

ARTIGO ORIGINAL

## AUTOEFICÁCIA MATERNA PARA O CUIDADO DE RECÉM-NASCIDO PREMATURO E DA MANUTENÇÃO DO ALEITAMENTO

### MATERNAL SELF-EFFICACY FOR PREMATURE NEWBORN CARE AND BREASTFEEDING MAINTENANCE

#### HIGHLIGHTS

1. Avaliar a autoeficácia materna na promoção do aleitamento materno exclusivo.
2. Baixa autoeficácia materna para o cuidado indica fragilidades em sua confiança.
3. A avaliação da autoeficácia materna possibilita a promoção do aleitamento materno exclusivo.

Leticia Squizzato<sup>1</sup> 

Aline Dahmer da Silva<sup>1</sup> 

Eduarda Martinelle<sup>1</sup> 

Gicele Galvan Machineski<sup>1</sup> 

Beatriz Rosana Goncalves de Oliveira Toso<sup>1</sup> 

Claudia Silveira Viera<sup>1</sup> 

#### ABSTRACT

**Objective:** to assess maternal self-efficacy for the care of premature newborns in the neonatal intensive care unit and after hospital discharge and relate it to the duration of breastfeeding at home. **Method:** longitudinal study that used self-efficacy assessment scales of 38 mothers of premature newborns in the period from November 2020 to January 2022 in the city of Cascavel - PR - Brazil. Data analyzed by descriptive and inferential statistics. **Results:** Maternal self-efficacy during hospitalization turned out to be high, remaining so in the assessment after discharge. Self-efficacy for breastfeeding had no statistically significant differences during hospitalization ( $p=0.335$ ) and after discharge ( $p=0.640$ ). However, mothers with high self-efficacy in hospitalization and at home maintained exclusive breastfeeding longer. **Conclusion:** Identifying maternal self-efficacy should be a routine in nursing clinical practice during hospitalization and after discharge, to enhance the maintenance of exclusive breastfeeding.

**DESCRIPTORS:** Breast Feeding; Infant, Premature; Self Efficacy; Neonatal Nursing; Mothers.

#### COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

Squizzato L, Silva AD da, Martinelle E, Machineski GG, Toso BRG de O, Viera SC. Maternal self-efficacy for premature newborn care and breastfeeding maintenance. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2023 [cited "insert year, month, day"]; 28. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.91122>.

## INTRODUÇÃO

O Aleitamento Materno Exclusivo (AME) consiste no ato de a criança receber leite materno direto da mama, ordenhado, ou leite humano de outra fonte. Esse ato promove a interação entre mãe e filho, repercutindo no estado nutricional da criança, em sua imunidade, fisiologia, desenvolvimento cognitivo e emocional e em sua saúde a longo prazo. Além disso, repercute também na saúde física e psíquica da mãe <sup>1</sup>.

A fim de promover a saúde da criança, a manutenção do AME é recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), juntamente com o Ministério da Saúde do Brasil (MS) até os seis meses, e o aleitamento materno continuado até os dois anos ou mais <sup>1-2</sup>.

Quando se trata da manutenção do AME, os recém-nascidos prematuros (RNPT) são um segmento populacional vulnerável, porque os principais motivos evidenciados para o desmame total ou parcial desses bebês são de ordem cultural e educacional das mães <sup>3</sup>, bem como psicológica relacionada à internação do recém-nascido (RN) em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Agora, as mães podem evidenciar preocupações, inseguranças, medo, tristeza, desespero e culpa pela hospitalização da criança, dificultando o ato de amamentar <sup>4</sup>.

Algumas mães apresentam maiores recursos psicológicos de enfrentamento durante a hospitalização do RNPT, enquanto outras se mostram mais fragilizadas. Nestes casos, os aspectos negativos da hospitalização podem levar à formação não saudável da parentalidade e a crenças negativas em relação à sua capacidade de realizar os cuidados com o RNPT<sup>4</sup>.

Nesse contexto, cabe à equipe de saúde a avaliação constante da autoeficácia (AE)<sup>5</sup> das mães de RNPT na hospitalização e após a alta hospitalar. Visto que pela utilização de escalas de AE, a enfermagem se fundamenta, para realizar um cuidado humanizado e de qualidade, contribuindo para a promoção do AME e identificando aspectos de baixa AE, permitindo detectar precocemente as fragilidades maternas em sua confiança e capacidade, tanto nos cuidados com o RNPT, quanto com o ato de amamentar <sup>6</sup>.

Com base no exposto, objetiva-se avaliar a autoeficácia materna para o cuidado de recém-nascido prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal e após a alta hospitalar, e relacionar com a duração do aleitamento materno em casa.

## MÉTODO

Estudo quantitativo, longitudinal, desenvolvido em uma UTIN de um hospital-escola do município de Cascavel-PR e no ambulatório de seguimento do RNPT.

A amostra do estudo foi composta primeiramente por mães de RNPT hospitalizados na UTIN em estudo, no período de julho de 2020 a novembro de 2021 e por todas as que retornaram ao ambulatório de seguimento, ou responderam à pesquisa pelo aplicativo *Google Forms*, no período de novembro de 2020 a janeiro de 2022., da hospitalização do RNPT na UTIN foram elencados: RNPT com idade gestacional (IG) menor que 37 semanas; permanência mínima na UTIN de sete dias; ausência de malformações congênitas graves. E, como critérios de exclusão: mães adolescentes (menores de 18 anos), analfabetas, que não falavam a língua portuguesa ou que apresentassem problemas de saúde mental diagnosticados e registrados nos prontuários dos RNPT ou autorreferido e; RNPT que foi a óbito no período do estudo. No seguimento após a alta hospitalar, mantiveram-se os critérios da etapa hospitalização, acrescentando-se mais alguns critérios de exclusão: mães

que não compareceram à consulta agendada no ambulatório; e mães que não retornaram contato feito no envio da escala via aplicativo de mensagem rápida após três tentativas de contato.

A autoeficácia foi avaliada por escalas validadas no Brasil: Percepção de Autoeficácia de Parentalidade Materna – PAEPM<sup>7</sup>, na UTIN e a *Preterm parenting & self-efficacy checklist*<sup>8</sup>, 30 dias após a alta hospitalar.

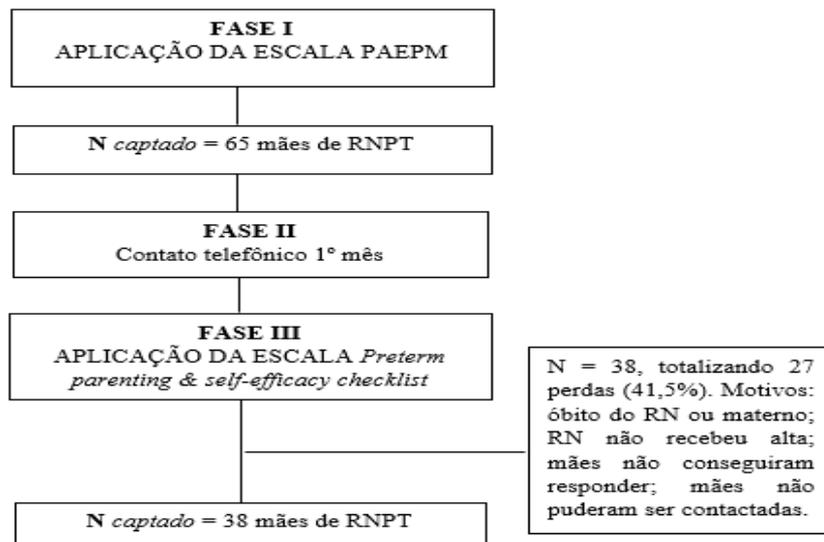
O perfil sociodemográfico e clínico compreendeu a idade, escolaridade, estado civil, vínculo empregatício, renda familiar, número de filhos e tipo de parto; data do nascimento, gênero, idade gestacional, peso ao nascer, estatura, perímetro cefálico (PC), APGAR, tempo de hospitalização, alimentação e complicações/queixas/ocorrências com a saúde e cuidado do bebê em casa, para caracterizar a amostra e identificar a prevalência do AME.

A autorização para uso de ambas as escalas se deu por meio de contato via e-mail. A pontuação final das 20 questões avaliadas na PAEMP, varia entre 20 e 80 pontos<sup>7</sup>. Classificando-se a AE em: baixa autoeficácia (20 a 39 pontos); média autoeficácia (40 a 59 pontos); elevada autoeficácia (60 a 80 pontos).

Os escores da PAEMP na UTIN são categorizados em quatro domínios: **tomando cuidado**, pontuação de 4 a 8 pontos (baixa autoeficácia); de 9 a 12 pontos (média autoeficácia) e de 13 a 16 pontos (elevada autoeficácia); **eliciando o cuidado**, a baixa autoeficácia se refere à pontuação de sete a 14; a média autoeficácia de 15 a 21 pontos e a elevada autoeficácia de 22 a 28 pontos; **leitura do comportamento**, escore entre seis a 12 pontos refere-se a baixa autoeficácia; 13 a 18 pontos a média autoeficácia e elevada autoeficácia de 19 a 24 pontos; **crenças situacionais**, baixa autoeficácia apresenta de 3 a 6 pontos; na Média autoeficácia varia de sete a nove e na elevada autoeficácia de dez a 12 pontos.

A *Preterm parenting & self-efficacy checklist* possui pontuação final de 36 e 252 pontos<sup>8</sup>. A classificação dos escores da escala no seguimento do primeiro mês ocorreu conforme cada um dos três domínios: **autoeficácia parental** - baixa autoeficácia (12 a 28 pontos); média autoeficácia (29 a 56 pontos) e Elevada autoeficácia (57 a 84 pontos); **importância das tarefas**, baixa autoeficácia (12 a 28 pontos); média autoeficácia (29 a 56 pontos) e elevada autoeficácia (57 a 84 pontos); **competência parental autopercebida**, baixa autoeficácia (12 a 28 pontos); média autoeficácia (29 a 56 pontos) e elevada autoeficácia (57 a 84 pontos). O escore total é a soma de todos os domínios, classificando-se a AE geral como: baixa (36 a 84 pontos); média (85 a 168 pontos); elevada (169 a 252 pontos).

Ressalta-se que houve perda da amostra no seguimento, no qual se observa a inclusão e exclusão das participantes no fluxograma (Figura 1).



**Figura 1** – Fluxograma de descrição de inclusão e exclusão das mães de RNPT. Cascavel, Paraná, 2021

Fonte: Os autores (2021).

Para comparar os valores no internamento dos RNPT e os obtidos no seguimento no primeiro mês após a alta da UTIN, transformaram-se os dados em percentis, comparando-os mediante teste não paramétrico de *Wilcoxon*.

Para avaliar os escores de AE materna em relação aos cuidados com a prática do AM na UTIN e seguimento durante o primeiro mês de vida, os dados foram avaliados quanto aos pressupostos de normalidade (Teste de *Shapiro-Wilk*) e homoscedasticidade (Teste de Levene), posteriormente analisados pela Análise da Variância Fator Único (Fator: prática do aleitamento; níveis: 1- aleitamento materno exclusivo; 2- aleitamento materno mais água, chá, fórmula ou alimentação complementar e 3- leite de fórmula), seguido do teste *Tukey-HSD*.

Todas as análises obedeceram ao nível de significância de 0,05 com todos os testes realizados no programa *XIStat Versão 2014*.

Respeitaram-se os preceitos éticos em pesquisa com seres humanos, sendo este estudo parte do projeto de pesquisa "Repercussões da prematuridade: estresse materno e programação metabólica após a alta hospitalar/estresse e papel materno após uma intervenção educativa", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa pelo parecer 1.836.186.

## RESULTADOS

Apresentam-se na Tabela 1 as variáveis relativas aos dados sociodemográficos e clínicos das mães de RNPT, tais como: idade materna, escolaridade materna, vínculo empregatício, número de filhos e tipo de parto.

Nesta mesma tabela, também são apresentadas as variáveis em relação aos dados clínicos do RNPT no mesmo período de avaliação, tais como: gênero, peso, estatura, perímetro cefálico (PC) e idade gestacional (IG).

**Tabela 1** – Caracterização da amostra das mães de RNPT e caracterização dos RNPT arrolados no estudo no período de hospitalização e no seguimento pós-alta hospitalar. Cascavel, Paraná, 2021

Caracterização da amostra de mães dos RNPT			
Variáveis	Hospitalização (n = 65) n (%)	Seguimento (n = 38) n (%)	p valor
<b>Idade Materna</b>			
18-29 anos	40 (61,5)	25 (65,7)	0,870
30-42 anos	25 (38,5)	13 (34,3)	
<b>Escolaridade Materna</b>			
E.M* completo	29 (44,7)	16 (42,2)	0,998
E.M incompleto	14 (21,6)	9 (23,7)	
Superior completo	12 (18,5)	7 (18,5)	
E.F* completo	4 (6,1)	2 (5,2)	
E.F incompleto	4 (6,1)	3 (7,8)	
Ausência de dados	2 (3,0)	1 (2,6)	
<b>Vínculo Empregatício</b>			
Do lar	27 (41,6)	21 (55,3)	0,133
Trabalha fora	24 (36,9)	15 (39,5)	
Estudante	1 (1,5)	0 (0,0)	
Ausência de dados	13 (20,0)	2 (5,2)	
<b>Número de filhos</b>			
1	23 (35,3)	15 (39,5)	0,434
2	17 (26,2)	12 (31,5)	
3	12 (18,5)	7 (18,5)	
4 ou +	7 (10,7)	4 (10,5)	
Ausência de dados	6 (9,3)	0 (0,0)	
<b>Tipo de parto</b>			
Cesárea	37 (56,9)	24 (63,2)	0,176
Vaginal	22 (33,8)	14 (36,8)	

Ausência de dados	6 (9,3)	0 (0,0)	
Caracterização dos RNPT			
Variáveis	Hospitalização (n=75)* n (%)	Seguimento (n=46) n (%)	p valor
Gênero			
Masculino	40 (53,4)	24 (52,1)	0,901
Feminino	35 (46,6)	22 (47,9)	
Peso			
500g - 1.500g	40 (53,4)	0 (0,0)	
1.501g - 2.500g	33 (44,0)	20 (43,5)	
2.501g - 3.500g	1 (1,3)	17 (36,9)	< 0,0001
3.501g - 4.500g	1 (1,3)	7 (15,2)	
4.501g - 5.500g	0 (0,0)	2 (4,4)	
Estatura			
30 - 40 cm	46 (61,3)	0 (0,0)	
41 - 50 cm	29 (38,7)	37 (80,5)	< 0,0001
51 cm ou +	0 (0,0)	9 (19,5)	
Perímetro Cefálico			
20 - 30 cm	60 (80,0)	2 (4,4)	
31 - 40 cm	13 (17,3)	42 (91,2)	< 0,0001
Ausência de dados	2 (2,7)	2 (4,4)	
Idade Gestacional (IG)			
≤ 28 semanas	14 (18,7)	6 (13,0)	
29 a 33 semanas	53 (70,6)	34 (74,0)	0,7012
34 a 36 semanas	8 (10,7)	(13,0)	
Fonte: Os autores (2021).			

\*E.M = ensino médio; E.F = ensino fundamental; \*N=75 devido a partos gemelares.

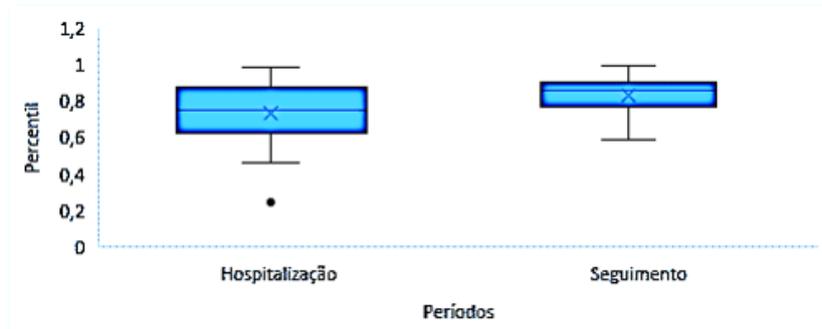
Na internação dos RNPT, os valores médios de AE demonstraram uma situação de elevada autoeficácia materna para os domínios da escala PAEMP "tomando cuidado", "eliciando o cuidado" e "crenças situacionais", enquanto "leitura do comportamento", apresentou classificação de média autoeficácia materna (Tabela 2). No seguimento pós-alta dos RNPT, observou-se valores médios calculados para o domínio Autoeficácia parental de  $71 \pm 9$ ; sendo  $77 \pm 6$  para o domínio Importância das tarefas e de  $69 \pm 8$  para Competência parental autopercebida, indicando situação de elevada autoeficácia materna (Tabela 2).

**Tabela 2** – Escores por domínios da escala de autoeficácia durante a hospitalização dos recém-nascidos prematuros e durante o seguimento pós- alta hospitalar. Cascavel, Paraná, 2021

Escala PAEMP			
Domínios	Média	Desvio-padrão	Classificação
Tomando cuidado	13	3	Elevada autoeficácia
Eliciando o cuidado	23	4	Elevada autoeficácia
Leitura do comportamento	18	3	Média autoeficácia
Crenças situacionais	11	1	Elevada autoeficácia
<i>Preterm parenting &amp; self-efficacy checklist</i>			
Domínios	Média	Desvio-padrão	Classificação
Autoeficácia parental	71	9	Elevada autoeficácia
Importância das tarefas	77	6	Elevada autoeficácia
Competência parental autopercebida	69	8	Elevada autoeficácia

Fonte: Os autores (2021).

Comparando-se os percentis totais dos diferentes períodos (hospitalização e seguimento pós-alta), houve uma percepção significativa da autoeficácia para as mães durante o seguimento, quando comparado ao período de internação dos RNPT ( $V = 617,00$ ;  $p = 0,0004$ ) (Figura 2).



Legenda: X: média. Linha inferior e superior do quadrado: 1.º e 3.º quartis. Linha no interior do quadrado: mediana. Linha inferior e superior da barra vertical: percentis 10 e 90.

**Figura 2** - Relação entre os valores dos percentis totais dos períodos de permanência na UTI neonatal e do seguimento pós-alta. Cascavel, Paraná, 2021

Fonte: Os autores (2021).

Para se correlacionar os escores de autoeficácia materna para o cuidado com o tipo de aleitamento (1- aleitamento materno exclusivo; 2- aleitamento materno mais água, chá, fórmula ou alimentação complementar e 3- leite de fórmula), os referidos escores foram avaliados conforme as práticas de aleitamento, no período de hospitalização na UTIN e no seguimento pós-alta dos RNPT (Quadro 1).

Verificou-se que não houve diferenças estatísticas significativas no período da hospitalização na UTIN ( $F_{2,37} = 1,13$ ;  $p = 0,335$ ; quadro 1), e nem no período de pós-alta,

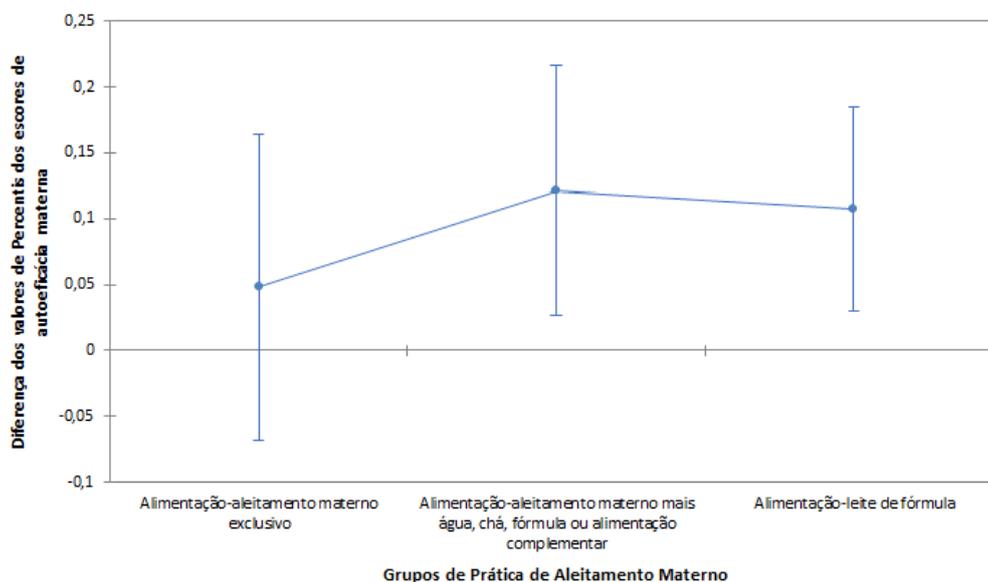
no seguimento ( $F_{2,37} = 0,452$ ;  $p = 0,640$ ; quadro 1).

**Quadro 1** - Escores totais da escala de autoeficácia segundo a classificação de prática de aleitamento materno no período da hospitalização e no seguimento pós-alta. Cascavel, Paraná, 2021

Tipo de Aleitamento materno	Hospitalização		Seguimento	
	Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão
Aleitamento materno exclusivo	69,8	9,7	223,4	25,1
Aleitamento materno mais água, chá, fórmula ou alimentação complementar	62,8	9,6	214,7	20,2
Leite de fórmula	64,0	11,5	215,8	20,5
<b>p-valor</b>	<b>0,335</b>		<b>0,640</b>	

Fonte: Os autores (2021).

Apesar de não haver diferença estatística significativa entre os grupos ( $F_{2,43} = 0,539$ ;  $p = 0,588$ ), ressalta-se que mães que realizaram AME, apresentaram a menor diferença de seus escores entre os dois períodos de avaliação (Figura 3).



**Figura 3** – Percentis do escore de AE nos períodos de permanência na UTI neonatal e do seguimento pós-alta entre mães, classificadas conforme a prática de aleitamento materno. Cascavel, Paraná, 2021

Fonte: Autores (2021).

## DISCUSSÃO

A autoeficácia parental tornou-se de particular interesse em estudos sobre a transição para a paternidade porque está associada a uma variedade de resultados para pais e filhos, incluindo competência e afeto parental e funcionamento socioemocional e comportamental da criança. Em nosso estudo, o foco foi para a AE materna para o cuidado, a qual contribuiu para a formação da autoeficácia parental. Constatou-se que durante a internação na UTIN, as mães dos RNPT demonstraram situação de elevada AE. Exceto no domínio "leitura do comportamento", que apresentou classificação de média autoeficácia materna, o que pode ser explicado pela dificuldade em reconhecer o que o filho está demonstrando. Por este motivo, é importante que mediante a avaliação inicial da AE para os cuidados com o RNPT, o profissional de saúde reconheça altas e baixas pontuações, atentando-se principalmente às percepções negativas da mãe quanto a esses cuidados. A partir dessa avaliação faz-se necessário empregar estratégias para contribuir com o aumento da AE materna para o cuidado do RNPT, sendo a intervenção educacional-comportamental uma dessas ferramentas, fortalecendo a crença das mães em si mesmas e o conhecimento sobre seus recém-nascidos e, conseqüentemente, eleva sua capacidade de cuidar e de interagir com o filho<sup>9</sup>.

Observou-se que, para os três domínios analisados na escala de AE durante o seguimento pós-alta dos RNPT, as mães demonstraram uma situação de elevada autoeficácia, o que se refere à alta confiança em si em prover os cuidados com os filhos em casa. Elevada AE é preditivo de bem-estar psicológico materno positivo aos três meses após a alta, bem como de redução na complexidade médica do bebê foi associada ao maior bem-estar psicológico materno.<sup>10</sup> Nesse contexto, a literatura científica<sup>9,11</sup> sustenta a importância e a necessidade de aumentar a autoeficácia dos pais, pois o grau de autoeficácia é efetivo na qualidade dos cuidados prestados, bem como o seu grau de satisfação com a experiência parental<sup>8</sup>. Ademais, a competência percebida no papel parental está diretamente associada aos comportamentos emocionais e parentais, à qualidade dos cuidados com o recém-nascido e aos resultados futuros do desenvolvimento do bebê<sup>12</sup>.

Ao ser comparado os escores totais de AE na hospitalização e no seguimento pós-alta, houve maior percepção da AE para as mães durante o seguimento. O que pode ser explicado pelo fato de as mães sentirem-se com mais liberdade e conforto quando estão em domicílio, sendo esta uma fase mais agradável de ser vivenciada do que o período de hospitalização, além de se sentirem mais capazes de atender às demandas e necessidades dos filhos neste ambiente<sup>13</sup>.

Ao se estabelecer a relação entre AE e aleitamento materno, observou-se que, dentre a totalidade das mães avaliadas no seguimento pós-alta, o aleitamento materno exclusivo teve menor frequência com relação ao aleitamento materno complementado e o misto, sendo que este último correspondeu a quase 50% da amostra. Os achados deste estudo diferem do encontrado no sudeste do Brasil, no qual o AME entre RNPT era de 31,0% e o artificial, de 11,9%<sup>14</sup>. Os RNPT se encontram mais vulneráveis ao desmame precoce, o que decorre das dificuldades em iniciar o aleitamento materno durante a internação devido a fatores como tempo prolongado de internação, grau de prematuridade, extremo baixo peso, gestações gemelares, ventilação mecânica invasiva, imaturidade da capacidade de sucção, entre outras<sup>15</sup>.

Ante essa vulnerabilidade inerente à prematuridade, a equipe da UTIN deve empregar estratégias que identifiquem as mães em maior risco de desmame precoce, quais sejam aquelas com maior nível de ansiedade e estresse, as que apresentam produção diminuída de leite pela falta da estimulação, as que precisam retornar ao trabalho<sup>16</sup>, e os fatores culturais e educacionais<sup>3</sup>. Assim como, aquelas mães com menor escore de AE para o aleitamento materno, bem como menor escore de AE para o cuidado, visto que ao identificar os itens de baixa AE é possível reconhecer precocemente as fragilidades maternas em sua confiança e capacidade tanto nos cuidados quanto para a amamentação

do RNPT<sup>6</sup>.

Ao se comparar os escores de AE materno relacionados à prática do aleitamento materno, verificou-se que não houve diferenças estatísticas significativas no período da hospitalização na UTIN e nem no período de pós-alta durante o seguimento. Todavia, sabe-se que os RNPT são um grupo populacional vulnerável em relação à manutenção do AME como mencionado anteriormente, reforçando a necessidade de auxílio e orientações dos profissionais de saúde para as mães, em relação ao processo de amamentação e produção láctea<sup>3</sup>.

Entretanto, ressalta-se que apesar de não haver diferença estatística significativa entre os grupos, as mães que realizaram o AME apresentaram a menor diferença de seus escores entre os dois períodos de avaliação. Portanto, partindo-se da concepção de que AE é a crença que o indivíduo tem sobre a capacidade para realizar uma atividade de forma que obtenha sucesso e desse modo, essa percepção pode afetar diretamente suas escolhas e seu desempenho ao realizar determinada atividade<sup>5</sup>, cabe à equipe de saúde a avaliação constante da AE possibilitando a enfermagem um cuidado direcionado e de qualidade, promovendo o AME e detectando precocemente possíveis fragilidades maternas em sua confiança e capacidade de amamentar<sup>6</sup>.

Ainda, por meio das observações de situações de sucesso (experiências vicárias) parecidas com a sua, as mães podem aumentar a crença de que possuem capacidade e habilidades para realizar a mesma atividade que o outro de forma bem sucedida<sup>5</sup>. Para tanto, os profissionais de saúde devem desempenhar papel vital no aumento da autoeficácia parental das mães durante a gravidez,<sup>17</sup> assim como após o nascimento. Nos casos de hospitalizações em UTIN, devem estimular a AE nos grupos de pais de RNPT e nas reconsultas após a alta da unidade, pois essa pode ser uma estratégia para a troca de experiências das mães sobre o AM e sejam estimuladas pela experiência vicária na manutenção do AME após a alta hospitalar. Novas tecnologias, como aplicativos para smartphones, podem ser promissoras para apoiar os pais em situações difíceis e estressantes, como nos pais de RNPT, no qual estudo demonstrou que o emprego do *app* chamado NICU2HOME<sup>18</sup> identificou que o uso do *app* contribuiu para maior autoeficácia parental na UTIN e isso continuou após a alta para casa.

A persuasão social é fonte de contribuição para a autoeficácia, pois, quando há reforço verbal de que o indivíduo possui a capacidade para realizar determinada atividade, ele se sente mais motivado e empoderado, concentrando esforços para uma atividade exitosa. Ademais, o estado emocional e somático também pode intensificar o desempenho em uma atividade, proporcionando, ou não proporcionando, fortalecimento na crença do indivíduo em suas próprias capacidades<sup>5</sup>. Assim, a comunidade, bem como a família e todos que estão à volta da mãe em processo de aleitamento materno devem reforçar positiva e verbalmente, para se empoderarem em suas habilidades e capacidades para manutenção do AME.

Destacam-se como potencialidades deste estudo, a aplicabilidade clínica das escalas empregadas para avaliação da AE materna para o cuidado, tanto no período da hospitalização como após a alta, ambas validadas para o português do Brasil. O emprego de ferramentas validadas pode auxiliar o enfermeiro em seu diagnóstico clínico na prática, assistencial, possibilitando evidências ancoradas cientificamente para planejar o cuidado. Assim como, reconhecer a AE positiva como fator protetor para um cuidado adequado ao RNPT pode melhorar a confiança materna em sua habilidade para amamentar, constituindo conhecimento relevante para a enfermagem neonatal auxiliar a mãe na manutenção do AME após a alta da UTIN.

As implicações clínicas incluem direcionar a autoeficácia em programas e intervenções de apoio perinatal para mitigar os sintomas de saúde mental durante a transição para a paternidade, em especial entre mães e pais de RNPT.

O estudo, contudo, apresenta limitações relativas ao número de participantes da

amostra, visto se tratar de estudo longitudinal, o qual tem como uma de suas desvantagens a perda da amostra ao longo do seguimento. Assim, não foi possível manter, no seguimento após a alta da UTIN, o total de mães e RNPT arrolados na primeira avaliação na hospitalização. Fato que pode ser decorrente do momento pandêmico vivenciado à época do estudo que impediu o maior comparecimento das mães nas consultas de seguimento. Portanto, sugere-se o desenvolvimento de estudo com a mesma população, porém, com ampliação do tempo para se obter uma amostra maior e reavaliar os resultados, pois a não significância estatística observada na relação entre o AME e os escores de AE pode ser decorrente do tamanho amostral.

## CONCLUSÃO

Ao comparar os escores de autoeficácia materna em relação à prática do aleitamento materno, não houve diferenças estatísticas significativas no período da hospitalização na UTIN, e nem no período de pós-alta no seguimento, o que pode estar relacionado aos elevados escores, na maioria dos domínios das duas escalas, em ambos os momentos. Este estudo contribuiu para a área de enfermagem em neonatologia com resultados relevantes que correlacionaram a AE materna com as práticas de aleitamento materno de RNPT durante a hospitalização e após a alta, fornecendo subsídios para auxiliar os profissionais enfermeiros na construção de estratégias em âmbito hospitalar e de atenção primária, para o empoderamento de mães de RNPT, possibilitando resiliência, superação de obstáculos e dificuldades encontradas no processo de cuidado com o RNPT e de amamentação. Além de proporcionar orientações e confiança à mãe, a fim de facilitar a continuidade do AME até o sexto mês de vida da criança, bem como da amamentação continuada, reduzindo a morbimortalidade materno-infantil.

Estudos relacionados à autoeficácia materna são recentes no Brasil, dificultando a possibilidade de comparação com pesquisas individualizadas e que descrevem a autoeficácia materna conforme as escalas aplicadas neste estudo. Portanto, fazem-se indispensáveis estudos mais específicos sobre o tema.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited in 2022 Mar.19]. 184. Available in: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_aleitamento\\_materno\\_cab23.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf).
2. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Aleitamento materno [Internet]. [cited in 2022 Mar. 19]. Available in: <https://www.unicef.org/brazil/aleitamento-materno>.
3. Lima APE. Castral TC. Leal LP. Javorski M. Sette GCS. Scochi CGS. et al. Aleitamento materno exclusivo de prematuros e motivos para sua interrupção no primeiro mês pós-alta hospitalar. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2019 [cited in 2022 Mar. 19]. Available in: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180406>.
4. Carvalho LS. Pereira CMC. As reações psicológicas dos pais frente à hospitalização do bebê prematuro na UTI neonatal. Rev. SBPH. [Internet]. 2017 [cited in 2022 Mar. 19]. Available in: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582017000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000200007&lng=pt&nrm=iso).
5. Bandura A. editor. Self-Efficacy. New York: Academic Press; 1994.
6. Guerra BC de O. Silva LR da. Christoffel MM. Monnerat IC. Silva LJ da. Teixeira SVB. et al. The evaluation of the self-efficacy of nursing mothers in breastfeeding for nursing care. Res.. Soc. Dev.

[Internet]. 2021 [cited in 2022 Mar. 19]. Available in: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11908>.

7. Tristão RM. Neiva ER. Barnes CR. Adamson-Macedo E. Validation of the scale of perceived self-efficacy of maternal parenting in Brazilian sample. *J. Hum. Growth. Dev.* [Internet]. 2015 [cited in 2022 Mar. 19]; Available in: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.96759>.

8. Mendes CQS. Mandetta MA. Tsunemi MH. Balieiro MMFG. Adaptação transcultural do Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2019 [cited in 2022 Mar. 19];72:(72 suppl 3). Available in: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0658>.

9. Askary Kachoosangy R. Shafaroodi N. Heidarzadeh M. Qorbani M. Bordbbr A. Hejazi Shirmard M. et al. Increasing Mothers' Confidence and Ability by Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE): a randomized, controlled trial. *Iran J Child Neurol.* [Internet]. 2020 [cited in 2023 Feb. 07];14(1):77-83. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6956963/pdf/jcn-14-077.pdf>.

10. Vance AJ. Pan W. Malcolm WH. Brandon DH. Development of parenting self-efficacy in mothers of high-risk infants. *Early Hum Dev.* [Internet]. 2020 [cited in 2023 Feb. 8]. 14:104946. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7249225/>.

11. Nurlaila ESH. Sri H. Kusuma MTPL. Interventions to reduce parental stress and increase readiness of parents with preterm infants in the neonatal intensive care unit: a scoping review. *Journal of Neonatal Nursing.* [internet]. 2022 [cited in 8 fev. 2023]. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2022.12.002>.

12. Viera CS. Rover MS. Rocha LC. Repercussions of parental self-efficacy on preterm infants' growth after hospital discharge: A systematic review. *Ann Pediatr Child Health.* [Internet]. 2022 [cited in 2023 Feb. 7]. Available in: <https://www.jsimedcentral.com/public/assets/articles/pediatrics-10-1287.pdf>.

13. Walt CMRF. Duarte ED. O aleitamento materno de recém-nascidos prematuros após a alta hospitalar. *RECOM.* [Internet]. 2017 [cited in 2022 Mar. 24]. Available in: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1689/1782>.

14. Balaminut T. Sousa MI de. Gomes ALM. Christoffel MM. Leite AM. Scochi CGS. Aleitamento materno em prematuros egressos de hospitais amigos da criança do sudeste brasileiro. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2018 [cited in 2022 Mar. 24]. Available in: <https://doi.org/10.5216/ree.v20.50963>.

15. Luz LS. Minamisava R. Scochi CGS. Salge AKM. Ribeiro LM. Castral TC. Fatores preditivos da interrupção de aleitamento materno exclusivo em prematuros: coorte prospectiva. *Rev. Bras. Enf.* [Internet]. 2018 [cited in 2022 Mar. 24];71;v:71;a6. Available in: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0762>.

16. Monteiro JRS. Dutra TA. Tenório MCS. Silva DAV. Mello CS. Oliveira ACM. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo em prematuros. *Arq. Catarin. Med.* [Internet]. 2020 [cited in 2022 Mar. 24]. Available in: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096071/643-2404-2-rv-ok.pdf>.

17. Paul P. Pais M. Kamath S. Pai MV. Lewis L. Bhat R. Perceived maternal parenting self-efficacy and parent coping among mothers of preterm infants – a cross-sectional survey. *MJMS.* [Internet]. 2018 [cited in 2023 Feb. 8]; 3(1): 24-27. Available in: [https://ejournal.manipal.edu/MJMS/docs/Vol3\\_Issue1/6-CC%20Original%20Article\\_2.pdf](https://ejournal.manipal.edu/MJMS/docs/Vol3_Issue1/6-CC%20Original%20Article_2.pdf)[https://ejournal.manipal.edu/MJMS/docs/Vol3\\_Issue1/6-CC%20Original%20Article\\_2.pdf](https://ejournal.manipal.edu/MJMS/docs/Vol3_Issue1/6-CC%20Original%20Article_2.pdf).

## AUTOEFICÁCIA MATERNA PARA O CUIDADO DE RECÉM-NASCIDO PREMATURO E DA MANUTENÇÃO DO ALEITAMENTO

### RESUMO:

**Objetivo:** avaliar a autoeficácia materna para o cuidado de recém-nascido prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal e após a alta hospitalar, e relacionar com a duração do aleitamento materno em casa. **Método:** estudo longitudinal que empregou escalas de avaliação da autoeficácia de 38 mães de nascidos prematuros no período de novembro de 2020 a janeiro de 2022 na cidade de Cascavel – PR – Brasil. Dados analisados por estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** A autoeficácia materna durante hospitalização mostrou-se elevada, mantendo-se assim na avaliação após alta. A autoeficácia para a prática do aleitamento materno não teve diferenças estatísticas significativas no período da hospitalização ( $p=0,335$ ) e nem no pós-alta ( $p=0,640$ ). Contudo, mães com elevada autoeficácia na hospitalização e em casa, mantiveram o aleitamento materno exclusivo por mais tempo. **Conclusão:** Identificar a autoeficácia materna deve ser uma rotina na prática clínica de enfermagem na hospitalização e após a alta, para potencializar a manutenção do aleitamento materno exclusivo.

**DESCRITORES:** Aleitamento Materno; Recém-Nascido Prematuro; Autoeficácia; Enfermagem Neonatal; Mães.

## AUTOEFICACIA MATERNA EN LA ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO PREMATURO Y DEL MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA

### RESUMEN:

**Objetivo:** evaluar la autoeficacia materna para el cuidado de recién nacidos prematuros en la unidad de cuidados intensivos neonatales y después del alta hospitalaria, y relacionarla con la duración de la lactancia materna en el hogar. **Método:** estudio longitudinal que empleó escalas de evaluación de autoeficacia de 38 madres de recién nacidos prematuros en el período de noviembre de 2020 a enero de 2022 en la ciudad de Cascavel – PR – Brasil. Los datos fueron analizados por estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** La autoeficacia materna durante la hospitalización mostró ser elevada, y se mantuvo, así, en la evaluación tras el alta. La autoeficacia para la lactancia no presentó diferencias estadísticamente significativas durante la hospitalización ( $p=0,335$ ) ni tras el alta ( $p=0,640$ ). Sin embargo, las madres con alta autoeficacia en la hospitalización y en el hogar mantuvieron la lactancia materna exclusiva durante más tiempo. **Conclusión:** Identificar la autoeficacia materna debe ser una rutina en la práctica clínica de la enfermería en la hospitalización y seguimiento post alta, para potencializar el mantenimiento de la lactancia materno exclusivo.

**DESCRIPTORES:** Lactancia Materna; Recién Nacido Prematuro; Autoeficacia; Enfermería Neonatal; Madres.

Recebido em: 18/08/2022

Aprovado em: 10/02/2023

Editora associada: Dra. Claudia Palombo

### Autor Correspondente:

Claudia Silveira Viera

Universidade Estadual do Oeste do Parana- UNIOESTE, Cascavel PR

R Universitaria 1669, Jardim Universitario, Cascavel, PARANA. CEP 85110119

E-mail: clausviera@gmail.com

### Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - **Squizato L, Silva AD da, Martinelle E, Viera SC**; Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - **Machineski GG, Toso BRG de O, Viera SC**; Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - **Squizato L, Viera SC**. Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

ISSN 2176-9133



Este obra está licenciada com uma [Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).