



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ISABELLA VICENTE DA SILVA

**AUTOEFICÁCIA MATERNA NA AMAMENTAÇÃO DE
MÃES DE BEBÊS PREMATUROS:
ESTUDO DE MÉTODO MISTO**

Londrina
2024

ISABELLA VICENTE DA SILVA

**AUTOEFICÁCIA MATERNA NA AMAMENTAÇÃO DE
MÃES DE BEBÊS PREMATUROS:
ESTUDO DE MÉTODO MISTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Edilaine Giovanini Rossetto.

Londrina
2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática do Sistema
de Bibliotecas da UEL

S586 DA SILVA, ISABELLA VICENTE.
AUTOEFICÁCIA MATERNA NA AMAMENTAÇÃO DE MÃES DE BEBÊS
PREMATUROS: ESTUDO DE MÉTODO MISTO / ISABELLA VICENTE DA
SILVA. - Londrina, 2024.
175 f. : il.

Orientador: EDILAINE GIOVANINI ROSSETTO.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina,
Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
2024.
Inclui bibliografia.

1. Enfermagem Neonatal; Aleitamento Materno; Recém-nascido prematuro;
Aplicativo móvel. - Tese. I. GIOVANINI ROSSETTO, EDILAINE. II. Universidade
Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

ISABELLA VICENTE DA SILVA

**AUTOEFICÁCIA MATERNA NA AMAMENTAÇÃO DE
MÃES DE BEBÊS PREMATUROS:
ESTUDO DE MÉTODO MISTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof^a. Dr^a. Edilaine Giovanini Rossetto
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^a. Dr^a. Thaíla Corrêa Castral
Universidade Federal de Goiás - UFG

Prof^a. Dr^a. Cláudia Vieira Silveira
Universidade Estadual do Oeste do Paraná -
UNIOESTE

SUPLENTE

Prof^a. Dr^a. Lígia Fahl Fonseca
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^a. Dr^a. Flávia Lopes Gabani
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 12 de julho de 2024.

Dedico este trabalho primeiramente a Deus que me guiou, me orientou e esteve comigo em todos os momentos de minha vida. Aos meus amados pais Amauri e Célia, instrumentos de Deus na terra que me apoiam e permitem a realização de todos os meus sonhos. Ao meu esposo, Pablo, que sempre me incentivou durante esta pesquisa. A todos os recém- nascidos que chegaram ao mundo prematuramente e suas mães que desejam amamentar em meio ao contexto da prematuridade.

AGRADECIMENTOS

Ao concluir esta etapa na minha formação acadêmica necessito fazer alguns agradecimentos às pessoas especiais que percorreram esta caminhada honrosa comigo.

Agradeço a Deus antes de tudo o que vem a seguir e de toda palavra que agora irei escrever. Ele que sempre me proporcionou todos os instrumentos necessários para a realização desta pesquisa. À Nossa Senhora Aparecida, minha Mãe Intercessora. Ao meu Anjo da Guarda que me inspirou com ciência, sabedoria e inteligência em todos os momentos para que esta pesquisa fosse concretizada. A todos os Santos que invoquei pedindo sua poderosa intercessão e auxílio a cada passo a ser dado.

Agradeço aos meus pais, Amauri e Célia. Agradeço por todo esforço, dedicação e apoio que tiveram comigo desde o começo da minha vida terrena e acadêmica. Por todos os abraços nos momentos de conquistas e de desespero, por todas as vibrações e orações e por todo acolhimento nos momentos de aflição causado pela intensidade que é estar em uma pós-graduação tão renomada e desejada. Eu os amo com eterno amor e para todo o sempre.

Agradeço ao meu amado esposo, Pablo, que, desde o início do Mestrado acompanhou o meu trajeto. Ele que, sendo também mestrando pelo programa de pós-graduação da mesma Universidade, porém em área de concentração diferente, sempre me ajudou, me auxiliou e orientou nos momentos em que eu mais precisei durante o desenvolvimento desta pesquisa tão especial para mim e para a ciência. Obrigada por caminharmos juntos nesta linda jornada.

Agradeço especial e carinhosamente a minha querida e sábia orientadora, Enf^a. Prof^a. Dr^a. Edilaine Giovanini Rossetto que esteve ao meu lado em momentos especiais da minha vida pessoal e também profissional. A ela, que sempre foi capaz de me ouvir e conhecer intimamente a minha vida e seus aspectos emocionais, momentos de alegrias e de tristezas. Agradeço não apenas pela orientação nesta pesquisa, mas sobretudo pelas suas palavras de consolo quando as adversidades da vida apareceram, obrigada pela amizade, companheirismo, profissionalismo e dedicação. Ao Grupo de pesquisa Núcleo de Estudos em Neonatologia – Inovação, Tecnologia e Amamentação (NENITA),

pelas boas reuniões que construíram conhecimento e estão sob sua coordenação.

Aos meus queridos amigos, meus sinceros agradecimentos por estarem comigo ao longo desta caminhada acadêmica na pós-graduação em Enfermagem. Obrigada pelas palavras de conforto, de estima, de superação e de bom conselho. Por estarem presentes quando eu era convidada para ministrar alguma palestra enquanto mestrandando do programa, os meus sinceros agradecimentos. Obrigada por viverem tudo isso comigo

Agradeço à coordenadora da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Enf^a. Dr^a. Fernanda Novaes Moreno Brancalion, por ser uma excelente chefe e por sempre ouvir minhas percepções pessoais sobre a pesquisa, me incentivando a trilhar com honra este caminho do Mestrado, e especialmente, por abrir exceções no trabalho durante este período de estudo e aprendizado rumo ao título de Mestre.

Agradeço especialmente às minhas amigas e colegas de trabalho da Unidade Neonatal que estiveram comigo durante todo o Mestrado, me apoiaram, me ouviram e principalmente, me ajudaram quando eu mais precisei de ajuda neste período tão intenso dentro da pós-graduação. Elas, que sempre estiveram disponíveis para estarem em meu lugar no trabalho quando eu precisei me ausentar em decorrência dos estudos. As enfermeiras especialistas Andressa, Giovana, Lidiane, Lígia, Mônica, Kemily e Sara, enfermeiras da UTI Neonatal. E à enfermeira Kelis da UCI Neonatal que esteve comigo no primeiro ano desta brilhante jornada.

Agradeço à equipe de Enfermagem da Unidade Neonatal que sempre foi muito compreensiva com as minhas ausências mediante as aulas do Mestrado. A todas as equipes, em especial, a equipe da manhã que me acompanhou de perto em todas as minhas conquistas da pós-graduação. A todos, muito obrigada!

Às professoras que compõem esta banca examinadora, muito obrigada por permitirem a minha exposição científica e contribuírem positivamente para que esta pesquisa tenha cada vez mais impacto social.

Aos coordenadores e todo o corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, especialmente à Professora Dr^a Flávia Meneguetti Pieri, por manterem a qualidade da educação no ensino superior, no *lato sensu* e *stricto sensu* e por

permitirem o desenvolvimento desta pesquisa, sempre apoiando e permitindo que este projeto fosse desenvolvido.

Agradeço a todo pequeno paciente e às suas mães prematuras. É por vocês que hoje estou aqui, buscando aprender mais e promover uma assistência segura e com qualidade, afinal penso que nascer é o maior desafio da vida diante de todos os processos adaptativos pelos quais o neonato precisa passar.

Obrigada a você que em busca de conhecimento científico fez a sua busca bibliográfica e encontrou este trabalho para subsidiar os seus estudos.

Meus sinceros agradecimentos.

“Em tudo dai graças, porque esta é a vontade de Deus em Jesus Cristo a vosso respeito.”

I Tessalonicenses 5,18

“Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da noite amedronta os enfermos. Escolhi estar presente na dor porque já estive muito perto do sofrimento. Escolhi servir ao próximo porque sei que todos nós um dia precisamos de ajuda. Escolhi o branco porque quero transmitir paz. Escolhi estudar métodos de trabalho porque os livros são fonte de saber. Escolhi ser Enfermeira porque amo e respeito à vida!”

Florence Nightingale

“Durante um certo tempo meu peito foi abrigo, foi consolo, foi calor, foi soneca, foi remédio, foi amor.”

Fabiana T. Oliveira

“Permanecem três coisas: a fé, a esperança e o amor. A maior delas, porém, é o amor.”

I Coríntios 13,13

SILVA, Isabella Vicente da. **Autoeficácia materna na amamentação de mães de bebês prematuros**: estudo de método misto. 2024. 175 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2024.

RESUMO

Introdução: Embora seja conhecida a importância do aleitamento materno entre os bebês prematuros, o desmame precoce ainda é frequente nesta população. A autoeficácia materna é um fator que contribui para o sucesso da amamentação e pode ser avaliada por meio da *Breastfeeding self-efficacy scale – short form (BSES-SF)* em mães de bebês prematuros e/ou doentes. **Objetivo:** Compreender as experiências de aleitamento materno das mães de bebês nascidos pré-termo e sua relação com os escores de autoeficácia materna para amamentação obtidos pela escala BSES-SF. **Método:** Trata-se de um estudo de método misto com abordagem sequencial explanatória (QUAN-QUAL) realizado em dois hospitais públicos, nos estados do Paraná e Goiás. Participaram da etapa quantitativa 302 mães de bebês prematuros e/ou doentes e destas, 16 mães de prematuros foram entrevistadas por meio de um roteiro semiestruturado. A variável desfecho autoeficácia foi analisada quanto à sua associação com 16 variáveis preditoras: anos de estudo, situação conjugal, renda familiar, idade materna, ocupação materna, realização de pré-natal, orientação sobre aleitamento materno no pré-natal, via de parto atual, gestação anterior, amamentação anterior, idade gestacional de nascimento, peso de nascimento, unidade de internação do recém-nascido, dias de internação, alimentação após o parto e alimentação do recém-nascido na alta hospitalar. Estas variáveis com p valor $\leq 0,20$ foram analisadas pela regressão multivariada de Poisson com variância robusta e considerou-se significativa aquelas com $p < 0,05$. Na etapa qualitativa foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin com referencial teórico proposto por Albert Bandura em sua Teoria Social Cognitiva. A mixagem dos dados ocorreu através da fusão e foram apresentadas por meio de meta-inferências em um *Joint display*. **Resultados:** Observou-se que os fatores que estão associados à autoeficácia materna podem ser avaliados pela BSES-SF em mães de bebês prematuros e/ou doentes, no entanto, não devem ser limitados somente à escala, devendo o profissional estar atento a outros fatores, tais como a rede de apoio materna e a busca por informações sobre AM além do pré-natal, a produção de leite materno, às experiências pessoais e vicárias com a amamentação e a experiência em amamentar o prematuro, à instabilidade clínica do RN prematuro e suas peculiaridades e como ela influencia a autoeficácia materna e a separação entre mãe e bebê imediatamente após o nascimento. **Considerações finais:** Verificou-se neste estudo que o maior *Breastfeeding self-efficacy scale – short form* em mães de bebês prematuros e/ou doentes é a contemplação de um construto, a autoeficácia materna, que é modificável durante o manejo e estabelecimento da amamentação a depender do contexto e realidade materna junto ao seu filho prematuro. No entanto, sugere-se a necessidade de novos estudos à respeito do ponto de corte desta escala para classificação de mães de prematuros no contexto brasileiro.

Palavras-chave: Enfermagem Neonatal; Aleitamento Materno; Recém-nascido prematuro; Aplicativo móvel.

SILVA, Isabella Vicente da. **Maternal self efficacy in breastfeeding of mothers of preterms infants**: mixed methods studies. 2024. 175 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2024.

ABSTRACT

Introduction: Even though the importance of breastfeeding for premature newborn is known, early weaning is still common in this population. Maternal self-efficacy is a factor that contributes to successful breastfeeding and can be assessed using the Breastfeeding self efficacy scale for mother of preterm infants and/or ill. **Objective:** To understand the breastfeeding experiences of preterm mothers in terms of the Breastfeeding self efficacy scale for mother of preterms infants and/or ill. **Method:** This study considered a hybrid method with an explanatory sequential approach carried out through a Multicenter Project in two public hospitals located in states of Paraná and Goiás. 302 mothers of premature babies participated in the quantitative stage and 16 were submitted the semi-structured interview in the subsequent qualitative stage. In the quantitative analysis, the self-efficacy variable was associated with 16 other variables using Poisson's multivariate logistic regression analysis with robust variance, while in the qualitative stage was applied the Bardin's content analysis with the theoretical framework proposed by Albert Bandura in his Social Cognitive Theory. **Results:** The majority of participating mothers obtained high self-efficacy scores (58%) and 73.5% of babies were discharged on EBF. The study revealed that three variables were associated with high maternal self-efficacy: being on EBF at discharge (p value: 0.001; PR: 1.14; 95% CI: 1.05-1.23), having previously breastfed (p value: 0.003; PR: 0.90; 95% CI: 0.83-0.96) and not having received prenatal guidance on Breastfeeding (p value: 0.01; PR: 0.91; 95% CI: 0.84-0.97). Six thematic axes were deepened in the qualitative discussion: 1. Maternal confidence and the experience of breastfeeding preterm babies; 2. maternal self-efficacy in the ability to extract milk from the breasts; 3. separation of mother and child and continuity of breastfeeding; 4. the clinical specificities of premature babies and the relationship with maternal self-efficacy; 5. support network for the mother of a premature baby: the family, health professionals and the app as technological support; and lastly, 6. recognizing correct latch-on and maternal self-efficacy. Data mixing occurred through meta-inferences presented in Joint display. **Final considerations:** In this study, it was found that the greatest potential of the scale in question is the contemplation of a construct, maternal self-efficacy, which is modifiable during the management and establishment of breastfeeding depending on the context and maternal reality with their premature child. However, it is suggested that further studies are needed regarding the cutoff point of this scale for classifying mothers of premature babies in the Brazilian context.

Key-words: Neonatal nursing; Breastfeeding; Premature; Mobile applications.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Nascimentos prematuros à nível mundial no ano de 2019 40
- Figura 2** – Variação regional de proporção de recém-nascidos prematuros resultando em óbito neonatal no ano de 2020. 43
- Figura 3** – Diagrama representativo do método misto com estratégia sequencial explanatória do presente estudo 68

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Perfil sociodemográfico das puérperas e dos recém-nascidos cadastrados no Aplicativo *AmamentaCoach*, Londrina-PR, Goiânia-GO, Brasil, 2024. 81
- Tabela 2** – Frequência, proporção, associação bivariada e regressão logística de Poisson entre as variáveis sociodemográficas, maternas/obstétricas e clínicas do recém-nascido e a alta autoeficácia materna para amamentação. Londrina e Goiânia, Paraná e Goiás, Brasil, 2024 89

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Fontes de informações da Escala de Autoeficácia para Amamentação de mães de bebês prematuros e/ou doentes, os tópicos abordados na entrevista qualitativa e os itens da escala 78
- Quadro 2** – Pontuações referidas pelas participantes a cada item da Escala de Autoeficácia Materna para mães de bebês prematuros e/ou doentes. 87
- Quadro 3** – Primeiro modelo da Regressão logística multivariada de Poisson com variância robusta 92
- Quadro 4** – Segundo modelo da Regressão logística multivariada de Poisson com variância robusta 93
- Quadro 5** – Terceiro modelo da Regressão logística multivariada de Poisson com variância robusta 93
- Quadro 6** – Perfil materno-infantil das puérperas entrevistadas nas primeiras 120 horas após o parto prematuro em um Hospital Universitário de abril de 2022 a janeiro de 2023, Londrina, PR, Brasil. 95
- Quadro 7** – *Joint display* construído a partir das inferências deste estudo por meio da mixagem de dados qualitativos e quantitativos. 128

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alojamento Conjunto
ACQAE	Assessoria do Controle de Qualidade da Assistência de Enfermagem
AE	Autoeficácia
AM	Aleitamento Materno
AMC	Aleitamento Materno Complementado
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMELD	Aleitamento Materno Exclusivo em Livre Demanda
APP	Aplicativo
BLH	Banco de Leite Humano
BP	Baixo peso
BSEF	<i>Breastfeeding self efficacy scale</i>
BSEF-SF	<i>Breastfeeding self efficacy scale - short form</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
Covid-19	Doença causada pelo novo coronavírus 2019
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DBP	Displasia Broncopulmonar
EBP	Extremo baixo peso
ECN	Enterocolite necrosante
EFI	Ensino fundamental incompleto
EMC	Ensino médio completo
EMI	Ensino médio incompleto
ENANI	Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil
ESC	Ensino superior completo
FI	Fórmula infantil
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HPIV	Hemorragia peri-intraventricular
HTLV1	Vírus linfotrópico de células T humana tipo 1
HTLV2	Vírus linfotrópico de células T humana tipo 2
HU	Hospital Universitário
IG	Idade Gestacional
IgA	Imunoglobulina A

IgD	Imunoglobulina D
IgE	Imunoglobulina E
IgG	Imunoglobulina G
IgM	Imunoglobulina M
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IMA	Idade Materna Avançada
LAECI	Liga Acadêmica de Enfermagem em Cuidados Intensivos
LAONC	Liga Acadêmica de Oncologia
LASF	Liga Acadêmica de Saúde da Família
LITE	Laboratório de Técnicas de Enfermagem
LV	Leite de vaca
MBP	Muito baixo peso
MS	Ministério da Saúde
NENITA	Núcleo de Estudos em Neonatologia Inovação, Tecnologia e Amamentação
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
ODK	<i>Open Data Kit</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
RN	Recém-nascido
RNPT	Recém-nascido pré-termo
RNT	Recém-nascido termo
ROP	Retinopatia da prematuridade
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SMS	Serviço de mensagem curta
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science for Windows</i>
TALE	Termo de assentimento livre e esclarecido
TCC	Trabalho de conclusão de curso
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
TSC	Teoria Social Cognitiva
UFG	Universidade Federal de Goiás
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UCIN	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal
UNCINCA	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru

UTIN

Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

VIF

Variance Inflation Factor

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	21
2	INTRODUÇÃO	25
3	CONTEXTUALIZAÇÃO E REFERENCIAL TEÓRICO	30
3.1	Aleitamento materno e os seus impactos	30
3.2	A prematuridade e a amamentação	38
3.3	Teoria social cognitiva e a autoeficácia materna	47
3.4	Aplicativos em saúde, e- Health em-Health	57
4	OBJETIVOS	63
4.1	Objetivo geral	63
4.1.1	Objetivos específicos	63
5	MATERIAL E MÉTODO	64
5.1	Delineamento do estudo	64
5.2	Escala de autoeficácia materna para mães de bebês prematuros e/ou doentes	69
5.3	Cenário do estudo	69
5.4	Participantes do estudo e coleta de dados	71
5.4.1	Etapa quantitativa	72
5.4.2	Etapa qualitativa	76
5.5	Aspectos éticos	79
6	RESULTADOS	81
6.1	Fase I resultados quantitativos	81
6.2	Fase II resultados qualitativos	94
6.3	Resultados Integrados	128
7	DISCUSSÃO	132
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	155

9	REFERÊNCIAS	161
	APÊNDICES	168
	APÊNDICE I – Roteiro de Entrevista Semiestruturado	168
	APÊNDICE II – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido	170
	APÊNDICE III – Termos de Assentimento Livre e Esclarecido	172
	ANEXOS	174
	ANEXO I - Escala de Autoeficácia Materna para mães de bebês prematuros e/ou doentes validada no Brasil por Denobi (2023).....	174

1. APRESENTAÇÃO

Meu nome é Isabella Vicente da Silva e sou da cidade de Londrina – PR. Eu nasci em 28 de julho de 1998, agora com 25 anos, e sou a primeira e única filha de um casal cujos nomes são Célia e Amauri. Este, motorista de caminhão de uma empresa localizada em Cambé, a Hydronorth, há 23 anos. Àquela, trabalhou por anos como secretária de uma Igreja Católica, onde se casou e, após retornar da licença maternidade optou por viver uma vida toda em prol da sua primogênita. Durante toda a minha vida eu estudei em escolas públicas. Aos 13 anos eu tive a oportunidade de estudar em um Colégio Estadual na região central da cidade, onde pude me aproximar de ensinamentos mais atualizados e vislumbrar um projeto de vida acadêmica.

Eu me formei em Enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina (2016 – 2019) aos 20 anos de idade. Na graduação desenvolvi trabalhos relacionados à Cultura de Segurança do Paciente, quando estagiei por dois anos como colaboradora e um ano como monitora na Assessoria do Controle de Qualidade da Assistência de Enfermagem (ACQAE) do HU-UEL, também desenvolvi pesquisas relacionadas ao Aleitamento Materno e Cuidados Paliativos. Fui bolsista de Iniciação Científica pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) entre os anos de 2018 e 2019, onde desenvolvi uma pesquisa intitulada “Patologias prevalentes em uma Unidade Pediátrica de um Hospital Universitário com perspectiva para Cuidados Paliativos”. Também desenvolvi uma pesquisa de Iniciação Científica sem bolsa junto à Atenção Primária, em um projeto multicêntrico, que avaliou o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Além disso, eu participei da monitoria acadêmica do Laboratório de Técnicas de Enfermagem (LITE), após processo

seletivo durante o segundo ano da graduação. Também fui diretora científica da Liga Acadêmica de Enfermagem em Cuidados Intensivos (LAECI), participante da Liga Acadêmica de Saúde da Família (LASF) e participante da Liga Acadêmica de Oncologia (LAONC). Participei de eventos científicos, simpósios e congressos, também ministrei algumas palestras pelas LIGAS e como voluntária em um grupo de gestantes na cidade de Londrina, sempre atuante nos temas de cunho materno-infantil.

Eu tive dois trabalhos premiados durante a graduação, sendo eles: “Identificação de acessos venosos periféricos em um hospital público de ensino” e a premiação de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) como melhor pesquisa inovadora sob o título “Sensibilização da equipe de saúde na abordagem dos cuidados paliativos a crianças não oncológicas”. Também recebi premiação do título de “Boas Práticas Solidárias na Semana do Estudante Ingressante, pró-reitoria da Universidade Estadual de Londrina”. Além disso, também fui aprovada em dois concursos públicos na área de Enfermagem nos municípios de Ortigueira-PR e Queiroz -SP e durante a graduação fui convidada a tomar posse dos cargos, não sendo possível naquele momento.

Sempre fui uma admiradora nata e entusiasta da área infantil, contemplando as fases desde o nascimento até à adolescência dos indivíduos. No último ano de graduação, eu estava decidida em cursar a Residência, porém a dúvida se instaurou: “Saúde da Criança ou Neonatologia?”. Depois de uma das decisões mais importantes da minha vida, eu fui residente em Enfermagem Neonatal entre os anos de 2020 e 2022, trabalhando intensamente no cuidado ao recém-nascido de baixo, médio e alto risco, durante anos de extrema

dificuldade para a população mundial em decorrência da grande Pandemia da COVID-19. Durante a residência, a minha área de pesquisa concentrou-se em Aleitamento Materno e Cuidados Paliativos em recém-nascidos internados em Unidade Neonatal. Ainda nessa época publiquei um artigo de revisão de escopo em parceria com outras quatro autoras, intitulado “Reflexões sobre o aleitamento materno em tempos de pandemia por COVID-19”.

No ano de 2022 eu me tornei aluna de pós-graduação em Enfermagem *stricto sensu* do Mestrado da Universidade Estadual de Londrina, sendo orientada pela Prof.^a. Dr.^a. Edilaine Giovanini Rossetto, docente atuante na área de Enfermagem em Saúde da Criança e Neonatologia e também docente coordenadora do grupo de pesquisa NENITA (Núcleo de Estudos em Neonatologia – Inovação, Tecnologia e Amamentação). A atual pesquisa está sendo desenvolvida após um recorte realizado de uma pesquisa de doutorado que foi concluída em 2022, a qual foi responsável pelo desenvolvimento de um aplicativo (app) móvel em saúde que auxilia mães de bebês prematuros no processo da amamentação.

Ainda trabalhando como enfermeira na UTI Neonatal do HU-UEL no período matutino, o próximo vislumbre após o término do Mestrado é concluir a especialização em Neurociências pela mesma Universidade e ainda, ingressar no programa de doutorado a fim de alcançar a tão sonhada docência em Enfermagem, almejada há anos desde antes da graduação em Enfermagem, momento em que o meu sonho era ser professora de Língua Portuguesa.

Os caminhos tomam rumos diferentes e a Enfermagem se fez concreta e um sonho presente. Mas é possível afirmar que toda essa trajetória

está apenas começando e que longos caminhos ainda estão por vir. O conhecimento adquirido é fonte de sabedoria para a vida humana e nada pode tirá-lo de uma pessoa. Deste modo, experienciar o mestrado acadêmico em Enfermagem e todos os seus desafios tornam as pessoas mais preparadas para a vida profissional e permite uma prática baseada em evidências científicas. E ainda, possibilita vivenciar o prazer de estar cada vez mais próximo da docência.

2. INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) é uma prática que se inicia ainda na gestação, por volta da trigésima segunda semana, quando o feto começa a desenvolver reflexos de sucção (Cassimiro *et al.*, 2019). É a forma mais autêntica de promover vínculo entre a mãe e o bebê (Souza *et al.*, 2024). O AM é caracterizado por ser um processo biológico, sociocultural e psicológico, uma vez que estes fatores impactam na decisão da mulher de amamentar, quando iniciar a amamentação e por quanto tempo fazê-la (Santos *et al.*, 2022).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que durante os primeiros seis meses de vida, os recém-nascidos (RN) e lactentes recebam apenas o leite materno (LM), pois a amamentação traz benefícios nutritivos, imunoprotetores e emocionais tanto para a mãe quanto para o bebê. A partir dos seis meses até os dois anos de vida ou mais da criança, é recomendado que o AM seja mantido associado à alimentação complementar. Atualmente, a OMS determina como uma boa taxa de aleitamento materno exclusivo (AME) o percentual de 50% a 89%, sendo considerado muito bom os níveis acima de 90% de AME (OMS, 2019; Moraes *et al.*, 2021; Siqueira *et al.*, 2023).

No mundo, as taxas de AM ainda estão aquém do que é recomendado pela OMS. Uma em cada quatro crianças (44%) são amamentadas exclusivamente nos primeiros 6 meses de vida. Entre os países americanos, essa proporção é de 38%, com apenas 32% da população de bebês que continuam sendo amamentadas até os dois anos de idade. Na América Latina e no Caribe, menos da metade dos bebês (48%) recebem

amamentação na primeira hora após o nascimento (OPAS, 2021).

De acordo com o relatório do *Global Breastfeeding Scorecard*, somente 23 países em todo o mundo alcançaram taxas de amamentação exclusiva acima de 60% e são: Bolívia, Burundi, Cabo Verde, Camboja, República Popular Democrática da Coreia, Eritreia, Quênia, Quiribati, Lesoto, Malauí, Micronésia, Estados Federados de Nauru, Nepal, Peru, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Ilhas Salomão, Sri Lanka, Suazilândia, Timor-Leste, Uganda, Vanuatu e Zâmbia (*Global Breastfeeding Scorecard*, 2023).

Um estudo composto por 14.558 crianças menores de 5 anos desenvolvido por pesquisadores da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) mostrou que 96,2% das crianças foram amamentadas ao menos uma vez durante toda a sua vida, sendo que aproximadamente dois terços destes bebês são amamentados ainda na primeira hora de vida (62,4%), sendo este percentual próximo ao objetivo de atingir 70%, conforme preconizado pela OMS. Já a taxa de aleitamento materno até os seis meses de vida é de 45,8%, cenário ainda distante da meta da OMS, 52,1% aos 12 meses e 35,5% aos 24 meses de vida (ENANI, 2019).

Sabe-se que o LM é considerado alimento ouro para o bebê, uma vez que é a fonte de nutrição ideal aos recém-nascidos devido a sua composição de água, lipídios, proteínas e carboidratos. Além disso, possui propriedades imunológicas que podem reduzir infecções e processos inflamatórios durante a infância. Os benefícios são inúmeros tanto para a figura materna quanto para o bebê e, os benefícios são ainda maiores entre a população de prematuros, impactando na redução de morbimortalidades infantis (Tran *et al.*, 2023).

O AM é um dos investimentos mais rentáveis e pouco onerosos que um país pode ter, garante eficazmente a redução de mortes infantis e morbidades futuras. Entretanto, a amamentação, embora tenha o seu aspecto fisiológico devendo acontecer naturalmente entre a mãe e o bebê, apresenta componentes relacionados às construções socioculturais, emocionais, psicológicas das mulheres que vivenciam a experiência de amamentar. Estes fatores, quando fragilizados, podem comprometer o sucesso da amamentação, causando o desmame precoce. Apesar de conhecida a sua importância, ainda há uma baixa adesão ao AME e maior taxa de desmame precoce (Silva *et al.*, 2020).

O desmame precoce é caracterizado pela interrupção parcial ou total do aleitamento materno antes dos seis meses de vida e constitui-se como um problema frequente no Brasil e no mundo, uma vez que pode estar relacionado diretamente com o número de mortes infantis (Feitosa; Silva; Silva, 2020). A prematuridade é um dos principais fatores de desmame precoce parcial ou total, visto que contempla uma população bastante vulnerável frente aos aspectos necessários para o início da amamentação (Cirilo *et al.*, 2022; Andrade *et al.*, 2023; Siqueira *et al.*, 2023).

Estudos mostram que as taxas de desmame precoce em recém-nascidos prematuros é inversamente proporcional à Idade Gestacional (IG) de nascimento e o grau de prematuridade. Ou seja, quanto menor a IG ao nascimento, maiores são as chances de ocorrer o desmame precoce, ou ainda, deste prematuro não ser alimentado em seio materno na alta ou ao longo dos meses de vida. Os estudos apontam que há baixa prevalência de aleitamento materno na alta e ainda 15 dias após a alta. Ao final do primeiro mês de Idade

Gestacional Corrigida (IGC) estes índices concentram-se em torno de 7,5%. Além disso, ao final do sexto mês de IGC esse índice cai consideravelmente nesta população, chegando apenas a 1,2% (Méio *et al.*, 2018; Lima *et al.*, 2019).

Alguns motivos que justificam o desmame precoce e dificultam o ato de amamentar entre os recém-nascidos prematuros (RNPT), são de cunho cultural e educacional das mães que amamentam e fatores psicológicos maternos relacionados à internação dos prematuros em unidades neonatais, refletindo na confiança e capacidade que a mulher sente sobre si mesma e na sua decisão sobre a prática da amamentação (Squizato *et al.*, 2023).

Considerando que a amamentação é uma prática que deve ser decidida pela mulher que amamenta, é necessário a construção de um ambiente que promova, de fato, a prática do aleitamento materno, a fim de influenciar positivamente nas decisões que a mulher possui sobre o início e a duração do aleitamento materno. Assim, aumentando sua confiança neste processo e conseqüentemente no sucesso da amamentação, permitindo a ela autonomia necessária e confiança para amamentar o seu bebê (Santos *et al.*, 2022). Nesta perspectiva a autoeficácia materna é a confiança que a mulher tem em desempenhar alguma função em virtude de seus valores e ainda nas crenças de que ela é capaz de fazer o que precisa ser feito com segurança em si mesma (Dennis; Faux, 1999 apud Souza *et al.*, 2020).

A autoeficácia materna é um fator que pode se modificar à medida que a amamentação vai se estabelecendo, repercutindo na motivação da mulher em amamentar e continuar a prática, mesmo com dificuldades que possam estar vinculadas a amamentação. Este conceito está alicerçado em

quatro fontes de informações. Mulheres que possuem experiências anteriores positivas com amamentação (experiência prévia), que testemunham o sucesso de amamentação em outras mulheres (experiência vicária ou observacional), que são apoiadas e recebem todo o auxílio necessário de suas redes de apoio, tais como como companheiros fixos e demais familiares e profissionais de saúde (persuasão verbal), e que se sentem tranquilas ao longo do processo (estado fisiológico), apresentam maior autoeficácia na prática da amamentação (Souza *et al.*, 2020; Abuchaim *et al.*, 2023).

A autoeficácia materna para amamentação é um fator que pode ser mensurado por meio de um instrumento desenvolvido por enfermeiras e pesquisadoras do Canadá em 1999, a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form* (BSES – SF), traduzida para a versão brasileira no ano de 2010 (Dennis; Faux, 1999; Oriá; Ximenes, 2010). Esta escala, foi desenvolvida inicialmente com 33 assertivas que permite a puérpera escolher cinco tipos de respostas numa escala *Likert* de 1 a 5 pontos, a saber: 1- nada confiante, 2- muito pouco confiante, 3- às vezes confiante, 4- confiante e 5- muito confiante. Esta escala foi revisada e adaptada para uma versão mais curta, com 14 assertivas, no ano de 2003 e também foi adaptada transculturalmente no Brasil em 2008 (Dennis, 2003; Dodt, 2008).

Contudo, as duas escalas não contemplavam os desafios enfrentados pelas mães de bebês prematuros durante a amamentação. Partindo deste fato, no ano de 2013, a escala foi modificada a fim atender às mães de pré-termos, surgindo então a *Breastfeeding self-efficacy scale (short form) among mothers of ill or preterm infants* (BSES – SF among mothers of ill or preterm infants) que mensura a confiança da mãe sobre a amamentação do

RN pré-termo e/ou doente. Esta escala é composta por 18 itens que são pontuados pela mãe do prematuro de 1 a 5 pontos. A BSEF – SF escala foi inicialmente traduzida e validada transculturalmente para a versão brasileira por Denobi (2023), e está em processo de validação de sua estrutura interna e de seus dados psicométricos (Wheeler; Dennis, 2013; Denobi, 2023).

Antes da adaptação transcultural para a versão brasileira, a *Breastfeeding self-efficacy scale (short form) among mothers of ill or preterm infants* foi traduzida e adaptada em uma versão aplicada às mulheres turcas no ano de 2017 e entre as mulheres chinesas no ano de 2020. Estes pesquisadores, engajados em avaliar a confiança materna na amamentação da população de bebês prematuros realizaram a tradução de acordo com a realidade vivenciada pelas mulheres de seus respectivos países (Merlinda *et al.*, 2017; Yang; Guo; Shen, 2020).

Embora os escores de autoeficácia materna, avaliados pela escala, possam predizer o sucesso de amamentação entre as mães de bebês prematuros, considerando que as mulheres que obtiveram maiores escores também vivenciam tempo mais prolongado de AME junto ao bebê prematuro, existem outros fatores não verificados pela escala que podem estar associados à prática da amamentação ou ao desmame precoce. Neste sentido devem ser encorajadas ações de promoção e proteção do aleitamento, uma vez que se confirma a importância da autoeficácia percebida e mensurada pela BSES – SF para que as mães mantenham a lactação e maior duração do AME. Face a esse contexto, os pesquisadores deste estudo desejam compreender se, de fato, os escores de autoeficácia mensurada pela BSES – SF em mães de bebês prematuros e/ou doentes, definem a confiança da mulher em amamentar seu

filho prematuro de forma exclusiva por mais tempo (Guimarães *et al.*, 2017, Leal *et al.*, 2023).

Considerando o contexto de dificuldades enfrentadas pelas mães na amamentação dos seus filhos prematuros e a autoeficácia materna mensurada pela BSES – SF em mães de bebês prematuros e/ou doentes como um fator preditor de sucesso ao aleitamento, a presente pesquisa tem a intenção de responder às seguintes indagações: Quais fatores parecem associados a autoeficácia na amamentação de mães de bebês prematuros? E ainda: Qual a relação dos escores atribuídos pela BSES - SF às mães após o nascimento de seus filhos prematuros com as experiências de amamentação relatadas por estas mães?

3. CONTEXTUALIZAÇÃO E REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. ALEITAMENTO MATERNO E OS SEUS IMPACTOS

O Aleitamento Materno Exclusivo (AME) refere-se à prática que acontece entre mãe e bebê, em que é ofertado apenas leite materno para o recém-nascido (RN), podendo ser diretamente do peito, por copinho ou sonda gástrica. Trata-se de uma estratégia natural entre mãe e filho, cujos objetivos são inúmeros e os benefícios ainda maiores para o binômio, tais como a formação de vínculo, afeto, proteção e nutrição do recém-nascido e da criança. Promove o desenvolvimento pleno do lactente, reduzindo os riscos de morbidades na fase adulta, com hipertensão arterial (HA) ou diabetes (Penedo *et al.*, 2023).

No que tange à saúde da mãe no período puerperal, é possível afirmar que o AM promove benefícios de curto à longo prazo, tais como involução uterina e conseqüentemente reduzir o sangramento, redução dos cânceres de mama, ovários e útero, além de reduzir infecções e o peso. O AM também possui impacto no âmbito psíquico, uma vez que diminui ansiedade e estresse, reduz o risco de depressão pós-parto e melhora a autoestima materna (Bicalho *et al.*, 2021; Andrade *et al.*, 2023).

O AME deve ser mantido até os seis meses de vida e a partir daí, inicia-se a alimentação complementar. Contudo, esta prática tão importante para a saúde da mulher e do bebê, pode ser mantida até os 2 anos ou mais sendo complementada por outros alimentos saudáveis. A criança que está em condição de Aleitamento Materno Exclusivo em Livre Demanda (AMELD) não necessita de outros líquidos como chás, água, suco natural, entre outros.

(Siqueira *et al.*, 2023).

De acordo com os resultados do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI), junto ao Ministério da Saúde (MS), metade das crianças brasileiras são amamentadas por mais de um ano. Além disso, foi identificado que as taxas de AME cresceram no Brasil desde a década de 1980 até meados de 2019, pois o país é um dos que mais investe em políticas públicas para apoio e proteção do AM (UFRJ, 2021).

O aumento das taxas para atingir as metas estabelecidas é crucial. Espera-se que as taxas de AME ao final dos seis meses de vida até 2025 gire em torno 50% e alcance o percentual de 70% até 2030, conforme uma das Metas Globais de Nutrição e a Agenda de Objetivo de Desenvolvimento Sustentável das Organizações das Nações Unidas. A fim de promover o aumento das taxas de AM no Brasil, desde a descoberta da gestação e durante o pré-natal se iniciam ações para a promoção, apoio e proteção à saúde integral da mãe e do bebê, cujo enfoque se dá por meio de políticas públicas. Estas políticas visam incentivos ao AM e à construção de um ambiente que fomente sua prática. As pesquisas atuais revelam, à luz de evidências científicas, os benefícios que a prática do AM traz para as mães, para os bebês e para a sociedade de forma geral à curto, médio e longo prazo (Cirilo *et al.*, 2022; Souza *et al.*, 2024).

As prevalências de aleitamento materno cresceram expressivamente nos últimos anos, aumentando em mais de 12 vezes os índices de amamentação exclusiva entre crianças menores de quatro meses, quando comparados aos índices de AME na década de 1980, no entanto, estes ainda são inferiores ao que a OMS recomenda, especialmente a partir dos três

meses de vida da criança, quando este valor diminui consideravelmente (Assunção; Cruz; Holanda, 2023).

A prevalência de AME em menores de seis meses foi de 45,8%, com maior prevalência na região Sul (54,3%), seguida das regiões Sudeste (49,1%) e Centro-oeste (46,5%), sem diferenças estatisticamente significativas entre as regiões. Já a prevalência de aleitamento materno continuado no primeiro ano de vida (entre crianças de 12 a 23 meses) foi de 43,6%, sendo mais prevalente na região Nordeste (51,8%) (ENANI, 2019).

Nas primeiras semanas após o parto o leite secretado pela mãe possui grande concentração de elementos do sistema imunológico. As proteínas que se destacam são a lactoferrina, a lisozima e a imunoglobulina. A imunoglobulina predominante no soro do leite materno é a IgA, em maior concentração no colostro, embora também estejam presentes no soro do leite materno as demais imunoglobulinas IgM, IgG, IgD e IgE (Andrade *et al.*, 2023).

O leite materno também possui em sua composição elementos celulares imunológicos, tais como os macrófagos, os linfócitos, os neutrófilos, este predominante no colostro, e as células epiteliais. Citocinas pró-inflamatórias como as interleucinas 6 e 8 (IL-6 e IL-8) e citocinas anti-inflamatórias IL10 e o TGF- β (*transforming growth factor- β*), aminoácidos como a taurina e a glutamina, vitaminas A, D e E, nitrogênio, cálcio, sódio e calorias também são encontrados no leite materno e são essenciais para o bom desenvolvimento do recém-nascido pré-termo (Morais *et al.*, 2020; Santos *et al.*, 2022; Andrade *et al.*, 2023).

Evidências científicas revelam que as mães orientadas da maneira correta nos serviços de saúde pública de nível primário e terciário

amamentam melhor e durante mais tempo (Silva *et al.*, 2018; Bezerra; Batista; Santos, 2020). Além disso, quando a equipe está disposta a realizar uma abordagem integral e humanizada, é possível obter resultados positivos. Ainda que seja um ato natural, o aleitamento materno nem sempre é fácil de ser praticado. As mães precisam de apoio emocional e psicológico e de informações corretas para terem sucesso na amamentação (Penedo *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2023).

Para Silva *et al.* (2023), as principais características associadas ao sucesso na amamentação definido como maior tempo de AME até os seis meses de vida do lactente foram: confiança materna na produção do leite humano, percepção de produção insuficiente de leite e/ou ralo e o apoio do cônjuge, influenciando diretamente na duração da amamentação exclusiva. O mesmo estudo verificou que o apoio dos profissionais de saúde, o encorajamento à gestante durante o pré-natal e a disseminação de informações após o parto ofertado pelos profissionais teve grande impacto sobre a amamentação (Silva *et al.*, 2023).

Embora as taxas de AM sejam promissoras, é preciso melhorar. Sabe-se que existem fatores que podem dificultar o estabelecimento do AM, como revelados por Bicalho e colaboradores em seu estudo. Os autores realizaram uma revisão integrativa a fim de identificar as dificuldades encontradas no AM entre puérperas do Alojamento Conjunto (AC). Onze artigos foram avaliados e o tamanho das amostras destes estudos variou de 40 a 1.691 puérperas, com faixas etárias entre 13 e 46 anos. A prevalência de amamentação na primeira hora após o nascimento estava entre 43,9% e 77,3%. Surgiram situações como: pouca idade materna, dificuldade em

estabelecer laços afetivos, problemas mamários, ingurgitamentos, obstrução de ductos mamários, lesões, dores, escassez de informações e conhecimento materno sobre AM, técnica e pega incorreta, prematuridade e o tipo de mamilo materno. No entanto, a maioria dos artigos indicou que os traumas mamilares são os principais dificultadores da amamentação nos primeiros dias após o parto (Bicalho *et al.*, 2021).

O período puerperal é desafiador. As mulheres estão sujeitas a alterações hormonais, físicas e psíquicas, fato este que pode estar relacionado diretamente ao início do aleitamento materno, especialmente quando se trata de uma puérpera mãe de prematuro que necessita de internação prolongada (Macedo *et al.*, 2022). Nesse sentido, os primeiros dias após o parto são cruciais para o sucesso da amamentação (Taniguchi, 2019; Santos *et al.*, 2019; Souza *et al.*, 2020; Feitosa; Silva; Silva, 2020).

Fatores como o nível de escolaridade dos pais, desconhecimento dos benefícios da amamentação, rede de apoio fragilizada, uso de bicos artificiais, tempo de hospitalização da criança, depressão pós-parto, problemas mamários, influência dos avós e crenças e valores maternos impactam o processo da amamentação e podem estar relacionados ao desmame precoce do recém-nascido (Macedo *et al.*, 2022).

A descontinuidade do AME ou introdução de outros tipos de leites ou alimentos antes dos seis meses de vida, podem trazer prejuízos para a saúde da criança e na fase adulta: risco de infecções gastrointestinais, alergias, obesidade, diabetes, dislipidemias, desenvolvimento oral inadequado, alterações na força dos órgãos fonoarticulatórios, prejudicando diretamente as funções de mastigação, deglutição, respiração e articulação dos sons da fala (

Amorim, 2023).

Face a isso, ressalta-se a importância da prática e disseminação de informações que envolvem o aleitamento materno que é, definitivamente, o melhor alimento para a criança, considerado como o primeiro estilo de vida saudável com benefícios específicos para a mãe e para o bebê. É por meio da prática de AM que o bebê estará seguramente bem nutrido desde o início de sua vida, fortalecendo, assim, sua saúde física, imunológica e emocional a curto e longo prazo (Vieira *et al.*, 2023).

Haja visto, não há dúvidas de que o leite materno é a melhor fonte de nutrição para todo recém-nascido, mas especialmente para o RNPT. Os RNPT podem se beneficiar ainda mais do AM, pois o leite de sua própria mãe se ajusta ao RN conforme suas necessidades inerentes à IG, tornando-se ideal para o sistema digestivo ainda imaturo (Rodrigues *et al.*, 2019; Vieira *et al.*, 2023).

Os componentes deste leite suprem suas necessidades e deve ser o alimento de primeira escolha, pois contém mais proteínas, lipídeos e calorias, quando comparado ao leite de mães de recém-nascidos a termo. Além disso, o leite materno possui efeito de proteção frente às comorbidades enfrentadas pelo neonato prematuro após o nascimento e, ainda, na sua vida futura. O alimento que deve ser escolhido de forma primária para a amamentação do RNPT é o leite da própria mãe (Rodrigues *et al.*, 2019; Vieira *et al.*, 2023).

As taxas de AME entre os RNPT na alta hospitalar ainda são escassas. Diante disso ressalta-se a importância do cuidado neonatal especializado na assistência ao aleitamento materno de recém-nascidos

prematturos que, na maioria das vezes, por dificultadores fisiológicos, sofrem o desmame precoce (Taniguchi, 2019; Macedo *et al*, 2022).

O aleitamento materno é uma das intervenções com maior nível de impacto positivo na sobrevivência neonatal e infantil, permitindo ainda uma extensão à vida adulta. Segundo dados obtidos de um estudo, 93% das mães participantes relataram desejo de amamentar e a prevalência geral de AME na alta hospitalar foi de 65,2%. Já entre os prematturos, essas taxas foram consideravelmente menores. Apenas 40% dos RNPT receberam alta hospitalar sob AME e 38% deles receberam alta em condições de AM misto ou com fórmula infantil (FI) (FIOCRUZ, 2020).

O desmame ocorre em razão da imaturidade fisiológica e neurológica do RNPT, especialmente quando se trata da coordenação de três funções essenciais que devem estar estabelecidas para o início do AM: respiração espontânea, sucção efetiva e a deglutição. Estes fatores comprometem a produção materna do leite, que em geral, é afetada por aspectos emocionais e estressores pelos quais a puérpera, mãe de um recém-nascido prematturo, está submetida. De modo sucinto, a prematuridade e suas dificuldades que são inerentes a esse contexto e a manutenção da produção láctea são alguns dos fatores que contribuem para o desmame (Guillot *et al.*, 2020; Figueiredo *et al.*, 2022; Amorim *et al.*, 2023; Vieira *et al.*, 2023).

3.2 A PREMATURIDADE E A AMAMENTAÇÃO

O parto prematturo é caracterizado como o nascimento antes do tempo esperado, que precede a chegada do termo. Ocorre quando os bebês

nascem ainda imaturos, antes de atingir a maturidade fetal e antes desta estar concluída. Nascimentos que antecedem as trinta e sete semanas de gestação são considerados nascimentos prematuros (OMS, 2015).

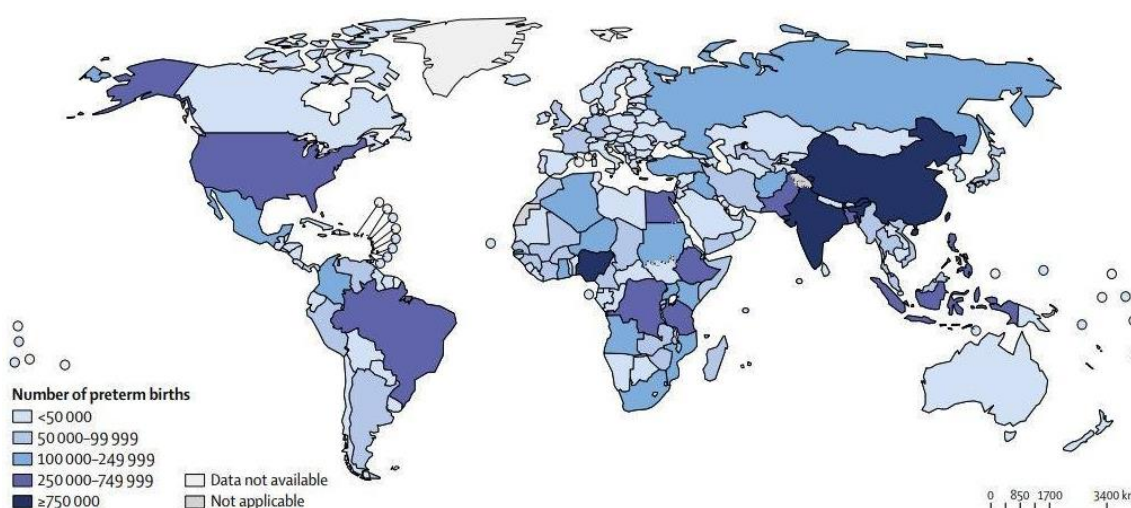
A prematuridade pode ser classificada em graus relacionados à IG e ao peso de nascimento. Conforme a IG: RNPT extremo (IG inferior a 27 semanas + 6 dias), RN muito prematuros (IG entre 28 semanas a 30 semanas e 6 dias), RNPT moderado (IG entre 31 semanas à 33 semanas e 6 dias) e RNPT tardio (IG entre 34 semanas a 36 semanas e 6 dias) (WHO, 2023). De acordo com o peso os bebês são classificados da seguinte forma: extremo baixo peso (EBP), os bebês com menos de 1.000 gramas; muito baixo peso (MBP), os com menos de 1.500 gramas e baixo peso (BP) os nascidos com menos de 2.500 gramas (BRASIL, 2016).

Entre os dez países com maior número de nascimento de bebês prematuros no mundo está o Brasil, ocupando o nono lugar, com taxas de 11,2 a cada 100 nascimentos prematuros. No topo deste *ranking* encontra-se a Índia, seguida por China e Nigéria (Dias *et al.*, 2022; Alberton; Rosa; Iser, 2023). O nascimento prematuro e suas complicações são as principais causas de morbimortalidade neonatal, o que acarreta um alto custo financeiro para o sistema de saúde. A prematuridade corresponde a 45% das mortes entre os RN no Brasil. Entre os anos de 2011 a 2019, foi registrado no Brasil cerca de 3 milhões de nascimentos prematuros, correspondendo a uma prevalência de 11% dos nascimentos (Alberton; Rosa; Iser, 2023).

Estima-se que 1 a cada 10 bebês nasça prematuro e, à nível mundial, ocorram cerca de 15 milhões de nascimentos prematuros anualmente (Maia *et al.*, 2023). A prematuridade é um problema mundial. Segundo a revista

"*Lancet Globo Health*", nasceram cerca de 15 milhões de bebês prematuros em todo o mundo no ano de 2019 e cerca de 20 milhões de RN com baixo peso (OPAS, 2019), como mostra a Figura 1.

Figura 1: Nascimentos prematuros à nível mundial no ano de 2019



Fonte: Lancet Health Globo, 2019

A maior ocorrência de partos prematuros concentra-se na Ásia, com cerca de 13,2% de nascidos vivos prematuros, sendo o menor percentual (8%) na Europa. Os países com as menores taxas de partos pré-termos são respectivamente Sérvia (4,1%) e Moldávia (5%). Já as maiores taxas são de Bangladesh (16,2%), Malawi (14,5%) e Paquistão (14,4%). Quase metade, ou seja, 45% de todos os nascimentos prematuros em 2020 ocorreram em apenas cinco países, sendo: Índia, Paquistão, Nigéria, China e Etiópia (Maia *et al.*, 2023).

Estima-se que no Brasil, 340 mil bebês nasçam de maneira prematura a cada ano, o que equivale a 931 partos por dia ou 6 partos prematuros a cada 10 minutos. Em 2020, quase 1 milhão de recém-nascidos morreram devido a complicações da prematuridade. Os milhões de

sobreviventes precisam ser acompanhados ao longo da vida, pois apresentam comorbidades e deficiências. Em 2021 ocorrem cerca de 302.636 nascimentos prematuros, representando cerca de 11% do total de nascimentos no ano. A região brasileira com o maior número de partos prematuros foi a sudeste (113.584 mil nascidos vivos), seguida da região nordeste (85.032 nascidos vivos), sul (41.081 mil nascidos vivos), norte (36.961 mil nascidos vivos) e por último a região centro-oeste com 25.978 mil nascidos vivos prematuros (Adriano *et al.*, 2022; Dias *et al.*, 2022; Alberton; Rosa; Iser, 2023).

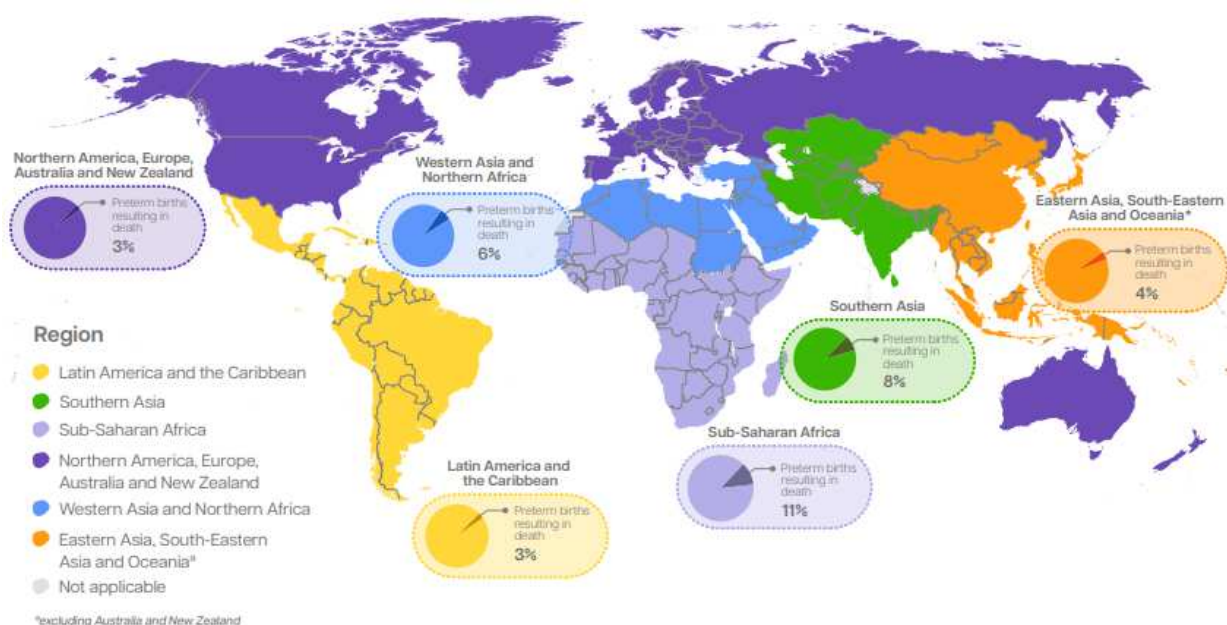
Frente a isso surgem os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), da Organização das Nações Unidas (ONU), que preconizam ações para a redução da mortalidade infantil, em especial para a erradicação da mortalidade neonatal por causas evitáveis até o ano de 2030. A partir do objetivo 3 de desenvolvimento sustentável espera-se assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades, sendo o objetivo 3.2 determinado pelo seguinte: Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos (ONU, 2020).

Destaca-se que nessa população coexistam complicações advindas da própria prematuridade que impactam na saúde do prematuro em curto, médio e longo prazo, tais como: maiores riscos de morbimortalidade e lesões neurológicas, como hemorragia peri-intraventricular (HPIV) e leucomalácia periventricular, retinopatia da prematuridade (ROP), distúrbios gastrointestinais como enterocolite necrosante (ECN), respiratórios como a

displasia broncopulmonar (DBP), alterações motoras, paralisia cerebral, distúrbios cognitivos e deficiência intelectual, aqui ressalta-se o autismo, alterações visuais e auditivas e ainda, dificuldades sociais, emocionais e psiquiátricas e alterações comportamentais (Lima *et al.*, 2022).

Aqui, ressalta que a DBP, ECN, HPIV e a ROP sucedem por um desbalanço entre as defesas antioxidantes e a exposição a radicais livres aumentados que são liberados após situações de hipóxia. A proteção do prematuro contra o estresse oxidativo não é bem desenvolvida, neste caso, o leite materno seria a melhor opção a ser utilizada para a proteção antioxidante (Lima *et al.*, 2022). Na Figura 2, observa-se um mapa com o percentual de óbitos de RNPT no ano de 2020 por região mundial.

Figura 2: Variação regional de proporção de recém-nascidos prematuros resultando em óbito neonatal no ano de 2020.



Fonte: Born too soon: decade of action on preterm birth. Geneva: World Health Organization, 2023.

As complicações que envolvem a criança prematura após a fase neonatal são variadas. Vale ressaltar aqui também as complicações

relacionadas ao sistema gastrointestinal e à amamentação. Sabe-se que para o recém-nascido prematuro a alimentação via oral pode ser complexa, uma vez que há imaturidade sensoriomotora e, como consequência disso, a não coordenação de funções básicas como reflexo de busca, o ato de sugar, deglutir e respirar, não permitindo na maioria das vezes uma pega adequada e sucção efetiva, isto é, com extração de leite durante as mamadas. A imaturidade do sistema gastrointestinal faz necessário uma via alternativa de alimentação, por exemplo, uso de cateteres gástricos, podendo ainda interferir no aleitamento materno ou postergá-lo (Amorim *et al.*, 2023).

Devido à imaturidade dos sistemas orgânicos do prematuro, às condições clínicas, anatômicas e fisiológicas associadas ao nascimento pré-termo e ao ambiente hospitalar, amamentar o RNPT é custoso e desafiador. As mães podem sentir desconforto em lidar com esses bebês pequenos e clinicamente frágeis e ainda, concluir que são incapazes de amamentá-los, devido às dificuldades da amamentação para o estímulo da musculatura orofacial e deglutição e, ainda, no processo de digestão deste bebê (Amorim *et al.*, 2023).

Pode-se dizer que a nutrição enteral no recém-nascido é eficiente quando está relacionada à competência do trato gastrointestinal no ato de coordenar sucção, deglutição e esvaziamento gástrico completo seguido de uma motilidade intestinal adequada. Entre os prematuros, a alimentação oral é um processo complexo que deve ser avaliado constantemente, a fim de identificar o momento ideal para que este bebê possa ser alimentado com leite materno diretamente das mamas e ainda obter total nutrição por este leite,

conquistando uma alta hospitalar segura, uma vez que os benefícios do leite materno para o pré-termo são incontestáveis (Morais; Aguiar, 2021)

Amamentar um RNPT é desafiador. Além dos fatores intrínsecos à prematuridade e as dificuldades encontradas para a manutenção da produção láctea materna, existem outros fatores que influenciam negativamente no início do AM do RNPT, como a baixa escolaridade materna, mães primíparas, cesárea sem indicação adequada como via de parto, baixo peso ao nascer, carência de orientações no PN, entre outros fatores que compõem a baixa incidência de sucesso na prática da amamentação dos bebês nascidos prematuros que precisam de internação em unidade neonatal (Monteiro *et al*, 2020).

O nascimento de um bebê prematuro causa um impacto na vida dos pais, uma vez que não se traduz como um marco fisiológico. Esses impactos causados na vida da família podem ser caracterizados por separação imediata dos pais com o seu filho recém-nascido, a depender do grau de prematuridade e instabilidade emocional das mães que, por sua vez, idealizaram a gestação, o parto e o nascimento do seu filho, desejando amamentá-lo e tê-lo consigo. Esses dois fatores separados ou associados podem influenciar de forma negativa na manutenção da lactação até que o aleitamento materno seja estabelecido (Figueiredo *et al.*, 2022).

Neste momento é imprescindível a presença de profissionais capacitados no atendimento à amamentação para orientar a mãe sobre a manutenção de sua produção láctea, uma vez que houve essa separação. Esta mãe deve realizar estímulo em suas mamas até 6 horas após o parto, trabalhando em prol da manutenção do AM ainda nestas condições, visto que

a prematuridade é um fator determinante que tem correlação com o desmame precoce (Figueiredo *et al.*, 2022; Vieira *et al.*, 2023).

Apesar dos benefícios comprovados do leite materno em detrimento de fórmulas infantis (FI) e do leite de vaca (LV), especificamente na prematuridade, o processo de amamentar torna-se um ato complexo, requer que a mãe possua dedicação e comprometimento, adicionado a uma base de apoio e suporte fortes e incentivo de seus familiares e profissionais de saúde competentes (Oliveira *et al.*, 2021).

Neste contexto difícil para sucção e pega adequada cursam a baixa produção láctea e, conseqüentemente, muitas mães iniciam a jornada da amamentação tardiamente em aleitamento exclusivo. Mas ao longo dos meses complementam com FI ou abandonam totalmente a prática. Ademais, destaca-se que os fatores emocionais, o apoio e o encorajamento familiar, a intenção em amamentar o RN e o desconhecimento sobre o que permeia o processo de AM tem impactos sobre a amamentação do prematuro. O desejo e a atitude de amamentar, e manter a lactação estão relacionados com o cenário biológico, social, emocional, histórico e demográfico de cada mulher e um componente que pode elevar a sua prática é a autoeficácia materna no contexto da amamentação (Siqueira *et al.*, 2023).

Estudo epidemiológico, realizado em uma maternidade pública no Espírito Santo, aplicou a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form* em 214 puérperas mães de RNT para avaliar a autoeficácia. A maioria delas obtiveram pontuações de autoeficácia entre média e alta e alguns fatores foram identificados como associados a autoeficácia, tais como: idade materna avançada, estado civil casada, tempo de amamentação anterior por seis meses

ou mais. Além disso, fatores como a forte intenção de amamentar e rede de apoio, também apareceram como preditores de escores mais elevados de autoeficácia (Souza *et al.*, 2020).

3.3 TEORIA SOCIAL COGNITIVA E A AUTOEFICÁCIA MATERNA

Albert Bandura nasceu no ano de 1925. Foi psicólogo e professor de psicologia da Universidade de Stanford, no Canadá, e faleceu no dia 26 de julho de 2021, aos 96 anos. Ao longo de sua vida buscou dedicar-se aos estudos do comportamento humano, da personalidade e da aprendizagem. Em 1986, Bandura desenvolveu a Teoria Social Cognitiva (TSC), uma das mais influentes no campo da psicologia que aborda o comportamento social e a aprendizagem humana. Os seres humanos, na visão de Bandura, são muito flexíveis e possuem grande capacidade de aprendizado de conceitos, não apenas pela experiência direta, mas predominantemente pela observação das experiências de outras pessoas, sendo esta, a principal forma de aprendizagem da agência humana, conforme descrito pelo autor (Bandura, 1986).

Inicialmente, esta teoria denominava-se Teoria da Aprendizagem Social, como ainda é conhecida por muitos pesquisadores do ramo da Psicologia. Porém, com o intuito de realizar uma abordagem mais ampla sobre o papel ativo atribuído aos indivíduos no processo de aprendizagem e a interlocução que eles fazem com o ambiente, a Teoria da Aprendizagem Social passa a ser conhecida como Teoria Social Cognitiva (Freitas; Dias, 2010).

Segundo Albert Bandura, a observação permite que os indivíduos aprendam sem que haja necessidade de se realizar uma determinada ação, mas, apenas observando o comportamento dos outros indivíduos. Para o autor, a observação gera maiores aprendizados quando comparada com a experiência direta, afinal, se a maior parte das aprendizagens acontecem por experiências diretas, pouco aprendizado teria o indivíduo. A maior parte dos aprendizados se dá por observação direta ao que acontece no ambiente ao redor de cada indivíduo por meio de fatores externos a ele (Bandura, 1986).

Bandura também sugere, em sua Teoria, a aprendizagem por modelagem, na qual existe um modelo, o elemento central da aprendizagem, mas não se refere apenas a uma imitação. É por meio da modelagem, por exemplo, que o indivíduo aprende a realizar comportamentos úteis e com valor social e ainda, a não seguir comportamentos inadequados moral e socialmente. Assim, pode-se dizer que pela observação identifica-se quais os modelos a serem seguidos e quais não devem ser seguidos (Rocha; Ferreira; Ramos, 2023).

Na década de 1960, Albert Bandura realizou diversos experimentos relacionados à aprendizagem observacional e à violência com comportamentos de padrão agressivo. Um dos experimentos mais conhecidos é denominado “*Bobo Doll Experiments*” ou Experimentos do João Bobo (1961). Nele, crianças pré-escolares foram expostas a um vídeo em que modelos adultos gritavam e agrediam um boneco João Bobo com empurrões, palmadas, tapas e uso de armas brancas (Bandura; Ross; Ross, 1961).

Após assistir ao vídeo, as crianças que foram expostas às

imagens de representação de violência, tinham tendências mais violentas comparadas àquelas que não foram expostas aos vídeos com teor violento. O quarto da filmagem continha vários objetos que permitiam a criança agir ou não com violência e qual objeto usar para agredir o boneco. As formas mais severas de agressão foram evidenciadas pelas crianças do grupo de exposição à agressão, enquanto as crianças que não foram expostas à agressão não imaginaram métodos diferenciados para agredir o boneco (Bandura; Ross; Ross, 1961).

Segundo Bandura, quatro fatores governam a aprendizagem por observação e influenciam o comportamento e o curso da própria vida. São eles: a atenção, a retenção, a reprodução e a motivação (Bandura, 1977).

A atenção é focada no que o indivíduo considera mais interessante, importante ou valioso. A retenção é toda informação que é aprendida pela observação, que deve estar retida na memória. Todas as representações, significados e sentidos devem estar disponíveis para que sejam utilizados em momentos e situações pertinentes, inclusive o ensaio mental de como colocar em prática um determinado comportamento (Bandura, 1977).

A reprodução permite que as informações aprendidas possam ser reproduzidas em ações e comportamentos a depender das circunstâncias. Por último, a motivação, que é um fator que torna a aprendizagem observacional mais efetiva, particularmente no que diz respeito à reprodução, ou seja, qualquer performance é sempre facilitada quando há motivação. Bandura considera que muitas aprendizagens são prejudicadas porque não há motivação ou interesse por parte do indivíduo (Bandura, 1977).

Na TSC existe um conceito central que é denominado reciprocidade triádica. Esse conceito sustenta a ideia de que as ações humanas são influenciadas pelo ambiente, comportamento e a pessoa (Bandura, 1986).

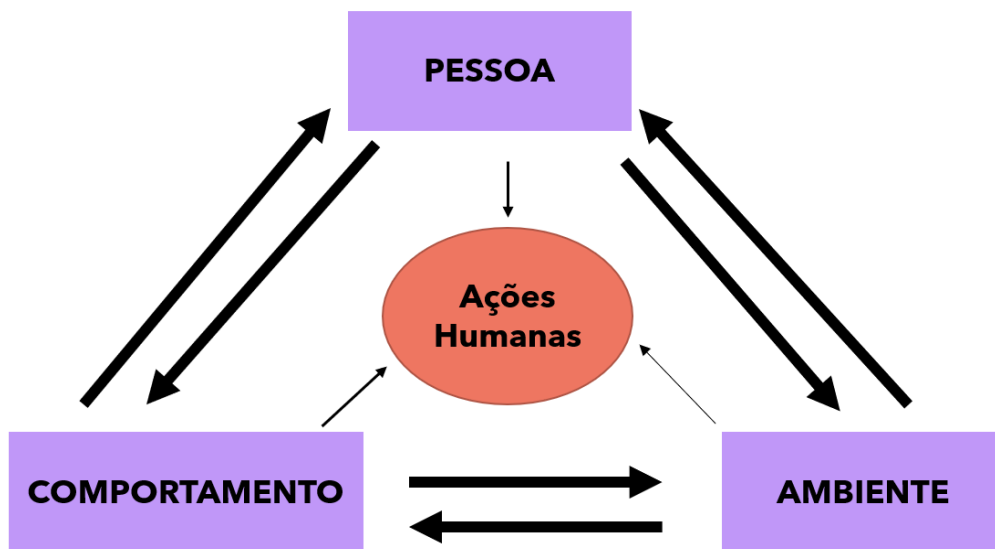
O termo pessoa é utilizado por Bandura para se referir a vários componentes da cognição humana: a capacidade de aprender, julgar, planejar, memorizar, etc. As nossas capacidades cognitivas permitem a escolha, em partes, dos acontecimentos que merecerão maior atenção, o valor que atribuímos a esses acontecimentos e como utilizaremos essas informações aprendidas (Bandura, 1978).

A cognição humana não funciona sozinha, mas está interligada às variáveis de ambiente e comportamento. O termo ambiente se refere ao ambiente externo às pessoas, que interagem com a cognição e com o comportamento. O termo comportamento é utilizado para se referir aos comportamentos da pessoa, não deve ser utilizado este termo para se referir ao comportamento das demais pessoas, uma vez que, estas ações estão contempladas na variável ambiente (Bandura, 1978).

Estes três itens supracitados são pilares da reciprocidade triádica, isto quer dizer que, cada variável influencia as outras duas e cada uma delas é influenciada pelas outras. Nenhuma dessas variáveis são autônomas ou estão isoladas nessa relação, embora o psicólogo considere a variável pessoa/ cognição humana com maior grau de impacto entre as outras duas variáveis (Bandura, 1978).

Na Figura 3 foi construído um diagrama para exemplificar o conceito de Reciprocidade Triádica de Albert Bandura:

Figura 3: Reciprocidade triádica da Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura



Fonte: o próprio autor

Ao se referir aos seres humanos, Bandura utiliza o termo agentes, uma vez que determina que cada ser humano é um agente e que na maioria das situações exerce controle das situações de vida, sendo um agente de natureza ativa. É este entendimento que dá a base do conceito de agência humana (Bandura, 2001).

A teoria social cognitiva adota a perspectiva da agência humana para o autodesenvolvimento, a adaptação e a mudança. Ser agente significa influenciar o próprio funcionamento e as circunstâncias de vida de modo intencional. Segundo essa visão, as pessoas são auto-organizadas, proativas, autorreguladas e autorreflexivas, contribuindo para as circunstâncias de suas vidas, não sendo apenas produtos dessas condições (Bandura, 2001).

A agência humana, segundo Albert Bandura, explora, manipula e influencia o ambiente que está ao redor do indivíduo e não o contrário. Ela revela-se como um grande conhecimento que auxilia na apresentação dos significados que os sistemas sociais têm. A agência humana possui quatro características principais: a intencionalidade, a previsão, a autorreação e a

autorreflexão (Bandura, 2001), listadas abaixo:

1. A intencionalidade refere-se aos atos que são realizados com intenção, que envolvem planejamento e ações que se concretizam como um compromisso social em colocar em prática o que foi concebido.
2. A previsão é uma característica importante para reconhecer o conhecimento intrínseco da pessoa e, considerando que há previsão, os comportamentos são selecionados para serem mais adequados a depender de cada situação e ambiente e evita-se comportamentos que podem levar à resultados indesejados.
3. A autorreação é a capacidade de monitorar o progresso em direção às metas estabelecidas. Os objetivos propostos para cada pessoa são individuais e a todo momento elas são reguladas a fim de definir quais objetivos estão de acordo com o que se acredita.
4. A autorreflexão é a capacidade de avaliar o próprio funcionamento humano, o significado dos objetivos estabelecidos durante a vida, a motivação pessoal e ainda os raciocínios individuais e os efeitos que outras pessoas têm sobre cada ser humano.

De acordo com a Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura, um dos principais mecanismos utilizados para a autorreflexão é a autoeficácia. Esta é determinada pela crença que um indivíduo tem a respeito da própria capacidade para realizar uma ação pretendida. A todo momento a pessoa age com o objetivo de gerar os resultados desejados, no entanto, Albert Bandura afirma que a decisão de agir ou não agir depende da crença que o indivíduo tem a respeito da sua própria capacidade em executar com sucesso a ação pretendida (Bandura, 1991).

Essa crença chama-se autoeficácia e influencia diretamente nas escolhas feitas sobre como agir, quanto esforço dispensar em uma determinada atividade ou ainda, por quanto tempo, e se haverá ou não desistência caso os resultados esperados advindos de uma determinada ação não sejam alcançados (Bandura, 1991).

Partindo do conceito de autoeficácia da Teoria Social Cognitiva proposta por Albert Bandura, uma enfermeira e pesquisadora canadense, Cindy Lee-Denis, aplicou este mesmo conceito ao estudar profundamente sobre o aleitamento materno e a prática da amamentação, considerando os fatores capazes de influenciar na duração deste ato (Dennis, 1999).

Segundo as pesquisadoras Dennis e Faux (1999) a autoeficácia entre a população de puérperas para amamentar o seu bebê é denominada como a confiança que a mulher tem em si mesma para conseguir habilidosamente amamentar o seu filho com sucesso. É uma prática que envolve conhecimento teórico e habilidade (Dennis; Faux, 1999; Wheeler; Dennis, 2013).

O conceito de autoeficácia na amamentação (*Breastfeeding Self-efficacy* - BSE), refere-se à confiança materna na habilidade para amamentar, e foi desenvolvido com o subsídio da Teoria Social Cognitiva proposta por Bandura. Ou seja, as mães que estão em processo de amamentação precisam acreditar que elas mesmas possuem conhecimentos e habilidades para estabelecer a amamentação de seu filho com êxito a fim de que esta prática seja bem-sucedida (Dennis, 1999).

A confiança materna para amamentar também é uma variável que influencia o início, a manutenção e a duração do aleitamento

materno. Mulheres que se percebem competentes como mães, tendem a amamentar por mais tempo do que aquelas que não têm esta percepção (Dennis, 1999). A autoeficácia para a amamentação é uma variável importante intimamente ligada às escolhas, empenhos, padrões de pensamentos e reações frente às dificuldades da amamentação vivenciadas pelas mães (Monteiro *et al.*, 2020).

A autoeficácia para a amamentação pode ser mensurada pela *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* - BSES, uma escala numérica composta por 33 itens, desenvolvida por Cindy-Lee Dennis e Sandra Faux em 1999, no Canadá. Esta mesma escala em sua versão completa foi traduzida, modificada e validada em seu conteúdo no Brasil, em 2010, por Oriá e Ximenes (2010). Em 2003 a BSES passou por uma revisão, em que foi criada uma versão mais curta, a Short-Form (SF) da BSES, reduzindo os 33 itens para 14 (BSES - SF). Esta escala possui dois domínios: técnicas e pensamentos intrapessoais. A versão reduzida da escala foi traduzida, modificada e validada aqui no Brasil por Dodt, cinco anos depois, no ano de 2008 (Dodt, 2008). Além do Brasil, a escala é utilizada por profissionais do mundo todo em países como China, Irã, Turquia, Austrália, Espanha e Polônia, para mensurar a autoeficácia das mães na sua habilidade de amamentar (Dai; Dennis, 2003; Tokat; Okumus; Dennis, 2010; Creedy *et al.*, 2003; Molina *et al.*, 2003; Wutke; Dennis, 2007).

A BSEF - SF possui uma escala do tipo *Likert*, variando de 1 a 5 pontos em cada item de pergunta, que podem ser descritos como: 1 - nada confiante; 2 - pouco confiante; 3 - às vezes confiante; 4 - confiante; 5 - muito confiante, gerando uma pontuação final que pode variar de 14 a 70 pontos. Quanto maior o escore obtido pela escala, maior a confiança da mulher em

executar a amamentação e, conseqüentemente, maiores serão as chances de iniciar e manter o AME por um período mais longo (Oriá; Ximenes, 2010).

Apesar de muito bem estruturada, a BSES – SF não contempla as individualidades das mães de recém-nascidos prematuros, sendo indicado o seu uso entre a população de mães de bebês a termo. Face a isso, no ano de 2013, Wheeler e Dennis desenvolveram a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form for Mothers of Ill or Preterm Infants*, sendo um instrumento adequado e capaz de avaliar a autoeficácia materna em relação a amamentação específica dos prematuros e/ou bebês que necessitam de internação prolongada sob os cuidados de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) por exemplo (Wheeler; Dennis, 2013).

Segundo Denobi (2023) a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale for Mothers of ill and/or Preterm Infants* (BSES-SF) foi o único instrumento encontrado após uma revisão integrativa para avaliar a autoeficácia das mães durante o aleitamento materno de seus bebês prematuros e doentes com capacidade de prever o risco de desmame precoce entre as mães de RNPT. Em 2023, foi realizada a adaptação transcultural desta escala (Denobi *et al.*, 2023), estando em andamento sua validação psicométrica.

A *Breastfeeding Self-Efficacy Scale for Mothers of ill and/or Preterm Infants*, na versão brasileira, é composta por 18 itens, variando de 1 a 5 pontos, em que: 1 - nada confiante; 2 - pouco confiante; 3 - às vezes confiante; 4 - confiante; 5 - muito confiante. O escore final da escala resulta em uma pontuação que classifica a mãe de acordo com o grau da sua autoconfiança e, conseqüentemente, a autoeficácia para amamentar (Denobi *et al.*, 2023).

A Escala de Autoeficácia para Amamentação em mães de

bebês prematuros e/ou doentes é um instrumento que pode ser utilizado para mensurar a autoeficácia, identificando aquelas mães de RNPT com maior risco de interromper precocemente a amamentação. Esta foi a escala escolhida para o desenvolvimento desta pesquisa, uma vez que atende a população deste estudo: as mães de bebês prematuros e/ou doentes internados em unidades neonatais. Além disso, o uso da Escala de Autoeficácia para Amamentação em mães de bebês prematuros e/ou doentes e a identificação das mulheres com maiores riscos de desmame, pode facilitar a sistematização e a implementação de intervenções entre o grupo de mães de prematuros em detrimento de suas fragilidades na amamentação (Denobi *et al.*, 2023).

A escala é constituída de três dimensões representada pelos seguintes conceitos: magnitude, generalização e força e está fundamentada em quatro fontes de informação principais: a experiência pessoal, experiência vicária ou observacional, persuasão verbal e o estado emocional e/ou fisiológico, conceitos que foram aplicados na autoeficácia para amamentar por meio da BSES para mães de bebês prematuros e/ou doentes (Wheeler; Dennis, 2013).

A autoeficácia é fundamental para que a amamentação seja bem-sucedida. Entre 2020 e 2021 foi realizado um estudo transversal por pesquisadores do nordeste brasileiro que contou com a participação de 240 puérperas. Neste estudo desenvolvido por Siqueira *et al* (2023) observou-se que após a aplicação da BSES – SF e posterior associação entre as variáveis, àquelas que obtiveram um p valor $< 0,05$ demonstraram significância estatística, sendo descritas pelos autores: ser casada ou estar em união estável; amamentar na primeira hora de vida; receberam orientação sobre

amamentação na Unidade Básica e ofertar somente o leite materno para o recém-nascido na maternidade (Siqueira *et al.*, 2023).

A BSES – SF gera um escore ao final que classifica a mãe de acordo com sua percepção real em relação a sua confiança na amamentação. Diante disso, surge a possibilidade de analisar dados de validade por associação entre os escores autoatribuídos na escala de autoeficácia materna logo no nascimento com as experiências relatadas tardiamente pela mãe sobre o processo de amamentar o seu filho prematuro.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Compreender as experiências de aleitamento materno das mães de pré-termos e sua relação com os escores de autoeficácia materna para amamentação obtidos pela *Breastfeeding self-efficacy scale – short form* (BSES – SF) em mães de bebês prematuros e/ou doentes.

4.1.1 Objetivos Específicos

- I. Compreender as percepções maternas que permeiam a amamentação do bebê prematuro;
- II. Identificar os fatores que estão associados ao aleitamento materno de mães de bebês prematuros;
- III. Compreender as experiências maternas na amamentação de mães de bebês prematuros e relacioná-las aos escores de autoeficácia materna para amamentar nos primeiros cinco dias após o parto.

5. MATERIAIS E MÉTODO

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O delineamento proposto para o desenvolvimento da presente pesquisa foi um estudo de método misto por meio da estratégia explanatória sequencial quanti-qualitativa.

Adotou-se o desenho de método misto a fim de identificar as convergências, diferenças e combinações entre os resultados obtidos nas fases qualitativa e quantitativa, entendendo que o estudo das etapas em separado não teriam a abrangência necessária para responder ao objeto investigado.

A estratégia explanatória sequencial foi a estratégia escolhida porque partimos dos resultados obtidos mediante os escores da escala de autoeficácia (Denobi, 2023) para a seleção das mães dos bebês prematuros para a etapa da abordagem qualitativa, sem diferença de peso atribuído a qualquer uma das etapas. Posteriormente, buscou-se associar todo o relato da experiência de amamentar às respostas emitidas pelas mães logo ao nascimento de seu filho prematuro quando preencheram a Escala de autoeficácia materna. Segundo Oliveira; Magalhães; Misuematsuda, (2018) estes dados foram combinados por fusão, perpassando pelas fases de coleta de dados, análise de dados e resultados, ampliando assim as respostas da pesquisa quantitativa (Creswell, 2021).

Dessa forma, a notação que caracteriza este estudo de MM é a quan→ qual, em que a seta indica que as etapas foram subsequentes e os termos "quan" e "qual" significam, respectivamente, quantitativa e qualitativa e usam o mesmo número de letras para indicar igualdade entre as coletas e

análise dos dados (Creswell, 2021). Esta pesquisa ocorreu com estudo transversal na fase quantitativa, e uma fase qualitativa que utilizou a análise de conteúdo de Bardin, com igual atribuição de peso às etapas do estudo.

Para que ocorra com êxito o desenvolvimento de um estudo de método misto, deve-se respeitar o rigor das técnicas e dos procedimentos específicos de cada abordagem (Oliveira; Magalhães; Misuematsuda, 2018), assim como, seguir as diretrizes para manter o rigor metodológico do estudo de MM. Para tanto, este estudo utilizou a Ferramenta de avaliação de métodos mistos (*Mixed Methods Appraisal Tool - MMAT*) (Pluye et al., 2011). Como um dos aspectos importantes para se obter o rigor científico no MM tem-se a relação da distribuição do peso dado a cada uma das abordagens, ao procedimento que será realizado para a mixagem dos dados e a teorização ou transformação do estudo (Creswell, 2021).

Nas pesquisas de métodos mistos deve haver integração entre os dados de tal modo que a interpretação e apresentação dos resultados ocorra por meio da exibição conjunta dos dados, de acordo com o desenho metodológico escolhido. A integração dos dados possibilita uma análise coesa e abrangente dos resultados tanto quantitativos quanto qualitativos, corroborando-se mutuamente e ampliando sua interpretação. Ao empregar esses princípios e procedimentos integrativos, os pesquisadores podem otimizar as vantagens dos métodos mistos. O passo-a-passo a ser seguido na integração dos métodos é descrito na literatura da seguinte forma (CRESWELL, 2017):

- a) Pontuar os dados qualitativos e quantitativos;
- b) Ser coerente com o desenho metodológico empregado;

c) Ser consistente com a metodologia de integração;

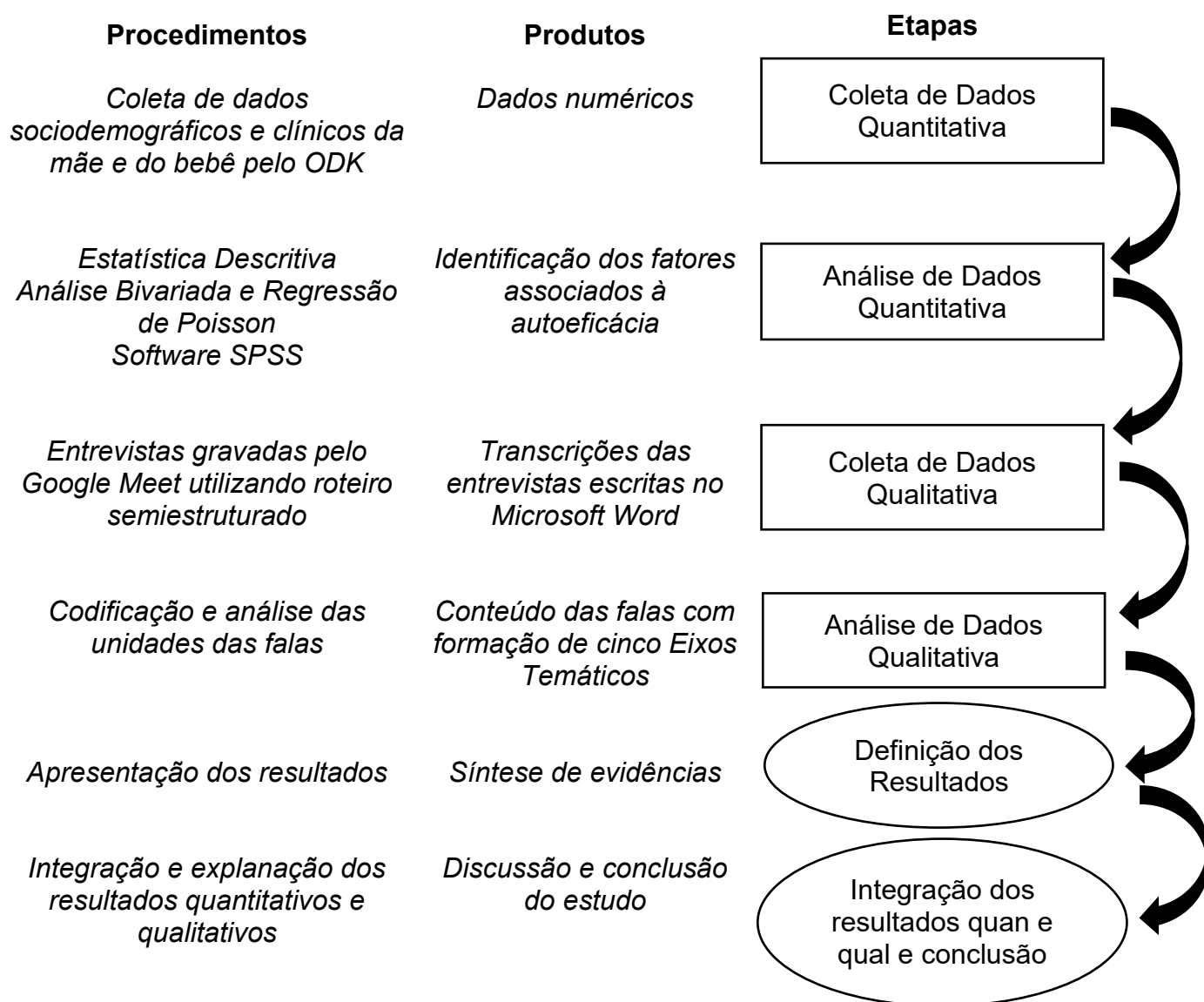
d) Apontar as inferências geradas pelo estudo.

Para a estratégia de análise de dados, buscou-se maximizar a harmonia entre as lógicas quantitativas e qualitativas para bem compreender os fatores que estão associados com a autoeficácia para amamentar entre mães de bebês prematuros.

A integração dos dados em estudos de MM pode ser realizada de quatro formas de mixagem a conexão, a fusão, a construção e a incorporação (Creswell, 2021), que pode ser apresentado de forma gráfica utilizando o *Joint Display* dos resultados integrados e por meta inferências. Neste estudo a mixagem ocorreu por meio da fusão dos resultados, utilizando o método Pillar Integration Processo – PIP (Johnson; Grove; Clarke, 2017).

A Figura 4, apresenta o diagrama do desenho de estudo de método misto do tipo explanatório sequencial de forma resumida a fim de incluir o leitor do processo de desenvolvimento deste estudo.

Figura 4: Diagrama representativo do método misto com estratégia sequencial explanatória do presente estudo



Fonte: o próprio autor, adaptado de Creswell (2013)

5. 2 CENÁRIO DO ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido em dois locais concomitantemente. A pesquisa ocorreu nas Unidades Neonatais, Maternidade e Alojamento Conjunto dos seguintes hospitais: Hospital Universitário (HU) da

Universidade Estadual de Londrina (UEL), localizado em Londrina-PR e Hospital da Mulher e Maternidade Dona Íris, em Goiânia-GO.

O primeiro é o maior órgão suplementar da UEL, trata-se de um hospital público de ensino, de nível terciário e alta complexidade, tendo sua maternidade como referência regional para gestações de alto risco e partos prematuros. Atende pacientes que utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS) oriundos de 250 municípios do Paraná e de mais de 100 cidades de outros estados, de várias regiões do País, entre elas São Paulo, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Rondônia.

Adotou há mais de 20 anos a política dos *Dez Passos para o Sucesso do AM* e, no ano de 2011, recebeu o selo que o caracteriza como Hospital Amigo da Criança, sendo desde então, reconhecido como um serviço que contempla a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). O HU possui 10 leitos credenciados pelo SUS para Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), 10 leitos na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN) e 4 leitos na Unidade Canguru (UCINCa) e Alojamento Conjunto (AC), além de possuir um Banco de Leite Humano (BLH) referência para o norte do Paraná.

O Hospital da Mulher e Maternidade Dona Iris é um hospital de alta complexidade que presta assistência à mulher, gestante, puérpera e ao recém-nascido. A instituição atende a população que utiliza o SUS e também possui o selo de Hospital Amigo da Criança. O Método Canguru é uma estratégia vigente e implementada dentro da instituição.

A unidade realiza atendimentos de urgência e emergência ginecológica e obstétrica durante 24 horas, consultas e exames ambulatoriais mediante agendamento pela regulação municipal. Oferece ainda assistência ao

recém-nascido de alto risco com 10 leitos de UTIN, 10 leitos de UCIN e 5 leitos de UCINca. Possui Banco de Leite Humano e oferece assistência e acolhida através da casa da gestante, bebê e puérpera. Os Exames ofertados são: laboratoriais, ultrassonografias ginecológicas e mamária, mamografias, Raio-X, testes da linguinha, olho, coraçãozinho e orelhinha. As Consultas ofertadas são de pré-natal de alto risco, mastologia e pediatria aos egressos da UTIN/UCIN. As cirurgias oferecidas são as ginecológicas eletivas e de emergência.

5.2.1 ETAPA QUANTITATIVA

Nesta etapa, utilizou-se a abordagem quantitativa com um estudo do tipo transversal analítico, com análise de regressão multivariada de Poisson. O rigor metodológico desta etapa seguiu os critérios do *checklist* do STROBE (STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology) que contém 22 itens com recomendações específicas para cada seção do estudo (Von Elm et al., 2007).

A coleta de dados foi operacionalizada por meio de *Tablets* utilizando a plataforma Open Data Kit Collect (ODK) versão 1.23.3. O ODK é uma plataforma de coleta de dados que permite aos usuários o preenchimento de formulários *off-line* e o envio de dados do formulário para um servidor quando uma conexão com a internet estiver disponível. Uma vez no servidor, os dados podem ser visualizados, baixados e analisados.

O período de coleta de dados desta fase foi de abril de 2022 a fevereiro de 2023. Participaram as puérperas internadas para o parto no

Hospital Universitário de Londrina ou Hospital da Mulher e Maternidade Dona Íris que tiveram seus bebês prematuros doentes internados em unidades neonatais ou prematuros em situação de alojamento conjunto,.

Diariamente as puérperas eram selecionadas pelos nascimentos ocorridos, depois, nos prontuários eram avaliados os critérios de elegibilidade e não-inclusão pré-estabelecidos e, por fim, as puérperas que atendiam aos critérios eram convidadas a participar do estudo.

A última etapa da coleta de dados era aplicada a BSES-SF junto à mãe em sua versão brasileira, traduzida e adaptada transculturalmente por Denobi et al (2023). Foi explicado para as participantes a finalidade da aplicação da escala de autoeficácia materna para as mães de bebês prematuros e/ou doentes internados, e que esta avaliação poderia contribuir de forma promissora com a experiência de amamentação, tornando-a mais assertiva. A consistência interna da escala na versão brasileira e a sua confiabilidade foi determinada em estudos de outros pesquisadores do grupo de pesquisa NENITA, em que foi aplicado o Teste de Confiabilidade.

A BSES–SF em mães de bebês prematuros e/ou doentes é composta por 18 itens, com respostas que variam de 1 a 5 pontos a cada item, sendo: 1 - nada confiante; 2 - pouco confiante; 3 - às vezes confiantes; 4 - confiante; 5 - muito confiante. O escore final da escala resulta em uma pontuação que classifica a mãe de acordo com o grau da sua autoconfiança e, conseqüentemente, da autoeficácia para amamentar seu filho prematuro, predizendo os riscos de desmame entre estas mães (Wheeler; Dennis, 2013; Denobi et al., 2023).

Depois que as mães eram convidadas a fazer o *download* no app *AmamentaCoach*, e ao cadastrar-se elas já respondiam a escala e, após, tinha acesso a várias outras abas com conteúdos imprescindíveis sobre a amamentação e assuntos que permeiam este tema a ser explorado entre as mães de bebês prematuros. O app possui linguagem de fácil compreensão, itens interativos, campo para perguntas e para tirar dúvidas, além de vídeos que exploram o mundo da amamentação do bebê prematuro.

A coleta desta etapa ocorreu em dois momentos:

M0: Momento em que a puérpera era abordada devia ocorrer em até 120 horas após o nascimento do bebê prematuro. Consistia na apresentação da pesquisa, preenchimento das respostas socioeconômicas, *download* do app *AmamentaCoach* e preenchimento da escala de autoeficácia materna.

M2: Momento da alta hospitalar, em que era registrado a forma de alimentação do recém-nascido e o tempo de internação acessados no prontuário do bebê.

A variável desfecho utilizada para análise estatística quantitativa foi o escore da escala de autoeficácia preenchida pelas mães de prematuros ou bebês doentes internados em até 120 horas após o parto. As variáveis preditoras foram divididas em variáveis sociodemográficas: anos de estudo, situação conjugal, renda familiar, idade materna e ocupação materna; variáveis maternas/obstétricas: realização de pré-natal, orientação de aleitamento materno no pré-natal, via de parto atual, gestação e amamentação anterior; e as variáveis clínicas do recém-nascido prematuro e/ou doente: a idade gestacional e o peso de nascimento, a unidade de internação do recém-

nascido, o tempo de internação, a alimentação do recém-nascido logo após o parto e a alimentação do recém-nascido na alta.

Sobre os pontos de corte da escala de autoeficácia para amamentação, inicialmente foram determinados neste estudo como: baixa autoeficácia, de 18 a 42 pontos; média autoeficácia de 43 a 67 pontos e alta autoeficácia de 68 a 90 pontos. Devido à falta de definição do ponto de corte pela própria autora da escala seguida de sucessivas pesquisas e busca na literatura, inferiu-se um corte arbitrário dos escores a partir de um raciocínio lógico-dedutivo de um estudo publicado por Souza e Fernandes (2014). Outros autores também sugerem escores capazes de classificar as mulheres com base em três níveis de autoeficácia para amamentação: alta, média e baixa (SILVA et al., 2018; VIEIRA et al., 2018; SOUZA et al., 2020).

O raciocínio seguido foi: A escala é composta por 18 itens, com pontuações de 1 a 5 pontos em cada afirmativa, sendo 18 o menor escore e 90 o maior escore. Deste modo, foi realizado um cálculo de subtração da diferença entre o valor máximo e mínimo da pontuação ($90 - 18 = 72$). Este valor correspondente a 72 foi dividido em três níveis, o que remete às classificações da escala, resultando em um valor de 24. Foi então realizado a soma do menor escore com 24 ($18 + 24 = 42$), o resultado era a nota de corte para classificar a mulher com baixa autoeficácia materna, as mães com média autoeficácia estavam entre os escores de 43 a 67 e, por último de 68 à 90 para alta autoeficácia, somando-se sempre 24 ao ponto de corte mínimo de cada classificação (Souza; Fernandes, 2014).

Para a análise estatística, optou-se por transformar esses três níveis em apenas dois, principalmente pela baixa frequência das mães

classificadas com os níveis baixos e moderados. Desta forma, trabalhamos com duas categorias: alta autoeficácia e transformamos para não alta autoeficácia aquelas mães que tinham sido classificadas em média ou baixa autoeficácia .

Os registros dos dados coletados pelo ODK foram diretamente planejados no Microsoft Excel Office 2019 e sintetizados e analisados com auxílio do programa de análise estatística *Statistical Package for Social Science for Windows* (SPSS) versão 26.0.0.0.

Inicialmente foi realizado análise das variáveis em sua frequência e proporção. Para investigar a associação entre autoeficácia materna e as variáveis independentes, foi realizada a análise bivariada por meio do teste estatístico qui-quadrado de Pearson. Anteriormente à análise multivariada as variáveis foram submetidas ao teste de multicolinearidade, segundo os parâmetros de *Tolerance* e VIF (*Variance Inflation Factors*), com tolerância inferior a 10, onde foi confirmada a ausência de relação linear exata ou aproximadamente exata entre as variáveis independentes.

As variáveis que apresentaram um p valor $\leq 0,20$ foram incluídas na regressão logística multivariada de Poisson com variância robusta, apresentando razão de prevalência com intervalo de confiança 95% (IC 95%). Após o teste de associação da variável desfecho com as demais variáveis que geraram um p valor $\leq 0,20$ foi realizado ajuste de modelo até o modelo final que considerou significância estatística o p valor $\leq 0,05$.

5.2.1.1 Participantes do estudo e coleta de dados

Os critérios de inclusão no estudo foram puérperas (1) mães de bebês doentes e/ou prematuros (menor de 37 semanas) internados nas unidades neonatais ou em alojamento conjunto até as primeiras 120 horas de vida; (2) que tinham a compreensão da língua portuguesa; (3) declararam intenção de amamentar seus filhos; (4) que tinham acesso a celular com sistema operacional Android com internet e acesso à plataforma Google Play Store para *download* do aplicativo (app) *AmamentaCoach*.

Ao final do preenchimento da escala pela mulher era gerado um escore que a classificava em relação a sua confiança/autoeficácia na amamentação do seu filho prematuro (CURAN et al., 2024).

Os critérios de não-inclusão foram: possuir contraindicação ao AM, tais como ser portadora de HIV (vírus da imunodeficiência humana), HTLV1 (Vírus-T linfotrópico humano do tipo 1) ou HTLV2 (Vírus-T linfotrópico humano do tipo). Além destes fatores relacionados à mãe, também houve fatores de não inclusão relacionados aos recém-nascidos: malformações congênitas que pudessem comprometer o AM, síndromes genéticas, encefalopatia hipóxico-isquêmica, óbitos ou encaminhamentos para adoção legal.

As participantes do estudo que estavam internadas no HU e no Hospital e Maternidade Dona Íris foram recrutadas por meio de busca ativa. Em Londrina, o recrutamento presencial de puérperas mães de RNPT foi realizado por três pesquisadoras: a própria autora deste estudo e duas graduandas do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina.

Em Goiânia, foram duas enfermeiras discentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG), sendo uma mestranda e uma doutoranda em Enfermagem, e outro graduando do curso de Enfermagem da UFG.

5.2.2 ETAPA QUALITATIVA

Esta etapa se caracteriza como investigação qualitativa exploratório-descritiva que adotou como referencial teórico a Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura, na qual está contido o conceito de Autoeficácia. Este conceito foi empregado como pressuposto teórico aplicado no contexto da amamentação por Cindy Lee-Dennis. Foi utilizado como referencial metodológico a análise de conteúdo proposto por Bardin (1977).

O rigor metodológico foi conferido pelo checklist do *Consolidated criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ - 32), tendo como principal foco os discursos e a interpretação dos conteúdos para investigação científica aprofundada dos temas relacionados à realidade das experiências de mães de prematuros durante a amamentação. Deste modo, buscou-se compreender quais fatores podem estar associados a autoeficácia para amamentação de bebês prematuros, capturando, assim, o significado de fenômenos subjetivos na perspectiva das mães.

A coleta de dados dessa etapa ocorreu entre maio de 2023 a janeiro de 2024 por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado (APÊNDICE I), com intervalo de no mínimo 4 até 12 meses após a alta

hospitalar do bebê prematuro. As mães e os bebês já se encontravam em suas casas, experimentando uma rotina cotidiana de cuidados e alimentação.

Participaram desta etapa 16 mães, cuja amostra estava aninhada à amostra quantitativa deste estudo. As participantes da etapa qualitativa foram selecionadas do total da amostra quantitativa (n= 302) mediante escolha aleatória considerando os três diferentes níveis de escores autoatribuídos na escala pelas mães logo após o nascimento de seus filhos.

As entrevistas foram agendadas previamente de acordo com a disponibilidade das mulheres, realizadas no domicílio e gravadas via Google Meet após o consentimento das mesmas, transcritas imediatamente após a entrevista, analisadas e concluídas acerca da experiência materna sobre a amamentação e o escore de autoeficácia. O contato com as mães foi realizado por meio de ligações via telefone celular e mensagens via *WhatsApp*. Foram selecionadas 52 puérperas acessadas no banco de dados planejados do Excel (n = 302) que tinham inicialmente aceitado participar do estudo quantitativo. No entanto, obteve-se 16 retornos positivos que viabilizaram esta etapa. As justificativas maternas para a não participação foram:

- Recusa (18) ou Ausência (11) de Resposta: 29 puérperas
- Aceite e Desistência: 5 puérperas
- Número de telefone incorreto: 2 puérperas

A pergunta inicial de disparo para as demais perguntas era “Qual a forma de alimentação do seu bebê no momento?” Assim foi possível introduzir o assunto com as puérperas e construir brevemente um vínculo antes do início das entrevistas. Foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturado sendo a pergunta central da entrevista: Vamos voltar um

pouquinho no tempo e lembrar aquele momento logo após o nascimento do seu filho. Como você classificaria a sua confiança em amamentar o seu bebê naquele momento? Você considera que a sua confiança em amamentar o seu bebê era alta, média ou baixa após o parto? E atualmente como se sente? .

1- Após as perguntas centrais, as mães foram estimuladas a falarem livremente e expressarem os seus sentimentos, emoções e pensamentos diante de seis temas (“Me fale um pouco sobre....”) que compunham o roteiro de entrevista semiestruturado: Satisfação em amamentar e a experiência em amamentar;

2- Retirada do leite das mamas/ produção de leite;

3- Rede de apoio;

4- Capacidade de saber se o seu bebê estava pegando corretamente e recebendo todo o leite para a sua nutrição;

5- Capacidade de amamentar em livre demanda;

6- Conforto em amamentar o bebê perto de familiares.

Ao final da entrevista a mãe poderia expressar seus sentimentos em relação a todo o processo de amamentação de seu bebê prematuro naquele momento após o parto, revisitado pela etapa qualitativa deste estudo.

A coleta qualitativa se encerrou após a saturação dos dados, visto que ao final destas entrevistas não houve nenhum elemento novo suficiente para acrescentar novas informações à coleta.

Os seis temas abordados durante a entrevista foram gerados pelas 18 assertivas da BSES – SF, considerando as quatro fontes de informações: a experiência pessoal, a experiência vicária, a persuasão verbal

e o estado fisiológico. O Quadro 1 apresenta a relação entre as quatro fontes de informações do conceito de autoeficácia, os tópicos do roteiro da entrevista estabelecidos pela pesquisadora e as assertivas da escala de autoeficácia materna para a amamentação do bebê prematuro.

Quadro 1. Fontes de informações da Escala de Autoeficácia para Amamentação de mães de bebês prematuros e/ou doentes, os tópicos abordados na entrevista qualitativa e os itens da escala.

Fontes de Informações Pressupostos da Escala	Tópicos da Entrevista Semiestruturada	Numeração das Assertivas da Escala de Autoeficácia
Experiência Pessoal	1- Satisfação em amamentar e a experiência em amamentar; 5-Capacidade de amamentar em livre demanda;	1, 2, 3, 4, 5, 6, 11, 13, 16, 18
Experiência Vicária e Persuasão Social	3 – Rede de Apoio; 6 - Conforto em amamentar o bebê perto de familiares;	7,13
Estado fisiológico/ emocional	2-Retirada do leite das mamas/ produção; 4-Capacidade de saber se o seu bebê estava pegando corretamente e recebendo todo o leite para a sua nutrição;	8, 9, 10, 12, 14, 15, 17, 18

Fonte: o próprio autor

Para a análise das entrevistas utilizou-se como referencial metodológico a Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (1977), e seguiu-se as etapas: transcrição das entrevistas, organização da análise, leitura flutuante das entrevistas com exploração do material e por fim, foi realizada a codificação, categorização, a inferência e a interpretação final de todos os dados.

Na fase de exploração do material, foram identificadas as classificações de cada categoria para a agregação de mensagens que reuniram um mesmo grupo de elementos (unidades de registro) em razão de características comuns. Abriu-se um novo quadro reunindo as semelhanças e individualidades de cada entrevista, sendo possível verificar a repetição e significância de cada conteúdo.

A terceira fase do processo, denominada tratamento dos resultados - inferência e interpretação - teve como base os resultados brutos já inseridos em quadros e após a aproximação de conteúdos, cada um destes tornou-se significativo e válido sob a ótica do pesquisador. A partir desta análise emergiram cinco eixos temáticos: 1. A confiança materna e a experiência no aleitamento do pré-termo; 2. A autoeficácia materna na competência da extração de leite das mamas; 3. Separação entre mãe-filho e a continuidade da amamentação; 4. As especificidades clínicas do prematuro e sua relação com a autoeficácia materna e 5. Rede de apoio para a mãe do bebê prematuro: a família, os profissionais de saúde e o app como um apoio tecnológico.

5.3 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - CEP do HU UEL, registrado sob o CAAE nº 27703419.8.0000.5231 e Parecer CEP/UEL nº 3.852.898, de 21 de fevereiro de 2020. O projeto de pesquisa propulsor tem como título: “Tecnologias inovadoras em saúde para a promoção e apoio do aleitamento materno” e recebeu financiamento do CNPq processo no 421873/2021-3;

chamada CNPq/MCTI/FNDCT no 18/2021 – Faixa B – Grupos Consolidados. Esta pesquisa foi desenvolvida junto ao Grupo de Pesquisa cadastrado na Plataforma Carlos Chagas intitulado Núcleo de Estudos em Neonatologia, Inovação, Tecnologia e Amamentação (NENITA).

Os dados foram coletados após esclarecimento de todas as questões pertinentes ao estudo e posterior aceite. Foi aplicado de modo online o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, em que uma delas era enviada por e-mail para a mãe após o aceite em participar do estudo. Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLEs) (APÊNDICE II) e Termos de Assentimento Livre e Esclarecido (TALEs) (APÊNDICE III) foram assinados digitalmente pelas puérperas que aceitaram participar do estudo. As assinaturas dos TCLEs foram obtidas por meio do instrumento de coleta digital após o convite realizado para as mães participantes a fim de que elas pudessem participar da pesquisa somente após completo esclarecimento dos objetivos e métodos do estudo junto, fornecendo-lhe o contato dos pesquisadores para elucidação de quaisquer dúvidas posteriores.

6. RESULTADOS

O presente estudo contou com a participação de 302 puérperas que cumpriam os critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa no primeiro momento da etapa quantitativa. Dezesesseis delas participaram da entrevista na etapa qualitativa.

Conforme a proposta metodológica de um estudo de método misto, os resultados serão apresentados sequencialmente em três etapas, descritas como Fase I – Resultados Quantitativos, Fase II – Resultados Qualitativos e Fase III – Resultados Mistos.

6.1 FASE I - RESULTADOS QUANTITATIVOS

A Tabela 1 mostra o perfil sociodemográfico das puérperas participantes da etapa quantitativa e a Tabela 2 expõe os aspectos clínicos referente aos recém-nascidos participantes deste estudo.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico das puérperas cadastradas no aplicativo *AmamentaCoach*, Brasil, 2024.

Variáveis	Frequência Absoluta (n=302)	Frequência Relativa (%)	Média	Mediana	Desvio padrão
Idade materna			28	27	6,77 76
Até 18 anos	26	08,60			
19 a 34 anos	214	70,90			
≥ 35 anos	62	20,50			
Escolaridade					
Fundam incompleto	21	06,95			
Fundamental completo	22	07,30			
Médio incompleto	59	19,54			
Médio completo	144	47,68			
Superior incompleto	21	06,95			
Superior completo	35	11,58			
Ocupação Materna					
Do lar	149	49,30			
Trabalho formal	153	50,70			
Situação Conjugal					
Casada	97	32,11			
Solteira	85	28,15			
Viúva	2	00,67			
Divorciada	4	01,32			
União estável	114	37,75			
Gestação Feto Único					
Não	27	08,94			
Sim	275	91,06			
Número de Gestações					

Primigesta	124	41,10
------------	-----	-------

Multigesta	178	58,90
------------	-----	-------

Via de parto

Vaginal	118	39,10
---------	-----	-------

Cesárea	184	60,90
---------	-----	-------

Amamentação Anterior

Não	142	47,00
-----	-----	-------

Sim	160	53,00
-----	-----	-------

Renda Familiar*

< 3 salários-mínimos	250	82,79
----------------------	-----	-------

3 a 6 salários-mínimos	50	16,55
------------------------	----	-------

≥ 7 salários-mínimos	2	0,66
----------------------	---	------

Realização de PN

Não	8	2,60
-----	---	------

Sim	294	94,40
-----	-----	-------

Orientada sobre amamentação no PN

Não	239	79,10
-----	-----	-------

Sim	63	20,90
-----	----	-------

Autoeficácia Materna

Não alta	126	42,00
----------	-----	-------

Alta	176	58,00
------	-----	-------

*Considerou-se o salário-mínimo do ano de 2022: R\$ 1.212,00

Fonte: o próprio autor

Tabela 2. Perfil clínico dos recém-nascidos prematuros e/ou doentes cadastrados no aplicativo *AmamentaCoach*, Brasil, 2024.

Variáveis	Frequência Absoluta (n=302)	Frequência Relativa (%)	Média	Mediana	Desvio padrão
Idade Gestacional de Nascimento					79
			34	35	2,59
≤ 28 semanas	14	4,63			
29 – 31 semanas	16	5,30			
32 - 33 semanas	37	12,25			
34 – 36 semanas	224	74,17			
>37 semanas	11	3,65			
Peso de Nascimento					
< 1000 gramas	11	3,65			
1,000 -1,499 gramas	26	08,60			
1500 - 2499 gramas	151	50,00			
≥ 2,500 gramas	114	37,75			
Alimentação do RN na alta hospitalar					
AME	222	73,50			
Aleitamento Misto (FI + Leite materno)	80	26,50			
Unidade de Internação do RN					
UTI Neonatal	124	41,05			
UCI Neonatal	14	04,65			
Unidade Canguru	3	01,00			
Alojamento Conjunto	161	53,30			
Tempo de Internação do RN					
De 0 a 6 dias	167	55,31			
De 7 a 14 dias	67	22,18			
≥ 15 dias	68	22,51			

Fonte: o próprio autor

Foi observado que a maioria das participantes eram mulheres em idade fértil variando entre 19 e 34 anos (73,18%) com média de idade de

28 anos, com desvio padrão de 6,77. Houve predominância da população de prematuros tardios com IG ao nascimento entre 34 semanas e 36 semanas e 6 dias (74,1%). A média da idade gestacional dos bebês deste estudo foi 34 semanas, cujo desvio padrão foi de 2,59.

A maioria dos bebês tiveram o peso de nascimento inferior a 2500 gramas, representando 62,25% e, devido ao menor número de prematuridade extrema, apenas 3,31% dos recém-nascidos apresentaram extremo baixo peso ao nascer. Quanto à escolaridade, a minoria das mães possuía o ensino fundamental incompleto (n= 21) 6,95%, verificando-se o mesmo para as mães com ensino superior incompleto. Um percentual de 47,68% havia concluído o ensino médio.

Praticamente metade das puérperas (n =149) não trabalhavam formalmente, representando 49,33%, e a maioria (82,79%) tinha renda inferior a 3 salários-mínimos, 115 delas consideraram união estável com seus parceiros (38,07%). As mães de gêmeos foram incluídas na pesquisa, representando 8,64% da amostra.

A cesárea foi a via de parto predominante (60,93%), o que pode ser explicado pelas características e o perfil da população pesquisada, bem como a classificação da gestação como Alto Risco atendidas pelos hospitais sedes das coletas. Mais da metade permaneceu em Alojamento Conjunto com suas mães (53,3%) e quase a metade (46,7%) dos bebês foram internados em alguma das Unidades Neonatais após o nascimento, permanecendo internados por aproximadamente até 6 dias após o parto (55,31%).

A maioria (94,4%) das puérperas realizou pré-natal na gestação atual, no entanto, somente 20,9% referiram algum tipo de orientação

a respeito do aleitamento materno. A maior parte eram multigestas (58,95%), e já tinham amamentado (53%) .

As mulheres deste estudo apresentavam alta autoeficácia para amamentar seus filhos prematuros com um percentual de 58% (n= 176), 40% apresentaram média autoeficácia e, apenas 2% das mulheres apresentavam baixa autoeficácia para amamentação. A maioria dos bebês (n= 222) recebeu alta em AME, representando 73,5% da amostra, enquanto que 26,5% tiveram desmame precoce parcial ou completo já na alta hospitalar, recebendo leite materno + FI ou ainda, apenas FI. Os resultados evidenciaram aumento da probabilidade de apresentar alta autoeficácia materna para amamentar quando os bebês tinham alta hospitalar em AME.

O Quadro 2, apresenta a análise quantitativa das pontuações atribuídas pelos participantes em cada assertiva que compõem a Escala de Autoeficácia Materna, conforme autopontuação no momento do cadastro do app. Observou-se que para 17 itens da Escala de Autoeficácia, a resposta da escala *Likert* mais pontuada foi 4 que significa “confiante”, exceto para o item 5 da Escala de Autoeficácia “eu continuo querendo amamentar”, em que a resposta mais pontuada foi 5 – muito confiante, seguida de 4 – confiante.

As assertivas menos pontuadas com confiança pelas mães foram as assertivas 1 e 3.

Quadro 2. Pontuações referidas pelas participantes a cada item da Escala de Autoeficácia Materna para mães de bebês prematuros e/ou doentes.

ITENS DA ESCALA	1	2	3	4	5
1. Eu consigo retirar leite da mama suficiente para o meu bebê.	28	52	61	117	44
2. Eu consigo lidar com o fato de que retirar leite da mama e/ou amamentar podem ser demorados.	4	20	63	177	38
3. Eu consigo lidar bem com qualquer situação da amamentação (retirada de leite da mama e a amamentação em si) da mesma forma que faço com outras tarefas difíceis.	24	27	69	146	36
4. Eu consigo lidar com a amamentação de forma que eu me sinta satisfeita.	16	23	60	147	56
5. Eu continuo querendo amamentar.	5	3	8	113	173
6. Eu estou satisfeita com a minha experiência de amamentar.	22	25	56	100	99
7. Eu consigo obter ajuda com a amamentação se eu precisar (ou quando precisar).	5	8	32	166	91
8. Eu serei capaz de saber quando meu bebê precisa ser amamentado.	7	12	31	154	98
9. Eu serei capaz de garantir que meu bebê está pegando o meu peito corretamente durante toda a mamada.	12	17	80	131	62
10. Eu serei capaz de saber se meu bebê está recebendo leite suficiente no meu peito.	12	34	83	124	49
11. Eu serei capaz de amamentar mesmo que meu bebê esteja chorando.	9	16	43	175	59
12. Eu serei capaz de amamentar meu bebê sem usar outros tipos de leite como complemento.	23	25	59	120	75
13. Eu serei capaz de amamentar confortavelmente na frente de pessoas da minha família.	9	12	23	135	123
14. Eu serei capaz de amamentar meu bebê até esvaziar o peito antes de mudar para o outro.	7	19	45	154	77
15. Eu serei capaz de amamentar meu bebê em todas as mamadas.	2	8	35	170	87

16. Eu serei capaz de atender as necessidades de amamentação do meu bebê.	2	9	37	169	85
17. Eu serei capaz de reconhecer quando meu bebê estiver satisfeito.	3	13	50	159	77
18. Eu serei capaz de substituir a retirada do leite das mamas pela amamentação, na maioria das mamadas ou em todas elas.	5	18	61	147	71

Fonte: o próprio autor

A assertiva de número 10 “eu serei capaz de saber se meu bebê está recebendo leite suficiente no meu peito” foi o item que mais recebeu pontuação “3 – às vezes confiante”. A assertiva 2 “eu consigo lidar com o fato de que retirar leite da mama e/ou amamentar podem ser demorados” foi o item que mais recebeu a pontuação “4- confiante” e a assertiva 5 “eu continuo querendo amamentar” foi a que mais recebeu pontuação “5 – muito confiante”.

A tabela 3, demonstra a frequência e proporção das variáveis que foram associadas com a variável “autoeficácia materna” por meio da análise multivariada de Poisson com variância robusta.

Tabela 3 – Frequência, proporção, análise bivariada e regressão logística de Poisson entre as variáveis sociodemográficas, maternas/obstétricas e clínicas do recém-nascido e a alta autoeficácia materna para amamentação, Brasil, 2024.

Variáveis	FR (%) n=302	Alta autoeficácia n= 176 (%)	Análise bruta		Análise ajustada	
			Valor p	RP (IC 95%)	Valor p	RP (IC 95%)
Variáveis Sociodemográficas						
Anos de Estudo						
Até 8 anos	043 (14,2)	030 (17,0)	0,09	0,56 (0,27-1,12)	0,05	1,09(1,00-1,19)
9 ou mais	259 (85,8)	146 (83,0)		1		1
Situação Conjugal						
Com companheiro	211(69,9)	131 (74,4)	0,04	0,59 (0,36-0,98)		
Sem companheiro	091(30,1)	045 (25,6)		1		
Renda Familiar						
Até 4 salários mín	269 (89,1)	155 (88,1)	0,50	1,28 (0,60-2,72)		
≥ 5 salários mín	033 (10,9)	021 (11,9)		1		
Idade Materna						
<18 ou >35 anos	088 (29,1)	052 (29,5)	0,85	1,03 (0,57-1,57)		
19 a 34 anos	214 (70,9)	124 (70,5)		1		
Ocupação Materna						
Do lar	149 (49,3)	85 (48,3)	0,66	1,10 (0,69-1,74)		
Trabalho formal	153 (50,7)	91 (51,7)		1		
Variáveis Maternas/Obstétricas						
Realizou pré-natal						
Não	008 (2,6)	004 (2,30)	0,63	1,41 (0,34-5,74)		
Sim	294 (94,4)	172 (97,7)		1		
Orientação AM no pré-natal						
Não	239 (79,1)	130 (73,9)	0,008	2,26 (1,23-4,18)	0,01	0,91(0,84-0,97)
Sim	063 (20,9)	046 (26,1)		1		1
Via de Parto atual						
Vaginal	118 (39,1)	070 (39,8)	0,76	0,93 (0,58-1,49)		
Cesárea	184 (60,9)	106 (60,2)		1		
Gestação Anterior						
Não	124 (41,1)	059 (33,5)	0,002	2,11 (1,32-3,37)		
Sim	178 (58,9)	117 (66,5)		1		
Amamentação Anterior						
Não	142 (47,0)	068 (38,6)	0,001	2,26 (1,41-3,60)	0,003	0,90 (0,83-0,96)
Sim	160 (53,0)	108 (61,4)		1		1

Variáveis Clínicas do RN

Idade Gestacional						
< 34 semanas	030 (9,9)	016 (9,10)	0,56	1,25 (0,58-2,66)		
≥ 34 semanas	272 (90,1)	160 (90,9)			1	
Peso de nascimento						
< 1500 gramas	037 (12,3)	018 (10,4)	0,20	1,55 (0,78-3,10)		
≥ 1500 gramas	265 (87,7)	158 (89,6)			1	
Unidade Internação do RN						
Unidade Neonatal	141 (46,7)	79 (44,9)	0,45	0,93 (0,75 -1,88)		
Alojamento Conjunto	161 (53,3)	97 (55,1)			1	
Dias de Internação						
Até 14 dias	234 (77,5)	139 (79,0)	0,46	0,81 (0,47 – 1,40)		
15 dias ou mais	068 (22,5)	037 (21,0)			1	
Alimentação do RN após o parto						
AME	302 (100)	176 (100)	-	-		
Não AME	-	-				
Alimentação do RN na alta						
AME	222 (73,5)	142 (80,7)	0,001	0,41 (0,24-0,70)	0,001	1,14 (1,05-1,23)
Não AME	080 (26,5)	034 (19,3)			1	1

Fonte: o próprio autor

As mães de bebês prematuros e/ou doentes deste estudo, inicialmente foram classificadas de acordo com a sua autoeficácia em alta, média e baixa. Estas duas últimas classificações, foram agrupadas, posteriormente, para a análise bivariada. As mães que obtiveram escores de baixa e média autoeficácia pela BSES – SF em mães de bebês prematuros e/ou doentes foram classificadas como não alta autoeficácia e as mães que foram classificadas pelos escores da escala com alta autoeficácia se

mantiveram neste grupo. Os pontos de corte utilizados para classificar as mães com alta autoeficácia foram escores iguais ou superior à 68 pontos. Os pontos de corte para classificar a mulher como não alta autoeficácia adotados por este estudo de forma arbitrária foram os escores entre 18 e 67 pontos.

Sete das dezesseis variáveis estudadas apresentaram $p \leq 0,2$ considerando a análise estatística bivariada. Estas sete variáveis foram submetidas à regressão de Poisson: Anos de estudo, situação conjugal, orientação de AM no PN, gestação anterior, amamentação anterior, peso de nascimento e alimentação do RN na alta hospitalar. Abaixo encontra-se o primeiro modelo resultante da análise de regressão logística multivariada de Poisson com variância robusta:

Quadro 3: Primeiro modelo da Regressão logística multivariada de Poisson com variância robusta, Brasil, 2024.

Variáveis	P valor	RP
Anos de estudo	,047	1,97
Situação Conjugal	,114	1,53
Orientação de AM no PN	,015	0,49
Gestação Anterior	,884	1,10
Amamentação Anterior	,175	0,46
Peso de Nascimento	,784	0,41
Alimentação do RN na Alta	,003	1,35

Fonte: o próprio autor

Ainda em busca do melhor modelo capaz de explicar as variáveis que podem estar associadas à autoeficácia materna, foram retiradas deste modelo as variáveis gestação anterior (p valor= 0,884) e peso de

nascimento (0,784) por apresentarem um p valor $> 0,20$. O resultado para o novo modelo gerado foi este exposto no quadro 4:

Quadro 4: Segundo modelo da Regressão logística multivariada de Poisson com variância robusta, Brasil, 2024.

Variáveis	P valor	RP
Anos de estudo	,047	1,09
Situação Conjugal	,119	1,06
Orientação de AM no PN	,013	0,91
Amamentação Anterior	,006	0,90
Alimentação do RN na Alta	,001	1,14

Fonte: o próprio autor

Após o segundo modelo analisado pelo *Software* SPSS observou-se que a variável situação conjugal apresentava um p valor sobressalente aos demais, embora ainda apresentasse p valor $< 0,2$. Diante disso a variável foi retirada do modelo para verificar se haveria melhores resultados para maiores associações e significância estatística entre as variáveis, resultando no quadro a seguir:

Quadro 5: Terceiro modelo da Regressão logística multivariada de Poisson com variância robusta, Brasil, 2024.

Variáveis	P valor	RP	IC95%
Anos de estudo	,050	1,09	1,00 - 1,19
Orientação de AM no PN	,010	0,91	0,84 – 0,97
Amamentação Anterior	,003	0,90	0,83 – 0,96
Alimentação do RN na Alta	,001	1,14	1,05 – 1,23

Fonte: o próprio autor

Nesta última etapa da análise ajustada foi estabelecido p valor <0,05 para o resultado ser considerado estatisticamente significativo. Após a análise multivariada pela Regressão Logística de Poisson, considerando p valor < 0,05, observou-se que três variáveis tiveram associação estatística com alta autoeficácia materna, sendo: orientação sobre AM no PN (p valor= 0,01 e IC 95%= 0,91 (0,84 – 0,97)), amamentação anterior (p valor= 0,003; IC 95%= 0,90 (0,83 – 0,96)) e estar em AME na alta (p valor= 0,001; IC 95%= 1,14 (1,05 – 1,23)).

A associação entre a autoeficácia materna e a escolaridade não foi significativa, uma vez que o p valor foi de 0,05 e não inferior, como estabelecido neste último modelo de regressão, para que houvesse associação com significância estatística.

6.2 FASE II – RESULTADOS QUALITATIVOS

Esta etapa ocorreu com a participação de 16 puérperas selecionadas aleatoriamente dentro da amostra total de 302 mães de bebês prematuros e/ou doentes, que tinham realizado cadastro no app *AmamentaCoach*. O quadro 6, caracteriza as mães e os bebês prematuros das 16 mulheres entrevistadas nesta etapa do estudo.

Quadro 6. Perfil materno-infantil das puérperas entrevistadas nas primeiras 120 horas após o parto prematuro em um Hospital Universitário de abril de 2022 a janeiro de 2023, Londrina, PR, Brasil.

	Idade	Número de Gestação	Estado Civil	Escolaridade	Tipo de parto	Separação do Binômio e impacto no AM	IG de nascimento do bebê	Idade cronológica	Alimentação na Alta	Alimentação Atual	Tempo de Internação	Autoconfiança referida na entrevista (sem uso da escala)	Autoconfiança pela BSES para mães de prematuros
E1	30	1	Casada	E.M.C	Vaginal	Houve separação, com impacto na amamentação	34 + 4	10 meses	AME	AMC	7 dias	Alta	80 (alta)
E2	27	1	Casada	E.M.C	Cesárea	Houve separação, com impacto na amamentação	29 + 3	11 meses	FI	Desmame	53 dias	Baixa	61 (não alta)
E3	26	1	Casada	E.S.C	Cesárea	Houve separação sem impacto na amamentação	34 + 5	12 meses	AME	Desmame	7 dias	Alta	77 (alta)
E4	19	1	Solteira	E.M.I	Cesárea	Houve separação sem impacto na amamentação	34	10 meses	AME	AMC	15 dias	Baixa	63 (não alta)
E5	29	3	Casada	E.M.I	Cesárea	Houve separação sem impacto na amamentação	36	11 meses	AME	AMC	9 dias	Alta	64 (não alta)
E6	39	3 *gestação	Casada	E.M.I	Cesárea	Houve separação,	35	11 meses	AM	Desmame	30 dias (G1 e G2)	Alta	78 (alta)

		gemelar				com impacto na amamentação							
E7	38	1	Casada	E.F.I	Vaginal	Não houve separação	36	8 meses	AME	AMC	7 dias	Baixa	55 (não alta)
E8	32	3	Casada	E.M.C	Vaginal	Houve separação sem impacto na amamentação	29 + 6	11 meses	AME	AMC	40 dias	Alta	67 (alta)
E9	35	2	Solteira	E.F.I	Vaginal	Não houve separação	36	9 meses	AME	Desmame	4 dias	Alta	71 (alta)
E 10	38	1	Casada	E.M.C	Cesárea	Sim, mas não houve impacto na amamentação	33	11 meses	AME	AMC	28 dias	Alta	80 (alta)
E 11	38	2	Casada	E.S.C	Cesárea	Não houve separação	34	12 meses	FI	Desmame	7 dias	Alta	83 (alta)
E 12	28	4	Casada	E.M.I	Cesárea	Houve separação sem impacto na amamentação	34	13 meses	AME	Desmame	7 dias	Alta	82 (alta)
E 13	29	1	Casada	E.S.C	Vaginal	Houve separação, com impacto na amamentação	23 + 6	10 meses	AM	Desmame	178 dias	Alta	78 (alta)
E 14	21	1	Casada	E.M.C	Cesárea	Houve separação, com impacto na amamentação	25 + 5	11 meses	FI	Desmame	68 dias	Alta	68 (alta)
E 15	30	1	Casada	E.M.C	Cesárea	Não houve separação	36 + 5	10 meses	AME	AMC	3 dias	Alta	81 (alta)

E 16	21	2 *gestação gemelar	Casada	E.M.C	Cesárea	Houve separação com impacto na amamentação	36	17 meses	FI	Desmame	2 dias (G1) 15 dias (G2)	Baixa	40 (não alta)
---------	----	---------------------------	--------	-------	---------	--------------------------------------------------------	----	----------	----	---------	-----------------------------	-------	------------------

Legenda: 1-Escolaridade: EMC: ensino médio completo; ESC: ensino superior completo; EMI: ensino médio incompleto; EFI: ensino fundamental incompleto; 2-Tipo de Alimentação na Alta: AME: aleitamento materno exclusivo; FI: fórmula infantil; AM: aleitamento misto; AMC: aleitamento materno complementado.

Fonte: o próprio autor

O quadro acima evidencia que a idade das mães participantes variou de 19 a 39 anos, a maioria (n=9) eram primigestas e 14 se assumiam casadas, apenas duas eram solteiras. A via de parto predominante foi a cesárea e o tempo de internação dos bebês variou entre 2 a 178 dias. Sete mães possuíam ensino médio completo e três possuíam ensino superior completo, somente duas tinham ensino fundamental incompleto.

As entrevistas aconteceram em um período de 4 a 12 meses após a alta hospitalar do bebê prematuro, e assim pode-se verificar se os bebês continuavam em aleitamento complementado e haviam superado os desafios do AM no período de internação. A partir das entrevistas foi observado se o AM continuava a ser praticado ou se o desmame havia acontecido.

Os resultados mostraram que 10 RN receberam alta hospitalar em AME, e sete deles continuavam recebendo leite materno no momento da entrevista, associada a alimentação. A IG de nascimento dos bebês variou entre 23 semanas até 36 semanas, sendo os prematuros tardios a população predominante desta etapa. Dois bebês eram recém-nascidos prematuros extremos, dois eram muito prematuros, dois eram prematuros moderados e 11 eram prematuros tardios.

Na etapa qualitativa deste estudo, observou-se que 12 mães durante a entrevista referiram sentir alta confiança na amamentação de seus filhos após o parto quando interrogadas sobre a sua confiança. Entretanto, ao comparar essas falas com os escores da Escala de Autoeficácia, identificou-se pontos divergentes entre o discurso materno e o escore da escala de uma das puérperas. Uma das mães que se autodeclarou com alta autoconfiança em amamentar o seu bebê, foi classificada como não alta autoeficácia partindo do

escore gerado após a aplicação da escala, como mostra o Quadro 6. As mulheres que referiram se sentir com baixa autoeficácia foram classificadas pela escala como mulheres com não alta autoeficácia.

A seguir, será apresentada a percepção das mães sobre a autoeficácia para amamentar e as experiências vivenciadas durante a amamentação de seus bebês prematuros e/ou doentes. O material produzido a partir das entrevistas foi organizado e agrupado em cinco eixos temáticos, a partir das falas que emergiram das 16 entrevistas, sendo: 1. A confiança materna e a experiência no aleitamento do pré-termo; 2. A autoeficácia materna na competência da extração de leite das mamas; 3. Separação entre mãe-filho e a continuidade da amamentação; 4. As especificidades clínicas do prematuro e sua relação com a autoeficácia materna e 5. Rede de apoio para a mãe do bebê prematuro: a família, os profissionais de saúde e o app como um apoio tecnológico.

6.2.1 A confiança materna e a experiência no aleitamento do pré-termo

Os resultados evidenciaram que 12 mulheres se sentiam confiantes ao longo do processo para amamentar seus bebês quando abordadas sobre este tema no momento da entrevista. No entanto, apenas três disseram sentir-se confiantes imediatamente após o nascimento, as demais referiram adquirir confiança durante o estabelecimento da amamentação. Isso foi um achado importante, pois revelou que a autoconfiança materna é um fator modificável ao longo do processo de aleitamento materno. Sete mães relataram

que os seus bebês estavam em Aleitamento Materno Complementado (AMC) no momento da entrevista.

Um aspecto importante que se destacou no trabalho foi a relação do volume de produção de leite com a sua confiança no sucesso do AM. Mães que apresentam produção láctea reconhecidamente suficiente para o seu bebê, vivencia uma experiência satisfatória com a amamentação e conseqüentemente se percebem autoconfiantes e com maiores escores de autoeficácia:

Eu estava muito confiante, eu tive uma boa amamentação porque eu tinha bastante leite. Eu cheguei a levar bombinha para tirar o leite porque estava empedrando muito e ela mamava que chegava a ficar tudo na boca, então aquilo era satisfatório né, de ela poder mamar tranquila, a hora que ela queria, isso me ajudou bastante em todo esse processo de amamentação, com certeza... (E3)

Nesta pesquisa 13 mães se sentiam confiantes e satisfeitas com toda a sua experiência em amamentar o seu bebê, sentimentos como conforto, satisfação, alta confiança e instinto materno aparecem nas falas abaixo. Vale ressaltar que a motivação para amamentar os bebês apareceu em todos os casos, ainda que o desmame acontecesse a longo prazo.

Eu acho confortável porque é a hora que a gente fica mais grudada uma com a outra, um momento só nosso. E aí eu a vejo mamando, satisfeita. E vendo a mudança porque ela engorda. (E1)

Então... até 35 dias de nascido praticamente ele só recebia leite via sonda. Depois desse período a gente começou a amamentação e ele pegou bem. Foi muito prazeroso. (E8)

(...) Aquela confiança de que eu queria amamentar ela e eu vou amamentar ela até quando ela quiser, quando ela não quiser mais, ela para... Eu acho que foi instinto materno mesmo, dar mama para o nenê. (E10)

Essa sensação foi incrível porque eu sempre tive o sonho de poder amamentar, eu sempre quis amamentar, era o meu sonho poder amamentar ela, de ter aquele olhinho no olhinho, sabe? (E14)

A confiança que eu tinha para amamentar ela me ajudou muito no processo da amamentação, eu tive medo, mas isso não abalou a minha confiança em amamenta-la no começo. (E15)

Ainda que posteriormente estivesse ofertando FI, uma das mães em seu relato demonstra o quanto se sentia satisfeita com a alimentação do seu filho e como isso lhe trazia sensação de confiança e autoeficácia pois, observava o crescimento saudável do seu filho.

Aí eles perguntaram para mim: você tem interesse de levar ele com a fórmula? Eu falei: É um jeito dele estar sendo amamentado, né? E ele falou: Você continua colocando no seio. Ai eu continuei colocando no seio por uma semana em casa, mas já não era o suficiente porque estava perdendo peso, por isso eu dei entrada na fórmula. A amamentação dele, graças a Deus, o tempo que eu consegui amamentar foi uma bênção, um aprendizado muito grande, onde eu pude me sentir confiante em ao menos tentar amamentar o meu bebê. (E15)

Outra mãe verbalizou que, apesar de não ter amamentado seu bebê diretamente no peito, não apresenta sentimento de culpa ou pesar e afirma que esta situação não diminui o amor por seu bebê. Mães que antes se sentiam sem confiança, após a experiência da amamentação bem estabelecida, referiram sentir-se confiantes. Algumas mães, quando não conseguem amamentar seus filhos sentem frustração, outras se preparam emocional e psicologicamente para aceitar esta realidade:

Não é só porque eu não consegui dar mama no peito que vai diminuir o meu amor por ele. Só porque ele não mama no peito, ele não vai me amar menos ou alguma coisa assim. Então fui me preparando pra que quando eu fosse para casa eu não ficasse me sentindo mal de não conseguir dar mama no peito. (E11)

Um dos sentimentos evidenciados pelas falas maternas durante o ato de amamentar o bebê prematuro foi o amor. As mulheres amamentam com amor, independentemente de como foi a experiência inicial ou a longo prazo este sentimento surgiu naturalmente nas falas.

Amor! Com certeza eu descreveria a amamentação em amor. (...) Acho que é amor. Amor... É que antes de eu a ter eu não tinha tanto esse amor, nem por mim, nem pelo próximo, sabe? E eu era muito assim, eu não estava nem aí. Eu não estava nem aí pra mim, nem aí para o próximo. Depois dela eu comecei a me importar mais comigo e com os outros, sabe? (E5)

Ah foi maravilhosa. Maravilhosa! Na verdade, eu não consigo nem descrever esse sentimento, porque foi muito tempo pra ele poder ir para o peito, eu senti muito amor por poder amamentar (...) e assim poder fazer de tudo por ele, nutrí-lo. (E14)

Além do amor que foi citado 12 vezes como um sentimento que está relacionado à amamentação, apareceu também o sentimento de altruísmo. Uma das mães afirmou que o ato de amamentar é sinônimo de dar a vida pelo próprio filho:

Ah para amamentar o bebê precisa ser segura... era uma confiança de mãe, né, porque amamentar é dar a vida pelo próprio bebê! (E9)

Na fala supracitada a mulher refere que a amamentação bem-sucedida está atrelada ao sentimento de confiança e segurança. Quatro puérperas relataram que a experiência da amamentação propiciou o vínculo afetivo com seus bebês e que este ato gera mais segurança e mais confiança para amamentar o bebê.

Para mim, amamentar é um ato que cria vínculo, você fica mais pertinho do bebê, sente o cheirinho, olha no olhinho, sente o toque e traz segurança para a mulher, quando dá certo você se torna mais segura e se sente capaz de amamentar. (E15)

As mães que eram primíparas sentiam medo em amamentar seus bebês pela primeira vez, não pelo ato em si, mas pelo desconhecimento de algo novo. O medo aparece como um sentimento que evidencia um desejo materno de fazer dar certo aquilo que ainda se desconhece, mas que deve ser enfrentado.

Olha, a gente tem insegurança porque a gente quer que tudo dê certo, mas a gente tem medo, a gente tem insegurança. Mas graças a Deus a equipe ajuda muito a gente! (E11)

Para mim foi incrível, né? Foi incrível, mas eu tinha medo porque ela estava bem, aí ela ia para o peito, dava uma sugada e ela já começava a suar. Aí eu tinha que voltar ela para incubadora e para o oxigênio. (E14)

A amamentação também foi vista por três mães como um sonho a ser realizado desde a descoberta da gestação. Duas mães consideraram que a sua própria experiência de amamentar não foi totalmente positiva porque o bebê precisou de fórmula infantil. Estas sentiram-se

frustradas pelo desmame precoce e alimentação do bebê com FI. Três mães consideravam-se úteis para seus bebês porque amamentavam efetivamente e sete gostariam de continuar amamentando mesmo após o desmame natural.

Duas mães que demonstravam se sentir confiantes também diziam que a amamentação é a melhor parte da maternidade e sentiam-se capazes de suprir as necessidades de amamentação dos seus bebês.

Olha, eu vou te falar bem a verdade! Tudo o que ele precisa eu tenho e posso dar a ele, eu mesmo produzo o leite dele, não preciso comprar. A hora que ele quer, eu dou e sempre foi assim! Pra mim a amamentação é muito boa e é a mulher fase da mulher que se torna mãe... (E10)

Eu gosto de dar mama. Até hoje se ela quiser, ela mama. Se eu pudesse eu continuava amamentando, porque eu gosto, eu consigo fazer isso por ela e pra mim essa é melhor parte, porque você fica junto com o seu bebê, ali pertinho, ouvindo o coraçãozinho dele. (E15)

A amamentação em livre demanda também é um tópico que surgiu entre os resultados deste estudo. As perguntas referentes à capacidade materna em amamentar em livre demanda são essenciais para a compreensão de como esse fator influencia a autoeficácia materna.

Neste estudo foi identificado que, quando a mulher se sente capaz de amamentar em livre demanda, isso lhe confere autoconfiança, e o contrário também é verdadeiro, quando ela não se sente segura para fazê-lo, também tem baixa autoeficácia para amamentar.

Eu não me sentia segura no começo, foi muito difícil, eu já não tinha conseguido amamentar o primeiro, então já fui com a cabeça fechada, achando que eu não ia conseguir dar mama, anda mais por serem gêmeos. Acho que por isso a minha confiança era bem baixinha -risos. (E16)

Treze mães sentiam-se capazes de amamentar em livre demanda e compreendiam o que esta prática representa para o bebê, duas não se sentiam capazes, mas o faziam:

Eu o amamentava sempre que ele quisesse, às vezes ele chorava e não era fome, mas eu sabia reconhecer quando era fome e quando era outras coisas. A mãe sempre sabe. Ele sugava, mamava e ficava ali, quando quisesse, eu sabia que o meu leite era o melhor que ele poderia receber, porque tinha tudo o que ele precisava... (E15)

Além disso, verificamos na fala da mãe E15 a importância que ela dá ao seu próprio leite, demonstrando até mesmo ser este melhor do que o leite de outras mães. Esta mãe reconheceu, neste momento, que o seu leite era o mais adequado para o seu bebê prematuro receber, além de compreender que era o suficiente para o bom desenvolvimento do prematuro, uma vez que possui porções adequadas de cada nutriente de acordo com a necessidade de nutrição do bebê. A linguagem teórica utilizada pela mãe ao referir estes conhecimentos evidenciou a certeza de que ela tinha informações acerca do assunto.

Três mães não se sentiam capazes de amamentar seus bebês em livre demanda porque tinham dúvidas quanto aos intervalos das mamadas, as demais o faziam naturalmente porque apresentavam rede de apoio, ou tinham conhecimento prévio ou porque desejavam amamentar e saciar a fome do bebê.

As mães deste estudo desejavam amamentar em livre demanda e apresentavam conhecimento para amamentar, demonstravam riqueza de informações sobre os benefícios para a saúde do bebê, como o ganho de peso e nutrição dados pelos sinais de saciedade. A rede de apoio emergiu como algo fundamental para que a livre demanda fosse estabelecida e apareceu expressivamente em todas as falas, deste modo haverá um tópico apenas para esta discussão.

A livre demanda também causou estranheza para uma das mães devido aos intervalos mais curtos entre uma mamada e outra. De forma geral, elas compreendem bem o conceito de aleitamento materno em livre demanda, especialmente na rotina de amamentação em casa, quando

precisam se adaptar a um novo contexto extra-hospitalar. Nesta pesquisa nenhuma mãe verbalizou que o seu leite era fraco ao amamentar em livre demanda.

No começo eu achava meio estranho, porque eu não sabia que ele mamava toda hora assim e falei "será que ela sente tanta fome assim?" Aí depois comecei a me adaptar e entender o que seria, de que hora em hora, que ela ia mamar na hora que ela sentisse fome. E aí ela mamava toda hora e depois dormia um monte... (E1)

Eu amamentei o meu bebê na hora que ele queria e por quanto tempo ele queria, mas eu só me sentia capaz de amamentar porque eu tinha ajuda. Meu marido me ajudou, a minha mãe e a minha sogra. (E3)

Eu amamentei meu bebê em livre demanda, mas não foi fácil, eu precisei de ajuda e precisei buscar informação, mas eu consegui... Eu não me sentia tão capaz assim, mas eu tive apoio e deu tudo certo. (E8)

Eu busquei muita informação e fiz o curso de gestantes, por isso eu sabia lidar muito bem com a amamentação e isso me deu segurança para reconhecer quando meu bebê tinha fome e quando ele queria mamar. Eu queria muito amamentar e nem passou pela minha cabeça o que tinha que fazer se não desse certo. (E15)

Eu sabia que se ele mamasse em livre demanda ele ganharia peso mais rápido, cresceria mais rápido e eu fui vendo isso acontecer e fiquei muito feliz, porque o meu desejo sempre foi amamentar. (E16)

Dois mães entrevistadas tinham gemelares e ambas demonstraram percepções diferentes sobre a amamentação de seus bebês. Uma delas, já experiente, com idade materna superior a 35 anos e com dois filhos anteriores, referiu ter tido ótima produção e manteve aleitamento em livre demanda até os quatro meses. A outra, mãe de gêmeos, também com um filho anterior que foi amamentado, relata que amamentar dois bebês ao mesmo tempo era difícil e não se sentia confiante em realizar este ato sozinha, precisava de uma rede de apoio, por isso optou pela introdução da FI após a alta dos gêmeos.

Até as enfermeiras viram que eu estava bem segura porque eu me dediquei a todo momento a isso, eu tirava meu leite para dar pra elas pela sondinha e depois eu tive bastante leite (com lágrimas) ...ver essas duas meninas mamando em mim não tem preço. (E6)

Olha, eu vou ser bem realista com você. No meu caso, eu não consegui amamentar os dois pelo fato de ter duas crianças ali chorando ao mesmo tempo, sabe? Eu não consegui me adaptar muito bem, daí eu preferi dar a fórmula logo, logo no

começo, sabe? Daí, meus Deus, tive leite realmente, só que não consegui amamentar porque tipo assim, meu esposo sempre trabalhou fora né? (E16)

A fala da segunda mãe de gêmeos reforça a importância da rede de apoio para o estabelecimento da amamentação e da confiança materna em amamentar o seu bebê. É importante valorizar as experiências maternas e as falas que são trazidas porque refletem os determinantes da autoeficácia no contexto da realidade em que está inserida. Esta mãe em questão, ao responder a Escala de Autoeficácia já de imediato obteve um baixo escore e não alta autoeficácia, convergindo com seus sentimentos sobre sua confiança, pois a mesma refere que sua confiança em amamentar era baixa. Embora a mãe tivesse uma boa produção de leite sob a sua avaliação, a falta de rede de apoio foi determinante para o estabelecimento do AM. Já no primeiro caso, a mãe também tinha boa produção e este foi um fator que auxiliou na amamentação dos gemelares, além da rede de apoio.

Eu me senti muito segura. Por elas terem vindo com baixo peso, o meu maior medo era elas saírem de alta e não terem pegado peso. Mas quando elas pegavam o peito aqui em casa, esses quatro meses, foi muito seguro pra mim, eu tinha leite, eu já vi mulheres amamentando gêmeos e me sentia muito segura, eu também já sabia como fazer e com as orientações tudo ficava mais fácil. Foi um tempo em que eu me senti forte, por saber que elas iriam se desenvolver, que elas iriam estar com o leite materno no corpinho delas. (E6)

A experiência positiva em amamentar o bebê prematuro foi vista como um fator que pode contribuir com a autoeficácia materna. As mães que se sentiam confiantes em amamentar em livre demanda o faziam porque se sentiam seguras. Nas falas observou-se que as palavras “segura” e “confiante” por vezes se tornavam sinônimos. Os relatos afirmam que a experiência positiva da amamentação do bebê prematuro se deu por fatores fisiológicos como a produção volumosa ou suficiente de leite, experiência pessoal, como ter amamentado o seu bebê anterior, experiência vicária ao

observar outras pessoas amamentando e a persuasão social tal como o apoio da equipe de saúde e familiar.

6.2.2 A autoeficácia materna na competência da extração de leite das mamas

Quando uma mulher se torna mãe de um bebê prematuro, ele pode ser internado em Unidade Neonatal ou permanecer em Alojamento Conjunto. Em ambos os casos, ela deve ser orientada por profissionais de saúde a respeito da extração de leite das mamas enquanto o bebê não é capaz de sugar em decorrência de fatores intrínsecos da prematuridade.

Todas as mulheres entrevistadas extraíram leite das mamas em algum momento após o parto, mas apenas nove mães referiram ter sido orientadas pelos profissionais de saúde quanto à extração. Das 16 puérperas, 12 relataram que sentiam confiança em realizar a técnica e se sentiam capazes de extrair o leite das mamas. Três mães não o faziam pelos seguintes motivos: bebê em AME, baixa produção de leite e insegurança técnica.

Essa competência de extração do leite é muito frequente na condição de prematuridade e geralmente está associada à quantidade de leite produzida. No presente estudo todas as mulheres conseguiam avaliar a sua própria produção láctea, classificando-a como produção de leite excessiva, produção de leite suficiente para o bebê, ou produção de leite insuficiente, distribuídas proporcionalmente nessas três categorias.

Na verdade, antes dela nascer, já tinha vazamento de leite em casa, um pouco do colostro, né. Daí quando eu cheguei lá, ela nasceu, já esbaldou de leite. E aumentou mais, cada dia mais. Na primeira vez que eu tirei o leite eu fiquei sem pensar o que que eu ia fazer com aquele leite...Porque ela só está mamando no peito. Então eu perguntei para a enfermeira e ela me disse que recebe doação de todo leite. Foi ali que eu comecei a

doar o meu leite. (E1)

Eu era muito confiante, porque a minha produção era boa. Nossa, era assim, bastante, vazava até então. Eu não tive problema. Não tive problema nenhum em ordenhar o meu leite, então me sentia tranquila. Era tanto leite que às vezes até começava a empedrar eu tinha que fazer massagem, né? Mas enfim, não tive nenhum problema porque eu tive bastante leite e estava segura na amamentação. (E4)

Observou-se nos resultados desta pesquisa que algumas mães confundem a produção inicial de colostro com baixa produção, referindo que nos primeiros dias após o parto a produção não era satisfatória, mas ao passar dos dias identificou um aumento da produção de leite, demonstrando por meio de algumas falas, o desconhecimento do estado fisiológico da apojadura.

Sim, no comecinho eles pediam para tirar o leite. Eu não sabia direito tirar o leite, até que me ensinaram tudo. Só que mesmo eu tentando tirar, não saía uma quantidade boa, só saía bem pouquinho. Por mais que ficava ali uma, duas horas ali, saía muito pouco leite. Depois que eu vim pra casa, que nossa aí espirrava leite para tudo quanto é lado. Mas quando eu estava lá não saía leite. (E8)

Neste estudo foi expresso pelas falas maternas que o primeiro estímulo nas mamas não se dá imediatamente após o parto, ao contrário, algumas puérperas demoraram até 24 horas para realizar o primeiro estímulo nas mamas com massagem e extração do leite.

Ele nasceu em um sábado, quando foi no domingo de manhã foi uma moça do aleitamento conversar comigo pra poder fazer a massagem, pra poder conversar comigo sobre o leite né, e a retirada do leite. Então ela foi naquele primeiro momento, fez a massagem e já começou o leite a descer. (E16)

De forma geral, as puérperas retiravam o leite no Hospital e em casa, armazenado em frascos para ofertar ao bebê posteriormente e esta era uma prática comum entre elas. Algumas mães relataram oscilações na produção de leite de acordo com o quadro clínico do recém-nascido, o que refletia diretamente na confiança materna em amamentar. Este achado foi bastante significativo neste estudo.

(...) Então os dias foram passando, a produção de leite foi diminuindo porque a gente precisa estar bem emocionalmente e, é muito difícil, quando a

gente tem o prematuro, ficar bem emocionalmente, porque são várias coisas que acontecem com o bebê no decorrer da internação e prejudicam nossa confiança em amamentar. (E2)

Esta fala evidencia que o estado emocional interfere na produção de leite e na sua autoconfiança para amamentar, uma vez que ser mãe prematuro é um grande desafio emocional devido às intercorrências na internação, e por sua vez, aumenta o risco potencial para possíveis desmames.

Então a gente.... a gente se sente importante quando a gente consegue passar o leite na sonda e a gente se sente muito mal de não conseguir porque tinha dia que eu ficava ali, sabe? Ficava bem ali, com a ordenhadeira no meu peito, ali, aquela máquina ali, ali, ali, e não dava a quantidade, então a gente fica mal naquele momento porque não se sente capaz. (E5)

Produzir um grande volume de leite e retirar este leite das mamas são fatores que refletem no sentimento de importância que a mãe tem sobre ser capaz de oferecer o cuidado que o bebê precisa. Os resultados evidenciaram que as mães que apresentam produção suficiente ou volumosa e conseguem habilmente retirar o seu leite para oferecer ao seu bebê ou doar, são mulheres mais confiantes e seguras sobre o sucesso da amamentação:

Eu me senti bem segura e muito confiante também, eu tinha bastante leite. Ah... Me senti confiante em saber que ela estava viva e conseguia receber o meu leite! Saber que ela estava bem! (E15)

Na situação contrária, o sentimento de frustração e incapacidade vêm à tona. Esta fragilidade explícita na fala abaixo ocorre com muita frequência entre as mães de bebês prematuros. O quadro clínico, o longo tempo de internação, as dificuldades de manter a extração sistemática e disciplinada de leite e as complicações prematuridade que são intrínsecas a este contexto interferem na produção de leite e, com isso, muitas mulheres se sentem desestimuladas a continuar tentando e se deparam com um sentimento de tristeza e baixa confiança.

Ai, eu não sei, não sei... como era minha confiança. Eu me lembro um dia que eu fui tirar o leite e não saiu nenhuma gota... aquele dia foi o pior dia para mim. Eu me senti super mal naquele dia e perdi toda a minha confiança. (E10)

Por outro lado, uma das puérperas refere que tomou a decisão de retirar seu próprio leite mesmo não tendo sido abordada sobre a técnica. Por meio da experiência vicária, a mãe observava outras mães que retiravam seu leite com ordenhadeira elétrica e doavam internamente para os bebês e isso era um fator motivador e sensibilizador para doação de leite materna:

É, eu via. Eu via as mães, as mães fazendo isso né, tirando o leite e colocando lá no freezer, lá na sala de espera. E aí o pessoal foi falando que precisa de bastante leite, imagina quantas mães têm que doar o leite para os bebezinhos?! Como eu não estava amamentando, eu vi que muitas mães tinham que doar o leite e aquilo me sensibilizou, e eu fiquei pensando que eu também posso doar. (E4)

Outra ainda relatou ter tido experiência pessoal prévia com a retirada do leite das mamas e isso influenciou positivamente na habilidade em retirar o leite devido à experiência com os filhos anteriores. Uma das puérperas ainda relatou que a produção de leite e a extração são fatores associados ao autocuidado:

Eu já sabia retirar o leite, eu sabia porque eu tive outros filhos, daí eu já sabia. (E5)

Eu retirava sempre né, aí como eu já tenho as experiências anteriores né, aí eu priorizei também uma boa alimentação, cuidar também da saúde, cuidar do psicológico né? Porque senão a gente sabe que tudo isso são fatores externos que acabam influenciando, né? (E8)

6.2.3 Separação do binômio mãe-bebê e a manutenção da amamentação

Os resultados mostraram que 12 bebês prematuros foram separados de suas mães após o nascimento, sendo encaminhados para UTI Neonatal e/ou UCI Neonatal, fato muito frequente diante do nascimento prematuro. Destas 12 mães, seis referiram que tal fato dificultou o processo de

estabelecimento da amamentação, embora, ao final da internação a amamentação tenha sido estabelecida. Segundo as mães, os fatores relacionados à separação do binômio que interferiu na confiança materna em amamentar foram: a preocupação com o estado clínico do bebê internado e a amamentação como um segundo plano não cogitado, a distância entre maternidade e AC e UTI/UCI Neonatal, a perda da função materna em realizar os cuidados com o seu bebê, o adiamento do primeiro estímulo das mamas e a extração do leite das mamas de forma tardia.

Estes fatores emergiram das experiências que as mulheres tiveram durante o processo do nascimento, internação e aleitamento materno dos seus filhos. Embora a separação da díade mãe e filho não apareça como uma assertiva a ser pontuada originalmente na BSES - SF, observou-se neste estudo que o fato de não estar junto ao bebê é mais um ponto a ser considerado que gera um impacto na autoeficácia e no início das reflexões maternas acerca da amamentação.

Quando ele nasceu e foi para UTI eu não conseguia pensar em amamentar, só queria entender se estava tudo bem, naquele momento, vendo-o pela incubadora e com respirador no narizinho, eu pensei que não ia poder pegar ele no colo e pensei que eu não ia conseguir amamentar o meu bebê. Ali, naquele momento eu não tinha confiança de que eu ia conseguir. (E3)

Uma das mães referiu ter se sentido assustada com a separação de seu bebê e a ida deste para UTI Neonatal:

Ah, eu fiquei meio assustada. Era mãe de primeira viagem. E eu falei "Mas aonde que é isso?" -se referindo à Unidade Neonatal-, aí a assistente social falou 'não mãe, a gente vai lá apresentar a unidade para você. Você pode vir aqui toda hora, dar mama pra ela, pegar ela no colo, só que ela vai ter que ficar aqui. Espero que não fique muito. Daí eu falei 'eu também', daí logo em seguida subi (voltou para a Maternidade). Aí de noite ele já veio avisar que a bebê ia subir para o quarto e ficar comigo. (E1)

Houve também sentimento de impotência e frustração materna quando o bebê se separou de sua mãe e não podia ser amamentado em decorrência de suas particularidades clínicas da prematuridade.

Nos primeiros dias a gente não teve a amamentação, porque ele foi direto para a UTI Neo e a gente pensa em como vai amamentar o bebê longe de você, mas o processo foi bom e eu consegui amamentar. (E8)

Foi identificado que uma das mães relatou que a separação entre ela e o seu bebê não interferiu no processo da retirada do leite e na oferta de leite fresco ao bebê, ao contrário, ela extraía o leite a cada 3 horas enquanto estava na maternidade e levava até a Unidade Neonatal para ofertar ao bebê, conforme orientado pela equipe de Enfermagem da Maternidade:

Quanto ao meu leite eu tirava e levava para ele a cada horário e eu já sabia os horários que as meninas davam o leite para ele, eu tirava na Maternidade e levava até a neo. (E16)

Embora a separação entre mãe e bebê seja um fator reconhecidamente dificultador para o estabelecimento do AM neste estudo, não é um impeditivo por si só. O estado fisiológico materno, uma das fontes que sustenta a teoria da autoeficácia e, neste caso, está relacionado à produção de leite suficiente ou volumosa, também pode influenciar neste processo. Mesmo separados, se a mulher sente que sua produção láctea pode sustentar o seu bebê independente do momento em que se encontra a amamentação, a autoeficácia pode ser melhorada. Ademais, a separação pode não ser vista como um empecilho para a amamentação, como dito pela mãe E10.

Ele nasceu e foi direto para UTI Neonatal, isso me deixou muito triste porque eu não podia cuidar dele, mas eu tive leite desde a gestação. Eu tive muito leite, então mesmo longe dele eu me sentia capaz de amamentar e me sentia muito confiante, ele ficou dois dias na UTI e depois foi para a maternidade e no dia seguinte a gente recebeu alta. (E15)

Ela nasceu e foi direto para UTI, ela ficou só um dia lá só lá e depois foi para UCI e a gente ficou na UCI mais 27 dias. Ela ficou só um dia na UTI com alguns aparelhinhos, totalizando 28 dias de internação, mamando todos os dias na UCI. (E10)

O ambiente desconhecido da UTIN, que é cercado por tecnologia de última geração e aparelhos, pode aumentar o medo e a insegurança das mães e o tempo de internação do bebê neste ambiente também pode impactar no aleitamento materno. As internações rápidas na Unidade Neonatal com posterior retorno para o Alojamento Conjunto parecem ter menor repercussão conforme referido neste estudo:

Ela nasceu de oito meses e estava com dificuldade para respirar. Aí levaram para a UTI. Daí ela mamou no peito. Chamaram para ver se ela mamava no outro dia e aí ela foi para UCI e depois ela foi pro quarto. (E14)

Entretanto, as separações por um longo período de tempo complicam diretamente o processo de amamentar, especialmente pela demora na primeira ida do bebê ao peito. No relato abaixo, a mãe descreve a experiência e as emoções que permearam a primeira vez que o bebê sugou o seio materno aos quatro meses de idade cronológica.

Ah, foi maravilhosa. Maravilhosa! Eu não consigo nem descrever, porque foi muito tempo pra ele poder ir para o peito. E assim foi, quase quatro meses pra ele conseguir mamar a primeira vez. Então quando ele pegou a primeira vez, sei que foi um misto de emoção. Eu não sou chorona, na hora eu não chorei, mas depois eu cheguei em casa e derramei lágrimas porque eu pude amamentar o meu filho. Nossa, é uma sensação indescritível. (E13)

Os resultados deste tópico revelaram que a manutenção da amamentação se deu de diferentes formas no contexto da prematuridade, mas sempre sendo representado pela extração do leite das mamas como já discutido anteriormente. A separação do binômio causa um impacto geral na família e a retomada dessa relação mãe-bebê torna-se prejudicada devido à internação, que compromete o vínculo e a afetividade entre ambos.

No entanto, nesta pesquisa não houve fragilidade de vínculos expostos nos discursos e as mães foram resilientes no quesito da manutenção do aleitamento materno por meio da extração de leite. O fator tempo de internação também contribuiu, pois, a maioria das mães entrevistadas

estiveram separadas dos seus bebês por pelo menos 48 horas, embora entre elas tenham mulheres que permaneceram separadas dos seus bebês por muito mais tempo.

6.2.4 As especificidades clínicas do bebê prematuro e a autoeficácia materna

A experiência da amamentação entre mães de bebês prematuros permeia este tópico tão necessário para compreender, sob a ótica das mães, quais as dificuldades elencadas para estabelecer o aleitamento materno entre mãe e bebê pré-termo. Este fato também reflete na confiança que a mulher tem em si mesma para amamentar seu bebê em um contexto em que, na maioria das vezes, ele não pode ser amamentado, tão somente por ser prematuro, como será exposto a seguir.

Neste eixo temático será discutido a respeito da autoeficácia materna modificada ou não pelos fatores associados exclusivamente à prematuridade. Das 16 mães que foram entrevistadas, cinco relataram que não tiveram nenhuma dificuldade para amamentar seus bebês prematuros, uma delas não estava amamentando seu bebê com leite materno, mas também afirmou que não teve dificuldades na introdução da FI para seus bebês gêmeos.

As dificuldades aqui elencadas pelas mães de bebês prematuros sobre o aleitamento materno estão relacionadas ao momento após o parto e a evolução do bebê durante a internação hospitalar. Fatores que condizem com problemas futuros após a alta do bebê, tais como retorno ao trabalho ou novas internações, aparecem nas falas como uma dificuldade de

manter o aleitamento após alguns meses, não estando associadas diretamente ao contexto inicial da prematuridade seguida ao nascimento. Por este motivo, esses itens não serão abordados como dificuldades inerentes à prematuridade.

Neste contexto, as mães participantes deste estudo demonstraram inseguranças, medo do bebê com baixo peso, tristeza, culpa pela internação e preocupação, fatores estes que dificultam o ato de amamentar. Quando a mulher se depara pela primeira vez com seu bebê internado em uma UTI Neonatal muitos questionamentos vêm à tona. A primeira pergunta que surge é “o meu bebê está bem?”, muitas delas não conseguem nem mesmo pensar a respeito da amamentação neste primeiro momento:

Naquele primeiro momento que eu entrei na UTI pela primeira vez, que eu o vi entubado, eu passei mal e eu só queria saber se ele estava bem. Eu perdi os sentidos, sabe? ...Naquele momento foi muito difícil. Na segunda vez também que eu fui ver o bebê, no dia seguinte foi bem difícil...Então todas elas explicam bem e passam confiança para a gente, mas nessas horas a gente não pensa em nada além da saúde do bebê, não pensa como vai ser a amamentação dele. (E2)

A primeira visita ao bebê prematuro na UTI Neonatal causa, comumente, um grande impacto emocional para as mães frente ao ambiente desconhecido para a mulher e inóspito para o bebê. Nestes momentos, a amamentação pode ficar em segundo plano, não sendo um tópico importante para as mulheres naquele momento ao se depararem com a gravidade do bebê internado. Este discurso evidencia que a autoeficácia materna e a confiança em amamentar são influenciadas pelas necessidades de um bebê prematuro que se encontra internado em UTI Neonatal sob cuidados específicos para manutenção da sua sobrevivência.

Nesta UTI Neonatal onde aconteceu o estudo, os pais têm livre acesso à unidade. No entanto, mesmo com o acesso permitido, nenhum deles

foi preparado para um parto prematuro e menos ainda para ver seu filho internado em uma UTIN, dentro de uma incubadora, rodeado de artefatos para mantê-lo estável. Assim, eles têm que enfrentar a complexidade do ambiente e a rotina da unidade que, somadas à preocupação com a saúde de seu bebê, acabam gerando ansiedade, medo e inseguranças, prejudicando assim a confiança que as mulheres têm para amamentar seus filhos, onde a prioridade é o cuidado com o recém-nascido prematuro.

O sentimento de culpa pela internação do bebê e por não amamentar imediatamente também foi relatado por uma delas:

Hoje eu consigo falar mais tranquilamente sobre isso. Mas no começo eu me sentia bem culpada, sabe, eu o vi internado, eu fiquei com medo de não conseguir amamentar e isso me fez sentir uma culpa muito grande. Às vezes, em alguns momentos, quando a gente convive com outros bebês, vemos que é muito diferente um bebê que toma e mama fórmula e um bebê que mama no peito. (E15)

O sentimento de tristeza também surgiu em algumas falas como abaixo, porque o desejo de amamentar se desencontrou da situação real de amamentação do bebê:

Igual eu mesma. Eu queria muito dar mamar no peito, muito, muito... Eu não esperava que eu ia passar por tudo isso, de ter um bebezinho prematuro, de nascer antes do tempo, então eu não tinha conhecimento de como era a incubadora... Tinha dias que eu chegava lá na UTI super animada, achando que eu ia conseguir dar mama, mas não podia, porque quando o bebê está na incubadora não é sempre que pode tirar o bebezinho de lá. (E2)

O fato de ter um bebê prematuro configurou-se uma situação atípica para as mães deste estudo, pois não esperavam por este acontecimento em suas vidas. Muitas desejavam amamentar, mas não podiam praticar a amamentação com seu bebê porque ele estava na UTI ou precisando de oxigenoterapia, ou estava sob protocolo de cuidados essenciais ou ainda porque estava clinicamente instável e não podia sair da incubadora aquecida. Esses fatores clínicos do RNPT após o parto, posterga a primeira mamada do bebê ao seio materno e gera sentimento de insegurança na mulher.

Às vezes batia a insegurança, eu sentia que não ia poder amamentá-lo. Mas sempre que eu conversava com um ou outro profissional da área, eles vinham me aconselhar. E isso foi me dando segurança e foi o que mais me ajudou, eu sabia que o meu leite era o melhor para ele. (E15)

Foi achado neste estudo, conforme a fala supracitada, que as mães que possuíam informação sobre os benefícios do leite materno, sabiam que este era essencial para o seu bebê. Elas souberam referir que o leite da própria mãe é o mais indicado para o prematuro.

As notícias sobre o quadro clínico do bebê internado em UTI Neonatal também causavam inseguranças maternas e sabe-se que fatores emocionais podem interferir no processo de amamentação. As mães demonstram resiliência embora a insegurança também existisse neste contexto. Mesmo assim, retiravam leite para ofertar ao se bebê:

as notícias que eu ia recebendo dia após dia... Eu estava tendo um pouquinho de insegurança, mas eu não deixei que isso me abalasse. Eu continuei tirando leite. Às vezes ia menos, às vezes mais, mas eu continuei. Mas eu tive muito medo, muita insegurança de que o pior pudesse acontecer. Porque um dia de notícia triste, dois de notícia boa, uma semana de notícias insuportáveis... E assim foi indo (E13).

A retirada do leite das mamas para ofertar ao bebê é um fator importante para a manutenção da produção láctea quando a mulher não pode amamentar imediatamente, especialmente quando não há certeza de quando o bebê poderá mamar no peito pela primeira vez. No entanto, o medo de o leite secar e a diminuição da produção láctea, foi algo recorrente nas falas, sendo dito por sete puérperas:

(...) no começo eu ainda conseguia passar o leite para ele quando eu tirava, porque ele recebia 1 mL, 2 mL...mas quando foi aumentando os mls eu já não estava conseguindo passar o meu leite na sondinha, sabe, porque ele foi aumentando os mls de leite, e eu fui diminuindo a minha produção. (E2)

Eu tinha medo de secar meu leite, porque minha irmã falava que se o bebê não mama pode secar o leite. (E7)

Acho que não sentir confiança foi... -pensando- acho que só pela secreção de leite que eu não produzi o suficiente. (E11)

As más notícias relacionadas à internação do prematuro, a

instabilidade clínica e as dificuldades próprias da prematuridade, causam inseguranças maternas no cuidado ao bebê prematuro e na amamentação, fatores que refletem diretamente na confiança materna e, conseqüentemente, na autoeficácia.

Muitas mães sentiam-se confiantes logo após o parto, mas quando os dias foram passando, a realidade da amamentação direto na mama se tornou distante para algumas mães e isso as deixam inseguras neste processo. Quatro mães referiram insegurança em poder amamentar o seu bebê devido à instabilidade clínica do prematuro dentro da UTIN. Uma delas relatou se sentir incapaz de realizar o aleitamento materno pelo fato do seu bebê estar intubado.

Eu não podia dar mama para ele porque ele estava com tubinho, isso me deixou muito triste, fiquei com medo de nunca poder dar mama pra ele. Eu tirava o leiteinho, dava pra ele e isso me fazia ficar bem. (E16)

Ao se depararem com um prematuro internado em UTI Neonatal, as mães também expressaram medo. A única forma que podiam amamentar seus bebês era por meio da oferta de leite fresco extraído das mamas e elas o faziam, mesmo com medo. A orientação da equipe de enfermagem é fundamental para que este processo ocorra e para que as mães tenham essas informações de como manter o aleitamento nesta situação.

A sonolência do prematuro foi reconhecida como um fator dificultador da amamentação que apareceu na fala de cinco mães, três delas mães de prematuros tardios, uma delas mãe de prematuro extremo e outra mãe de prematuros moderado:

Nos três primeiros dias que ele foi para o peito, ele foi aquela criança meio resistente. Bem dorminhoca, bem aquela criança prematura que cansa mais, ele queria dormir mais. (E8)

Os resultados mostram que as mães de bebês prematuros tardios tinham algumas experiências semelhantes de amamentação de mães de bebês internados na UTI Neonatal. As dificuldades elencadas por elas sobre a amamentação do prematuro estavam relacionadas à: medo de manter a produção láctea suficiente para o seu bebê, relatado por cinco mães; medo de que o bebê não tivesse uma boa pega quando fosse estimulado em seio materno pela primeira vez, relatado por quatro mulheres, o mesmo número de mulheres também referiu que a sonolência do bebê prematuro era um fator dificultador da amamentação.

Duas mães disseram que a hipoglicemia do bebê junto à necessidade de complemento de leite após as mamadas foi um fator que dificultou o aleitamento materno, uma vez que gerava impacto na sucção do bebê que apresentava uma sucção débil e pega ineficaz.

A taquipneia e a oxigenoterapia prolongada também foram citadas como um fator dificultador no processo de amamentação que implicou na autoeficácia materna:

Ela não podia mamar no meio porque respirava rapidinho, e isso me fazia pensar que ia demorar pra ela poder mamar. Eu tinha medo de não conseguir amamentar e isso tirava minha confiança, mas eu podia pegar ela no colo, colocar no Canguru, mas não podia amamentar. (E15)

Ele ficou muito tempo intubado, e nesses dias ele não podia ser amamentado no peito, mas eu tirava meu leite e dava pra ele. (E14)

Eu não podia dar mama, porque ele estava no respiradorzinho, com vários caninhos, isso me assustava, isso me deixava insegura de não conseguir amamentar ele, mas depois ele foi crescendo e se desenvolvendo, então eu fui ganhando mais confiança e depois consegui amamenta-lo. (E12)

Apareceu entre os resultados um certo grau de medo ao manuseio do bebê prematuro devido ao seu baixo peso e ao fato do bebê ser pequeno:

Sim, eu queria, mas eu tinha medo. Ela é a primeira, literalmente, que eu peguei pequenininha, mas eu tinha muito medo de pegar ela. Eu pedia para os enfermeiros pegarem para mim. Eu tinha muito medo. (E4)

"(...) por ela ser muito prematuro, eu tinha medo de pegar ela no colo e nem conseguia imaginar como seria isso pela primeira vez. Nem pensava em amamentar um ser tão pequeno." (E5)

É importante lembrar que a equipe tem um papel importante frente a essa situação, uma vez que possui habilidades que os pais de bebês prematuros não têm e precisam ser ensinados para que a confiança dos pais suscite neste contexto. Além disso, é importante verificar o quanto os pais sentem seguros para manusear seus bebês e, diante disso, propor ações intervencionistas para que este sentimento seja amenizado com a chegada do prematuro.

O sentimento de medo frente à pega correta também apareceu como uma dificuldade de manter a amamentação do RN prematuro. Além disso, outro item que apareceu nas falas maternas foi a respeito da espera pela apojadura. Algumas mães, erroneamente, descreveram a insegurança a respeito da produção do leite até o momento da apojadura, considerando sua produção como baixa, embora ainda estivessem vivenciando os primeiros três dias após o nascimento do bebê. Esse entendimento inadequado sobre a produção do leite nos primeiros dias após o parto foi verbalizado por cinco mães e as mesmas tinham impressão de que sua produção não era suficiente para seu bebê:

Então, era difícil, porque no começo eu não tinha muito leite, as meninas falavam pra eu fazer massagem e ordenha, mas saía só gotinhas. (E16)

Face a isto, observou-se a necessidade de explicar corretamente para as mães que precisam extrair o seu leite o conceito de apojadura e porque a produção inicial de leite não é volumosa, mas suficiente

para o bebê. Este entendimento se faz necessário para que as inseguranças nestes primeiros dias não se tornem prejudiciais para o aleitamento materno, fazendo-as considerar até mesmo o uso de leite complementar, uma vez que não é uma necessidade, o que pode gerar ansiedade nas mães.

Uma das mães relata que a sua experiência foi longa, mas que cada esforço pelo seu bebê prematuro foi significativo, a confiança que antes ela não tinha em si mesma, se modificou ao longo da internação, e deixou um recado para outras mulheres, mães de bebês prematuros:

Se as mães estiverem me assistindo que não desistam de dar mama, de tirar o leite, porque uma hora vai dar certo, vai dar certo! A gente se sente insegura e pensa que não vai poder dar mama, mas isso muda. Você não pode desistir, nem que você tire um ml, mesmo que consiga tirar isso por dia, não desista da amamentação do seu prematurinho, tem que ter força, porque tem que pensar que tem um bebê que precisa de você. (E13)

A partir desta fala é possível compreender que para algumas mães deste estudo a experiência positiva entre as mães de bebês prematuros e/ou doentes no sucesso da amamentação é um fator motivador que incentiva outras mães a seguirem o processo frente às adversidades específicas da prematuridade. Nesta fala é evidenciado um sentimento de compaixão pelo processo vivido por uma mãe de prematuro diante de outras cenas em que outras mães vivenciam situações semelhantes no contexto da amamentação.

6.2.5 Rede de apoio para a mãe do bebê prematuro: a família, os profissionais de saúde e o app como um apoio tecnológico

O quinto eixo temático diz respeito ao apoio recebido pelas puérperas na amamentação. Neste estudo evidenciou-se a importância dos profissionais de saúde da equipe de Enfermagem como verdadeiros apoiadores

do aleitamento materno. Todas as 16 mães reconheceram algum apoio oferecido por enfermeiros e técnicos de enfermagem durante a internação do seu bebê prematuro, demonstrando por meio das falas, muita gratidão aos profissionais de Enfermagem do Hospital Universitário de Londrina. Quatorze mães relataram receber apoio de familiares. Aqui os graus de parentesco que mais se destacaram como rede de apoio foram em ordem dos mais citados para os menos citados: Mãe, irmã, marido, tia e sogra.

Meu esposo, minha mãe, minha irmã que agora está grávida. Eles são minha rede de apoio. (E1)

Elas (enfermeiras e técnicas de Enfermagem da UCI Neonatal) me ensinaram bastante. Então eu tive uma rede de apoio muito grande, muito boa, excelente! (E3)

Eu tive um apoio grande e tudo o que eu queria saber eu perguntava e me respondiam, só eu podia fazer isso por ele. Então eu tive muito apoio, muito, muito apoio do pessoal da UTI e da UCI. (E4)

A minha mãe foi minha rede de apoio desde o começo. A enfermeira me ajudou, mas em casa foi a minha mãe e minha irmã. (E7)

A parte da família na vida da gente é muito grande. Foi por eu ter perdido um neném antes, sabe? Porque todo mundo está perto agora me ajudando, entendeu? Meu esposo, minha mãe, minha sogra, minhas irmãs, tias. (E11)

O ato de amamentar é exclusivamente da mulher e legítima a maternidade em uma função exclusiva, no entanto, a rede de apoio tem o papel fundamental de auxiliar em outros momentos para que essa mulher que amamenta não se sinta sozinha e desamparada, mas se sinta empoderada, segura e confiante na amamentação do seu bebê prematuro em qualquer ambiente, seja durante a internação hospitalar ou em casa.

Uma das puérperas refere que teve uma experiência gratificante na amamentação após o parto, porque teve uma forte rede de apoio nos primeiros dias após o parto e experimentou trocas de conhecimento com familiares e equipe. No entanto, quando se deparou sozinha com o bebê sentiu

estresse, tristeza e cansaço.

É, o meu marido estava de férias quando o bebê nasceu, então nesse período que eu estava de férias e ele também, ele me ajudou bastante. Mas depois que ele voltou a trabalhar eu me senti um pouco sozinha e o tanto que eu chorava né, porque é uma coisa estressante. (E3)

Segundo as mães entrevistadas neste estudo, a rede de apoio é essencial para a autoconfiança materna na amamentação, fazendo-as sentir maior capacidade em amamentar seus bebês. A autoconfiança em amamentar o bebê a partir do auxílio e apoio da equipe de Enfermagem foi confirmado neste estudo e se sobressai nas falas a seguir:

As enfermeiras me seguraram e me ajudaram. Então, naquele momento eu me senti mais confiante de saber que mesmo que fosse mais um bebê para eles, eles não eram indiferentes. Elas me trataram com cuidado. Me explicaram o que era aquilo que era um procedimento necessário. Então eu me senti mais tranquila, sabe? Naquele momento foi muito difícil. Na segunda vez também que eu fui ver o bebê, no dia foi bem difícil (...). Mas também eu sei que eu tive um alento das enfermeiras de lá da UTI e aquilo foi me acalmando. Naquele primeiro dia também eu tinha muito medo de colocar a mão nele e as enfermeiras conversaram comigo e disseram “não é assim não, você pode colocar a mão nele sim, vai ser bom para a recuperação dele. Ele vai sentir você! As enfermeiras sempre me ajudaram. Então, naquele momento de apoio eu me senti mais confiante. (E2)

Ah foi bom, as pessoas do hospital eram boas e deixavam a gente muito confiante e passam uma sensação boa, passavam segurança para você na hora de amamentar. É bom e eu tive isso lá (referindo-se ao Hospital). (E5)

(...) sempre foi maravilhoso contar com a rede de apoio, não tenho nem palavras para dizer, porque você sente que é capaz. A gente que é mãe é capaz de tudo. Mas a gente precisa de boas orientações e uma boa rede de apoio mesmo, é isso que a gente precisa. (E8)

Através destas falas é possível compreender a importância de uma rede de apoio eficiente, pois, há um grande impacto na confiança que a mulher apresenta em si mesma e na sua capacidade em amamentar seu bebê com segurança. As mães também reconhecem o conhecimento prévio que outros familiares já vivenciaram e acreditam que essas experiências são válidas e devem ser consideradas no processo de amamentação em questão.

(...) quando eu cheguei no hospital ela estava no banho de luz e eu fiquei nervosa. A minha irmã ligou pra mim, falou para eu não ficar nervosa e que isso acontece, isso é para o bem da bebê. Então ela falou que ficar nervosa prejudica o leite. Então ela foi minha rede de apoio nessa hora. (E1)

Além do apoio recebido da equipe de enfermagem e dos familiares, as mães deste estudo se apropriaram de outro recurso que também foi identificado como uma rede de apoio: o app *AmamentaCoach*. Nove mulheres utilizaram o aplicativo por mais de um mês, quatro utilizaram este recurso por tempo inferior a um mês e três mães não utilizaram o app após o *download*, restringindo-se apenas ao cadastro. Dez mães relataram que o app influenciou positivamente na sua confiança em amamentar seus bebês e auxiliou no sucesso da amamentação.

As mães que usufruíram dos conteúdos do app demonstraram satisfação em usá-lo como um meio de apoio e “tira-dúvidas”. Além disso, o conhecimento proporcionado pelos itens didáticos do app permitiram à mulher o esclarecimento de dúvidas acerca do aleitamento materno. Uma das mães sugeriu que o app fosse aplicado às gestantes.

O aplicativo é ótimo porque esclarece muita dúvida, tira muita dúvida, ajuda bastante algumas mães que não tem noção do que é amamentar. Ele me ajudou bastante, porque por mais que eu sei algumas coisas, tem muita coisa ali que eu não sabia e me ajudou bastante. Mas ele é super legal, super legal, muito interessante. Nossa! Eu adorei aquele aplicativo. (E3)

É uma ajuda, é uma explicação de forma mais fácil e o ensinamento deles também é mais fácil de compreender. Eu acho que poderiam implantar o aplicativo quando a gente está fazendo a consulta com o obstetra, na hora que estamos nos preparando... Então eu acho que seria muito interessante, sabe? (E15)

Em contrapartida, seis mães verbalizaram que o app não apresentou nenhuma influência em sua autoconfiança para amamentar seu bebê.

Era tanto problema, tanta intercorrência, tanta preocupação que eu não conseguia focar no aplicativo, então para mim não influenciou na minha confiança. (E14)

As justificativas do não uso do app eram pouca memória interna no celular, perda do celular e falta de tempo para navegar nos itens que o app propõe. Uma das mães sentiu-se confortável com o app porque foi

lembrada através de mensagens previamente programadas no próprio aplicativo e isto gerou um sentimento de alegria:

O que eu mais gostei foi da atenção, né. Eu gosto de que a pessoa me dê atenção e mesmo sendo um aplicativo ele me mandava mensagem, estava lembrando de mim. Lembrando de mim e da minha nenê. Ah, eu gostei muito e fiquei feliz... (E12)

Uma fala de apoio, atenção e de orientação, da rede virtual através do app, soou no momento exato da necessidade materna e, com isso, observou-se um fortalecimento em manter a amamentação com o aumento da confiança materna em realizar a amamentação.

Com certeza o aplicativo me ajudou! Ele me fortaleceu mais, o app me mandava recados e me ajudou com a minha própria experiência em amamentar. (E10)

Ele ajudava a gente nas questões emocionais, as questões de como que a gente se sentia naquele dia, né? E essa parte me auxiliou bastante e também tinha a questão de quando você conseguia tirar leite. Hoje a gente consegue ver a evolução e acho que é muito bom você conseguir ver que você conseguiu evoluir (...)então isso passava muita confiança. (E8)

O app *AmamentaCoach* foi um recurso tecnológico que auxiliou de diversas formas, entre elas contribuindo com informações pertinentes ao aleitamento materno, com identificação da evolução pessoal e na amamentação por meio dos registros maternos no aplicativo, na retirada manual do leite, conteúdos descritos com clareza, como um recurso de rápido acesso para tirar dúvidas, como um facilitador da amamentação, como um potencializador da confiança materna e também como um apoio emocional.

6.3 RESULTADOS INTEGRADOS

Nesta etapa do estudo é importante ressaltar quais elementos da etapa quantitativa serão aprofundados a partir de agora com a pesquisa qualitativa, visto ser este o objetivo do método misto explanatório sequencial.

A integração dos dados neste estudo ocorre através de fusão, uma vez que esta é uma forma de integração que ocorre convergindo informações nas seguintes etapas: coleta de dados, análise dos resultados, discussão e interpretação de resultados em um contínuo movimento de comparação/confrontação e/ou corroboração. Os resultados são viabilizados por meio do método Pilar ou facilitada por estratégias de *joint display*.

O método Pilar ou PIP (Processo de Integração depilar) é utilizado para uma representação esquemática da integração dos dados quantitativos e qualitativos em quatro etapas nos estudos de método misto. As etapas do processo são: 1. Listagem, 2. Correspondência, 3. Verificação e 4. Construção do Pilar. O Quadro 7 traz as informações integradas através do método Pilar representados na coluna central deste estudo.

Posteriormente à construção do Pilar, será demonstrada a integração dos resultados no Quadro 8, utilizando os resultados combinados, em inglês, *joint displays*. A criação dos *joint display* facilita a compreensão e interpretação das inferências no processo analítico de integração dos métodos mistos, proporcionando uma representação singular que é melhor capturada visualmente do que por meio de palavras isoladas.

Quadro 7: Processo de Integração dos Pilares (PIP) Etapa Final: Listagem, correspondência, verificação e construção do pilar

QUANT dados	QUANT categorias	CONSTRUÇÃO DO PILAR	QUAL categorias	QUAL código
1.Listagem, 2. Correspondência, 3. Verificação		TEMAS	3.Verificação, 2. Correspondência, 1.Listagem	
<p>As assertivas 4, 5, 6, 8, 9, 11, 14, 15, 16, 17 e 18 da BSES – SF avaliam a confiança na experiência de AM. A maioria das respostas para essas assertivas concentraram-se entre as pontuações 4 (confiante) e 5 (muito confiante).</p> <p>Escolaridade: p valor= 0,05 Renda familiar: p valor= 0,50 Idade: p valor= 0,85 Ocupação: p valor= 0,66</p>	<p>Independente da associação com os fatores sociodemográficos com o nível de AE, mais da metade das mulheres (58%) apresentaram alta AE para amamentar seus filhos PT.</p>	<p>Confirmação entre os escores da AE pontuada pela BSEF – SF e a confiança em amamentar reconhecida pelas falas das mães independente dos fatores sociodemográficos</p>	<p>A confiança materna e a experiência no aleitamento do PT</p>	<p><i>“Ah para amamentar o bebê precisa ser segura e muito confiante... era uma confiança de mãe, né, porque amamentar é dar a vida pelo próprio bebê!” (E9)</i> <i>“Eu gosto de dar mama. Até hoje se ela quiser, ela mama. Se eu pudesse eu continuava amamentando, porque eu gosto, eu consigo fazer isso por ela e pra mim essa é melhor parte” (E15)</i> <i>“Eu sabia que se ele mamasse em livre demanda ele ganharia peso mais rápido, cresceria mais rápido e eu fui vendo isso acontecer e fiquei muito feliz, porque o meu desejo sempre foi amamentar.” (E16)</i></p>
<p>Via de parto atual: P valor= 0,76 Gestações anteriores: P valor= 0,884 Amamentação Anterior associado à AE: P valor= 0,003 IC= 0,90 (0,83 – 0,96)</p>	<p>Não ter amamentado anteriormente reduziu em até 17% a probabilidade de ter alta AE para amamentar seu filho PT quando comparada às mulheres com experiência anterior. A via de parto e a gestação anterior não apresentaram associação estatística com a AE.</p>	<p>A experiência pessoal prévia e a experiência vicária sobre a autoeficácia para amamentar o prematuro</p>	<p>A confiança materna e a experiência no aleitamento do PT</p>	<p><i>“Eu não me sentia segura no começo, foi muito difícil, eu já não tinha conseguido amamentar o primeiro, então já fui com a cabeça fechada, achando que eu não ia conseguir dar mama, ainda mais por serem gêmeos. Acho que por isso a minha confiança era bem baixinha -risos.” (E16)</i> <i>“Eu via as mães fazendo isso né, tirando o leite e colocando lá no freezer (...)aquilo me sensibilizou, e eu fiquei pensando que eu também posso doar (...) e isso me trazia confiança porque eu via outras mães fazendo e comecei a fazer igual” (E4).</i> <i>“Eu retirava sempre, como eu já tenho as experiências anteriores eu priorizei também uma boa alimentação, cuidar também da saúde, cuidar do psicológico.” (E8)</i></p>

<p>Situação Conjugal P valor= 0,119</p>	<p>A maioria das mulheres viviam com companheiro (74,4%), mas essa variável não apresentou associação estatística, na análise ajustada, com o nível de AE para amamentar das puérperas.</p>	<p>A importância da Rede de Apoio e a Persuasão Verbal para as mães amamentarem seus filhos prematuros.</p>	<p>Rede de apoio para a mãe do bebê PT: a família, os profissionais de saúde e o app como um apoio tecnológico</p>	<p><i>“(...)Eu só me sentia capaz de amamentar porque eu tinha ajuda. Meu marido me ajudou, a minha mãe e a minha sogra.” (E3)</i> <i>“Eu tive um apoio grande e tudo o que eu queria saber eu perguntava e me respondiam.” (referindo-se à equipe do Hospital). (E4)</i> <i>Ah foi bom, as pessoas do hospital eram boas e deixavam a gente muito confiante e passavam uma sensação boa, passavam segurança para você na hora de amamentar.” (E5)</i> <i>“(...) sempre foi maravilhoso contar com a rede de apoio, não tenho nem palavras para dizer, porque você sente que é capaz. A gente que é mãe é capaz de tudo. Mas a gente precisa de boas orientações e uma boa rede de apoio mesmo.” (E8)</i></p>
<p>Realização de PN: P valor= 0,63 Orientação sobre AM no PN P valor= 0,01 IC= 0,91 (0,84 – 0,97)</p>	<p>Não ter sido orientada sobre AM no PN reduziu aproximadamente 10% a probabilidade de a mulher se sentir confiante para amamentar seu filho prematuro quando comparado às mulheres que receberam alguma orientação.</p>	<p>A importância da obtenção de conhecimento sobre AM na gestação, pré-parto, parto e puerpério</p>	<p>Rede de apoio para a mãe do bebê PT: a família, os profissionais de saúde e o app como um apoio tecnológico</p>	<p><i>“(...) eu também já sabia como fazer e com as orientações tudo ficava mais fácil. Foi um tempo em que eu me senti forte, por saber (...) que elas iriam estar com o leite materno no corpinho delas.” (E6)</i> <i>“Eu sabia bastante coisa porque eu li bastante sobre amamentação na gravidez.” (E14)</i> <i>“Eu busquei muita informação e fiz o curso de gestantes, por isso eu sabia lidar muito bem com a amamentação e isso me deu segurança para reconhecer quando meu bebê tinha fome e quando ele queria mamar. (E15)</i></p>
<p>As assertivas 1, 2, 3, 10 e 12 da BSES – SF avaliam a produção e extração de leite. A maioria das respostas sobre essas assertivas concentravam-se entre as pontuações 4 (confiante) e 5 (muito confiante).</p>	<p>Mais da metade das mulheres se mostraram confiantes sobre a produção e extração de leite.</p>	<p>As mulheres são capazes de produzir leite e oferece-lo ao seu bebê, ainda que ele não seja capaz de sugar. Isso aumenta a confiança materna para amamentar seu filho PT.</p>	<p>A AE materna na competência de produzir e extrair leite das mamas</p>	<p><i>“Eu me senti bem segura e muito confiante também, eu tinha bastante leite. Ah... Me senti confiante em saber que ele estava vivo e conseguia receber o meu leite! “Ele sugava, mamava e ficava ali, quando quisesse, eu sabia que o meu leite era o melhor que ele poderia receber, porque tinha tudo o que ele precisava...” (E15)</i> <i>“Eu estava muito confiante, eu tive uma boa amamentação porque eu tinha bastante leite.” (E3)</i> <i>“Até as enfermeiras viram que eu estava bem segura porque eu me dediquei a todo momento a isso, eu tirava meu leite para dar pra elas pela sondinha e depois eu tive bastante leite (com lágrimas) ...ver essas duas meninas mamando em mim não tem preço.” (E6)</i> <i>“Eu era muito confiante, porque a minha produção era boa. Nossa, era assim, bastante, vazava até então. Eu não tive problema. Não tive problema nenhum em ordenhar o meu leite, então me sentia tranquila (...), mas enfim, não tive nenhum problema porque eu tive bastante leite e estava segura na amamentação.” (E4)</i></p>

<p>Separação entre mãe e bebê após o nascimento: P valor= 0,45 IC=0,93 (0,75 -1,88)</p> <p>Dias de internação: p valor= 0,46 IC= 0,81 (0,47 – 1,40)</p> <p>Alimentação do RN na alta associado à autoeficácia: P valor= 0,001 IC= 1,14 (1,05 – 1,23)</p>	<p>A separação entre mãe e bebê, bem como o tempo de internação não demonstrou associação estatística com o nível de AE materna. Estar em AME aumentou em até 23% a probabilidade de a mulher se sentir altamente confiante para amamentar seu filho.</p>	<p>O AME deve ser estabelecido desde o início da internação. O bebê não deve receber alta antes do estabelecimento do AME, a fim de desenvolver a AE materna suficiente para a continuidade no domicílio.</p>	<p>Separação entre mãe-filho e a continuidade da amamentação</p>	<p><i>“Nos primeiros dias a gente não teve a amamentação, porque ele foi direto para a UTI Neo e a gente pensa em como vai amamentar o bebê longe de você, mas o processo foi bom e eu consegui amamentar.” (E8)</i></p> <p><i>“Ela nasceu e foi direto para UTI, ela ficou só um dia lá e depois foi para UCI e a gente ficou na UCI mais 27 dias, mamando todos os dias.” (E10)</i></p> <p><i>“Ele nasceu e foi direto para UTI Neonatal, isso me deixou muito triste(...), mas eu tive leite, então mesmo longe dele eu me sentia capaz de amamentar e me sentia muito confiante.” (E15)</i></p> <p><i>“Ele não pegou de primeira porque foi pra UTI, (...) eu tirava e levava para ele a cada horário e eu já sabia os horários que as meninas davam o leite para ele, eu tirava na Maternidade e levava até a neo.” (E16)</i></p>
<p>Idade Gestacional: P valor= 0,56 IC= 1,25 (0,58 – 2,66)</p> <p>Peso de Nascimento: P valor= 0,20 IC= 1,55 (0,78 – 3,10)</p> <p>Alimentação do RN na alta associado à autoeficácia: P valor= 0,001 IC= 1,14 (1,05 – 1,23)</p>	<p>Os fatores clínicos de IG e o Peso de Nascimento, características específicas do prematuro, não demonstraram associação estatística com o nível de autoeficácia materna para amamentar. Estar em AME na alta aumentou em até 14 vezes a probabilidade da mulher se sentir com alta AE, visto que 73,5% dos bebês da amostra receberam alta hospitalar em AME</p>	<p>A prematuridade retarda e dificulta o início da amamentação, impactando sobre a AE materna, entretanto, não impossibilita o estabelecimento do AM</p>	<p>As especificidades clínicas do PT e a sua relação com a AE materna</p>	<p><i>“Tinha dias que eu chegava lá na UTI super animada, achando que eu ia conseguir dar mama, mas não podia, porque não é sempre que pode tirar o bebezinho de lá.” (E2)</i></p> <p><i>“(…) por ela ser muito prematuro, eu tinha medo de pegar ela no colo e nem conseguia imaginar como seria isso pela primeira vez. Nem pensava em amamentar um ser tão pequeno.” (E5)</i></p> <p><i>“Nos três primeiros dias que ele foi para o peito, ele foi aquela criança meio resistente. Bem dorminhoca, bem aquela criança prematura que cansa mais, ele queria dormir mais.” (E8)</i></p> <p><i>“Ela não podia mamar no peito porque respirava rapidinho (...) eu tinha medo de não conseguir amamentar e isso tirava a minha confiança, mas eu podia pegar ela no colo, fazer Canguru, mas não podia amamentar.” (E15)</i></p> <p><i>“Eu não podia dar mama porque ele estava com tubinho, isso me deixou muito triste, fiquei com medo de nunca poder dar mama.” (E16)</i></p>

Fonte: o próprio autor

Quadro 8: *Joint display* construído a partir das inferências deste estudo por meio de fusão de dados quantitativos e qualitativos.



Fonte: o próprio autor

O quadro 8 apresenta as meta-inferências obtidas a partir dos resultados do método misto:

a) O estudo mostrou que a maioria das mães referiram sentir-se autoconfiantes e com altos escores de autoeficácia para a amamentação de seus bebês prematuros. Escores de autoeficácia maiores são responsáveis por predizer o sucesso no AME. Deste modo, infere-se que a escala de autoeficácia materna para mães de bebês prematuros e/ou doentes é um instrumento suficiente para classificar as mães de prematuros no processo do aleitamento materno e ainda, deve ser utilizada por profissionais de saúde para verificar a confiança materna na amamentação do prematuro e intervir conforme a necessidade da mãe e do bebê, protegendo, apoiando e auxiliando na amamentação. No entanto, é importante ressaltar que existem outros fatores não avaliados pela BSES – SF que estão associados com a autoeficácia materna e devem ser analisados pelos profissionais que trabalham com este público, a fim de considerar outros fatores que podem contribuir com AE materna.

b) Verificou-se que, embora a maioria das mães disseram ter se sentido confiantes e auto eficazes na amamentação, a autoeficácia materna para amamentar bebês prematuros pode ser modificada ao longo da internação do bebê ou mesmo após a alta hospitalar, ao longo do processo de amamentação, o que pode ser justificado pelo contexto materno do momento.

c) As experiências maternas integradas aos escores da escala de autoeficácia materna para mães de bebês prematuros e/ou doentes foram coerentes. Houve associação estatística entre autoeficácia e AME na alta hospitalar do bebê prematuro. No entanto, embora houve expressivamente um

número de falas maternas sobre confiança e desejo materno em continuar amamentando, alguns fatores emergiram a partir das falas como dificultares e influentes sob a ótica das mães participantes deste estudo e que não são avaliados pela escala de amamentação do bebê prematuro e/ou doente.

d) Os fatores identificados neste estudo que interferem na autoeficácia materna pela análise quantitativa são: receber orientações sobre AME no pré-natal; Amamentação anterior, e ainda estar em AME na alta do bebê prematuro. Outros fatores que não foram analisados quantitativamente, mas foram citados pelas mães como fatores que podem influenciar a autoeficácia, além de estarem presentes na experiência atual de AM do bebê prematuro, foram: a produção de leite materna satisfatória e o volume de retirada suficiente para o bebê ou para doação, sendo estes dois fatores avaliados pela escala de amamentação do prematuro no domínio de técnicas, pelos itens 1, 2 e 3 da BSES – SF em mães de bebês prematuros e/ou doentes; a rede de apoio familiar e da equipe de enfermagem como fatores que promovem o sucesso da amamentação e é avaliado pelo item 7 da BSES – SF em mães de bebês prematuros e/ou doentes;

e) Dois itens aparecem como importantes do ponto de vista materno no estabelecimento da amamentação, revelando alguma associação com a autoeficácia materna, embora não sejam verificados pela escala: a separação entre mãe e bebê prematuro, como um fator que posterga a primeira sucção, mas que, por outro lado, permite a adaptação materna frente à rotina de estabelecimento da amamentação na retirada do leite manualmente e oferta de leite fresco. Este item, quando analisado pelos dados quantitativos também não demonstrou significância estatística quando associado à autoeficácia

materna, e as especificidades clínicas do pré-termo que postergam a primeira mamada e ainda gera sentimentos de baixa confiança na mãe frente ao contexto da amamentação, uma vez que adia as reflexões maternas sobre a prática de amamentar e como fazê-la.

7. DISCUSSÃO

A autoeficácia (AE) é uma condição da agência humana muito conhecida e explorada na área da psicologia do desenvolvimento e aprendizagem (Gonçalves *et al.*, 2024). É por meio da autoeficácia que as pessoas acreditam em suas próprias habilidades de exercer determinadas funções. Desta forma, o indivíduo escolhe o modo de agir, influenciando o próprio funcionamento e as circunstâncias de sua vida de modo intencional (Bandura, 1986).

A AE materna em relação à amamentação desempenha um papel crucial tanto no início, quanto na manutenção do AME. Um instrumento importante para avaliar essa confiança ou a falta dela é uma escala, baseada nos construtos da Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura, desenvolvida por Dennis e Faux (1999). Altos escores de autoconfiança estão positivamente associados à prática do AME. Alguns fatores como experiências pessoais, modelos de amamentação observados, orientações de especialistas em amamentação, bem como questões fisiológicas, como dor, ansiedade e fadiga, podem influenciar significativamente a confiança materna em amamentar e, conseqüentemente, a prevalência do AME (Van der Sand *et al.*, 2022).

A partir da compreensão do conceito de autoeficácia proposto por Bandura (1986), identifica-se que as mães deste estudo percebiam confiança em si mesmas para amamentar seu filho, pois acreditavam que podiam executar essa tarefa e que tinham habilidade para tal, independente do grau de prematuridade do seu filho e dos desafios futuros que implicam na amamentação do prematuro. Dessa forma, convergindo em maior parte com escores de autoeficácia elevados e, por conseguinte, em maior prevalência de

AME na alta hospitalar do RNPT. As mulheres que tinham elevados escores de autoeficácia neste estudo apresentaram 14% a mais de probabilidade de seus filhos prematuros estarem em AME no momento da alta, quando comparadas com as mães que não tinham alta autoeficácia.

As mulheres que amamentaram previamente obtiveram maiores escores de autoeficácia em relação àquelas que não amamentaram anteriormente (p valor= 0,003), expondo aqui a influência positiva da experiência anterior no sucesso da amamentação presente. Frente a isso, ressalta a importância da experiência pessoal, descrita por Albert Bandura, que é avaliada pelo item 6 da escala de autoeficácia materna entre mães de bebês prematuros: “Eu estou satisfeita com a minha experiência de amamentar”. Além deste, o item 5 da escala “Eu continuo querendo amamentar” entra neste exemplo como uma assertiva que vincula o desejo materno em amamentar à confiança que a mulher tem na prática do aleitamento materno, frente a sua experiência.

Mais da metade das mulheres ($n= 173$) disseram se sentir muito confiantes para o desejo de amamentar o bebê para este item da escala. Segundo Bandura (1986), a experiência pessoal de cada agência humana é um dos pilares para a construção da autoeficácia. Os indivíduos interpretam suas experiências anteriores e, com base nessas interpretações, constroem seus julgamentos de eficácia pessoal. As experiências prévias vistas como positivas servem como indicador de capacidade, e experiências interpretadas como negativas indicam incapacidade (Bandura, 1986).

Como agente humano, o sujeito antecipa suas ações com base nas experiências passadas. Vale ressaltar que neste estudo, mães com

experiência prévia negativa em amamentação, também obtiveram sucesso no AME na alta de seus filhos, indicando a flexibilidade que pode haver na avaliação deste tópico e evidenciando divergências com os resultados quantitativos. Bandura destaca que a experiência pessoal (positiva e negativa) é a principal fonte de autoeficácia. Ou seja, as pessoas se julgam capazes ou não de exercer determinada ação baseadas mais em suas experiências anteriores do que em qualquer outra coisa (Selau *et al.*, 2018). Nesse sentido, as experiências prévias positivas com a amamentação são fatores que determinaram o sucesso na prática do aleitamento materno atual (Souza *et al.*, 2024).

A experiência bem sucedida em relação a amamentação do filho anterior predispõe a mulher a amamentar um novo bebê com mais segurança e sucesso. Dada a importância da experiência na amamentação e no desejo materno em continuar amamentando, estes itens aparecem na escala a fim de participar da pontuação da autoeficácia da mulher. Discussões sobre amamentação sempre estiveram em evidência nas revistas científicas. A amamentação anterior e a experiência em amamentar como fatores que culminam na alta autoeficácia e, posteriormente, no sucesso da amamentação, são achados deste estudo que corroboram com pesquisas antigas e recentes (Uchôa *et al.*, 2014 Castilho, Fernandes, Hofelman, 2023; Souza *et al.*, 2024).

Este fato é de grande relevância para este estudo, uma vez que o escore gerado ao final da aplicação da escala contempla cada um dos seus itens e reforça a principal potencialidade da escala para qual ela foi construída: classificar o escore de autoeficácia entre mães de bebês prematuros a fim de

predizer o sucesso do aleitamento materno, bem como apontar as mulheres com maior risco de desmame precoce.

A teoria social cognitiva discorre sobre os comportamentos das pessoas a partir da autoeficácia, de forma que, quando aderem a comportamentos saudáveis, alcançam os objetivos estabelecidos (Bandura, 1986). Assim, se a mulher acredita que é capaz de amamentar, ela tem maiores chances de amamentar com sucesso. As mulheres deste estudo acreditam ser capazes de amamentar prematuro mediante a todo o contexto da prematuridade e demonstraram verbalmente as experiências favoráveis e desfavoráveis ao AME.

A experiência prévia positiva no processo de aleitamento materno, a ação de observar o sucesso da amamentação de outras mulheres (experiência vicária ou observacional), o apoio e encorajamento de pessoas significativas, incluindo parceiro(a), familiares e ou profissionais de saúde como rede de apoio, reduz os níveis de estresse e tristeza maternos, fazendo com que as mães se sintam tranquilas, menos ansiosas e deprimidas (reação emocional), culminando em maior autoeficácia para amamentação.

Os itens da BSES – SF em mães de bebês prematuros e/ou doentes citados a seguir, pontuam as experiências maternas com o aleitamento materno, contribuindo para as pontuações e altos escores da escala de autoeficácia: 5. Eu continuo querendo amamentar. 6. Eu estou satisfeita com a minha experiência de amamentar. 8. Eu serei capaz de saber quando meu bebê precisa ser amamentado. 9. Eu serei capaz de garantir que meu bebê está pegando o meu peito corretamente durante toda a mamada. 11. Eu serei capaz de amamentar mesmo que meu bebê esteja chorando 12. Eu serei capaz

de amamentar meu bebê sem usar outros tipos de leite como complemento. 15. Eu serei capaz de amamentar meu bebê em todas as mamadas. 16. Eu serei capaz de atender as necessidades de amamentação do meu bebê. e 17. Eu serei capaz de reconhecer quando meu bebê estiver satisfeito. Todas essas assertivas foram pontuadas, majoritariamente com a nota 4 ou 5, revelando que as mulheres com autoeficácia apresentam experiências de sucesso na amamentação, ou ainda, sabem lidar com as nuances do contexto de aleitamento materno.

Além disso, um achado que corrobora com as afirmações desta pesquisa sobre a autoeficácia como um fator modificável, foi descrito também em um estudo realizado na capital de Pernambuco, com 132 gestantes, em que os autores mostraram que a autoeficácia materna para amamentação pode ser modificada quando há intervenções educativas que visam melhorar ou superar os desafios da lactação (Santos *et al.*, 2020).

Identificamos neste estudo que as mulheres brasileiras não se incomodam com a amamentação de seu filho frente a familiares ou em público, uma vez que 135 responderam “confiante” e 123 responderam “muito confiante” para esta assertiva, totalizando mais de 85% das respostas nesta afirmação.

Considerando a importância da experiência vicária frente a esse contexto, as pessoas constroem julgamentos acerca das próprias capacidades por meio da observação de pessoas que julgam ser modelos a serem seguidos (Bandura, 1986). A amamentação em público não foi um item que interferiu negativamente entre as mães de prematuros e na autoeficácia materna, ao contrário, as mulheres brasileiras participantes deste estudo se

julgam auto confiantes em um primeiro momento, logo após o parto, sobre a realização desta prática.

Em um estudo prospectivo e observacional conduzido por Costa, Paredes, Junior, Pegorare (2020) em uma maternidade de um Hospital Universitário e público da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (HU/FUFMS), 101 primíparas mães de bebês termos, foram avaliadas em relação a sua autoeficácia por meio da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES) versão completa. Foi verificado neste estudo que 77% foram classificadas com alta autoeficácia no momento da alta hospitalar que ocorreu dentro das primeiras 72 horas após o parto (Costa *et al.*, 2020). Este achado vai ao encontro dos resultados desta pesquisa, uma vez que (n= 176) 58% se classificavam com alta autoeficácia nas primeiras horas após o parto, obtendo sucesso no aleitamento materno exclusivo de seus filhos na alta hospitalar.

A prática da amamentação é uma estratégia eficaz para a criação do vínculo entre a mãe e o seu bebê, sendo a AE materna para amamentar um fator modificável frente as condições clínicas do bebê prematuro e à medida que reflete na motivação que a mulher tem em desejar, iniciar e persistir na amamentação mediante ao contexto do amamentar que ela vivencia com o seu bebê prematuro (Abuchaim *et al.*, 2023).

As mães de prematuros sentem-se confiantes na amamentação de seus filhos prematuros após o nascimento. Neste momento não consideram as dificuldades que serão enfrentadas. Foi identificado que os fatores relacionados a prematuridade, tais como, oxigenoterapia, taquipneia, sonolência, baixo peso, instabilidade clínica, são dificultadores do processo de AM, mas não são preditores de insucesso. Frente as dificuldades inerentes da

prematuridade, a autoeficácia é um construto modificável que deve ser reavaliado constantemente pelos profissionais para apoio das mulheres que experimentam a amamentação do prematuro, bem como suas peculiaridades.

A BSES – SF em mães de bebês prematuros não contempla as dificuldades maternas na amamentação enfrentadas durante a internação do prematuro em unidade neonatal, mas esta situação apareceu nesta pesquisa como um fator que tem influência sobre a confiança da mulher na amamentação. Tão pouco, a escala pontua sobre as especificidades do prematuro tais como sonolência, com menor tempo de alerta, uso prolongado de oxigenoterapia, hipoglicemias, sucção frágil e dificuldade no controle de sucção-deglutição-respiração, fatores estes que podem resultar no maior tempo de internação (Assunção *et al.*, 2023). Tais características do prematuro podem expor a mulher a maior vulnerabilidade e inseguranças e influenciar a sua autoconfiança para amamentação, como verificado neste estudo.

Ainda é um desafio a amamentação do prematuro. A idade gestacional de nascimento e o peso ao nascer são fatores intrínsecos à prematuridade que podem dificultar o AME, com menor prevalência de amamentação entre esta população. Uma abordagem essencial para amenizar este efeito negativo sobre a amamentação dos prematuros é o Método Canguru (Morais; Aguiar, 2021; Silva; Migoto, 2020; Ruiz *et al.*; 2022).

Embora estas variáveis tenham sido analisadas neste estudo, o tempo de internação, a idade gestacional ao nascimento e o baixo peso ao nascer não demonstraram associação com a variável autoeficácia materna. Importante ressaltar que estes itens também não são avaliados na escala. Foi observado neste estudo que os fatores relacionados à prematuridade podem

postergar o início do AM e impactar na autoeficácia, mas não são, isoladamente um fator preditor de insucesso ao AM.

Este estudo mostrou que 46,7% dos bebês prematuros e/ou doentes foram internados na Unidade Neonatal após o nascimento devido aos fatores intrínsecos à prematuridade ou à dificuldade de adaptação extrauterina, impedindo naquele momento o contato pele-a-pele a permanência do bebê junto a sua mãe, culminando em separação da mãe-bebê em seguida ao nascimento. Para Montanhaur, Rodrigues e Arenales (2020), a separação entre a mãe e o bebê após parto pode ser um evento que suscita sentimentos maternos como medo, culpa, tristeza, insegurança e ansiedade (Montanhaur; Rodrigues; Arenales, 2020). Estes sentimentos foram comuns às mulheres que participaram desta pesquisa, visto que experimentaram a separação com os seus filhos após o parto e revelaram sentimentos como tristeza e ansiedade, que foram evidenciados com a primeira visita da mãe à UTIN.

A separação do bebê de sua mãe após o parto pode causar impactos negativos no início da amamentação e no sucesso do aleitamento, uma vez que posterga a primeira ida do bebê a mama e prejudica o vínculo entre mãe e bebê, mais facilmente construído quando ambos estão em Alojamento Conjunto (Silva; Migoto, 2020; Almeida; Goldstein, 2022). As pesquisas que envolvem tempo de internação do prematuro e amamentação revelam que as taxas de insucesso para o aleitamento materno são altas. Estudos revelam que a separação da mãe e bebê e o tempo de internação do bebê prematuro na unidade neonatal pode ser um dificultador do processo de amamentação (Silva *et al.*, 2019; Silva; Migoto, 2020).

A literatura evidencia que quando há separação entre a mãe e

o seu bebê e, este tempo se prolonga, na internação do RN em UTIN e UCIN, menor será a probabilidade de manter o AME. Estudos afirmam que permanecer em alojamento conjunto com os seus bebês favorece a criação de vínculo entre pais e filhos e estimula o aleitamento materno, porém, em decorrência da prematuridade o AC não se torna possível (Cavalcanti *et al.*, 2018; Dias; Hoffman; Cunha, 2023; Braga *et al.*, 2024).

Deste modo, é importante que a equipe seja empática e sensível com as mães e familiares, para que eles possam enfrentar a internação do bebê da melhor maneira, minimizando os danos e prejuízos que esse período possa acarretar no AM, visto que todas as mães entrevistadas haviam desejado amamentar. A Escala de Autoeficácia Materna não avalia o item “separação do binômio”, mas este evento apareceu neste estudo na forma qualitativa como um fator que implica na amamentação ou no modo como ela será iniciada ou estabelecida.

No presente estudo ainda houve alguns relatos de que a distância entre a maternidade e a unidade neonatal também foi um dificultador para estabelecer o início do aleitamento materno e uma influência sobre a autoeficácia materna, o que vai ao encontro da literatura. No entanto, muito mais que corroborar com o que a literatura aponta sobre a separação entre mãe e filho e o tempo de internação, e a baixa prevalência de aleitamento materno (Morais *et al.*, 2021), foi expressiva o número de falas comprovando que a separação entre mãe e filho e a internação deste em Unidade Neonatal não define totalmente o insucesso da amamentação, visto que não houve significância estatística entre a autoeficácia materna para amamentação e a separação entre a mãe e o bebê.

Na ocasião da separação da mãe e do bebê, as mães passam a ser apenas espectadoras dos cuidados prestados a seu filho, podendo ocasionar o sentimento de perda de sua função materna, frustração e ainda dificuldade em reconhecer-se como mãe. Estes sentimentos podem influenciar a autoeficácia materna, uma vez que o vínculo entre a mãe e seu filho é fragilizado, dificultando a amamentação (Pinto *et al.*, 2018).

Embora os sentimentos que expressam tristeza, insegurança e frustração apareçam, por meio deste estudo, observou-se que o tempo de internação prolongado pode ser também um potencial facilitador do preparo materno e segurança na amamentação. Isso pode ocorrer visto a persuasão social e experiência vicária apreendidas na unidade neonatal através da informação transmitida por outros profissionais.

Como exemplo, uma das mães referiu retirar o leite das mamas na maternidade a cada 3 horas, para levar até à UTIN e ofertar ao seu bebê. Temos ainda que, uma das participantes, mãe de RNPT extremo, com duas experiências prévias com amamentação sem sucesso, esteve com seu bebê durante a internação e recebeu alta em AME após mais de um mês de internação. Neste último contexto, partindo do conceito de experiência pessoal da Teoria Social Cognitiva, este item, embora tenha sido negativo para esta mãe, não foi um fator gerador de insucesso na amamentação atual, mesmo que a mulher tenha demonstrado insegurança em suas falas e medo de falhar novamente na amamentação de seu filho. Segundo ela, a rede de apoio foi o principal fator que facilitou a amamentação e permitiu que a autoeficácia materna fosse construída.

O tempo de internação prolongado decorrente da IGN e do BPN também pode ser um fator protetor do AME na população de bebês prematuros. Aqui temos como premissa de que a presença dos pais em unidade neonatal, prestando os cuidados aos seus filhos no período de hospitalização, pode favorecer o aleitamento materno em seus diversos aspectos, fisiológicos e emocionais, tendo como princípio para esta afirmação a experiência vicária e a persuasão social. Embora os desafios da amamentação sejam evidentes na literatura, estes podem ser superados com orientações efetivas pelos profissionais de saúde, fortalecimento da rede de apoio e auxílio no manejo do aleitamento materno (Silva; Migoto, 2020).

Um estudo realizado por Silva e Migoto (2020) revelou que o baixo peso no nascimento está associado à interrupção precoce do aleitamento materno. Os autores descreveram que o BPN pode levar à mãe a acreditar que o seu leite não é suficiente para atender às necessidades do recém-nascido e promover o ganho de peso adequado (Silva; Migoto, 2020). Por outro lado, bebês que nasceram com peso maior, pode estar relacionado à interrupção precoce da amamentação, já que os bebês com peso mais elevado, por permanecerem menos tempo no hospital, podem não receber o apoio especializado necessário para a amamentação em como orientações sobre retirada de leite e manutenção do AM do bebê prematuro (Perin *et al.*, 2022).

A produção de leite é um fator caracterizador do sucesso do AM. O estado fisiológico e/ou emocional da mulher é fortemente avaliado pelo construto da escala de autoeficácia materna entre mães de bebês prematuros e/ou doentes. Por meio dos itens a seguir, é possível avaliar a confiança materna frente ao seu desejo de amamentar e a confiança em si mesma a

respeito do volume de sua produção de leite: 1. Eu consigo retirar leite da mama suficiente para o meu bebê, 2. Eu consigo lidar com o fato de que retirar leite da mama e/ou amamentar podem ser demorados, 3. Eu consigo lidar bem com qualquer situação da amamentação (retirada de leite da mama e a amamentação em si) da mesma forma que faço com outras tarefas difíceis, 10. Eu serei capaz de saber se meu bebê está recebendo leite suficiente no meu peito, 14. Eu serei capaz de amamentar meu bebê até esvaziar o peito antes de mudar para o outro e 18. Eu serei capaz de substituir a retirada do leite das mamas pela amamentação, na maioria das mamadas ou em todas elas.

Para Bandura (1986), uma das fontes da Autoeficácia é o estado fisiológico/emocional. O autor descreve que esse item se pauta em indicadores fisiológicos que revelam como os agentes se sentem frente às suas emoções e competências físicas e fisiológicas. No caso deste estudo, como as mulheres se sentem frente à prática da retirada do leite das mamas e a sua produção láctea. Fatores como a ansiedade, o estresse e a dor são reações do organismo que um indivíduo pode sentir ao enfrentar situações ameaçadoras. Tais estados fisiológicos podem ser interpretados pelo sujeito como falta de capacidade em executar determinado curso de ação. Neste caso, a mulher que produz leite insuficiente para o seu bebê pode se sentir incapaz de amamentar e diminuir a sua confiança ao vivenciar a amamentação, uma vez que os fatores estressores podem impactar no volume de produção láctea da mulher (Araújo *et al.*, 2023; Meliante *et al.*, 2023).

Além de ser avaliada pela escala de autoeficácia materna e estar associada à autoconfiança na amamentação, a produção de leite e o manejo da retirada láctea manualmente são fatores que impactam

positivamente no sucesso do AM, bem como na confiança da mulher em amamentar. O volume de leite suficiente ou uma produção volumosa que culminava em doação para o Banco de Leite Humano, são fatores fortemente associados à capacidade da mulher na amamentação de seu filho prematuro.

Um estudo realizado em uma maternidade pública no RJ, com selo de IHAC, contou com a participação de 19 mães de RNPT, que estavam com os filhos internados na Unidade Neonatal, realizando a extração do leite das mamas. Os autores observaram que as mulheres com produção satisfatória consideravam a retirada do leite como uma forma do bebê crescer saudável. Assim as mães depositam sua confiança em amamentar sobre a sua própria produção de leite, vendo que isto contribui para a saúde dos RNPT, pois prover o leite é o mesmo que dar continuidade à conexão entre mãe e filho que foi quebrada com a separação mediante ao nascimento prematuro (Pereira *et al*, 2018). Embora o RNPT possa ter dificuldades de sucção, a retirada do leite, a) observação de produção láctea volumosa e a oferta de leite fresco ao bebê, proporciona aumento da autoeficácia materna e competência a esta mulher de que ela pode amamentar o seu filho prematuro, como identificado neste estudo.

Nota-se que a forma como o indivíduo interpreta suas reações são mais importantes do que a reação fisiológica por si só. A partir disso, temos neste estudo que mulheres que produziram leite insuficiente para o seu bebê tentaram amamentar até o desmame total, ressaltando o desejo em amamentar o seu filho com o leite materno, mas sem esta possibilidade, frente a baixa produção de leite. Os fatores que influenciam na produção de leite, segundo Angelo *et al* (2020), apontados em seu estudo foram: estresse, problemas

emocionais, dificuldades de sucção, problemas anatômicos com as mamas e o retorno precoce ao trabalho.

Um ponto que chama a atenção é o entendimento incorreto sobre a baixa produção de leite e a espera pela apojadura. Este item apareceu como uma dificuldade materna e incompreensão de que inicialmente a produção materna é suficiente para o seu bebê por meio da produção de colostro, até o início da apojadura. Isso pode ser explicado pelos sentimentos de ansiedade e angústias maternas pela espera em amamentar e ainda, considera-se a falta de informações sobre o processo fisiológico que ocorre durante toda a amamentação. Estudo produzido por Silva; Migoto (2020) determina que os fatores relacionados aos primeiros dias da amamentação são decisivos para o sucesso do aleitamento materno futuro.

Mulheres com maiores escores de autoeficácia materna obtiveram maior sucesso no estabelecimento do aleitamento materno exclusivo na alta do bebê prematuro (p valor= 0,001). Neste estudo o alto escore de autoeficácia demonstrou ser um preditor para o AME na alta do RN (RP= 1,14). Portanto, foi verificado através deste estudo, que a maioria das mulheres foram classificadas com alta autoeficácia e seus bebês receberam alta em AME, sendo estas variáveis associadas estatisticamente. Este achado permite compreender que a escala de autoeficácia materna para mães de bebês prematuros e/ou doentes é uma ferramenta capaz de predizer o quão confiante a mulher se sente na execução da amamentação e ainda, inferir o sucesso do aleitamento materno.

Para Van der Sand e colaboradores (2022), os desfechos que estão associados ao sucesso da prática do AM têm relação com autoeficácia

materna, incentivo, através da persuasão verbal, persistência, apoio e estratégias adequadas para o estabelecimento da amamentação. Os autores afirmam que a duração da amamentação é afetada pela carência de informações às mães e familiares desde a atenção pré-natal e puerperal (Van der Sand *et al.*, 2022).

Neste estudo observou-se que a maioria das mulheres haviam realizado PN, no entanto, quase nenhuma recebeu informações sobre AM durante este período. As mulheres orientadas acerca da amamentação durante o pré-natal possuem maiores sucessos no aleitamento do filho presente e maior probabilidade de manter o AME. Quando orientadas com a presença de familiares ou companheiro este item torna-se ainda mais fortemente associado à autoeficácia materna (Barbosa; Reis, 2020). Os achados na literatura expressam o impacto que a persuasão verbal possui diretamente com o elevado nível de autoeficácia, pois ao realizar estratégias educativas, prestar informações positivas, de incentivo, de apoio, bem como aconselhar as mães e seus familiares a respeito da amamentação, alcança-se um aumento da confiança em amamentar (Santos; Andrade; Abrão, 2016).

O presente estudo demonstrou que 79,1% (n= 239) das mulheres não foram orientadas sobre aleitamento materno durante o período do pré-natal. Convergindo com o que é visto nas evidências científicas, as mães orientadas pelos serviços de saúde e hospitais amamentam com mais confiança e durante mais tempo, visto que as mulheres que não foram orientadas sobre AM no PN obtiveram aproximadamente 10% de probabilidade a menos de alta autoeficácia materna quando comparadas com as mulheres

que receberam algum tipo de informação sobre AM no período do PN (Penedo *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2023).

Uma pesquisa realizada no município de Acarape, Ceará, em 2017 constatou que 63,8% das 80 mulheres participantes que deram à luz em um período de coleta de cinco meses, negaram ter recebido orientação sobre amamentação durante o período pré-natal (Visintin *et al.*, 2017). É importante ressaltar que o pré-natal oferece oportunidades para os profissionais de saúde promoverem, dialogarem e apoiar a amamentação durante a gestação, um período em que a mulher irá decidir sobre amamentar ou não, no entanto, não é somente durante o PN que mulheres podem e devem receber informações sobre o ato de amamentar (Lima *et al.*, 2019).

Destaca-se nesta pesquisa o número significativo de mulheres que referem não ter recebido orientação sobre amamentação no pré-natal, convergindo com a etapa qualitativa, em que as mães confirmam a ausência de informações sobre AM entre os prematuros. A variável orientação sobre aleitamento materno durante o pré-natal com respostas para sim e não apresentou significância estatística quando associada ao escore de alta autoeficácia, com p valor= 0,010 e $RP=0,91$. Outro estudo apresentou em seus resultados que a variável orientação sobre AM no PN não demonstrou significância estatística sobre a autoeficácia materna (Cavalcanti; Caminha; Figueira, 2015).

A maioria das mulheres entrevistadas não receberam orientações de amamentação durante o PN. Embora este seja um período de prepara a mulher para a amamentação, também pode adiantar experiências que talvez a mulher não experiencie. No entanto, as mulheres deste estudo, em

sua maioria esclarecidas, obtiveram informações sobre AM de outras formas, através da busca ativa por informações acerca do tema na *internet*, nas mídias sociais e ainda pelo próprio aplicativo *AmamentaCoach*, o que se configura neste estudo como rede de apoio e ainda como uma fonte de persuasão social. Portanto, as orientações embora não tenham sido ofertadas durante o pré-natal, foram alcançadas pela autonomia da mulher que busca ativamente por informações e constrói o seu próprio conhecimento fortalecendo a si mesmo e buscando por apoio em suas dúvidas.

Observado isto, verificou-se como um fator altamente associado à autoeficácia materna a rede de apoio. No item 7 da escala de autoeficácia materna para mães de bebês prematuros e/ou doentes temos a seguinte assertiva: “eu consigo obter ajuda com a amamentação se eu precisar (ou quando precisar)”, onde é analisada a rede de apoio da mulher como um fator que contribui para a autoeficácia materna e recebe pontuações de 1 “nada confiante” a 5 “muito confiante”, contribuindo para o escore final da escala.

A rede de apoio refere-se ao conjunto de pessoas, grupos e instituições que apoiam a mulher durante o período da amamentação. Esse apoio pode ser oferecido de diversas maneiras, seja dando atenção e acolhimento, oferecendo carinho e cuidado, na divisão das tarefas domésticas no puerpério, participando do cuidado das outras crianças, cuidando de sua saúde, acompanhando-a nas consultas dela e do bebê, ficando com o bebê para ela poder descansar, orientando-a quanto às boas práticas para o sucesso do aleitamento materno, apoiando-a física e emocionalmente durante as dificuldades e proporcionando apoio nas mais diversas situações do dia a dia conforme a necessidade de mulher (SBP, 2024).

A integração dos dados demonstrou que a presença de rede de apoio para a mulher que amamenta o prematuro é fundamental para que se obtenha altos escores de autoeficácia e confiança materna, fatores que culminam no sucesso do aleitamento materno. Os integrantes que compõem a rede de apoio das mulheres neste estudo são, predominantemente parentes próximos, a mãe, a irmã, o marido, a tia e a sogra e os profissionais de saúde da equipe de Enfermagem, além do app *AmamentaCoach*.

Neste estudo 69,9% (n= 211) viviam com companheiros, estando casadas ou em união estável. Na análise bivariada a situação conjugal foi uma variável que apresentou significância estatística, mas foi excluída após o modelo final da análise multivariada da regressão logística de Poisson, uma vez que não apresentou associação estatística após o ajuste de modelo. Entretanto, foi expressivo o número de falas sobre a importância da rede de apoio contrapondo a estatística descritiva aqui analisada. Estudos revelam que ter um companheiro fixo como rede de apoio é um fator associado ao sucesso da amamentação, no entanto, muito mais que o apoio do cônjuge, se faz necessário uma rede de apoio que vai além da presença do companheiro e que seja capaz de fortalecer a mulher através da persuasão verbal, conferindo a ela maior potencial de autoeficácia para amamentar o seu filho prematuro (Souza *et al.*, 2020).

Estabelecer o AME entre a população de bebê prematuro é possível, embora as particularidades clínicas comprometam o início deste processo em alguns casos (Figueiredo *et al.*, 2022). Deste modo, a mulher precisa do apoio de uma equipe multidisciplinar capacitada que esteja disponível para realizar os cuidados necessários junto à mãe, ao bebê e à

família. Um estudo qualitativo realizado por Tronco e Teles (2020) que contou com a participação de 15 mães de prematuros tardios, verificou a necessidade da rede de apoio das mulheres até mesmo em acompanhamento domiciliar, fator não analisado neste estudo, porém segundo os autores, necessário para a promoção do aleitamento materno (Tronco; Teles, 2020).

As famílias das mulheres deste estudo desempenharam um papel de notável influência na amamentação do RNPT, como visto em outros estudos. Uma das puérperas ainda referiu ter uma experiência gratificante na amamentação após o parto, pelo fato de ter uma forte rede de apoio da família e da equipe de enfermagem. Ainda que a amamentação seja algo exclusivamente da mãe, a rede de apoio apareceu em evidência neste estudo como capaz de auxiliar a mulher em outros momentos, até mesmo serviços domésticos, para que essa mulher que amamenta não se sinta desamparada. Ao contrário, que ela se sinta empoderada e confiante e encontre descanso quando precisar.

Este estudo mostrou que a rede de apoio é essencial para a autoconfiança materna na amamentação, fazendo-as sentir maior capacidade em amamentar seus bebês. A mulher que possui uma rede de apoio forte, tem maior autoconfiança em amamentar o bebê a partir do auxílio da família e do apoio da equipe de Enfermagem, uma vez que sentem segurança em solicitar ajuda sempre que precisam, conforme avaliado na escala de autoeficácia. Isto se confirma no estudo de Abuchaim et al (2023), em que os autores verificaram a influência da rede de apoio sobre a autoeficácia materna e o sucesso do aleitamento materno, revelando forte associação estatística entre a rede de apoio e a autoeficácia materna. Outros fatores identificados pelos autores que

demonstraram associação com a autoeficácia materna foram: ter companheiro, experiência pessoal positiva e experiência vicária satisfatória (Abuchaim *et al.*, 2023).

Além do apoio recebido pelos familiares, as mulheres afirmam que a equipe de enfermagem tem um papel indispensável no que se refere à amamentação. Estes achados corroboram com o conceito de persuasão social. Segundo Bandura, em sua Teoria Social Cognitiva, no contexto da persuasão social os indivíduos também criam e desenvolvem crenças de autoeficácia por meio de incentivos dos outros, que podem ser feitos de forma verbal ou não verbal. Além disso, o ambiente social pode persuadir o sujeito de que ele é, ou não é, capaz de realizar determinado conjunto de ações. Daí a importância da família e da equipe de enfermagem no apoio e incentivo à manutenção do aleitamento materno para que a mulher se sinta confiante neste processo.

Os estudos atuais ressaltam a importância dos profissionais de saúde, sobretudo dos enfermeiros e da equipe de enfermagem, na prevenção, estímulo da autoconfiança materna, identificação precoce e manejo das intercorrências mamárias, de forma a contribuir com o AME (Holanda; Silva, 2022).

A integração entre os dados de ambas as abordagens que o método misto possibilita, eleva o nível do estudo e revela um resultado que não seria alcançado isoladamente em apenas uma das abordagens de pesquisa. Este modo de pesquisar tem sido um desafio crescente nas pesquisas em saúde, uma vez que possibilita responder perguntas como “quantos” e “por que” no mesmo estudo, por meio da integração entre os dados (Lorenzini, 2017).

Foi observado que a escala utilizada reproduz resultado de forma consistente. Contudo, a referida escala desde sua versão original não determina os pontos de corte que classificam a mulher com alta, média e baixa autoeficácia. Sabemos apenas que a pontuação mínima é 18 pontos, conforme a escala *Likert* e a pontuação máxima atinge 90.

Há muitos anos se discute sobre os critérios de pontos de corte de uma escala que devem ser seguidos no instrumento de avaliação determinar o que se propõe. O ponto de corte de uma escala é importante para bem mensurar o que se deseja e deve ser realizado por meio de cálculos estatísticos (Angoff, 1971; Martin; Raju, 1992). Frente a isso, foi proposto neste estudo um ponto de corte arbitrário para que as mulheres pudessem ser classificadas em alta e não alta autoeficácia, a partir da inferência de um estudo realizado por Souza e Fernandes (2014).

Ter pontos de corte precisos e padronizados contribuirá para a uniformização dos resultados da escala, uma vez que a confiança da mãe em sua capacidade de amamentar, ou autoeficácia materna, é um fator que impacta no desmame precoce. Estudos indicam que 27% das mulheres que foram classificadas com baixa confiança na amamentação durante a gestação interromperam o aleitamento materno dentro da primeira semana após o parto. Aquelas com menor confiança apresentaram um risco 3,1 vezes maior de interromper a amamentação em comparação com aquelas que se sentiam totalmente confiantes (Oriá; Ximenes, 2010).

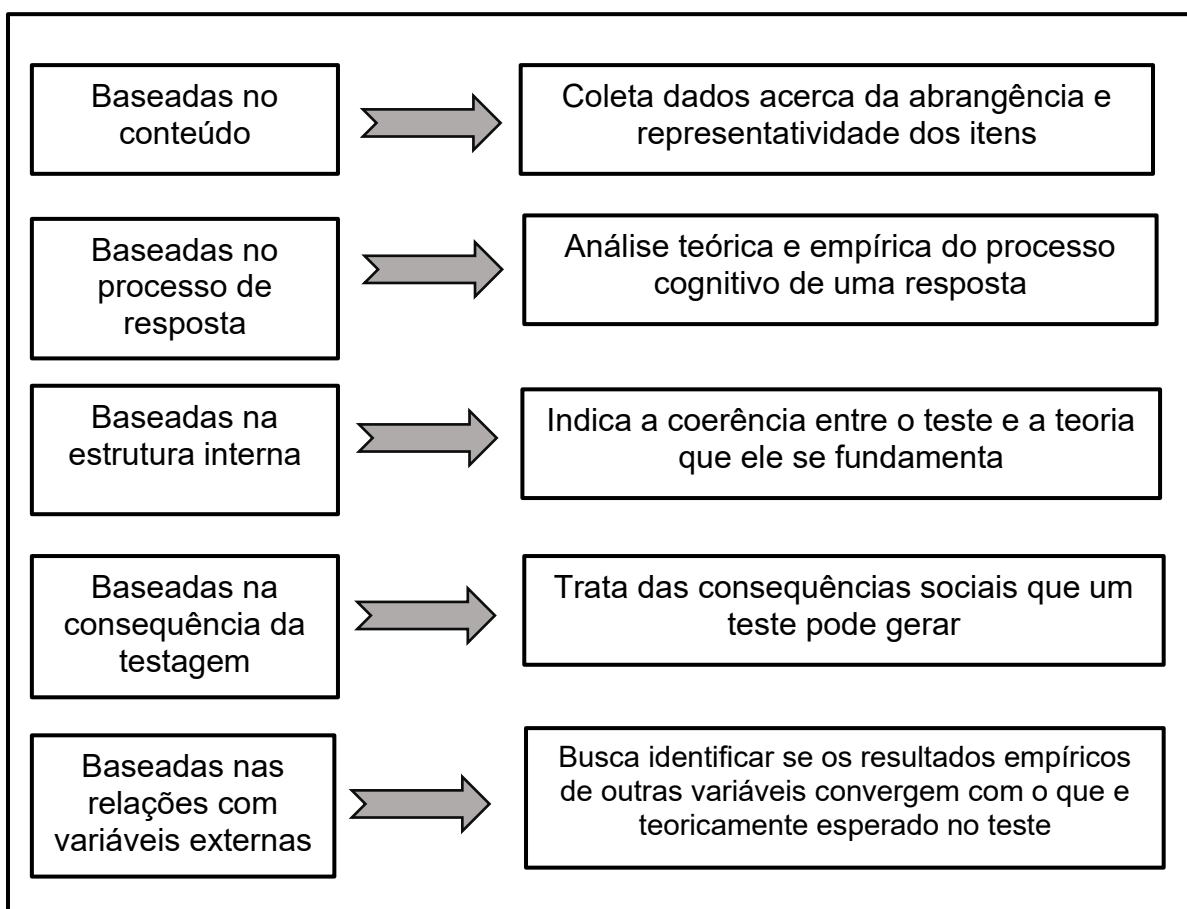
Considerando a importância de uma escala na avaliação do que ela se propõe mensurar, ressalta-se que para a utilização de um instrumento com variáveis psicométricas deve ser, inicialmente, proposto um

estudo metodológico com etapas bem definidas. Segundo a edição mais recente dos Standards, a validade é compreendida como o grau em que as interpretações dos resultados do teste sustentam a evidência e a teoria (APA, 2014).

Na literatura encontra-se, a primeira versão dos Standards, onde foi definido quatro tipos principais de validade: conteúdo, preditiva, concorrente e de construto (APA, 1954). As edições subsequentes dos Standards mantiveram a fragmentação para a validade de um teste, relacionando cada tipo de validação aos objetivos dos testes, sendo conceituados da seguinte forma: avaliar o desempenho do indivíduo em diversas situações (conteúdo), prever futuros resultados de acordo com um critério específico (criterial) e inferir a magnitude de um traço que o indivíduo possui (construto) (APA, 1966; APA; AERA; NCME, 1974).

Segundo Standards (AERA, APA, NCME, 2014) um novo modelo explica a validação de um teste e trata toda validação como um processo de teste de hipóteses. Atualmente, verifica-se se as hipóteses fazem sentido a partir do referencial em que o teste foi projetado e se os resultados permitem fazer inferências sobre as pessoas, passando a então a ser denominado como fontes de evidência de validade. O Standards for educational and psychological testing (AERA, APA, NCME, 2014) cita cinco fontes a serem utilizadas como evidências de validade descritas no quadro a seguir:

Quadro 9: Síntese das fontes de evidências de validade descritas por *Standards for educational and psychological testing* (AERA, APA, NCME, 2014)



Fonte: o próprio autor (adaptado de UFSC)

Com o intuito de propor um ponto de corte que identificasse mulheres com maior risco ao desmame precoce e passível de intervenções, Nanishi e colaboradores desenvolveram um estudo de intervenção em 2015 no Japão. A amostra deste estudo era composta por 378 puérperas mães de RNT que foram submetidas à aplicação da BSES – SF antes da alta hospitalar e foram acompanhadas em 4 semanas e 12 semanas após o parto, a fim de verificar a situação de amamentação dessas mulheres. Foi utilizado uma curva ROC (Receiver Operating Characteristic) para a definição do ponto de corte que classifica a mulher que não possui alto risco para desmamar o seu filho e àquelas que possuem alto risco para deixar de amamentar. O ponto de corte sugerido pelos autores para a BSES – SF foi escore de 50 pontos (NANISHI et al., 2015).

Diante da ausência de um ponto de corte pré-estabelecido pela BSES – SF em mães de bebês prematuros e/ou doentes, foi proposto neste estudo um ponto de corte arbitrário para que as mulheres pudessem ser classificadas em alta e não alta autoeficácia, a partir de inferências e dedução por raciocínio lógico de um estudo realizado por Souza e Fernandes (2014). No entanto, os autores assumem que este ponto utilizado pode ser uma fragilidade deste estudo, especialmente no que tange ao reconhecimento de mulheres que podem apresentar maior risco ao desmame precoce e necessitar de intervenções.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Até o momento, este é o primeiro estudo de nosso conhecimento que buscou integrar os escores da BSES – SF em mães de bebês prematuros e/ou doentes com as experiências reais referidas por estas mães após a tradução e adaptação transcultural da escala para o contexto brasileiro. A fim de compreender os escores da escala com o que a mulher de fato expressa sobre a sua capacidade e autoconfiança em amamentar o seu filho prematuro, culminando no sucesso do AM, foi realizado um estudo de método misto que se mostrou potencialmente adequado para a identificação dos fatores que podem estar associados à autoeficácia materna na amamentação de mães de bebês prematuros e/ou doentes.

A estratégia de utilizar método misto mostrou-se bastante eficaz para elucidar aspectos que não são explorados pela escala, embora tenham se mostrado importantes para avaliar a autoeficácia materna, uma vez que podem interferir na confiança que a mulher apresenta sobre si mesma ao longo deste processo. A estratégia sequencial explanatória adotada neste estudo atendeu ao propósito de explicar os resultados iniciais em maior profundidade. Ainda, foi possível buscar explicações sobre os aspectos que influenciam a autoeficácia da mãe do bebê prematuro em diferentes contextos sob a ótica de suas experiências.

A partir da análise deste estudo emergiram cinco eixos temáticos relacionados às experiências maternas que corroboram com a escala de autoeficácia: A confiança materna e a experiência no aleitamento do pré-termo; a autoeficácia materna na competência da extração de leite das mamas; separação da mãe e filho e a continuidade da amamentação; as especificidades

clínicas do bebê prematuro e a relação com a autoeficácia materna; rede de apoio para a mãe do bebê prematuro: a família, os profissionais de saúde e o app como um apoio tecnológico e o último. Na etapa quantitativa foi observado que três variáveis apresentaram significância estatística no que tange à alta autoeficácia materna e foram elas: ter sido orientada sobre Aleitamento Materno previamente durante o pré-natal, ter amamentado anteriormente e ter um bebê em aleitamento materno exclusivo no momento da alta hospitalar. Estes fatores demonstram associação com a autoeficácia materna e refletiram diretamente no sucesso da amamentação do prematuro, conforme demonstrado pelos nossos resultados.

A escala de autoeficácia materna para mães de bebês prematuros e/ou doentes propõe classificar a autoconfiança que a mulher tem em si mesma para executar com habilidade a amamentação com seus filhos pré-termos. Verificou-se neste estudo que o maior potencial da escala em questão é a contemplação de um construto, a autoeficácia materna, que é modificável durante o manejo e estabelecimento da amamentação a depender do contexto e realidade materna junto ao seu filho prematuro.

Neste estudo identificamos que após o nascimento do bebê prematuro as mulheres sentem-se predominantemente confiantes para amamentar seus filhos, sendo identificado na pesquisa quantitativa e ainda, confirmada pela pesquisa qualitativa deste estudo. A alta autoeficácia materna foi identificada como um fator modificável ao longo do processo de amamentação, uma vez que, embora as mães sentiam-se confiantes, a capacidade que elas tinham nelas mesmos em amamentar oscilava diante de determinados contextos, como a separação do seu filho após o nascimento e a

instabilidade clínica do prematuro. Este achado permite considerar a aplicação da escala de autoeficácia materna em outros momentos, a fim de identificar fragilidades da mulher diante da amamentação e intervir neste processo.

Deste modo, uma das propostas elucidadas por esta pesquisa é que a escala de autoeficácia materna para mães de bebês prematuros e/ou doentes pode ser utilizada como uma ferramenta por profissionais de saúde junto às mães que vivenciam essa experiência. As pesquisas quantitativa e qualitativa demonstraram que as mães de prematuros se sentem confiantes em amamentar seus filhos quando respondem a escala e também ao serem abordadas sobre este assunto na entrevista.

Embora a maioria dos estudos demonstrem que a idade gestacional ao nascimento, o peso de nascimento e o tempo de internação podem interferir negativamente no estabelecimento da amamentação, estes fatores não foram estatisticamente significantes neste estudo, o que nos permite inferir que são importantes, mas não são determinantes deste processo, visto que a maioria das mães obtiveram sucesso com o aleitamento materno do prematuro mesmo em detrimento destas circunstâncias.

Durante as entrevistas, as mães de bebês prematuros relataram algumas dificuldades em amamentar o bebê. Foi identificado que muitas vezes um bebê não consegue ser amamentado por motivos importantes relacionados à prematuridade tais como separação do bebê e da mulher após o nascimento, sonolência, hipoglicemia e oxigenoterapia prolongada, que dificultam a ação da mãe às necessidades nutricionais de seu filho internado, e, ainda, postergam a primeira ida do bebê à mama. Estes fatores podem ser amenizados pela intervenção da equipe de saúde e da rede de apoio da mulher,

especialmente no que tange à compreensão de ambos sobre a influência que esses dificultadores expressam sobre a decisão da materna na manutenção do aleitamento materno.

Isoladamente, a prematuridade não demonstrou ser um fator totalmente determinante para o insucesso da amamentação, visto que a IG ao nascimento não foi um fator determinante para a autoeficácia materna. As mães de prematuros, embora sentissem dificuldades referentes às problemáticas da prematuridade, mantiveram expressivamente o desejo em continuar amamentando, sendo confiantes neste processo e obtendo, em sua maioria, sucesso nesta prática. O fato de ter um filho prematuro tão somente não interferiu na confiança autorreferida pela mulher por meio da escala de autoeficácia aplicada até 120 horas após o parto, independente das adversidades que são enfrentadas pelas mães dos bebês prematuros.

Neste estudo, ficou evidente a importância da rede de apoio para o processo de amamentar o bebê prematuro e como a presença da rede de apoio influencia e impacta na amamentação. Os profissionais de enfermagem são os principais apoiadores deste processo e exercem fundamental importância no auxílio à amamentação desde a gestação, nos primeiros dias após o parto e também após a alta hospitalar. A família contribui com a mulher após a alta do bebê e se revela um ponto de apoio capaz de transmitir informações importantes para a mulher no período puerperal. O app *AmamentaCoach* foi visto como um recurso de apoio tecnológico capaz de auxiliar as mulheres em qualquer local, em casa ou no hospital, garantindo até mesmo reciprocidade com a mulher.

Observou-se que entre os fatores associados à interrupção do AME e a autoconfiança materna, os problemas com as mamas, observados aqui na dor e no surgimento de lesão mamária, são variáveis relevantes do ponto de vista da amamentação sob a ótica das mães, uma vez que elas puderam identificar a pega incorreta a partir do surgimento de dor, o que vai ao encontro da literatura. Este fator, embora seja avaliado pela escala de autoeficácia não foi determinante para o sucesso do aleitamento materno

A partir da associação das respostas provenientes da entrevista e análise dos dados quantitativos foi possível compreender o sentido de sucesso no aleitamento materno expresso pelas mães que utilizaram o app como um recurso de modo a auxiliá-las no AM. Alguns fatores apareceram neste estudo como relatos importantes sobre o processo de amamentação do bebê prematuro, no entanto, não foram determinantes. O desejo de continuar amamentando e a produção de leite suficiente e volumosa são itens apontados e avaliados pela escala de autoeficácia que apareceram fortemente como fatores que refletem a amamentação, culminando em sucesso e autoconfiança na prática do aleitamento materno.

Cumprе ressaltar que a análise integrada dos resultados nos métodos mistos, a luz do referencial de Bandura da Teoria Social Cognitiva, possibilitou a elaboração de meta-inferências revelando a presença de uma abordagem positiva para com a mãe do bebê prematuro durante a amamentação. A escala de autoeficácia materna para mães de bebês prematuros e/ou doentes demonstrou ser aplicável ao contexto materno, embora outros fatores externos à mulher tenham aparecido como influentes no processo de amamentar um filho prematuro. Este achado permite compreender

que a escala de autoeficácia materna para mães de bebês prematuros e/ou doentes é uma ferramenta capaz de predizer o quão confiante a mulher se sente na execução da amamentação e ainda, inferir o sucesso do aleitamento materno.

Assumimos que a falta de definição previamente determinada sobre os pontos de corte da escala originalmente construída que classificam a mulher na perspectiva da sua confiança como: baixa autoeficácia, média autoeficácia e alta autoeficácia, é uma fragilidade deste estudo, devido a definição arbitrário do ponto de corte para análise dos resultados. Tanto assim, identificou-se que as mães classificadas com média autoeficácia pela escala, se autodeclararam como mães pouco confiantes, com baixa autoeficácia. Esta informação permite inferir que é necessário um novo estudo para que este ponto de corte entre as mães que são classificadas com baixa e média autoeficácia, de fato, expresse de forma equivalente, o que a mulher sente sobre si mesma e o que ela diz sentir. Os autores deste estudo sugerem novas pesquisas acerca do melhor ponto de corte da Escala de Autoeficácia Materna para mães de bebês prematuros e/ou doentes, mais ajustado à sua população e ainda, quiçá, novas abordagens qualitativas com puérperas mães de bebês prematuros e/ou doentes em outros momentos após a alta, em intervalos tais como 4, 6 e 12 meses.

A partir deste estudo surge o interesse em realizar novas pesquisas a despeito desse assunto a fim de elucidar questões ainda não respondidas neste trabalho que são importantes para compreender de fato os fatores que levam ao escore de alta autoeficácia materna entre as mães de bebês prematuros e o sucesso da amamentação nesta população.

9. REFERÊNCIAS

ABUCHAIM, E. DE S. V. et al. Ansiedade materna e sua interferência na autoeficácia para amamentação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, 2023.

ADRIANO, A. P. dos S.; SOUTA, E. S.; LOPES, L. S.; SANTOS, M. L. S. dos; LOBATO, M. V.; SANCHES, R. P.; ALMEIDA, S. N. S.; SILVA, T. de M. da; DIAS, N. M. Neonatal mortality related to prematurity. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 4, p. e27511421565, 2022.

A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (em inglês). Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/documentos/agenda-2030-para-desenvolvimento-sustentavel-em-ingles>>. Acesso em: 23 jun. 2024.

ALBERTON, M.; ROSA, V. M.; ISER, B. P. M. Prevalence and temporal trend of prematurity in Brazil before and during the COVID-19 pandemic: a historical time series analysis, 2011-2021. **Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 32, n. 2, 2023.

Alimentação Infantil I: Prevalência de indicadores de alimentação de crianças menores de 5 anos: ENANI 2019. Documento eletrônico. [s.l.: s.n.]. atitudes e práticas sobre aleitamento materno entre puérperas em alojamento conjunto. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 11, p. 41–62, 2021.

ALMEIDA, N.S; GOLDSTEIN, R.A. Impactos psíquicos nas vivências de mães de bebê com extremo baixo peso internado em UTI Neonatal. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, p. 84–96, 2022.

AMERICAN EDUCATIONAL RESEARCH ASSOCIATION, AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, & NATIONAL COUNCIL ON MEASUREMENT IN EDUCATION. **Standards for educational and psychological testing**, Washington, DC: APA, 2014.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION – APA. **Standards for educational and psychological tests and manuals**. Washington, DC: American Psychological Association, 1966.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION – APA. **Technical recommendations for psychological tests and diagnostic techniques**. Psychological Bulletin, Washington, DC, v. 51, n. 2 pt. 2, p. 461-475, 1954.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION – APA; AMERICAN EDUCATIONAL RESEARCH ASSOCIATION – AERA; NATIONAL COUNCIL ON MEASUREMENT IN EDUCATION – NCME. **Standards for educational and psychological tests**. Washington, DC: American Psychological Association, 1974.

ANDRADES, A. L. S. et al. Estratégias para aumento da produção do leite materno entre lactantes. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 9, p. 30, 2023.

ANDRADE, A. C. L. et al. Os benefícios do aleitamento materno: Uma revisão abrangente sobre a composição do leite materno, efeitos psicológicos em crianças e mães, facilitadores e barreiras na amamentação, políticas de promoção e desmame. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 9, n. 05, p. 16770–16783, 2023.

ANGELO B.H.B, et al. Knowledge, attitudes and practices of grandmothers related to breastfeeding: a meta-synthesis. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2020.

ARAÚJO, M.S. et al. Estratégias para aumento da produção do leite materno entre lactantes. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 9, p. e13823-e13823, 2023.

Assessing Quality in Mixed Methods Research: A Case Study Operationalizing the Legitimation Typology. [s.l: s.n.].2019.

ASSUNÇÃO, D. G. F. et al. Autoeficácia e desfechos da amamentação em mães de bebês prematuros e a termo: um estudo longitudinal. **CoDAS**, v. 35, n. 5, p. e20220123, 2023.

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

BANDURA, A. The self system in reciprocal determinism. **The American psychologist**, v. 33, n. 4, p. 344–358, 1978.

BANDURA, A. Social Foundations of Thought & Action – A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1986.

BANDURA, A. Some Reflections on Reflections. **Psychological Inquiry**. **Psychological Inquiry**, v. 1, n. 1, pp. 101-105, 1990.

BANDURA, A. Social cognitive theory of self-regulation. **Organizational behavior and human decision processes**, v. 50, n. 2, p. 248–287, 1991.

BANDURA, A. et al. A evolução da Teoria Social Cognitiva. Em: **Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BANDURA, A. Toward a psychology of human agency: Pathways and reflections. **Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science**, v. 13, n. 2, p. 130–136, 2018.

BARROSO, Z.A. et. al. A importância da assistência do enfermeiro das práticas educativas no aleitamento materno. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, n.117,2020.

BECKER, G. E. et al. Global evidence of persistent violations of the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes: A systematic scoping review. **Maternal & child nutrition**, v. 18, n. S3, 2022.

BEZERRA, A. E. M.; BATISTA, L. H. C.; SANTOS, R. G. DE A.. Breastfeeding: what do women who participate in a prenatal group think?. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 3, p. e20180338, 2020.

BICALHO, C. V. et al. Dificuldade no aleitamento materno exclusivo no alojamento conjunto: revisão integrativa. **Audiology - Communication Research**, v. 26, p. e2471, 2021.

BRAGA, R. R. G. S.; SOUSA, J. C. G. de; BUENO, M. L.; SIQUEIRA, K. M.; SALGE, A. K. M.; CASTRAL, T. C. Aleitamento materno exclusivo e uso da bolsa canguru em bebês a termo entre o primeiro e segundo mês de idade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, Goiás, Brasil, v. 26, p. 76915, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica : cuidado compartilhado / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

CABRAL, P. E.; PALCICH, S. da P. P.; PIRES, B. B.; BENÍCIO, S. D. da C. A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO NOS PRIMEIROS MESES DE VIDA. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, [S. l.], v. 2, n. 1, 2023.

CAMPANA, K.S.S; CURAN, G.R.F; ROSSETTO, E.G; COSTA, L.L.C; SILVA, L.M.F.S. Uso de aplicativos para smartphones visando a promoção da amamentação de prematuros: revisão de escopo. **Advances in Nursing and Health**, [S. l.], v. 4, 2022.

CASSIMIRO, I. G. V. et. al. A importância da amamentação natural para o sistema estomatognático. **Revista Uningá**, [S. l.], v. 56, n. S5, p. 54–66, 2019.

CASTILHO, B.M; FERNANDES, R.C; HOFELMANN, D.A. Intenção de amamentar e associação com características sociodemográficas, obstétricas e experiência com o aleitamento materno entre mulheres grávidas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 23, p. e20220097, 2023.

CELUPPI, I. C. et al. Uma análise sobre o desenvolvimento de tecnologias digitais em saúde para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil e no mundo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. e002423220, 2021.

CIAMPO, L. A. D.; CIAMPO, I. R. L. Breastfeeding and the Benefits of lactation for women' Heaths. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrica**, V. 40, n. 6, p. 354–359, 2018.

CIRILO, A. M. F.; MANGABEIRO, G. M. S.; SOUZA MANGABEIRO; G. M.; BRAGA, M. de J. do S. .; SANTOS, A. C. de C. P. . Breastfeeding import and food introduction. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 15, p. e381111537510, 2022.

COELHO, A.L; MORAIS, I.A; ROSA, W.V.S. A utilização de tecnologias da informação em saúde para o enfrentamento da pandemia do Covid-19 no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 9, n. 3, p. 183-199, 2020.

COOPER, S.; PORTER, J.; ENDACOTT, R. Mixed methods research: a design for emergency care research? **Emergency medicine journal: EMJ**, v. 28, n. 8, p. 682–685, 2011.

COSTA, G. DA C; PAREDES, D. E; JUNIOR, S. A. DE O.; PEGORARE, A. B. G. DE S. Avaliação da mamada, autoeficácia do aleitamento materno e fatores influentes no desmame precoce em primíparas. **Multitemas**, p. 191–210, 2020.

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

CRESWELL, J. W. **A concise introduction to mixed methods research**. Los Angeles: Sage, 2015

CRESWELL, J. W.; CLARK, P. **Pesquisa de Métodos Mistos**. Porto Alegre: Penso, 2013.

CUNHA, G.M; RODRIGUES, F.A; HERBER, S. Aleitamento materno do prematuro em um hospital amigo da criança. **Revista recien**. São Paulo. Vol. 10, n. 30 (2020), p. 168-178, 2020.

CURAN, G. R. F. et al. A mobile app to promote breastfeeding self-efficacy in preterm infants' mothers: Development and validation. **Clinical nursing research**, v. 33, n. 1, p. 95–103, 2024.

DAI, X.; DENNIS, C.-L. Translation and validation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale into Chinese. **Journal of midwifery & women's health**, v. 48, n. 5, p. 350–356, 2003.

DENNIS, C.L. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: A selfcacy framework. **J Hum Lact**. 1999.

DENNIS, C.L. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. **Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN**, v. 32, n. 6, p. 734–744, 2003.

DENOBI, C. B. L. et al. Cross-cultural adaptation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale Short Form (BSES-SF) modified for preterm mothers in Brazil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, n. 5, p. e20220497, 2023.

DIAS, A.L.P.O; HOFFMANN, C.C; CUNHA, ML.C.D.A. Breastfeeding of preterm newborns in a neonate hospitalization unit. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 44, p. e2021193, 2023.

DIEHL, J. P; ANTON, M. C. Fatores emocionais associados ao aleitamento materno exclusivo e sua interrupção precoce: um estudo qualitativo. **Aletheia**, Canoas , n. 34, p. 47-60, abr. 2011.

DODT, R.C.M. Aplicação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES – SF) em puérperas. **Rev Rene** [Internet]. 2008;

DOMINGOS C. S.; TOLEDO, L. V.; MOURA, C. de C.; SALGADO, P. O.; BOSCAROL, G. T.; AZEVEDO, C.; CHIANCA T. C. M. Características dos aplicativos móveis disponíveis para uso da enfermagem. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 7, p. e10595, 19 jul. 2022.

ESTEVES, C. M. et al. “É um bombardeio de Sentimentos”: Experiências maternas no contexto do nascimento prematuro. **Psico-USF**, v. 28, n. 1, p. 53-56. 2023.

Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) -2019: Resultados preliminares - Indicadores de aleitamento materno no Brasil. Rio de Janeiro: UFRJ, 2020

FEITOSA, M. E. B.; SILVA, S. E. O. da; SILVA, L. L. da. Breastfeeding: causes and consequences of early weaning. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 7, p. e856975071, 2020.

FREIRE, M. P. et. al. Telemedicine in healthcare access during the covid-19 pandemic: a scoping review. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, p. 4s, 2023.

FREITAS, M. F. R; DIAS, J. P. Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos. **Ciênc. cogn.**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 3, p. 204-205, dez. 2010.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: **Principais Questões sobre Amamentação do Pré-termo.** Rio de Janeiro, 2023.

GLOBAL BREASTFEEDING SCORECARD. Rates of breastfeeding increase around the world through improved protection and support. New York, Geneva: UNICEF, WHO, 2023.

GONÇALVES, M.; SEIBT, C.; REIS, S.; WESTPHALEN, R. B.; VIEIRA, A. R.; COSTA, C. L.; PALOSKI, L. H.; OLIVEIRA, C. R. de; WAGNER, M. F. Avaliação da autoeficácia em acadêmicos de psicologia. **Revista de Gestão e Secretariado**, [S. l.], v. 15, n. 4, p. e3691, 2024.

GUILLOT, M. et al. Mechanical ventilation duration, brainstem development, and neurodevelopment in children born preterm: A prospective cohort study. **The journal of pediatrics**, v. 226, p. 87- 95.e3, 2020.

GUIMARÃES, C. M. DE S. et al.. Fatores relacionados à autoeficácia na amamentação no pós-parto imediato entre puérperas adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 109–115, jan. 2017.

HOLANDA, E. R. DE; SILVA, I. L. DA. Factors associated with early weaning and spatial pattern of breastfeeding in territory in the Zona da Mata of Pernambuco, Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 22, n. 4, p. 803–812, 2022.

KUMMER, S. C. et al. Evolução do padrão de aleitamento materno. **Revista de saúde pública**, v. 34, n. 2, p. 143–148, 2000.

LEAL, I. C. et al. Aplicativos móveis para o auxílio ao aleitamento materno no Brasil: protocolo de revisão de escopo. **Revista CEFAC**, v. 25, n. 6, 2023.

LEITE, S.S. et al. Construction and validation of an Educational Content Validation Instrument in health. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, n. suppl 4, p. 1635–1641, 2018.

LIKERT, R. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 22 140, 55. 1932.

LIMA, C.M et al. Autoeficácia na amamentação exclusiva: avaliação dos domínios, técnica e pensamentos intrapessoais em puérperas. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 3, 26 set. 2019.

LIMA, et al. Absence of breastfeeding on discharge from preterm infants: prevalence and associated factors. **ABCS Health Sci**. 2022.

MACEDO, A. B. Causas do desmame precoce em lactentes: uma revisão integrativa. **Femina**, v. 50, n. 7, p. 435-43, 2022.

MARTINS, N. L. M.; DUARTE, P.; PINHO, J. C. M. R. An analysis of determinants of the adoption of Mobile Health (m-HEALTH). **RAE**, v. 61, n. 4, 2021.

MÉIO, M. D. B. B. et al. Amamentação em lactentes nascidos pré-termo após alta hospitalar: acompanhamento durante o primeiro ano de vida. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2403–2412, 2018.

MELIANTE, P. et al. Relação entre o estímulo musical e a produção de leite materno em mães com recém nascidos menores de 34 semanas de vida assistidos no centro de terapia intensiva. Experiencia de musicoterapia no Uruguai. **Revista recien. São Paulo**, v. 10, p. 168–178, 2020.

MENEGUIN, S. et al. Construção e validação de conteúdo de escala para avaliar a adesão às boas práticas para COVID-19. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 75, n. 5, 2022.

MERLINDA, A. T.; ÇILER, E.; SEMRA, E., HULYA, O., MERYEM, O.H., DENNIS, C.L. Psychometric Assessment of Turkish modified breastfeeding self-efficacy scale for mothers of preterm infant. **J Organ Psychol Behav [Internet]**, v 1, p. 29-40, 2017.

MOLINA TORRES, M. et al. Translation and validation of the breastfeeding self-efficacy scale into Spanish: data from a Puerto Rican population. **Journal of human lactation: official journal of International Lactation Consultant Association**, v. 19, n. 1, p. 35–42, 2003.

MORAES, A.S; AGUIAR, R.S. Dificuldades com a amamentação de recém-nascidos prematuros após a alta hospitalar: uma revisão integrativa. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 4, n. 8, p. 253-263, 2021.

MORAES B.A, STRADA J.K.R, GASPARIN, V.A, Espirito-Santo L.C, Gouveia H.G, Gonçalves, A.C. Breastfeeding in the first six months of life for babies seen by Lactation Consulting. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2021.

MORAIS, A. C.; GUIRARDI, S. N.; MIRANDA, J. D. O. F. Práticas de aleitamento materno em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 34, 2020.

MONTEIRO, J. R. S. et al. Associated Factors With Early Interruption Of Exclusive Breastfeeding In Preterm Infants. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 49, n. 3, p. 50– 65, 2020.

NANISHI, K. et al. Determining a Cut-Off point for scores of the breastfeeding self-efficacy scale–short form: Secondary data analysis of an intervention study in japan. **PloS one**, v. 10, n. 6, p. e0129698, 2015.

NASCIMENTO, M. B. R. DO; ISSLER, H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. **Jornal de pediatria**, v. 80, n. 5, 2004.

Organização Mundial de Saúde (OMS): Recomendações OMS Leite Materno. 2019.

OLIVEIRA, M. P. de et al. Factors that hinder breastfeeding in the Neonatal Intensive Care Unit. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 8, p. e39010817190, 2021.

Organização das Nações Unidas. **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)**. Brasília (DF): ONU Brasil; 2020.

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

PENEDO, M. M et al. A importância do aleitamento materno exclusivo na prevenção da obesidade infantil: uma revisão integrativa. **Rev de Saúde**. V. 14, n. 1 p. 33-40, 2023.

PEREIRA, M. C. DO R. et al. O significado da realização da auto-ordenha do leite para as mães dos recém-nascidos prematuros. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, p. e2017–0245, 2018.

PERIN, J. et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. **The Lancet. Child & adolescent health**, v. 6, n. 2, p. 106–115, 2022.

PINTO, K. R. T. F.; PINHATTI, E. D. G.; ZANI, A. V.; PARADA, C. M. G. L. Sentimentos maternos frente à hospitalização do filho prematuro: análise de conteúdo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 16, n. 4, p. 439-447, 2018.

PLUYE et al. **Proposal: A mixed methods appraisal tool for systematic mixed studies reviews**. 2011.

QUEIROZ V.C, et al. Conhecimentos, atitudes e práticas sobre aleitamento materno entre puérperas em alojamento conjunto. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2021.

RAMALHO, V. et al. Autoeficácia da amamentação entre mães jovens no serviço público Ambulatório Sofia Feldman e Ambulatório Ciências Médicas em Belo Horizonte. **REVISTA INTERDISCIPLINAR CIÊNCIAS MÉDICAS**, v.8, n. 1, p. 92–100, 2024.

ROCHA, I. S. et al. Influência da autoconfiança materna sobre o aleitamento materno exclusivo aos seis meses de idade: uma revisão sistemática. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3609–3619, 2018.

RUIZ, Patrícia et al. Prevalência de aleitamento materno exclusivo após internação em unidade de cuidados neonatais. **Residência Pediátrica**, v. 12, p. 1-5, 2022.

SANTANA G, C.; DE S AMORM, C. M. S.; PERÉZB, A. Atenção ao pré-natal: principais estratégias utilizadas durante a pandemia do COVID-19. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 10, 2021.

SANTOS, F. S. et al. Autoeficácia do aleitamento materno em puérperas de uma maternidade pública do nordeste brasileiro. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 10, 2020.

SANTOS, M. V. DOS. et al. Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no espaço prisional: uma scoping review. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 7, p. 2689–2702, 2022.

SANTOS, K. S. S.; PAIXÃO, G. P. do N.; MEDEIROS, K. G.; HERMENEGILDO, J. F. C.; SILVA, J. G. Influences of the human milk bank in the maintenance of human breastfeeding of premature newborns, from a maternal perspective. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 6, p. e53311626952, 2022.

SANTOS, M. M; ANDRADE, E.M; ABRÃO, A.C.F.V. A atuação do(a) enfermeiro(a) na promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno: revisão bibliográfica. **Rev Enf Contemp [Internet]**. 2016.

SANTOS, L. M. D et al. A. Autoeficácia de puérperas em amamentar: estudo longitudinal. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20210239, 2022.

SELAU, F. F. et al. Fontes de autoeficácia e atividades experimentais de física: um estudo exploratório. **Revista Brasileira de Ensino de Física**, v. 41, n. 2, 2018.

SERRA, S. O. A.; SCOCHI, C. G. S. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 597–605, 2004.

SILVA, A. X. et al. Assistência de enfermagem no aleitamento materno exclusivo: uma revisão integrativa. **Braz. J. Hea. Rev**, v. 2, n. 2, p. 989–1004, 2019.

SILVA, C. P. V et al. Aleitamento materno exclusivo na primeira hora de vida do recém-nascido. **Revista Saúde**, v.46, n.1, jan.-abr. 2020.

SILVA, D. D. DA et al. Promotion of breastfeeding in prenatal care: The discourse of pregnant women and health professionals. **REME**, v. 22, 2018a.

SILVA, I. P. et al. Fatores que interferem no aleitamento materno de prematuros: revisão integrativa. **RGS**, v. 22, n. 2, p. 1–18, 2020.

SILVA, M.B.C. et al. Fatores relacionados ao sucesso na amamentação. **REVISA (Online)**. v. 3, p. 12, 2023.

SILVA, M. DE F. F. S. et al. Autoeficácia em amamentação e fatores interligados. **Rev Rene**, v. 19, p. 3175, 2018.

SIQUEIRA, L. S. et al. Fatores associados à autoeficácia da amamentação no puerpério imediato em maternidade pública. **Cogitare Enfermagem**, v. 28, p. e84086, 2023

SOUZA, C. S. e.; BOTELHO, L. de S.; PINHEIRO, S. J. R. The importance of nursing care in breastfeeding: an integrative review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 14, p. e424111436664, 2022.

SOUZA, E. F. DO C.; FERNANDES, R. Á. Q. Breastfeeding self-efficacy: a cohort study. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 5, p. 465–470, 2014.

SOUZA, M. L. B. et al. Avaliação da autoeficácia na amamentação de puérperas. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1, 2020.

SOUZA, T. M. S. **Intenção de amamentar: associação com fatores demográficos, socioeconômicos e experiência prévia de amamentação entre gestantes assistidas em atenção primária à saúde de Cajazeiras-PB**. 2020.

SOUZA, T. F. de. et al. Causas do desmame precoce no aleitamento materno: revisão integrativa. **CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES**, [S. l.], v. 17, n. 4, p. e6318, 2024.

SQUIZATO, L. et al. Autoeficácia materna para o cuidado de recém-nascido prematuro e da manutenção do aleitamento. **Cogitare Enfermagem**, v. 28, p. e87287, 2023.

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

TANIGUSHI, N. **Brasil é referência mundial em Bancos de Leite Humano** [Internet]. 2019.

TOKAT, M. A; OKUMUŞ, H.; DENNIS, C. L. Translation and psychometric assessment of the Breast-feeding Self-Efficacy Scale-Short Form among pregnant and postnatal women in Turkey. **Midwifery**, v. 26, n. 1, p. 101–108, 2010.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International journal for quality in health care**, v. 19, n. 6, p. 349–357, 2007.

TRAN, H. T. et al. Factors associated with high exclusive breastfeeding rates among preterm infants under 34 weeks of gestation in Da Nang, Vietnam: A retrospective cohort study. **Journal of global health**, v. 13, n. 04121, p. 04121, 2023.

TRONCO, C. S.; BONILHA, A. L L.; TELES, J. M. Rede de apoio para o aleitamento materno na prematuridade tardia/Support network for breastfeeding in late prematurity. **Ciência, Cuidado e Saúde**, 2020.

UCHÔA, J. et. al. Antecedentes sociodemográficos e obstétricos na autoeficácia materna em amamentar: estudo em painel. **Online Braz J Nurs**, v. 13, n. 4, p. 645–655, 2014.

VAN DER SAND i.c.p. ET AL. A influência da autoeficácia sobre os desfechos do aleitamento materno: estudo de revisão integrativa. **Revista Contexto & Saúde**. v. 22, n. 45, p. 11677, 2022.

VIEIRA, E. DE S. et al. Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 26, n. 0, 2018.

VON ELM, E. et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 85, n. 11, p. 867–872, 2007.

WHEELER, B. J.; DENNIS, C.-L. Psychometric testing of the modified breastfeeding self-efficacy scale (short form) among mothers of ill or preterm infants. **Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN**, v. 42, n. 1, p. 70–80, 2013.

World Health Organization. **Preterm birth**. Geneva (CH): WHO; 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

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

YANG, Y.; GUO, L.; SHEN, Z. Psychometric properties of the modified breastfeeding self-efficacy scale-short form (BSES-SF) among Chinese mothers of preterm infants. **Midwifery**, v. 91, n. 102834, p. 102834, 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Roteiro de Entrevista semiestruturada

- 1- Qual a forma de alimentação do seu bebê no momento? (Se ela teve sucesso, obtém-se por esta resposta). Histórico do momento (nascimento – alta – hoje).
- 2- Como era/foi a amamentação nos primeiros dias após o parto?
(Vamos viajar no tempo e se dirigir às perguntas dos temas)
- 3- Como você qualificaria a sua confiança para amamentar o seu filho lá **naquele momento após o parto**? Olhando para aquele momento o que você diria da sua confiança, você considera que a sua confiança em amamentar o seu bebê era alta, média ou baixa após o parto?
- 4- Você sempre se sentiu assim? O que mais te ajudou? / o que você acha que desde o começo te auxiliou / atrapalhou?
(O que te trazia segurança / o que te trazia insegurança).
- 5- Você se lembra quando abordaram você no HU e te apresentaram o App AmamentaCoach?
- 6- Você utilizou o App AmamentaCoach? Por quanto tempo?
- 7- Caso sim, você acha que a utilização do app AmamentaCoach interferiu de alguma forma nessa confiança?
- 8- Vamos agora explorar algumas afirmativas. Me fale quais os sentimentos que lhe suscitam ao pensar sobre essa questão nos primeiros dias após o parto, ou o que gostaria de comentar sobre isso quando o seu bebê nasceu.
 - 1- Satisfação em amamentar e a experiência em amamentar
 - 2- Retirada do leite das mamas/ produção
 - 3- Rede de apoio
 - 4- Capacidade de saber se o seu bebê estava pegando corretamente e recebendo todo o leite para a sua nutrição
 - 5- Capacidade de amamentar em livre demanda

6- Conforto em amamentar o bebê perto de familiares

9- Como você considera a sua autoconfiança para amamentar em todo esse processo, desde os primeiros dias após o nascimento do bebê até hoje? (Considerar o score respondido na abordagem com a entrevista) foi coerente? Caso não, entender por quê foi discrepante.

10- Como foi revisitar todo o processo hoje?

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada,

Gostaríamos de convidá-la para participar da pesquisa “Coaching via App: uma abordagem inovadora para o aleitamento materno de bebês prematuros”, a ser realizada no Hospital Universitário de Londrina (HU/UEL), no Paraná, no Hospital e Maternidade Dona Íris, em Goiânia-GO e também por recrutamento voluntário via mídias sociais.

Os objetivos da pesquisa são avaliar um aplicativo (app) de celular (smartphone) desenvolvido para ajudar mães de bebês prematuros ou doentes a amamentarem seus bebês, contribuindo assim, para promoção do aleitamento materno (AM) de bebês prematuros; e validar a Escala de Autoeficácia para o AM de mães de bebês prematuros ou doentes - versão brasileira.

Ao concordar em participar na pesquisa, após as assinaturas suas e de seu responsável legal em termos de consentimento/assentimento e cadastro de informações iniciais, você fará o download do app, na Play Store, de forma gratuita e terá acesso ilimitado a todo conteúdo interativo disponível. Você também preencherá questionários em momentos específicos, com informações sobre você e o bebê, para os quais o próprio aplicativo irá lembrá-la. Durante o período em que estiver participando, você também será contatada por telefone em dois momentos após a alta hospitalar do bebê, para seguimento deste acompanhamento. Além disso, após um mês de alta, você poderá ser convidada a participar de uma entrevista sobre as vivências durante o processo de amamentação do filho prematuro e estas percepções serão valiosas para uma melhor compreensão por parte dos profissionais da saúde e pesquisadores da área a respeito do processo de amamentar um bebê prematuro.

Neste caso, você será entrevistada no ambulatório de seguimento do

prematureo ou no domicílio, conforme suas possibilidades. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, com duração de aproximadamente 40 minutos e no máximo 1 hora. As informações serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade e serão usadas somente para os fins de pesquisa.

Esclarecemos que a sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete ônus ou prejuízo à sua pessoa. Salientamos que suas informações serão utilizadas somente para os fins de pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Asseguramos que você não pagará ou será remunerada pela participação, no entanto, se houver quaisquer despesas decorrentes da pesquisa, estas são de responsabilidade do pesquisador.

Os potenciais benefícios da participação nesta pesquisa serão a contribuição para o aperfeiçoamento do app que tem a intenção de beneficiar e facilitar o processo de amamentação, promovendo a disseminação de conhecimentos e informações sobre o AM entre as mães de bebês prematuros. Quanto aos riscos, que são mínimos, se aplicam ao tempo destinado à utilização do App e leitura, resposta dos questionários e à realização da entrevista. Para minimizar esse fator você poderá utilizar o App no tempo em que achar oportuno e ainda interromper a entrevista a qualquer momento, retomando ou não quando achar conveniente.

Faremos o possível para auxiliá-la em todo processo caso algum desconforto ocorra, esclarecendo-a sempre que for necessário. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas entregue a você via e-mail.

APÊNDICE III

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - responsáveis pelas mães

Prezada,

Gostaríamos de convidar a adolescente sob sua responsabilidade para participar da pesquisa “Coaching via App: uma abordagem inovadora para o aleitamento materno de bebês prematuros”, a ser realizada no Hospital Universitário de Londrina (HU/UEL), no Paraná, no Hospital e Maternidade Dona Íris, em Goiânia-GO e também por recrutamento voluntário via mídias sociais.

Os objetivos da pesquisa são avaliar um aplicativo (app) de celular (smartphone) desenvolvido para ajudar mães de bebês prematuros ou doentes a amamentarem seus bebês, contribuindo assim, para promoção do aleitamento materno (AM) de bebês prematuros; e validar a Escala de Autoeficácia para o Aleitamento Materno de mães de bebês prematuros ou doentes - versão brasileira.

Ao concordar em autorizar a participação da adolescente na pesquisa, após a assinatura de ambas em termo de consentimento e cadastro de informações iniciais, ela fará o download do app, na Play Store, de forma gratuita e terá acesso ilimitado a todo conteúdo interativo disponível. Ela também preencherá questionários em momentos específicos, com informações sobre ela e o bebê, para os quais o próprio aplicativo irá lembrá-la. Durante o período em que estiver participando, ela também será contatada por telefone em dois momentos após a alta hospitalar do bebê, para seguimento deste acompanhamento. Além disso, após um mês de alta, ela poderá ser convidada a participar de uma entrevista sobre as vivências durante o processo de amamentação do filho prematuro e estas percepções serão valiosas para uma melhor compreensão por parte dos profissionais da saúde e pesquisadores da área a respeito do processo de amamentar um bebê prematuro. Neste caso, ela será

entrevistada no ambulatório de seguimento do prematuro ou no domicílio, conforme suas possibilidades. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, com duração de aproximadamente 40 minutos e no máximo 1 hora. As informações serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade e serão usadas somente para os fins de pesquisa.

Esclarecemos que a participação da adolescente é totalmente voluntária, podendo ela: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete ônus ou prejuízo à sua pessoa. Salientamos que as informações serão utilizadas somente para os fins de pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Asseguramos que você e ela não pagarão ou serão remuneradas pela participação, no entanto, se houver quaisquer despesas decorrentes da pesquisa, estas são de responsabilidade do pesquisador.

Os potenciais benefícios da participação nesta pesquisa serão a contribuição para o aperfeiçoamento do app que tem a intenção de beneficiar e facilitar o processo de amamentação, promovendo a disseminação de conhecimentos e informações sobre o AM entre as mães de bebês prematuros. Quanto aos riscos, que são mínimos, se aplicam ao tempo destinado à utilização do App e leitura, resposta dos questionários e à realização da entrevista. Para minimizar esse fator ela poderá utilizar o App no tempo em que achar oportuno e ainda interromper a entrevista a qualquer momento, retomando ou não quando achar conveniente.

Faremos o possível para auxiliá-las em todo processo caso algum desconforto ocorra, esclarecendo-a sempre que for necessário. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas entregue a você via e-mail.

ANEXOS I

Escala de Autoeficácia Materna para mães de bebês prematuros e/ou doentes validada no Brasil por Denobi (2023)

1. Eu consigo retirar leite da mama suficiente para o meu bebê.
2. Eu consigo lidar com o fato de que retirar leite da mama e/ou amamentar podem ser demorados.
3. Eu consigo lidar bem com qualquer situação da amamentação (retirada de leite da mama e a amamentação em si) da mesma forma que faço com outras tarefas difíceis.
4. Eu consigo lidar com a amamentação de forma que eu me sinta satisfeita.
5. Eu continuo querendo amamentar.
6. Eu estou satisfeita com a minha experiência de amamentar.
7. Eu consigo obter ajuda com a amamentação se eu precisar (ou quando precisar).
Quando meu bebê estiver realmente pronto para mamar no peito:
8. Eu serei capaz de saber quando meu bebê precisa ser amamentado.
9. Eu serei capaz de garantir que meu bebê está pegando o meu peito corretamente durante toda a mamada.
10. Eu serei capaz de saber se meu bebê está recebendo leite suficiente no meu peito.
11. Eu serei capaz de amamentar mesmo que meu bebê esteja chorando.
12. Eu serei capaz de amamentar meu bebê sem usar outros tipos de leite como complemento.
13. Eu serei capaz de amamentar confortavelmente na frente de pessoas da minha família.
14. Eu serei capaz de amamentar meu bebê até esvaziar o peito antes de mudar para o outro.
15. Eu serei capaz de amamentar meu bebê em todas as mamadas.
16. Eu serei capaz atender as necessidades de amamentação do meu bebê.
17. Eu serei capaz de reconhecer quando meu bebê estiver satisfeito.
18. Eu serei capaz de substituir a retirada do leite das mamas pela amamentação, na maioria das mamadas ou em todas elas.