

Autoeficácia e desfechos da amamentação em mães de bebês prematuros e a termo: um estudo longitudinal

Débora Gabriela Fernandes Assunção¹ 
 Maria Clara Lima da Cruz² 
 Norrara Scarlytt de Oliveira Holanda³ 
 Ruth Batista Bezerra Fagundes³ 
 Ana Verônica Dantas de Carvalho¹ 
 Ingrid Guerra Azevedo⁴ 
 Silvana Alves Pereira² 

Self-efficacy and breastfeeding outcomes in mothers of premature and term infants: a longitudinal study

Descritores

Aleitamento Materno
 Autoeficácia
 Lactação
 Recém-nascido Prematuro
 Recém-nascido

Keywords

Breast Feeding
 Self Efficacy
 Lactation
 Premature
 Newborn

RESUMO

Objetivo: Analisar a autoeficácia da amamentação, no período de 180 dias, em mães de recém-nascidos prematuros e a termo, e conhecer os fatores que influenciam na prática do aleitamento materno exclusivo no período de recomendação exclusiva. **Método:** Coorte realizado com 44 puérperas de uma maternidade pública, entre janeiro e outubro de 2018. As puérperas foram divididas em dois grupos: Grupo Prematuro e Grupo Termo. A *Breastfeeding Self-efficacy Scale* foi aplicada no pós-parto imediato, além de um questionário elaborado pelos autores para coleta de variáveis sociodemográficas e obstétricas. O monitoramento da continuidade do aleitamento materno foi feito no 30º, 120º e 180º dia de vida do neonato, via telefone. Para a análise estatística entre os grupos foi utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). **Resultados:** Não houve diferença na pontuação da autoeficácia, nas características obstétricas e socioeconômicas entre os grupos, exceto para a variável renda familiar, (menor no Grupo Prematuro - $p=0,031$). O tipo de dieta foi diferente no 30º dia pós parto ($p=0,023$), com maior adesão ao aleitamento materno exclusivo no Grupo Prematuro. Não foi encontrada associação entre a autoeficácia da amamentação e a prática do aleitamento materno exclusivo no período de 180 dias. **Conclusão:** Nesta amostra, a autoeficácia da amamentação não teve relação com a prática do aleitamento materno exclusivo no período de 180 dias em ambos os grupos. O grupo de prematuros apresentou menor renda familiar e maior adesão ao aleitamento materno exclusivo no 30º dia pós parto.

ABSTRACT

Purpose: To analyze the breastfeeding self-efficacy in mothers of premature and full-term newborns, in the period of 180 days, and to know the social and obstetric factors that influence the practice of maintaining the exclusive breastfeeding in the period of exclusive recommendation. **Methods:** Cohort with 44 mothers admitted to a public maternity hospital between January and October 2018. The mothers were divided into two groups: Premature and Full-term Groups. The Breastfeeding Self-efficacy Scale was applied in the immediate postpartum period, in addition to a questionnaire elaborated by the authors to collect sociodemographic and obstetric variables. The follow-up was done on the 30th, 120th and 180th days of the newborn's life, by telephone. For the statistical analysis between the groups, the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) was used. **Results:** There was no difference in the self-efficacy score, nor in the obstetric and socioeconomic characteristics between the groups, except for family income (lower in the Premature Group - $p = 0.031$). The diet type was different on the 30th day after delivery ($p = 0.023$), with greater adherence to the exclusive breastfeeding in the Premature Group. No association was found between breastfeeding self-efficacy and exclusive breastfeeding practice in the 180-day period. **Conclusion:** In this sample, the breastfeeding self-efficacy was not related to the exclusive breastfeeding practice in the period of 180 days, in both groups. The premature group showed lower family income and greater adherence to exclusive breastfeeding on the 30th day postpartum.

Endereço para correspondência:

Silvana Alves Pereira
 Departamento de Fisioterapia,
 Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Campus Central
 Campus Universitário Lagoa Nova,
 Caixa Postal 1524, Natal (RN), Brasil,
 CEP: 59078-900.
 E-mail: silvana.alves@ufrn.br

Recebido em: Maio 02, 2022
 Aceito em: Fevereiro 19, 2023

Trabalho realizado na Maternidade Escola Januário Cicco – MEJC - Natal (RN), Brasil.

¹ Maternidade Escola Januário Cicco – MEJC - Natal (RN), Brasil.

² Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN - Natal (RN), Brasil.

³ Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi – FACISA, Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN - Santa Cruz (RN), Brasil.

⁴ Universidade Católica de Temuco - La Araucanía, Temuco, Chile.

Fonte de financiamento: nada a declarar.

Conflito de interesses: nada a declarar.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é considerado a melhor forma de alimentação para os recém-nascidos devido ao seu valor nutricional e por atuar na função imune, no desenvolvimento motor e cognitivo^(1,2). Entretanto, mesmo sendo considerada uma técnica simples e de baixo custo financeiro, a taxa de amamentação exclusiva no Brasil ainda compreende um período muito abaixo dos 180 dias que são recomendados pela Organização Mundial de Saúde⁽¹⁾.

Estudos demonstram que fatores biológicos⁽²⁾, psicológicos⁽³⁾, sociais⁽⁴⁾ e culturais⁽⁵⁾ podem ter influência sobre o processo de interrupção precoce da amamentação exclusiva, como também na sua manutenção por mais tempo⁽⁶⁾. A organização política, as condições econômicas e ambientais também parecem influenciar esse indicador⁽⁷⁾.

Na expectativa de rastrear os fatores de risco para o desmame precoce, alguns estudos^(8,9) têm investigado se desfechos como idade⁽⁹⁾, escolaridade⁽⁹⁾, e renda⁽⁹⁾ podem influenciar as expectativas pessoais acerca da autoeficácia, definida como a capacidade de desenvolver com sucesso um determinado comportamento⁽¹⁰⁾.

Esses estudos^(8,9) utilizam a *Breastfeeding Self-efficacy Scale* (BSES), uma escala que foi desenvolvida no Canadá, em 1999⁽¹¹⁾, traduzida e adaptada para a Língua Portuguesa em 2010⁽¹²⁾. No entanto, algumas dessas pesquisas se concentram apenas em mães de recém-nascidos (RN) a termo⁽⁸⁾, ou avaliam somente o período de internação ou um período curto próximo à alta hospitalar, se comparado aos 180 dias recomendados pela Organização Mundial de Saúde⁽⁹⁾.

Sabendo que a prática da amamentação exclusiva é contornada e influenciada por diversas variáveis ao longo do tempo, e que a nutrição apropriada desde o nascimento é um componente chave para a saúde ao longo da vida⁽²⁾, faz-se necessário investigar os fatores e desfechos relacionados à manutenção da amamentação por um período mais prolongado. Da mesma maneira, se torna importante avaliar e comparar essa prática em grupos de lactentes nascidos a termo e prematuros, uma vez que há evidências que as taxas de aleitamento materno exclusivo (AME) tendem a ser menores quando o RN é prematuro⁽¹³⁾.

Amamentar um recém-nascido prematuro (RNPT) é, sem dúvida, um desafio, pois, além de apresentarem hipotonia muscular, imaturidade fisiológica e neurológica, permanecem acordados por períodos curtos⁽¹⁴⁾. Mas, apesar de desejável, observa-se pouco sucesso na amamentação entre mães de RNPT^(14,15). O processo é permeado por dificuldades, que ocorrem tanto na internação quanto na vivência materna após seu retorno para o lar⁽¹⁶⁾ e parece ser um pouco melhor quanto maior o nível de escolaridade e experiência anterior de amamentação positiva⁽¹⁷⁾.

Diante disso, este estudo tem como objetivo analisar a autoeficácia da amamentação, no período de 180 dias, em mães de recém-nascidos prematuros e a termo, e conhecer os fatores que influenciam na prática do aleitamento materno exclusivo no período de recomendação exclusiva.

MÉTODO

Desenho do estudo e contexto

Trata-se de um estudo de coorte, prospectivo, realizado com 44 puérperas de uma maternidade pública, entre os meses de janeiro a outubro de 2018, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, nos termos da Resolução 466/12, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). A maternidade deste estudo é uma instituição habilitada pelo Ministério da Saúde como Unidade de Referência em Atendimento Terciário à Gestação de Alto Risco e Hospital Amigo da Criança, que contém 128 leitos e realiza cerca de 3.500 partos por ano.

Definição da amostragem

O cálculo do tamanho amostral foi determinado (G* Power software, version 3.1.9.4) considerando o escore de autoeficácia média (23 ± 17.7) e alta (107 ± 82.3) na amamentação de puérperas avaliadas até o 60º dia⁽¹⁸⁾, tamanho do efeito d de Cohen de 1.68, poder de 0,95 e erro α de 0,05. O valor calculado de puérperas foi de 11, entretanto, considerou-se uma possível perda de 15% entre os três intervalos de avaliação (30, 120 e 180 dias) e o valor mínimo de puérperas esperado para cada um dos grupos foi de 17.

Amostra e coleta de dados

Foram elegíveis para o estudo puérperas no pós-parto imediato, que possuíam telefone fixo ou celular, tinham no mínimo 24 horas e no máximo 48 horas pós-parto, idade superior a 18 anos, sem histórico de ansiedade e/ou depressão. Foram excluídas as puérperas mães de RN com algum tipo de má-formação congênita, puérperas que apresentaram intercorrências no pós-parto, deficiência auditiva, visual, cognitiva, e aquelas com alguma contraindicação para amamentar.

Todas as mães que preenchiam os critérios de inclusão foram informadas verbalmente dos objetivos da pesquisa e convidadas a participar do estudo, assinando um termo de consentimento livre e esclarecido no momento pós-parto, enquanto estavam na enfermaria.

As puérperas selecionadas foram divididas em dois grupos: mães de recém-nascidos com idade gestacional ≤ 36 semanas e 6 dias (Grupo Prematuro - GP) e mães de recém-nascidos com idade gestacional ≥ 37 semanas (Grupo Termo - GT).

Para a coleta de dados socioeconômicos, foi aplicado com a mãe, durante a internação, um questionário elaborado pelos autores. O questionário abordou, além das questões socioeconômicas, questões obstétricas e neonatais, cujas variáveis eram: idade, estado civil, ocupação, tipo de moradia, escolaridade, renda familiar, tipo de parto, idade gestacional ao nascimento, contato materno após o nascimento, número de consultas no pré-natal, número de gestações, classificação da idade gestacional ao nascer, orientação sobre amamentação no pré-natal, amamentação anterior, tempo que pretende amamentar exclusivamente, sexo do RN, peso ao nascer, classificação do peso ao nascer, tipo de dieta no momento da entrevista, dieta no 30º dia, dieta no 120º dia, dieta no 180º dia, quantidade de filhos, pontuação na escala e classificação na escala.

A mensuração da autoeficácia foi realizada através da escala BSES no pós-parto imediato. A escala é constituída por três dimensões – magnitude, generalização e força – e está baseada em quatro fontes de informações – experiência pessoal, experiência vicária ou observacional, persuasão verbal e estado emocional e fisiológico. Para cada item avaliado, a mulher atribui uma pontuação variável de 1 a 5 (1 - Discordo totalmente, 2- Discordo, 3 - Às vezes concordo, 4 - Concordo e 5 - Concordo totalmente). A autoeficácia foi identificada a partir do somatório total das respostas e classificada em baixa quando a pontuação ficou entre 33 e 118, média entre 119 e 137 e alta entre 138 e 165 pontos⁽¹⁹⁾. Posterior ao somatório, a autoeficácia foi considerada como alta - sim ou não - sendo este grupo de “não” o somatório entre as mães que tiveram pontuação entre 33 e 137.

O monitoramento do aleitamento materno foi acompanhado nos 30º, 120º e 180º dias de vida do recém-nascido, por contato telefônico. Nesta fase, o pesquisador avaliou a continuidade da amamentação e a classificou em exclusiva ou não. O aleitamento materno exclusivo (AME) foi definido conforme os critérios da Organização Mundial da Saúde, como nenhum outro líquido ou sólido de qualquer outra fonte, além da recebida da mama⁽²⁰⁾. Ao telefone, as mães foram questionadas sobre: “Qual tipo de dieta a criança está recebendo?”, “Está dando outro leite ou outro alimento?”. A representação gráfica das etapas da pesquisa encontra-se detalhada na Figura 1.

Análise estatística

Os dados foram armazenados e analisados no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0. O teste de Kolmogorov-smirnov foi empregado para avaliar a aderência das variáveis à curva de distribuição normal.

Para a análise das características socioeconômicas, obstétricas, taxa de aleitamento materno em cada momento do monitoramento e entre os grupos (Prematuro e Termo), foi utilizado o teste de Qui-Quadrado de Pearson, e, quando necessário, foi empregado o Teste Exato de Fisher. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$.

RESULTADOS

Características socioeconômicas, obstétricas e neonatais

Entre as 62 puérperas que iniciaram o estudo, 44 completaram todas as etapas (Figura 1), com média de idade de 26 anos e idade máxima de 43 anos, sendo 26 alocadas no GP. Dentre as mães que descontinuaram a pesquisa, 72% eram do GT, 78% eram casadas ou tinham união estável, 72% possuíam renda familiar de até 1 salário mínimo e 67% já tinham experiência anterior com amamentação.

O tipo de moradia, estado civil, ocupação e escolaridade das mães foi similar entre os grupos, enquanto a renda familiar apresentou-se menor no GP ($p=0,031$), conforme apresentado na Tabela 1. Neste grupo, 61% dos recém-nascidos eram do sexo feminino, 57% nasceram de parto pélvico e 73% das mães

já tinham experiência anterior com amamentação. A Tabela 2 apresenta os dados obstétricos da amostra.

A pontuação da autoeficácia foi similar entre os grupos ($p=0,354$). Para a Tabela 3, a autoeficácia foi considerada como alta ou não. Nenhuma mãe foi classificada com autoeficácia baixa e 64% das mães relataram autoeficácia alta. Para ambos os grupos, a autoeficácia declarada não apresentou relação com o AME em nenhuma das etapas do estudo (Tabela 3).

A adesão ao AME, para os dois grupos, foi diminuindo progressivamente no decorrer dos meses. No 30º dia pós-parto o GP apresentou aderência de 100% das mães, contra 78% do GT ($p=0,023$). A Figura 2 apresenta esses resultados.

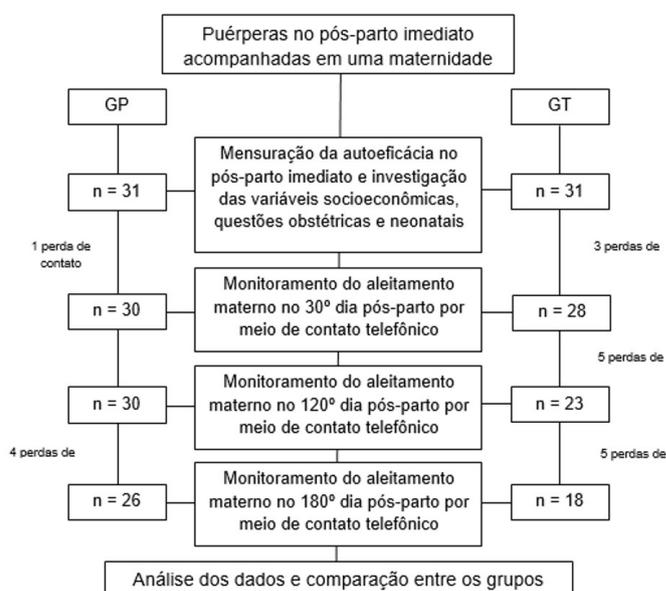


Figura 1. Representação gráfica das etapas da pesquisa. *p-valor da dieta = 0,023, calculado pelo Teste Exato de Fisher
Legenda: AME = Aleitamento Materno Exclusivo

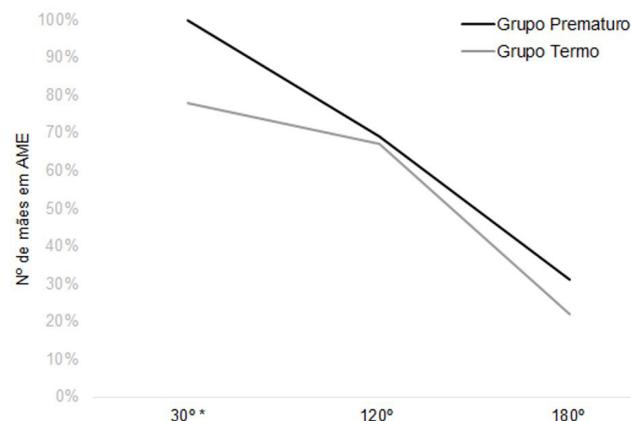


Figura 2. Número de mães em AME no 30º, 120º e 180º dia de acompanhamento

Tabela 1. Características socioeconômicas do Grupo Termo e Grupo Prematuro

Fatores socioeconômicos	Grupo				Valor de p
	Prematuro		Termo		
	n (%)		n (%)		
Tipo de moradia					
Própria	11,0	(42,3)	9,0	(50,0)	0,614 ^a
Alugada/cedida	15,0	(57,7)	9,0	(50,0)	
Estado civil					
Casada/ União estável	23,0	(88,5)	12,0	(66,7)	0,128 ^b
Solteira	3,0	(11,5)	6,0	(33,3)	
Ocupação					
Trabalhadora assalariada	11,0	(42,3)	7,0	(38,9)	0,340 ^a
Desempregada	4,0	(15,4)	6,0	(33,3)	
Do lar	11,0	(42,3)	5,0	(27,8)	
Renda familiar					
Até 1 salário mínimo	21,0	(80,8)	9,0	(50,0)	0,031 ^{a*}
2 ou mais salários mínimos	5,0	(19,2)	9,0	(50,0)	
Escolaridade					
Ensino fundamental incompleto	6,0	(23,1)	3,0	(16,7)	0,584 ^a
Ensino médio incompleto	8,0	(30,8)	4,0	(22,2)	
Ensino médio completo	11,0	(42,3)	11,0	(61,1)	
Ensino superior incompleto	1,0	(3,8)	0,0	(0,0)	

^aTeste Qui-quadrado de Pearson; ^bTeste Exato de Fisher; *p<0,05

Legenda: p = valor de p; n = número de sujeitos incluídos em cada grupo

Tabela 2. Características obstétricas e neonatais do Grupo Prematuro e Grupo Termo

Características Obstétricas	Grupo				Valor de p
	Prematuro		Termo		
	n (%)		n (%)		
Sexo do RN					
Masculino	10,0	(38,5)	10,0	(55,6)	0,263 ^a
Feminino	16,0	(61,5)	8,0	(44,4)	
Tipo de parto					
Pélvico	15,0	(57,7)	10,0	(55,6)	0,888 ^a
Cesariano	11,0	(42,3)	8,0	(44,4)	
Classificação de peso ao nascer					
AIG	24,0	(58,5)	17,0	(41,5)	0,363 ^b
GIG	1,0	(100,0)	0,0	(0,0)	
PIG	2,0	(100,0)	0,0	(0,0)	
Orientação sobre amamentação no pré-natal					
Sim	16,0	(61,5)	9,0	(55,6)	0,691 ^a
Não	10,0	(38,5)	8,0	(44,4)	
Experiência anterior com amamentação					
Sim	19,0	(73,1)	11,0	(61,1)	0,402 ^a
Não	7,0	(26,9)	7,0	(38,9)	
Número de gestações totais					
<3	13,0	(50,0)	10,0	(55,5)	0,717 ^a
≥3	13,0	(50,0)	8,0	(45,5)	

^aTeste Qui-quadrado de Pearson; ^bTeste Exato de Fisher

Legenda: n = número de sujeitos incluídos em cada grupo; RN = recém-nascido; AIG = Adequado para a idade gestacional; GIG = Grande para a idade gestacional; PIG = Pequeno para a idade gestacional; p = valor de p

Tabela 3. Relação da autoeficácia com o aleitamento materno exclusivo no 30º, 120º e 180º dia pós parto

Grupo	Tempo de acompanhamento	AME	Autoeficácia alta		Valor de p	
			Sim n (%)	Não n (%)		
Prematuro	30º dia	Sim	18,0 (69,2)	8,0 (30,8)	-	
		Não	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)		
	120º dia	Sim	12,0 (66,6)	6,0 (33,4)		1,000
		Não	6,0 (75,0)	2,0 (25,0)		
	180º dia	Sim	6,0 (75,0)	2,0 (25,0)		1,000
		Não	12,0 (66,6)	6,0 (33,4)		
Termo	30º dia	Sim	8,0 (57,2)	6,0 (42,8)	1,000	
		Não	2,0 (50,0)	2,0 (50,0)		
	120º dia	Sim	8,0 (66,6)	4,0 (33,4)		0,321
		Não	2,0 (33,4)	4,0 (66,6)		
	180º dia	Sim	3,0 (75,0)	1,0 (25,0)		0,588
		Não	7,0 (50,0)	7,0 (50,0)		

Legenda: AME = Aleitamento materno exclusivo; n = número de sujeitos incluídos em cada grupo; p = valor de p GP = Grupo Prematuro; GT = Grupo Termo; n = número de sujeitos incluídos

DISCUSSÃO

Apesar da maioria das mães de recém-nascidos prematuros e a termo apresentarem uma expectativa alta acerca da autoeficácia do aleitamento materno, não foi encontrada associação da autoeficácia e a prática do AME no período de 180 dias na amostra estudada. Na análise sobre as características socioeconômicas, o grupo de mães de recém-nascidos prematuros apresentou menor renda familiar quando comparado ao grupo de mães de recém-nascidos a termo.

A renda familiar mensal pode provocar mudanças na saúde materno infantil e influenciar as condições de nascimento, assim como acarretar morbidades neonatais e na infância⁽²¹⁾. Blencowe et al⁽²²⁾ afirmam que as taxas de nascimento prematuro são mais altas em países de baixa renda, seguidas por países de média renda; o que pode justificar a diferença apresentada em nosso estudo.

O escore de autoeficácia não se mostrou diferente entre o GT e o GP e não foi um preditor para o AME em nenhum momento da pesquisa. Diferente desse resultado, Brandão e colaboradores, em um estudo prospectivo⁽²³⁾, realizado com mães de recém-nascidos a termo, no qual aplicaram a BSES ainda no período gestacional, verificaram associação entre a classificação da BSES e o AME no 30º dia, ao realizarem um acompanhamento da população até o 180º dia de nascimento⁽²³⁾. Não ter incluído mães de prematuros pode ter contribuído com o sucesso da associação no estudo de Brandão. Wang et al e Chantal et al^(15,24), destacam que RNPT exigem maior atenção, uma vez que enfrentam obstáculos fisiológicos e de desenvolvimento neurológico relacionados à sua imaturidade⁽¹⁵⁾. Dependendo da idade gestacional, os RNPT apresentam sucção fraca, dificuldade na coordenação respiratória e na deglutição⁽²⁴⁾.

Todavia, em nosso estudo, apesar da autoeficácia não predizer a adesão ao AME no período de 180 dias, o GP apresentou maior adesão ao AME ao longo de todas as avaliações. Uma hipótese para justificar esse resultado refere-se ao tempo de internação, variável não controlada no presente estudo. Com o tempo de internação mais prolongado, comparado aos recém-nascidos a termo, as mães de RNPT têm a oportunidade de receber, por mais tempo, o serviço de educação continuada a respeito da amamentação e cuidados com o recém-nascido.

Corroborando com a hipótese anteriormente citada, em relação ao tempo de permanência de RNPT em ambiente hospitalar, um estudo realizado no pós-parto imediato, com grupos de educação e apoio organizados por profissionais de saúde especializados no manejo clínico da amamentação e da lactação, relatou que intervenções educacionais realizadas durante a hospitalização podem auxiliar as mães a aumentar a autoeficácia e manter a amamentação exclusiva⁽²⁵⁾.

Adicionalmente, o tempo de internação pode ter contribuído para uma comunicação regular entre famílias e serviço de saúde, favorecendo o engajamento e a adesão ao estudo após alta hospitalar⁽²⁶⁾. Um dado para justificar essa nossa hipótese foi a baixa adesão do GT, grupo de recém-nascidos que habitualmente permanece menor tempo internado, se comparado a recém-nascidos prematuros⁽²⁷⁾. A adesão às intervenções pelos pais ou responsáveis também é fundamental durante o tratamento do recém-nascido, pois permite a definição de metas individualizadas e otimização de cuidados⁽²⁶⁾.

Em relação à taxa de AME, no 180º dia, 27% dos lactentes estavam em aleitamento materno exclusivo; resultado inferior ao divulgado pelo Ministério da Saúde em 2009⁽¹⁾, no qual a prevalência do AME em menores de 6 meses foi de 41% no conjunto das capitais brasileiras e 40% na cidade de Natal. Outro estudo⁽²⁸⁾, realizado em uma maternidade amiga da criança, com 261 mães, verificou que a taxa de aleitamento materno exclusivo no 6º mês de vida foi de 5,7%, resultado inferior ao encontrado neste estudo.

De fato, o desmame precoce é um fenômeno complexo e diferentes pesquisas tentam compreender qual a melhor ferramenta para prever esse risco. Cortelo et al⁽²⁹⁾, em seu estudo, utilizou o senso de coerência de Antonovsky para explicar este fenômeno, e os resultados apontaram que mães com maior senso de coerência possuem quase duas vezes mais chance de manter o aleitamento por mais tempo. Outro estudo, com crianças menores de 1 ano, relacionou a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo com a amamentação nas últimas 24 horas que antecederam a aplicação da escala, o resultado encontrado foi uma maior chance de ausência do aleitamento materno exclusivo entre as mães com sintomas de depressão pós-parto⁽³⁰⁾.

É conhecido que a prática do AME pode ser influenciada por fatores biológicos⁽²⁾, psicológicos⁽³⁾, sociais⁽⁴⁾ e culturais⁽⁵⁾. E, apesar de investigarmos a prática do AME em um período longo, isto é, por 180 dias, não conseguimos rastrear todos os fatores de risco que poderiam interferir nesse resultado. Um exemplo sobre este aspecto foi a queda brusca de adesão ao AME a partir do 120º dia do GT. Atribuímos esta queda ao fato de muitas mães retornarem aos seus trabalhos após 120 dias de licença, mas não conseguimos investigar esse desfecho. Além disso, algumas variáveis que podem interferir na duração do aleitamento, como o trabalho fora de casa e o uso de pacificadores, não foram analisadas.

Entendemos essa dificuldade de análise de algumas variáveis, que podem ser consideradas importantes, como uma limitação do nosso estudo. Conduzir um estudo longitudinal, com mães de recém-nascidos, no nordeste brasileiro, é uma tarefa árdua e prezamos em manter uma entrevista curta e de fácil execução, para conseguirmos tempo para empoderarmos as mães sobre a importância de manter o AME.

Ter acompanhado as puérperas até o 180º dia de vida do RN foi positivo, visto que poucos estudos conseguem manter um contato tão longínquo nesse tipo de amostra. Entretanto, o primeiro momento escolhido para aplicação da escala BSES pode não ter sido o mais confiável para o relato da autoeficácia da amamentação em mães, dado que foi realizado no pós-parto imediato (entre as primeiras 24 - 48 horas após o parto) e sabe-se que a amamentação nas primeiras horas de vida é desafiadora, confusa e desconhecida tanto para a mãe (principalmente as mães primíparas) quanto para o bebê.

Dessa forma, sugere-se a realização de mais estudos, com a avaliação feita em momentos que não sejam o pós-parto imediato, para confirmar os achados. Uma outra limitação encontrada está no fato da amostra ter sido realizada em uma única maternidade. Assim, mais estudos sob essa mesma perspectiva devem ser conduzidos, a fim de confirmar os dados evidenciados nesta população.

CONCLUSÃO

Na amostra estudada, a BSES não constituiu um fator preditivo para o desmame precoce tanto em mães de recém-nascidos prematuros, quanto em mães de recém nascidos a termo. O grupo de sujeitos prematuros apresentou maior adesão ao aleitamento materno exclusivo no 30º dia pós parto, além de menor renda familiar. Todavia, novos estudos devem aprimorar esse sistema de monitoramento e investigar diferentes fatores que podem se apresentar como barreiras para a manutenção do aleitamento materno exclusivo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
2. Lira EL, Costa JR, Sousa PS, Faria MD. Factors responsible for the interruption of early breast feeding: an integrative review. *Rev Interdiscip Estud em Saúde*. 2017;6:83-93.
3. Carvalho JL, Cirino IP, Lima LH, Sousa AF, Carvalho MF, Oliveira EA. Knowledge of mothers on exclusive breast feeding and complementary feeding. *Saúde em Redes*. 2016;2:383-92. <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n4p383-392>.
4. Rocha IS, Lollí LF, Fujimaki M, Gasparetto A, Rocha NB. Influence of maternal confidence on exclusive breastfeeding until six months of age: a systematic review. *Cien Saude Colet*. 2018;23(11):3609-19. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182311.20132016>. PMID:30427434.
5. Tenório MC, Dutra TA, Lima A, Monteiro JR, Oliveira AC. Prevalência e fatores associados ao início tardio do aleitamento materno em recém-nascidos prematuros nascidos em maternidade de referência de Alto Risco de Maceió, Alagoas. *GEP News*. 2018;2:63-9.
6. Rocha AF, Gomes KR, Rodrigues MT, Mascarenhas MD, Freire AL. Intention of getting pregnant and breastfeeding: an integrative review. *Rev Bras em Promoção da Saúde*. 2018;31:1-10.
7. Javorski M, Rodrigues AJ, Dodt RC, Almeida PC, Leal LP, Ximenes LB. Effects of an educational technology on self-efficacy for breastfeeding and practice of exclusive breastfeeding. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:1-8. PMID:29898169.
8. Wang S, Liu J, Guo N, Jiang H. The relationship between birthing related factors and maternal breastfeeding confidence in China. *Women Birth*. 2020;26:e03329. PMID:32113872.
9. Lopes BB, Lopes AF, Soares DG, Dodou HD, Castro RC, Oriá MO. Assessment of maternal self-efficacy in breastfeeding in the immediate puerperium. *Rev Rene*. 2018;18(6):818-24. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000600016>.
10. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191-215. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>. PMID:847061.
11. Dennis C, Faux S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Res Nurs Health*. 1999;22(5):399-409. [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199910\)22:5<399::AID-NUR6>3.0.CO;2-4](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199910)22:5<399::AID-NUR6>3.0.CO;2-4). PMID:10520192.
12. Oriá MO, Ximenes LB. Translation and cultural adaptation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale to Portuguese. *Acta Paul Enferm*. 2010;23:230-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000200013>.
13. Freitas BA, Lima LM, Carlos CF, Priore SE, Franceschini SC. Duration of breastfeeding in preterm infants followed at a secondary referral service. *Rev Paul Pediatr*. 2016;34(2):189-96. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2015.10.005>. PMID:26614258.
14. Michels KA, Ghassabian A, Mumford SL, Sundaram R, Bell EM, Bello SC, et al. Breastfeeding and motor development in term and preterm infants in a longitudinal US cohort. *Am J Clin Nutr*. 2017;106(6):1456-62. <http://dx.doi.org/10.3945/ajcn.116.144279>. PMID:29092884.
15. Wang Y, Briere CE, Xu W, Cong X. Factors affecting breastfeeding outcomes at six months in preterm infants. *J Hum Lact*. 2019;35(1):80-9. <http://dx.doi.org/10.1177/0890334418771307>. PMID:29723482.
16. Cruz MR, Sebastião LT. Breastfeeding in premature infants: mothers' knowledge, feelings and experiences. *Distúrb Comun*. 2015;27:76-84.
17. Crippa BL, Colombo L, Morniroli D, Consonni D, Bettinelli ME, Spreafico I, et al. Do a few weeks matter? Late preterm infants and breastfeeding issues. *Nutrients*. 2019;11(2):312. <http://dx.doi.org/10.3390/nu11020312>. PMID:30717261.
18. Souza EF, Fernandes RÁ. Breastfeeding self-efficacy: a cohort study. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(5):465-70. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400076>.
19. Vieira ES, Caldeira NT, Eugênio DS, Lucca MM, Silva IA. Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: A cohort study. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018;26(0):e3035. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2110.3035>. PMID:30208158.
20. World Health Organization. Indicators for assessing breast-feeding practices: report of an informal meeting, 11-12 June 1991. Geneva: WHO; 1991.
21. Sadovsky AD, Matijasevich A, Santos IS, Barros FC, Miranda AE, Silveira MF. Socioeconomic inequality in preterm birth in four Brazilian birth cohort studies. *J Pediatr*. 2018;94(1):15-22. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.02.003>. PMID:28572019.
22. Blencowe H, Cousens S, Chou D, Oestergaard M, Say L, Moller AB, et al.; Born Too Soon Preterm Birth Action Group. Born too soon: the global epidemiology of 15 million preterm births. *Reprod Health*. 2013;10(Suppl. 1):S2. <http://dx.doi.org/10.1186/1742-4755-10-S1-S2>. PMID:24625129.

23. Brandão S, Mendonça D, Dias CC, Pinto TM, Dennis CL, Figueiredo B. The breastfeeding self-efficacy scale-short form: psychometric characteristics in Portuguese pregnant women. *Midwifery*. 2018;66:49-55. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2018.07.014>. PMID:30121478.
24. Lau C. Development of suck and swallow mechanisms in infants. *Ann Nutr Metab*. 2015;66(5, Suppl. 5):7-14. <http://dx.doi.org/10.1159/000381361>. PMID:26226992.
25. Lee YH, Chang GL, Chang HY. Effects of education and support groups organized by IBCLCs in early postpartum on breastfeeding. *Midwifery*. 2019;75:5-11. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2019.03.023>. PMID:30974334.
26. Gennaro LR, Barham EJ. Strategies to promote parental involvement in neuropsychiatric physiotherapy: an interdisciplinary approach. *Estud Pesqui Psicol*. 2014;14(1):10-28.
27. Nascimento GB, Kessler TM, Souza APR, Costa I, de Moraes AB. Risk indicators for hearing loss and language acquisition and their relationship with socioeconomic, demographic and obstetric variables in preterm and term babies. *CoDAS*. 2020;32(1):e20180278. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20192018278>. PMID:32049152.
28. Figueredo SF, Mattar MJ, Abrão A. Baby-Friendly Hospital: prevalence of exclusive breastfeeding at 6 months and intervening factors. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(6):1291-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000600006>. PMID:24626353.
29. Cortelo FM, Marba S, Cortellazzi KL, Ambrosano G, Guerra LM, Almeida ACG, et al. Women's sense of coherence and its association with early weaning. *J Pediatr*. 2018;94(6):624-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2017.08.007>. PMID:29097193.
30. Silva CS, Lima MC, Sequeira-de-Andrade LA, Oliveira JS, Monteiro JS, Lima N, et al. Association between postpartum depression and the practice of exclusive breastfeeding in the first three months of life. *J Pediatr*. 2017;93(4):356-64. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2016.08.005>. PMID:28034730.

Contribuição dos autores

DGFA, AVDC, SAP foram responsáveis pela idealização do estudo e delineamento do trabalho; MCLC, NSOH, RBBF, IGA, participaram da redação do artigo, leitura e aprovação da versão final do manuscrito.