230-38.
9. Dennis CL. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003; 32 (6): 734-44.
10. Dodt RCM. Aplicação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF) em puérperas. *Rev Reme*. 2008; 9 (2): 165-67.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Departamento da Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
12. Martínez-Galána P, Martín-Gallardo E, Macarro-Ruiz D, Martínez-Martínd E, Manrique-Tejedor J. Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura. *Enfermería Universitaria*. 2017;14(1):54-66.
13. Carrascoza KC, Possobon RF, Ambrosano GMB, Costa Junior AL, Moraes ABA. Fatores determinantes do uso de chupeta entre crianças participantes de programa de incentive ao aleitamento materno. *Rev. CEFAC*. 2014; 16(2):582-91.
14. Vieira FS, Costa ES, Sousa GC, et al. Influência do Parto Sobre o Desmame no Puerpério. *Rev Fund Care Online*.2019.11(n. esp):425-431.
15. Lima JP, Cazola LHO, Pícoli RP. Involvement of fathers in the breastfeeding process. *Cogitare enferm*. 2017; 22(1): 01-07.
16. Rocha IS, Mitsue LFL, Fujimaki M, Gasparetto A, Rocha NB. Influência da autoconfiança materna sobre o aleitamento materno exclusivo aos seis meses de idade: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23(11):3609-3619.
17. Rigotti RR, Oliveira MIC, Boccolini CS. Associação entre o uso de mamadeira e de chupeta e a ausência de amamentação no segundo semestre de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(4):1235-1244.
18. Pereira-Santos M, Santana MS, Oliveira DS, Nepomiceno Filho RA, Lisboa CS, et al. Prevalência e fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: metanálise de estudos epidemiológicos brasileiros. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2017;17 (1): 69-78.
19. Buccini GS, Benício MHA, Venancio SI. Determinantes do uso de chupeta e mamadeira. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48(4): 571-582.
20. Vieira ES, Caldeira NT, Eugênio DS, Lucca MM, Silva IA. Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018; 26:e3035
21. Silva MFFS, Pereira LB, Ferreira TN, Souza AAM. Autoeficácia em amamentação e fatores interligados. *Rev Rene (Online)*. 2018; 19: E3175: 1-7.
22. Guimarães CMS, Conde RG, Gomes-Sponholz FA, Oriá MOB, Monteiro JCS. Factors related with breastfeeding self-efficacy immediate after birth in puerperal adolescents. *Acta Paul Enferm*. 2017; 30(1):109-15.
23. Carvalho MJLN, Carvalho MF, Santos CR, Santos PTF. Primeira visita domiciliar puerperal: uma estratégia protetora do aleitamento materno exclusivo. *Rev Paul. Pediatr*. 2018; 36 (1): 66-73.
24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*. 2011.

Impacto da autoeficácia materna e fatores associados na manutenção do aleitamento materno exclusivo no município de Piracicaba-SP: Estudo de Coorte

Jucilene Casati Lodi*
Clarice Santana Milagres**
Priscila Alves Giovani*
Luciane Miranda Guerra*
Rosana de Fatima Possobon*

335

Resumo

A confiança materna diante da sua capacidade de amamentar pode ser estudada dentro do constructo da autoeficácia, no qual a mulher precisa acreditar que é capaz de executar, com êxito, determinadas tarefas ou comportamentos, para alcançar resultados desejáveis. Assim, o objetivo desse trabalho foi avaliar o nível de autoeficácia na amamentação, tanto na gestação como no puerpério imediato e os fatores associados à manutenção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês. Foi realizado um estudo de coorte com 210 mulheres atendidas nas unidades de saúde da família do município de Piracicaba-SP. Dois instrumentos foram aplicados para avaliar a autoeficácia. O primeiro, durante a gestação na unidade de saúde junto com os dados socioeconômicos e demográficos e o segundo no puerpério imediato, via telefone, além dos dados obstétricos. A associação entre as variáveis com a manutenção do aleitamento exclusivo no 30º dia de vida foi identificada pelo teste qui-quadrado e análise de regressão logística ($p \leq 0,05$). Metade da amostra tinha idade ≥ 24 anos e 78,6% das mulheres afirmaram que estavam em aleitamento exclusivo no 30º dia e destas, 81,8% tinham a presença do companheiro. O instrumento aplicado durante a gestação não apresentou significância com a duração do aleitamento materno exclusivo, porém quando utilizado no puerpério imediato, as mulheres que tiveram médio e alto nível de autoeficácia revelaram mais chance de manter o aleitamento exclusivo. Concluiu-se que o nível de confiança da mulher reflete na sua capacidade de amamentar e pode nortear intervenções específicas para a promoção e manutenção do aleitamento exclusivo.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Autoeficácia. Saúde da criança. Desmame precoce.

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é considerado um dos grandes aliados à sobrevivência das crianças, principalmente nos países em desenvolvimento. Devido às características de proteção e imunidade associadas ao leite humano, o incentivo ao aleitamento materno exclusivo até o sexto mês consiste em uma das principais estratégias do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a redução da mortalidade neonatal e infantil¹. No Brasil, embora tenha ocorrido uma melhora significativa nas taxas de aleitamento materno na última década² que pode ser atribuída às políticas públicas de incentivo à esta prática, os índices de aleitamento materno exclusivo

(AME) ainda não atingem as recomendações da OMS³ que preconiza aumentar essa taxa até o sexto mês para 50%. Alguns estudos buscam identificar as variáveis potencialmente associadas ao desmame precoce, que atinge cerca de 90% das crianças brasileiras^{1,4}. Dentre estas variáveis, a baixa confiança da nutriz em sua capacidade de amamentar e a falta de apoio para prosseguir com esta prática começaram a ser foco de atenção^{5,6}.

A confiança materna em relação à prática do aleitamento pode ser analisada pelo constructo da autoeficácia⁷. A autoeficácia norteia os comportamentos de saúde, visto que os indivíduos precisam acreditar que são capazes de executar, com êxito, determinadas tarefas

DOI: 10.15343/0104-7809.20194302326343

*Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas - FOP/UNICAMP. Piracicaba – SP, Brasil

**Fundação Hermínio Ometto FHO - UNIARARAS. Araras - SP, Brasil
E-mail: lodijucilene@gmail.com.



ou comportamentos, para alcançar resultados desejáveis, sendo um fator modificável, principalmente por meio da educação em saúde^{4,7}. Logo, a crença da mulher de que ela é capaz de amamentar (alto nível de autoeficácia) deve estar presente antes que a amamentação seja empreendida, ou seja, durante o período gestacional^{6,8}. Mulheres com baixos níveis de confiança na amamentação, identificados durante o pré-natal, tiveram 27% mais risco de interromper o aleitamento materno ainda na primeira semana após o parto⁹ e três vezes mais risco de interromper a amamentação ainda na primeira semana de vida quando comparado com mulheres que apresentaram total confiança⁸, demonstrando que a intenção de amamentar somado com a confiança da mulher diante de tal atitude, influenciará grandemente no comportamento em amamentar⁴.

A confiança se constrói a partir de quatro fontes de informação, que fundamentam a expectativa de autoeficácia da mulher^{6,8}: experiência pessoal (experiências positivas anteriores), experiência vicária (observação de outras mães amamentando com êxito), persuasão verbal (apoio e encorajamento de pessoas próximas e de referência para essa mulher) e estados emocional e fisiológico (reações físicas e psicológicas diante do ato de amamentar). Tais fontes de informação influenciarão diretamente a instalação e a manutenção do processo de amamentação exclusiva^{4,6}.

Assim, utilizando o conceito de autoeficácia, foi desenvolvido o instrumento *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES)⁶ para a verificação da confiança materna em relação ao aleitamento. Este instrumento contém 33 assertivas que emergem dos problemas relacionados à prática e duração da amamentação e que questionam como a mulher sente-se frente a tais dificuldades⁸. Deste instrumento, foram retiradas 14 assertivas originando a forma curta, chamada de *Breastfeeding Self-Efficacy Scale Short-Form* (BSES-SF)⁹, que, aplicado no puerpério imediato (até 10 dias após o parto), passou a ser mais um instrumento possível de ser utilizado na predição do risco de desmame

precoce^{9,10}.

Face ao exposto, hipotetizamos que a autoeficácia materna influencia a prática do aleitamento. Assim, o presente estudo avaliou o nível de autoeficácia na amamentação, tanto na gestação como no puerpério imediato e os fatores associados à manutenção do aleitamento exclusivo no primeiro mês de vida da criança.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo observacional do tipo coorte prospectivo, realizada com mulheres participantes dos grupos de orientação à gestante oferecidos pelas Unidades de Saúde da Família (USF) a qual estavam adscritas, do município de Piracicaba, interior do Estado de São Paulo.

A amostra consistiu em 210 participantes com idade entre 18 e 39 anos, sendo metade com mais de 24 anos, advindas de 15 unidades das 53 USFs existentes no município. Os critérios de inclusão das participantes foram: participar assiduamente de grupos de orientação a gestante das USFs, ter idade superior a 18 anos, estar no último trimestre gestacional (> 35 semanas), ter gestação única (não gemelar) e não apresentar alterações de saúde (maternas ou fetais) até o dia da coleta de dados. Foram excluídas as gestantes que não apresentavam os critérios supracitados para inclusão.

A coleta de dados foi realizada em três fases. Na primeira fase, as gestantes eram abordadas durante um dos encontros dos grupos de orientação, sendo coletados os dados socioeconômicos e demográficos: idade materna e paterna, escolaridade materna e renda mensal (dicotomizados pela mediana); presença do companheiro, aceitação da gestação pelo pai e vontade de amamentar (classificados em sim ou não); paridade (primípara ou múltípara); qualidade da sua experiência prévia em amamentar (satisfatório ou não satisfatório, sendo considerado satisfatório o aleitamento exclusivo mantido no mínimo até o 1º mês do filho anterior e

insatisfatório quando o desmame do filho anterior ocorreu antes do mesmo completar 1 mês) e o nível de autoeficácia (alto, médio ou baixo).

Foi utilizado o Instrumento de Autoeficácia na Amamentação – versão Brasil (BSES-VB), traduzido e validado no Brasil⁸. A BSES-VB é autoaplicável e contém 33 assertivas organizadas em dois domínios: Técnico e Pensamento Intrapessoal. A cada assertiva, a mulher deve atribuir uma pontuação variável de 1 a 5 pontos, considerando: 1-discordo totalmente; 2-discordo; 3-às vezes concordo; 4-concordo; 5-concordo totalmente. A pontuação geral pode variar de 33 a 165 pontos, sendo que as gestantes com maiores pontuações são consideradas com mais chance de manter o aleitamento materno exclusivo por um período de tempo mais prolongado. A autoeficácia mensurada por este instrumento é classificada em 3 níveis: baixo (33 a 118 pontos), médio (119 a 137 pontos) e alto (138 a 165 pontos)⁸. Nessa fase foi coletada a data provável do parto (DPP) que permitiu a abordagem da puérpera na fase seguinte.

A segunda fase acontecia até 10 dias após o nascimento da criança, por meio de ligação telefônica, durante a qual a pesquisadora entrevistava a mãe com questões referentes à dados obstétricos: tempo gestacional (a termo ou pré-termo), tipo de parto (normal ou cesárea) e complicações maternas durante o parto que levaram o bebê a ter desconforto respiratório e ser encaminhado à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN (sim ou não). Ainda foram coletados dados como: aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar (sim ou não) e uso de chupeta no puerpério imediato (sim ou não).

Além disso, nesta fase era aplicado o instrumento de Autoeficácia na Amamentação – Short Form (BSES-SF), validado no Brasil¹⁰. Este instrumento, segue o mesmo padrão da BSES-VB, entretanto é composto por 14 assertivas. A pontuação geral da escala varia de 14 a 70 pontos, sendo a autoeficácia classificada em 3 níveis: baixo (14 a 32 pontos), médio (33 a 51 pontos) e alto (52 a 70 pontos)¹⁰. Na terceira e última fase, 30 dias após o nascimento da

criança, foi realizado novo contato telefônico, para verificar se a criança estava em aleitamento (sim: aleitamento exclusivo ou não: desmame ou aleitamento complementado) e se a mãe estava recebendo ajuda (sim ou não).

Foi realizada análise simples pelo teste qui-quadrado para verificar a associação entre a variável de desfecho (manutenção do aleitamento materno exclusivo no 30^o dia de vida da criança) e as demais variáveis do estudo, no nível de confiança de 95% (Bioestat5.3®; Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá - Tefé, AM, Brasil).

As variáveis com $p \leq 0,20$ foram testadas no modelo de regressão logística múltipla, permanecendo no modelo aquelas com $p \leq 0,05$. O ajuste do modelo foi avaliado pelo “-2 Log Likelihood” e pelo Critério de Informação de Akaike (AIC).

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas FOP/UNICAMP, sob número CAAE: 37381714.1.0000.5418 e todas gestantes envolvidas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

As 210 participantes afirmaram ter passado por, pelo menos, seis consultas de pré-natal, iniciadas antes dos quatro meses de gestação. A maioria das mulheres (82,9%) tinha até oito anos de estudo e mais da metade (58,6%) vivia com até cinco salários mínimos (quadro 1).

A gestação foi a termo para a maioria das mães (81,4%), sendo que mais da metade (52%) teve parto normal, sem complicações (78,6%) e eram multíparas (50,5%) (quadro 1).

Entre as multíparas, 61,3% relataram experiência satisfatória anterior com o aleitamento, sendo que 71,9% saíram da maternidade amamentando exclusivamente (AME). Ao analisar a prática do aleitamento no trigésimo dia de vida da criança, 78,6% permaneciam em AME, sendo que 39% das mães disseram ter vivenciado algum tipo de dificuldade com a lactação durante estes 30 dias. Mais de um terço das crianças (39,5%)

estavam utilizando chupeta, prática essa iniciada ainda na maternidade (quadro 1).

De acordo com a classificação da Autoeficácia na Amamentação (BSES-VB), analisada ainda na gestação, mais da metade das mulheres (59,5%) apresentou níveis médio ou alto de autoeficácia, porém sem associação com a manutenção do AME no trigésimo dia de vida da criança. Entretanto, interessantemente a Autoeficácia na Amamentação – Short Form (BSES-SF), verificada durante o puerpério imediato, mostrou que a autoeficácia em nível

médio ($p=0,0007$) e alto ($p=0,0001$) esteve associada à manutenção do aleitamento materno exclusivo no 30º dia de vida da criança (quadro 1). A análise de regressão logística mostrou que níveis médio ($p= 0,0003$) e alto ($p= <0,0001$) de Autoeficácia na Amamentação – Short Form (BSES-SF), a aceitação da gestação pelo pai ($p= 0,0094$) e não ter apresentado complicações maternas ($p= 0,0059$) estiveram associados à manutenção do AME no 30º dia de vida da criança, conforme demonstrado no quadro 2.

Quadro 1 – Associação entre a manutenção do aleitamento materno exclusivo no 30º dia de vida da criança e variáveis independentes. Piracicaba, 2015.

Variáveis	Categorias	Amostra N=210	Aleitamento Materno Exclusivo (30º dia)		OR	IC	p-valor
			Sim	Não			
Idade Materna	≤ 24 anos	105 (50%)	84 (80%)	21 (20%)	1,89	0,61-2,29	0,7366
	> 24 anos	105 (50%)	81 (77,1%)	24 (22,9%)	1,00		
Idade Paterna	≤ 29 anos	109 (52%)	91 (83,5%)	18 (16,5%)	1,84	0,94-3,61	0,1021
	> 29 anos	101 (48%)	74 (73,3%)	27 (26,7%)	1,00		
Renda (Salário mínimo*)	≤ 5 salários	123 (58,6%)	92 (74,8%)	31 (25,2%)	1,00		
	> 5 salários	87 (41,4%)	73 (83,9%)	14 (16,1%)	1,76	0,87-3,55	0,1572
Escolaridade Materna	≤ 8 anos	174 (82,9%)	133 (76,4%)	41 (23,6%)	1,00		
	> 8 anos	36 (17,1%)	32 (88,9%)	04 (11,1%)	2,47	0,82-7,39	0,1515
Presença de Companheiro	Sim	137 (65,2%)	112 (81,8%)	25 (18,3%)	1,69	0,86-3,31	0,1732
	Não	73 (34,8%)	53 (72,6%)	20 (27,4%)	1,00		
Aceitação da gestação pelo pai	Sim	187 (89%)	152 (81,3%)	35 (18,7%)	3,34	1,35-8,24	0,0138
	Não	23 (11%)	13 (56,5%)	10 (43,5%)	1,00		
Paridade	Primípara	104 (49,5%)	89 (85,6%)	15 (14,4%)	2,34	1,17-4,68	0,0225
	Múltipara	106 (50,5%)	76 (71,7%)	30 (28,3%)	1,00		
Qualidade da Experiência	Satisfatória	65 (61,3%)	43 (66,1%)	22 (33,9%)	1,00		
	Insatisfatória	41 (38,7%)	33 (80,5%)	08 (19,5%)	2,11	0,83-5,34	0,1694
Tempo Gestacional	Termo	171 (81,4%)	142 (83%)	29 (17%)	3,41	1,60-7,23	0,0020
	Pré-Termo	39 (18,6%)	23 (59%)	16 (41%)	1,00		
Tipo de Parto	Normal	109 (52%)	86 (78,9%)	23 (21,1%)	1,04	0,54-2,01	0,9616
	Cesárea	101 (49%)	79 (78,2%)	22 (21,8%)	1,00		

continua...

...continuação - Quadro 1

Vontade de Amamentar	Sim	200 (95,2%)	164 (82%)	36 (18%)	41,00	5,03-333,90	<0,0001
	Não	10 (4,8%)	01 (10%)	09 (90%)	1,00		
Complicações materna	Sim	47 (21,4%)	26 (55,3%)	21 (44,7%)	1,00		
	Não	163 (78,6%)	139 (85,3%)	24 (14,7%)	4,68	2,28-9,61	<0,0001
Uso chupeta	Sim	83 (39,5%)	58 (69,9%)	25 (30,1%)	1,00		
	Não	127 (60,5%)	107 (84,3%)	20 (15,7%)	2,31	1,18-4,50	0,0290
Aleitamento materno exclusivo alta hospitalar	Sim	151 (71,9%)	149 (98,7%)	02 (1,3%)	200,22	44,29-905,11	<0,0001
	Não	59 (28,1%)	16 (27,1%)	43 (72,9%)	1,00		
Autoeficácia na Amamentação (BSES-VB)	Baixa	85 (40,5%)	68 (80%)	17 (20%)	1,17	0,55-2,50	0,8276
	Média	75 (35,7%)	58 (77,3%)	17 (22,7%)	1,00		
	Alta	50 (23,8%)	39 (78%)	11 (22%)	1,04	0,44-2,46	0,8276
Autoeficácia na Amamentação-Short Form (BSES-SF)	Baixa	27 (12,9%)	03 (11,1%)	24 (88,9%)	1,00		
	Média	13 (6,1%)	09 (69,2%)	04 (30,8%)	18,00	3,35-96,74	0,0007
	Alta	170 (81%)	153 (90%)	17 (10%)	72,00	19,61-264,36	<0,0001

*Salário mínimo vigente em 2015: R\$: 788,00.

Quadro 2 – Modelo de regressão logística multivariável entre os fatores potencialmente associados com a manutenção do aleitamento materno exclusivo no 30º dia de vida. Piracicaba, 2015.

Variáveis	Categorias	Amostra N=210	Aleitamento Materno Exclusivo (30º dia)		OR Ajustado	IC (95%)	p-valor
			Sim	Não			
Autoeficácia na Amamentação-Short Form (BSES-SF)	Baixa	27 (12,9%)	03 (11,1%)	24 (88,9%)	1,00		
	Média	13 (6,1%)	09 (69,2%)	04 (30,8%)	31,90	4,98-204,18	0,0003
	Alta	170 (81%)	153 (90%)	17 (10%)	99,39	23,6-417,54	< 0,0001
Aceitação da gestação pelo pai	Baixa	187 (89%)	152 (81,3%)	35 (18,7%)	6,04	1,55-23,47	0,0094
	Média	23 (11%)	13 (56,5%)	10 (43,5%)	1,00		
Complicações maternas	Sim	47 (21,4%)	26 (55,3%)	21 (44,7%)	1,00		
	Não	163 (78,6%)	139 (85,3%)	24 (14,7%)	5,08	1,60-16,15	0,0059

DISCUSSÃO

Os dados mais recentes sobre a ocorrência do aleitamento materno em âmbito nacional são da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal, de 2009². De acordo com esses dados, o índice médio nacional de aleitamento materno exclusivo (AME) no 30º dia de vida da criança é de 60,7%, inferior ao encontrado neste estudo (78,6%). Essa diferença pode ser atribuída ao fato de que as mães da amostra estudada iniciaram o pré-natal antes dos quatro meses de gestação e realizaram mais de seis consultas, número mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde¹¹. A importância das consultas de pré-natal é evidenciada em diversos estudos que afirmam que a decisão da mulher em amamentar ou não pode ocorrer bem antes do parto e que, se essa mulher receber o apoio adequado nesta fase, pode ser estimulada a iniciar e manter o aleitamento materno^{11,12}.

No momento da coleta dos dados deste estudo, as gestantes já haviam recebido informações a respeito da importância do aleitamento, o que pode ter determinado o alto índice de respostas positivas quando questionadas sobre a vontade de amamentar. Este achado corrobora resultados de outro estudo que afirmam que iniciar o pré-natal antes dos quatro meses pode desempenhar um papel importante na prevenção do desmame precoce, pois essa mulher preparada previamente, por meio de informações e orientações pertinentes à gestação, parto e puerpério, teria mais chance de enfrentar esse período com maior confiança, harmonia e prazer, e que a falta de informações pode levar a preocupações desnecessárias e expectativas frustradas¹³.

As consultas do pré-natal, além de estimularem o aleitamento, são oportunidades de verificar regularmente a saúde da mulher e o desenvolvimento da gestação¹⁴. Complicações maternas, decorrentes da diabetes mellitus e da hipertensão arterial (encontradas nas USFs visitadas), podem ser tratadas precocemente

e, com isso, prevenir problemas mais graves durante a gestação e o parto. Vale ressaltar que, neste estudo, as mulheres que não tiveram complicações de saúde durante o parto e as crianças que não apresentaram desconforto respiratório ao nascer e não foram encaminhadas para UTIN, tiveram 4,68 mais chances de manter o AME até o 30º dia de vida da criança.

As complicações maternas podem levar à antecipação do parto, com o nascimento de bebês prematuros e que, portanto, podem necessitar de tratamentos intensivos e, assim, retardar o início do aleitamento¹⁴. Dessa forma, no nosso estudo, o tempo gestacional a termo também esteve associado a manutenção do aleitamento materno da criança ao completar um mês de vida, ou seja, crianças que nascem à termo têm menor risco de apresentar complicações durante o parto e, portanto, podem ser amamentadas durante a primeira hora de vida¹¹. O contato precoce entre mãe e filho, além de ser importante para o estabelecimento do vínculo, contribui para a manutenção do aleitamento materno após a alta hospitalar¹².

Um achado importante neste estudo foi a maior duração do aleitamento materno exclusivo entre as primíparas. Enquanto 85,6% das primíparas mantiveram o aleitamento exclusivo no 30º dia essa porcentagem foi reduzida para 71,7% nas múltiparas, o que vai de encontro com a literatura que demonstram que mulheres inexperientes são as que menos amamentam¹⁵. Uma revisão sistemática mostrou que independente da paridade (primípara ou múltipara), a duração e a manutenção do aleitamento materno dependerá do nível de confiança dessa mulher em realizar tal prática¹⁶. Assim, no presente estudo, a associação entre paridade e aleitamento também pode ter sido decorrente da interação de outras variáveis estudadas, tal como a aceitação da gestação pelo pai da criança, variável que foi fortemente associada com o AME no 30º dia de vida.

Esta inferência é corroborada por um estudo que mostraram que a aceitação da gestação pelo pai da criança aumenta a confiança da mulher em amamentar e provê apoio durante

o processo de lactação, contribuindo para o sucesso desta prática, mesmo entre mães sem experiência prévia¹⁵. Assim, uma rede social composta pelo companheiro da mulher ou por parentes próximos e experiências vicariantes de sucesso em aleitamento, auxiliam-na a sentir-se mais confiante em sua capacidade de amamentar¹⁵.

Quanto ao uso de chupeta pelas crianças da amostra, houve associação com a interrupção do AME, corroborando com achados da literatura^{17,18,19}. Um estudo ao analisar os determinantes para o uso de chupeta e mamadeira, em todas as capitais brasileiras, verificou que a baixa escolaridade, a primíparidade, não amamentar na primeira hora de vida e a oferta de outros alimentos no primeiro dia após a alta hospitalar, estiveram associados com a introdução de chupeta¹⁹. Entretanto, não há consenso na literatura sobre a relação causal entre chupeta e desmame, ou seja, não está estabelecido se a chupeta levaria ao desmame ou se, por já enfrentar dificuldades com o aleitamento, a mãe introduziria a chupeta¹⁸. O que é consenso é que a falta de orientação e de confiança materna frente à amamentação favorece a introdução da chupeta¹⁸.

No presente estudo foram utilizados dois instrumentos de autoeficácia. O primeiro instrumento, a forma longa (BSES-VB), foi aplicado durante a gestação, presencialmente nas unidades de saúde e permitiu além da análise de autoeficácia materna a detecção de necessidade ou não de intervenção para favorecer a prática futura de amamentação. Ainda, foi possível detectar o conhecimento recém adquirido pelas mães nos grupos de gestante da unidade. O segundo instrumento, a forma curta (BSES-SF), foi aplicado no puerpério imediato, via telefone, e apesar de ser mais sucinto e objetivo (uma vez que as mães estavam voltadas aos cuidados típicos de um recém-nascido), mostrou-se mais eficaz, sendo que o nível médio e alto de autoeficácia estiveram fortemente associados à manutenção do aleitamento materno exclusivo no 30º dia de vida.

O uso do instrumento BSES-VB, pode ser

considerado, uma vez que, identificadas as mulheres com níveis baixos de autoeficácia, especialmente de acordo com o domínio em que apresentam maiores dificuldades, sejam propostas intervenções que contribuam para melhorar a confiança destas mulheres na prática futura da amamentação, por meio de disponibilização do conhecimento teórico e prático sobre aleitamento²⁰. Isto porque a educação é um dos pilares para que as pessoas adquiram comportamentos de saúde. A autoeficácia é um componente da motivação da mulher, para que ela persista na aquisição e na mudança de um determinado comportamento²¹.

No BSES-VB, não foi observada associação com a manutenção do aleitamento até o 30º dia de vida da criança. Foram verificados menores níveis de autoeficácia no domínio técnico quando comparado ao domínio pensamento intrapessoal. Entretanto, houveram mudanças dos níveis de autoeficácia na amamentação no instrumento de forma curta.

Sendo assim, através do BSES-SF, verificou-se associação entre a manutenção do aleitamento materno exclusivo até o 30º dia de vida da criança e os níveis médio e alto de autoeficácia. Infere-se que as mães, após ter vivenciado a amamentação, mesmo que somente por alguns dias, compreendem mais amplamente as assertivas presentes no instrumento. Esta experiência, embora ainda pequena, parece contribuir para que a mãe responda as questões com maior propriedade e conhecimento de causa, mesmo que determinadas situações propostas nas assertivas ainda não tenham sido vivenciadas por elas. Por exemplo: “Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando” ou “Eu sempre consigo adequar as minhas necessidades às necessidades do bebê (organizo minhas necessidades de banho, sono, alimentação com a amamentação do bebê)”. Esta inferência pode ser corroborada pela observação de que houve um aumento considerável de mulheres classificadas como tendo alto nível de autoeficácia, quando comparadas as pontuações obtidas entre a avaliação feita pré (BSES-VB, aplicada na gestação) e pós-parto (BSES-SF, aplicada até 10

dias após o nascimento). Fato esse comprovado em dois estudos brasileiros, onde foi observado níveis altos de autoeficácia, ainda nas primeiras 24 horas após o parto^{21,22}.

As mulheres da amostra recebiam acompanhamento domiciliário da equipe de saúde durante a primeira semana do pós-parto, tendo, dessa forma, mais chances de receber orientações e estímulo para a prática do aleitamento materno exclusivo. Na literatura a importância desta atuação profissional é defendida nos primeiros dias após o nascimento da criança, a fim de contribuir para sanar as dúvidas e disponibilizar o apoio necessário

para que a nutriz exerça em plenitude a sua função. E ainda a visita domiciliar nos primeiros dias, foi um fator protetor na prática do AME.^{22,23}

Vale ressaltar que as estratégias propostas pela Rede Cegonha²⁴, cuja implantação teve início em 2011, quanto ao acompanhamento de qualidade no pré e pós-natal, contribuem para a promoção da amamentação exclusiva e conseqüente redução do desmame precoce. Pode-se dizer que este é um marco importante para a saúde pública brasileira, podendo ter um impacto positivo na promoção da saúde da criança e da família como um todo.

CONCLUSÃO

Os níveis alto e médio de autoeficácia na amamentação, verificados durante o puerpério imediato (BSES-SF), estiveram associados a manutenção do AME durante o primeiro mês de vida da criança. A aceitação da gestação pelo pai e o parto sem complicações maternas foram duas condições fortemente associadas a este contexto no presente estudo.

Quando os níveis de autoeficácia foram verificados no período gestacional (BSES-VB), não apresentaram associação com a manutenção do AME até o 30º dia de vida da criança. As mães participantes desse estudo tenderam a subestimar sua capacidade de amamentar.

Recomenda-se que a rede primária de

atenção à saúde tenha habilidade para identificar o nível de confiança da gestante em sua capacidade de amamentar e através de intervenções específicas promover o AME. Diante disso, são necessários mais estudos que consigam analisar o domínio técnico e pensamento intrapessoal, que compõem as questões referentes ao instrumento de autoeficácia, para que, conhecendo os domínios na qual a gestante tem maior dificuldade, consiga sanar as possíveis dúvidas ainda na gestação. Por fim, é possível assegurar que as orientações dos profissionais de saúde sejam efetivas e as mães se sintam confiantes diante das eventuais dificuldades que possam aparecer durante o processo de amamentação.

REFERÊNCIAS

1. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016; 30;387(10017):475-90.
2. Brasil. Ministério da Saúde. II Pesquisa Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
3. World Health Organization. Global targets 2025. To improve maternal, infant and young child nutrition (www.who.int/nutrition/topics/nutrition_globaltargets2025/en/, acessado em 03 fevereiro 2019).
4. Pivetta HMF, Braz MM, Pozzebon NM, Freire AB, Albiero-Real A, Cocco VM, Sperandio FF. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados: uma revisão de literatura *Rev. Ciênc. Méd. Biol.* 2018; 17 (1): 95-101.
5. Guimarães CMS, Conde RG, Brito BC, Gomes-Sponholz FA, Oriá MO, Monteiro JCS. Comparison of breastfeeding self-efficacy between adolescent and adult mothers at a maternity hospital in Ribeirão Preto, Brazil. *Texto Contexto Enferm*. 2017; 26(1): 1-9.
6. Dennis CL, Faux S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Rev. Nurs Health*. 1999; 22(5):339-409.
7. Bandura, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 1977; 84 (2): 191-215.

8. Oriá MOB, Ximenes LB. Translation and cultural adaptation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale to Portuguese. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23 (2):230-38.
9. Dennis CL. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2003; 32 (6): 734-44.
10. Dodt RCM. Aplicação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF) em puérperas. *Rev Reme.* 2008; 9 (2): 165-67.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Departamento da Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
12. Martínez-Galána P, Martín-Gallardo E, Macarro-Ruiz D, Martínez-Martínd E, Manrique-Tejedor J. Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura. *Enfermería Universitaria.* 2017;14(1):54-66.
13. Carrascoza KC, Possobon RF, Ambrosano GMB, Costa Junior AL, Moraes ABA. Fatores determinantes do uso de chupeta entre crianças participantes de programa de incentive ao aleitamento materno. *Rev. CEFAC.* 2014; 16(2):582-91.
14. Vieira FS, Costa ES, Sousa GC, et al. Influência do Parto Sobre o Desmame no Puerpério. *Rev Fund Care Online.*2019.11(n. esp):425-431.
15. Lima JP, Cazola LHO, Pícoli RP. Involvement of fathers in the breastfeeding process. *Cogitare enferm.* 2017; 22(1): 01-07.
16. Rocha IS, Mitsue LFL, Fujimaki M, Gasparetto A, Rocha NB. Influência da autoconfiança materna sobre o aleitamento materno exclusivo aos seis meses de idade: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2018; 23(11):3609-3619.
17. Rigotti RR, Oliveira MIC, Boccolini CS. Associação entre o uso de mamadeira e de chupeta e a ausência de amamentação no segundo semestre de vida. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2015; 20(4):1235-1244.
18. Pereira-Santos M, Santana MS, Oliveira DS, Nepomiceno Filho RA, Lisboa CS, et al. Prevalência e fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: metanálise de estudos epidemiológicos brasileiros. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2017;17 (1): 69-78.
19. Buccini GS, Benício MHA, Venancio SI. Determinantes do uso de chupeta e mamadeira. *Rev Saúde Pública.* 2014; 48(4): 571-582.
20. Vieira ES, Caldeira NT, Eugênio DS, Lucca MM, Silva IA. Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2018; 26:e3035
21. Silva MFFS, Pereira LB, Ferreira TN, Souza AAM. Autoeficácia em amamentação e fatores interligados. *Rev Rene (Online).* 2018; 19: E3175: 1-7.
22. Guimarães CMS, Conde RG, Gomes-Sponholz FA, Oriá MOB, Monteiro JCS. Factors related with breastfeeding self-efficacy immediate after birth in puerperal adolescentes. *Acta Paul Enferm.* 2017; 30(1):109-15.
23. Carvalho MJLN, Carvalho MF, Santos CR, Santos PTF. Primeira visita domiciliar puerperal: uma estratégia protetora do aleitamento materno exclusivo. *Rev Paul. Pediatr.* 2018; 36 (1): 66-73.
24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União.* 2011.