



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE
MESQUITA FILHO”

FACULDADE DE MEDICINA

Danielle Marinho Viegas Emílio

**Fatores associados à autoeficácia para amamentação e
desmame de mães de bebês prematuros**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio
de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para
obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Adjunta Gimol Benzaquen Perosa
Coorientadora: Profa. Adjunta Lúgia Maria Suppo S. Rugolo.

Botucatu

2018

Danielle Marinho Viegas Emílio

Fatores associados à autoeficácia para amamentação e
desmame de mães de bebês prematuros

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio
de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para
obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Adjunta Gimol Benzaquen Perosa
Coorientadora: Profa. Adjunta Lígia Maria Suppo S. Rugolo

Botucatu
2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Emílio, Danielle Marinho Viegas.

Fatores associados à autoeficácia para amamentação e
desmame de mães de bebês prematuros / Danielle Marinho
Viegas Emílio. - Botucatu, 2018

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Gimol Benzaquen Perosa

Coorientador: Lígia Maria Suppo de Souza Rugolo

Capes: 40602001

1. Amamentação. 2. Prematuros. 3. Autoeficácia. 4.
Maternidade. 5. Mãe e lactente.

Palavras-chave: Amamentação; Autoeficácia; Prematuridade.

Danielle Marinho Viegas Emílio

Fatores associados à autoeficácia para amamentação e
desmame de mães de bebês prematuros

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de
Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de mestre

Orientador: Profa. Adjunta Gimol Benzaquen Perosa
Coorientadora: Profa. Adjunta Lígia Maria Suppo S. Rugolo

Comissão examinadora

Profa. Adjunta Gimol Benzaquen Perosa
FMB-UNESP

Profa. Dra. Maria Antonieta de B. L. Carvalhaes
FMB-UNESP

Profa. Dra. Rosana de Fátima Possobon
Faculdade de Odontologia de Piracicaba

Botucatu, _____ de _____ de _____.

Dedico este trabalho à todas as mães que por prematuridade, ou não tenham que enfrentar uma separação tão brusca, inesperada e sofrida por causa de uma internação.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente à Deus por acordar todos os dias.

A minha querida e amada Mariana, com a qual deixei de estar presente por diversas vezes.

À minha família e amigas por sua dedicação, carinho e pela força que sempre me transmitiram nos momentos em que me sentia só.

Ao meu irmão Otávio e sua valiosa ajuda em vários momentos, horas e situações...

Agradeço à Profa. Dra. Lígia por me indicar um caminho novo, e a Profa. Dra. Gimol por me aceitar neste caminho, por sua paciência, compreensão e apoio.

À Dra. Marineuza por me mostrar como era trabalhar com amor e dedicação, por seus conhecimentos e pela herança deixada em prol do aleitamento materno.

À minha amiga de trabalho Priscila, pela sua ajuda com a coleta de dados.

Ao Hélio Rubens de Carvalho Nunes, pelo valioso auxílio com as análises estatísticas.

Às mães e suas contribuições, que mesmo em um momento tão delicado aceitaram participar deste estudo.

“Que a água desta fonte nunca seque.”
Marineuza Nunes de Souza
Fundadora do Banco de Leite Humano
HC - FMB

RESUMO

EMÍLIO, D. M. V. **Fatores associados à autoeficácia para amamentação e desmame de mães de bebês prematuros.** 2018. 71f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2018.

Introdução: O aleitamento materno, além das propriedades nutritivas e imunológicas, propicia momentos essenciais de interação mãe-bebê. Quando o recém-nascido, especialmente o prematuro, é separado da mãe devido à sua internação em uma Unidade Neonatal, diversos fatores podem prejudicar o início do aleitamento materno e sua duração. Pesquisas com crianças nascidas a termo mostram que dentre vários fatores, a percepção de autoeficácia materna está associada com maior tempo de amamentação exclusiva e desmame mais tardio; entretanto, pouco se sabe sobre o papel da autoeficácia em mães de prematuros.

Objetivos: Avaliar a percepção de autoeficácia em mães de prematuros durante a internação e após a alta e sua associação com a manutenção do aleitamento materno e desmame. **Método:** Trata-se de um estudo longitudinal, com 47 mães de prematuros cujos dados sociodemográficos e clínicos foram obtidos a partir de entrevista realizada até o terceiro dia após o nascimento e dos prontuários médicos do bebê. Entre três e sete dias após início da amamentação foram aplicados dois questionários para avaliação de autoeficácia: a) com relação aos cuidados (*Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy* – PMP); b) com relação à amamentação (*Brastfeeding Self-Efficacy Scale – Short-Form* – BSE - SF). No primeiro retorno após a alta hospitalar do bebê, o BSES – SF foi reaplicado, e 60 dias após o nascimento foi verificado no prontuário, ou por contato telefônico se os bebês continuavam sendo amamentados. **Resultados:** A mediana da idade gestacional foi de 32 semanas e o tempo médio de internação foi de 20 dias. Na alta 85% dos prematuros estavam em aleitamento materno exclusivo, e até 60 dias após o nascimento 31,7% continuaram em aleitamento materno exclusivo. Nenhuma mãe pontuou para baixa autoeficácia, e altos índices de autoeficácia foram predominantes em mães com maior idade, multíparas e cujo recém-nascido teve melhor vitalidade ao nascer. A autoeficácia não se associou com tempo de amamentação, mas nascer pequeno para a idade gestacional foi fator de proteção e maior idade materna foi fator de risco para o desmame. **Conclusão:** A alta autoeficácia na amamentação não se associou com risco de desmame. As taxas de aleitamento materno foram elevadas na alta hospitalar mas caíram drasticamente 60 dias após o nascimento, o que sinaliza para a necessidade de retornos mais frequentes aos serviços de saúde após a alta para continuar encorajando o aleitamento materno, dando orientações técnicas ajustadas às necessidades individuais de cada mãe, visando aumentar seu empoderamento, sua percepção de autoeficácia e confiança em sua capacidade de amamentar.

Palavras-chave: Amamentação, Prematuridade, Autoeficácia

ABSTRACT

EMÍLIO, D. M. V. **Factors associated with self-efficacy for breastfeeding and weaning of mothers of preterm infants**. 2018. 71 f. Thesis (Master) – Faculty of Medicine of Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2018.

Introduction: Breastfeeding propitiates not only nutritional and immunological advantages, but also essential moments of mother-baby interaction. According to the literature, when a newborn, especially if premature, is separated from the mother to be admitted into a Neonatal Unit, several factors can impair breastfeeding and its duration. Research with infants born at full-term shows that among several factors maternal perception of self-efficacy is associated with exclusively breastfeeding for a longer period and weaning at a later date. However, little is known about the role of self-efficacy in mothers of premature babies. **Objectives:** Evaluating the perception of self-efficacy in mothers of premature babies during hospitalization and after discharge and its association to breastfeeding and weaning. **Methodology:** A longitudinal study with 47 mothers of premature babies whose sociodemographic and clinical data were obtained through an on-site interview conducted up to three days after birth and from the baby's medical charts. From three to seven days after they first started breastfeeding, two questionnaires were used to evaluate self-efficacy: a) the - Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy (PMP-E); and b) the Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short-Form (BSES-SF). On the first consultation after discharge the BSES-SF questionnaire was applied once more and 60 days after birth medical charts were consulted or by phone contact to check whether the mother was still breastfeeding. **Results:** Average gestational age was 32 weeks at birth and the children were admitted for an average of 20 days. 85.1% of the children were discharged on exclusive breastfeeding and up to 60 days after birth 31.7% continued on exclusive breastfeeding. No mother had a low score on self-efficacy and high levels of self-efficacy were predominant in older mothers who had given birth before and whose children had higher Apgar scores. No mother scored for low self-efficacy, and high self-efficacy rates were predominant in older mothers, multiparous, and whose newborn had better vitality at birth. Self-efficacy was not associated with breastfeeding time but being small for gestational age appeared as a protective factor and having an older mother a risk factor for weaning. **Conclusion:** The high self-efficacy in breastfeeding was not associated with risk of weaning. Breastfeeding rates were high at hospital discharge but dropped dramatically 60 days after birth, signaling the need for more frequent returns to post-discharge health services to continue encouraging breastfeeding, providing technical guidance tailored to individual needs of each mother, in order to increase their empowerment, their perception of self-efficacy and confidence in their ability to breastfeed.

Keywords: Breastfeeding, Prematurity, Self-efficacy

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma de acompanhamento da amostra.....	22
Figura 2 – Fluxograma da coleta de dados.....	25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas maternas e paternas.....	28
Tabela 2 – Características da gestação e parto de mães de crianças nascidas pré-termo (n= 47)	29
Tabela 3 – Características das crianças nascidas pré-termo (n= 47)	30
Tabela 4 – Distribuição das mães de acordo com os níveis de autoeficácia para amamentação na internação e no retorno imediato.	31
Tabela 5 – Aleitamento na alta, no retorno imediato e até 60 dias de nascimento.	31
Tabela 6 – Correlação entre BSES-SF e PMP-E; e entre o BSE na internação e no retorno.	31
Tabela 7 – Associações bivariadas para BSE-SF na internação (n= 47)	33
Tabela 8 – Análise múltipla das variáveis associadas ao BSE-SF na internação (n= 47)	34
Tabela 9 Regressões bivariadas para desmame até 60 dias após o nascimento (n= 41)	35
Tabela 10 – Análise múltipla das variáveis associadas ao desmame (n= 41)	36

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	6
1.1	Histórico do Aleitamento materno no Brasil	7
1.2	O conceito de autoeficácia e aleitamento	10
1.3	Pesquisas sobre a autoeficácia na amamentação	11
1.4	O nascimento de um bebê prematuro	14
1.5	Amamentação e prematuridade	15
2.	JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	18
3.	OBJETIVOS	18
3.1	Objetivo Geral	18
3.2	Objetivos Específicos	19
4.	MÉTODO	19
4.1	Aspectos éticos	20
4.2	Local do estudo	20
4.3	Participantes	21
4.4	Material e instrumentos	22
4.5	Procedimentos de coleta de dados	24
4.6	Análise dos dados	25
5.	RESULTADOS	27
5.1	Caracterização da amostra	27
5.2	Autoconfiança quanto à amamentação	30
5.3	Fatores de risco e proteção para autoeficácia na amamentação e desmame	32
6.	DISCUSSÃO	37
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
	REFERÊNCIAS	52
	ANEXOS	61

1. INTRODUÇÃO

Apesar das mudanças que se produziram nos estudos com recém-nascidos a partir da segunda metade do século XX e das contribuições de Freud e Melanie Klein, até pouco tempo atrás, vários pediatras e neonatologistas ainda afirmavam que o psiquismo do bebê só se iniciava a partir do terceiro mês de vida, e que até então ele seria uma tabula rasa. Os achados das neurociências, da etologia e sua preocupação com as primeiras relações pais-bebês, ajudaram a modificar essas crenças e o entendimento de como o vínculo atua sobre o crescimento cerebral e o comportamento presente e futuro do indivíduo. Ajudaram, também a implementar várias mudanças nos cuidados, dentre elas as práticas referentes aos bebês nas Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) como a promoção da interação empática e intersubjetiva do recém-nascido (RN) com os cuidadores e com a mãe, o incentivo ao toque e contato olho a olho para que o bebê sintasse-se seguro e cuidado, favorecendo assim sua saúde mental (CUNHA, 2005; SEIDL de MOURA et al, 2008).

As descobertas científicas relacionadas às predisposições dos bebês ao nascimento confirmaram que, a partir desse momento, eles tinham condições de estabelecer vínculo com sua mãe (SEIDL de MOURA et al, 2008), mas estudos mais recentes mostraram que o vínculo é mais precoce, podendo iniciar-se durante a gestação. A larga difusão do pré-natal e as inovações tecnológicas, especialmente o ultrassom, permitiram que se iniciassem estudos nesta fase da vida e se observassem movimentos do bebê em reação a vários estímulos provenientes do corpo materno (PIONTELLI, 1995). Logo após o nascimento, e mesmo durante o trabalho de parto, a interação da nova dupla fica mais evidente, com a mãe descobrindo o corpo do bebê e a ocorrência dos primeiros episódios de olhares mútuos (SEIDL de MOURA, et al, 2008). Desde o início, o aleitamento, tanto ao peito, constitui-se em uma das modalidades essenciais da interação com o recém-nascido (MAZET e STOLERU, 1990).

Após o nascimento, a amamentação é considerada como uma primeira forma de diálogo, que proporciona uma espécie de fusão entre mãe e filho (SZEJER e STEWART, 1997). O toque que aproxima a mãe de seu bebê, o contato olho a olho, a associação entre a voz e o rosto materno, o odor do leite, o aconchego e calor que o corpo da mãe proporciona no momento da amamentação têm forte associação

com a produção de ocitocina e prolactina pela mãe (REGO, 2002; FELDMAN, 2012).

Apesar das poucas pesquisas com humanos, estudos da área da neurobiologia, com mamíferos, já comprovaram que a ocitocina desempenha papel fundamental no vínculo, influenciando nos cuidados parentais precoces e em um conjunto de comportamentos maternos, como na expressão de afeto positivo, no toque afetivo e no uso do *manhês* nas vocalizações, fortalecendo a representação de apego e a diminuição da ansiedade materna (FELDMAN et al, 2010). Portanto, a amamentação pode ser compreendida como um processo que vai além do ato biológico, que por implicar em proximidade física pode favorecer mecanismos sensoriais, imunológicos, hormonais, fisiológicos e comportamentais, além de possibilitar uma série de interações que auxiliam na formação do vínculo mãe-filho (REGO, 2002).

1.1 Histórico do Aleitamento materno no Brasil

Quando os colonizadores portugueses chegaram ao Brasil, se depararam com as índias amamentando seus bebês, o que foi considerado um ato instintivo e natural, e por isso não civilizado (ALMEIDA, 1999; SALES, COUTINHO e SOUZA, 2015). Entre os brancos, influenciados pelos costumes europeus, as mulheres ricas não amamentavam seus filhos, hábito considerado deselegante, pois afetava sua vida social e, portanto, recorriam às amas-de-leite (BADINTER, 1985). Durante o período da escravidão, mulheres negras e escravas, muitas vezes eram vendidas ou alugadas com a finalidade de amamentar as crianças nascidas nas famílias abastadas (ALMEIDA, 1999).

Mas, a partir do século XIX, com o surgimento da medicina higienista, o aluguel das amas-de-leite foi condenado e adotou-se um discurso que defendia que a saúde do bebê dependia da mãe, procurando resgatar a ordem natural e instintiva, isto é, a maternidade e a amamentação passaram a ser vistas como fatores cruciais para sobrevivência dos bebês, e conseqüentemente, importantes para o Estado. E se, em um primeiro momento, a amamentação natural foi assumida pela emergente burguesia no final do século XIX e início do século XX, passou a ser estimulada entre a população mais carente (ALMEIDA, 1999).

Em meados do século XX, com as mudanças na atividade econômica, a crescente urbanização e a inserção da mulher no mercado de trabalho, criou-se um cenário favorável ao desmame, facilitado pelo surgimento da mamadeira, do leite condensado e da farinha láctea. Neste momento, o discurso médico pára de condenar o desmame e passa a oferecer o leite artificial como um substituto. O aumento de partos hospitalares, a crescente divulgação de produtos industrializados por profissionais da saúde e a distribuição de leite em pó para população de baixa renda também foram fatores que contribuíram para o crescente número de desmames (ALMEIDA, 1999; FREIRE, 2009). Frente a este cenário, na década de 1970, estudos nacionais isolados, confirmados pelo inquérito domiciliar nacional, mostravam que a mediana de amamentação era de 2,5 meses (REA, 2003).

Segundo Rea (2003), a preocupação com o desmame e com o papel da propaganda dos substitutos do leite materno levou o governo a assumir diversas políticas pró-amamentação, dentre as quais, no fim do XX milênio, destacam-se:

- 1979 – Reunião conjunta da OMS e UNICEF em Genebra que resultou na criação do Código Internacional de Comercialização de Substitutos de Leite Materno;
- 1980 – Lançamento do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno que, em 1981, passa a ter uma coordenação nacional e a utilizar-se de campanhas mais elaboradas na mídia;
- 1985 – O início de implantação de Bancos de Leite Humano (BLH) pelo Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz;
- 1988 – A aprovação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), as normas para o funcionamento dos BLH e com a nova Constituição, a mulher ganha o direito a 120 dias de licença maternidade e o pai a 5 dias de licença paternidade;
- 1989 – A OMS e UNICEF lançam a Declaração conjunta sobre o Papel dos Serviços de Saúde e Maternidades, que originaram os Dez Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno;
- 1990 – Ações realizadas pela OMS e UNICEF resultaram na Declaração de *Innocenti*;
- 1991 – Foi lançada a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), com o objetivo de cumprir os Dez Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno;

- 1992 – Criação da Aliança Mundial de Ações Pró Amamentação (WABA).

Em 2000, a ONU definiu os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), com metas visando à diminuição das desigualdades sociais e a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Para promover o aleitamento materno, o Brasil, assumiu compromissos internacionais, comprometendo-se com os ODM, e nacionais através do Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, o Pacto pela Vida e o Programa Mais Saúde (BRASIL, 2010). Essas medidas, adotadas ao longo dos anos, elevaram os índices de aleitamento materno, como pode ser constatado na publicação de Victora et al (2011). Os autores mostraram, em inquérito nutricional que em 1974-75, a duração mediana da amamentação era de somente dois meses e meio, uma das mais curtas entre os países em desenvolvimento. O indicador aumentou para cinco meses e meio em 1990, passou para sete meses em 1996 e 14 meses em 2006-07. Quanto ao município de Botucatu, onde foi realizada a presente pesquisa, em um estudo com 380 mães de bebês com até 4 meses de idade, observou-se que apenas 38% estavam em aleitamento materno exclusivo (CARVALHAES et al, 2007).

Apesar da constatação sobre as vantagens da amamentação e das mudanças positivas nos índices de aleitamento materno em nosso país, possivelmente fruto das estratégias e intervenções dos últimos anos, (CALDEIRA et al, 2008), ainda não se atingiu a meta preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e complementado até os dois anos ou mais (BRASIL, 2009). Há inclusive dados recentes mostrando que se a amamentação exclusiva em menores de seis meses aumentou de 2,9% em 1986, para 37,1% em 2006, em 2013 verificou-se um ligeiro retrocesso para 36,6% (BOCCOLINI et al ,2017).

São vários os fatores que a literatura associa ao desmame precoce. Segundo Carrascoza, Costa Junior e Moraes (2005), as variáveis que afetam ou influenciam a extensão da amamentação podem ser divididas em cinco categorias: (a) variáveis demográficas: tipo de parto, idade materna, presença paterna na estrutura familiar, número de filhos, experiência com amamentação; (b) variáveis socioeconômicas: renda familiar, escolaridade materna e paterna, tipo de trabalho do chefe da família; (c) variáveis associadas à assistência pré-natal: orientação sobre amamentação e desejo de amamentar; (d) variáveis relacionadas à assistência pós-natal imediata: alojamento conjunto, auxílio de profissionais da saúde, dificuldade iniciais; e (e)

variáveis relacionadas à assistência pós-natal tardia (após a alta hospitalar): estresse materno, uso de medicamentos pela mãe e pelo bebê, introdução precoce de outros alimentos.

Uma revisão de literatura mais recente acrescentou fatores de natureza psicossocial como: a presença de depressão pré e pós-parto, alta ansiedade materna, falta de apoio social, atitudes negativas frente ao aleitamento e baixa autoeficácia/confiança em amamentar, como variáveis que também podiam acelerar o processo de desmame (JAGER, et al. 2013).

A autoeficácia, em particular, vem sendo reconhecida como variável que pode influenciar tanto na duração do aleitamento materno como no aleitamento materno exclusivo e há, inclusive, estudos para avaliá-la, com adaptação e validação de escala para a população brasileira (ORIÁ e XIMENES, 2010).

1.2 O conceito de autoeficácia e aleitamento

Para Albert Bandura, principal representante da "Teoria da Autoeficácia", que faz parte da teoria de Aprendizagem Social Cognitiva, a autoeficácia refere-se à percepção que a pessoa tem sobre sua habilidade para realizar uma determinada tarefa, dentro de certo domínio. Nas palavras do autor, a autoeficácia percebida é decorrente das "avaliações de cada indivíduo sobre suas capacidades, na base das quais organizará e executará suas ações, de modo a que possa alcançar o rendimento desejado" (BANDURA, 1987. p. 416). É um componente da motivação, com papel importante na aquisição e mudança de comportamento (BUSOT, 1997).

Autoeficácia é um processo cognitivo que intervém no comportamento e o regula. Para que uma pessoa consiga rendimento adequado não precisa apenas, ter o conhecimento e as habilidades necessárias, mas é importante, sobretudo, que acredite em sua própria capacidade. Portanto, as pessoas precisam acreditar que podem incorporar certos comportamentos para que estejam motivadas a empreender os esforços necessários para alcançar o sucesso (BANDURA, 1987).

Como a força das convicções em sua própria capacidade pode afetar a maneira como a pessoa vai lidar com determinada situação, as expectativas de eficácia são um determinante importante na escolha das atividades do indivíduo, assim como quanto e por quanto tempo será mantido o esforço para lidar com situações estressantes. Maior autoeficácia é o que irá determinar se um

comportamento será iniciado e, se não houver eficácia em determinada ação, seus resultados podem levar à mudança de comportamento (BANDURA, 1977).

A autoeficácia não é uma característica estável de personalidade, mas uma característica que depende do contexto, que se aplica a uma situação específica (BUSOT, 1997). Assim, é possível que uma pessoa tenha alta autoeficácia em um conjunto de situações e baixo grau de autoeficácia em outras.

No caso da autoeficácia materna, seria a capacidade das mães de organizar e realizar tarefas relacionadas às necessidades da criança, dentre elas a amamentação que, quando bem sucedida, aumentaria sua confiança. Sob esta perspectiva, o ponto de partida para uma amamentação eficaz está na mãe acreditar e ter a confiança de que possui os conhecimentos e habilidades suficientes para amamentar seu bebê (ORIÁ e XIMENES, 2010; SPEHAR e SEIDL, 2013).

A confiança materna é construída a partir da própria experiência, ao ver e conviver com outras mulheres que amamentaram, pela influência de outras pessoas, pela cultura, contexto e condições de vida e pelo estado emocional e fisiológico materno. Ser estimulada a amamentar, antes do bebê nascer, pode ser um facilitador da autoconfiança, que deve continuar na maternidade, nas consultas de puerpério e puericultura (ORIÁ e XIMENEZ, 2010; RODRIGUES et al, 2014).

Para avaliar a autoeficácia na amamentação, a literatura aponta alguns instrumentos para serem aplicados no período gestacional e outros no pós-parto (TUTHILL et al, 2016). Dentre eles, o *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES-SF) foi o mais utilizado em pesquisas, em vários países, tanto em sua forma longa quanto curta. No Brasil, a versão completa da escala (com 33 itens) foi traduzida, adaptada e validada por Oriá e Ximenes (2010). A escala de autoeficácia da amamentação, em sua forma curta - *Breastfeeding Self-Efficacy Scale Short Form* (BSES-SF), com 14 itens, também foi validada no Brasil por Dodt (2008), que a aplicou em duzentas e noventa e quatro mulheres no puerpério imediato, em alojamento conjunto, em uma maternidade do Ceará.

1.3 Pesquisas sobre autoeficácia na amamentação

Pesquisas apontam que mulheres avaliadas durante o período pré-natal e que apresentaram baixos níveis de autoeficácia na amamentação interromperam o aleitamento materno na primeira semana após o parto (BUXTON et al, 1991; ORIÁ e

XIMENEZ, 2010). Em estudo de Oriá e Ximenes (2010), mulheres com baixo nível de autoeficácia no aleitamento materno tiveram 3,1 vezes mais risco de interromper a amamentação do que aquelas que tinham total autoeficácia.

No estudo de Semenik et al (2008), a autoeficácia foi um dos fatores que se associou com permanecer por mais tempo em amamentação exclusiva. Segundo Dennis e Faux (1999), na medida em que a autoeficácia tem influência nos esforços necessários para dominar novas habilidades, as mães com alta autoeficácia engajam-se mais na tarefa de amamentar e perseveram mais quando aparecerem desafios.

Jager et al (2013) realizaram uma revisão sistemática com o objetivo de conhecer os fatores psicossociais que se relacionavam com o aleitamento materno exclusivo. Em cinco dos nove artigos analisados estudou-se o efeito da autoeficácia e em quatro encontraram-se associações positivas da autoeficácia com a duração do aleitamento materno exclusivo. Em um desses estudos, o número de mães com baixa eficácia que desmamaram seus bebês nas primeiras cinco semanas após o nascimento foi duas vezes maior do que o de mães com alta eficácia (KRONBORG e VAETH, 2004; JAGER et al, 2013).

Com o objetivo de analisar os fatores ligados ao pré-natal e puerpério que influenciavam a autoeficácia na amamentação de puérperas em alojamento conjunto, alguns trabalhos foram realizados, mas os resultados ainda são inconclusivos. Em pesquisa desenvolvida por Rodrigues et al (2014) com 322 puérperas, 81% apresentaram alta autoeficácia e 19% média eficácia. Houve associação significativa entre colocar o bebê para mamar na primeira hora de vida e autoeficácia. Por outro lado, ter feito pré-natal, número de consultas, tipo de parto e receber orientações sobre o aleitamento materno no pré-natal e puerpério não se mostraram significativos para autoeficácia. Com o mesmo instrumento, Uchoa et al (2016), em um grupo de gestantes acompanhadas em Unidades Básicas de Saúde da Família, observaram que vários fatores podiam influenciar a autoeficácia, para amamentar: gravidez planejada; realizar seis ou mais consultas pré-natais; realizar a preparação das mamas para amamentar; pretender amamentar o filho; participar de grupo de gestantes; parto vaginal em hospital público; amamentar na primeira hora de vida e de forma exclusiva na maternidade e na alta hospitalar; não ter dificuldades para amamentar.

Em outro estudo realizado com 152 mães de bebês de 0 a 3 meses de idade na Turquia, não se observou associação entre autoeficácia e idade materna, escolaridade e tipo de parto, enquanto ter experiência anterior com amamentação aumentou significativamente a média do escore de autoeficácia na amamentação (NURSAN, DILEK e SERVİN, 2014).

Dentre os vários estudos de intervenção para melhorar os índices de amamentação, Dodt, Ximenes e Oriá (2012) propuseram um procedimento visando a promoção do aleitamento materno, a partir do conceito de autoeficácia. Os autores elaboraram um álbum seriado, "Eu posso amamentar meu filho", validado em sua aparência e conteúdo, embasado em pesquisa anterior em que se avaliaram as expectativas pessoais das mães acerca da sua autoeficácia para amamentação, utilizando-se a versão traduzida do *Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short form* (DODT, 2008). A partir das situações identificadas como de menor autoconfiança, foi composto um instrumento com sete ilustrações e fichas-roteiro para discutir várias temáticas referentes aos domínios técnicos do aleitamento (posicionamento adequado, conforto durante o ato, reconhecimento dos sinais de uma lactação de qualidade, etc) e pensamentos interpessoais associados ao ato de amamentar (desejo de amamentar, motivação interna, satisfação com a experiência de amamentar). Após a intervenção, as autoras concluíram que a tecnologia educativa foi eficaz no aumento da autoeficácia materna em amamentar, podendo resultar no alcance de boas taxas de aleitamento materno (DODT, XIMEXES e ORIÁ, 2012).

Se todos os trabalhos acima tiveram como sujeitos mães de recém-nascidos a termo, Spehar e Seidl (2013) avaliaram a autoeficácia materna nos cuidados de bebês prematuros brasileiros que estavam sendo cuidados com o Método Canguru. A partir da escala *Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy* (PMP-E), instrumento elaborado por Adamson-Macedo (2007) e validado para a população brasileira (TRISTÃO, 2015), verificaram que a confiança das mães de prematuros em sua habilidade de cuidar, juntamente com o apoio técnico da equipe no auxílio à amamentação, teve repercussões positivas no tempo de amamentação. Por sua vez, Lopes et al (2015) utilizaram o BSES-SF em estudo com 21 mães de prematuros internados na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal e, verificaram que todas as mulheres apresentaram alta autoeficácia. No entanto, as mais jovens e com baixa renda tiveram maior autoeficácia na amamentação.

No Canadá, Wheeler e Dennis (2013) aplicaram o BSES-SF, com algumas adaptações, à uma amostra de mães de crianças nascidas prematuras ou doentes, que haviam passado pela Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), uma semana depois da alta hospitalar, com o objetivo de avaliar as propriedades psicométricas do teste. Concluíram que o BSES-SF adaptado é um instrumento válido e preciso para avaliar a autoeficácia para amamentação nesta população.

Quando se trata de amamentação de prematuros, embora pesquisas nacionais tenham evidenciado aumento da amamentação exclusiva, esses índices continuam muito baixos e o desmame ocorre, muitas vezes, antes mesmo da alta da unidade neonatal (NASCIMENTO e ISLER, 2004; OLIVEIRA, THOMSON, e VENUCHI, 2007; AZEVEDO e CUNHA, 2013).

1.4O nascimento de um bebê prematuro

A prematuridade é umas das principais causas de óbito neonatal em todas as regiões do Brasil, e pode indicar problemas na assistência ligados ao pré-natal, trabalho de parto e ao recém-nascido (FRANÇA e LANSKY, 2008). Contudo, desde a década de 1990 observa-se um aumento na sobrevivência destes bebês devido a vários fatores: avanços tecnológicos, mudanças na assistência obstétrica e neonatal, o uso de corticóide antenatal e a terapia de reposição de surfactante no recém-nascido prematuro (RUGOLO, 2005; ALMEIDA et al, 2010).

O Brasil está entre os países com maiores índices de nascimentos prematuros no mundo (OMS, 2012). Em 2010 7,2% dos nascidos vivos foram prematuros (BRASIL, 2012). No último levantamento estatístico realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), referente aos dados do ano de 2013, o percentual de nascimentos prematuros foi de 11,5%, em um total de 2.904.027 nascidos vivos. Com relação às regiões brasileiras, as regiões Sudeste e Sul são as que concentram a maior proporção de nascidos vivos prematuros em relação a outras regiões do Brasil com 11,7% e 11% respectivamente. No Estado de São Paulo, o percentual foi de 12%, em 2013 (BRASIL, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012) define como pré-termo todo recém-nascido que nasceu antes de completar 37 semanas de gestação. Essa classificação é subdividida em três grupos: extremamente pré-termo (idade gestacional < 28 semanas - RNPT), muito pré-termo (idade gestacional de 28 a < 32 semanas - RNMT) e pré-termo moderado e tardio (32 a < 37 semanas de idade

gestacional – RNPTm e RNPTt). Neste último grupo, crianças nascidas com idade gestacional de 32 a 33 semanas são consideradas moderadas e as nascidas entre 34 e 36 semanas e 6 dias, prematuros tardios (CHABRA, 2013).

O nascimento de um prematuro tem grande impacto no processo de adaptação mãe/bebê. A mãe, muitas vezes, apresenta uma crise emocional, com muito medo, tanto do risco de morte do bebê, como do ambiente de UTI Neonatal, local até então desconhecido, onde, especialmente nos primeiros dias, ela se torna expectadora dos cuidados que a equipe de enfermagem e médica propiciam ao seu filho. A internação, essencial para garantir as possibilidades de sobrevivência da criança, acaba criando uma dupla separação da mãe: do bebê idealizado e internalizado, e do bebê real que, por sua vez, está internado (CUNHA et al, 2013).

Nesse contexto, o luto dos pais pelo bebê idealizado é, na maioria das vezes, inevitável e pode causar prejuízo aos cuidados, incluindo à amamentação (BRAZELTON, 1988). São comuns sentimentos de insegurança, sofrimento, preocupação, frustração, ansiedade e desapontamento que acabam abalando a confiança na capacidade de cuidar de seu bebê, além de dificuldades para iniciar e manter a lactação (COSTA, 2010; SPEHAR e SEIDL, 2013).

1.5 Amamentação e prematuridade

Para Auler e Delpino (2008) o nascimento prematuro interrompe o período de maior desenvolvimento fetal, fazendo com que o aumento da massa óssea, proteica e de gordura, assim como o crescimento, tenham que acontecer fora do útero, exigindo grande quantidade de nutrientes. Por isso, o leite da mãe do prematuro nas primeiras duas semanas tem maior concentração de calorias, proteínas, gordura, Imunoglobulina A e menor quantidade de lactose do que o leite das mães de recém-nascidos a termo. O prematuro, que é imunoincompetente, muito se beneficia das propriedades nutritivas e imunológicas do leite materno. E quanto mais prematuro for o bebê maior a quantidade de gorduras e proteínas no leite de sua mãe. Além disso, Lechner e Vohr (2016) afirmam que os oligossacarídeos, também presentes no leite materno, diminuem os riscos de enterocolite necrosante. Portanto, a composição do leite de mães de prematuros difere em relação ao de mães de recém-nascidos de termo, com maior adequação às necessidades nutricionais do prematuro, auxiliando na maturação gastrointestinal e na absorção de nutrientes, diminuindo os riscos de infecções e de re-hospitalização.

A literatura refere que prematuros são sujeitos de risco para o desenvolvimento neuropsicomotor (LINHARES et al, 2000). Entretanto, o aleitamento materno tem um impacto positivo no desempenho neurocomportamental, cognitivo e psicomotor da criança (SERRA e SCOCHI, 2004; AHMED, 2008).

Entretanto, apesar de todas as vantagens da amamentação no peito para prematuros, a condição de prematuridade cria dificuldades adicionais as que já existem que acabam interferindo no processo de amamentação. Em primeiro lugar, as limitações fisiológicas ocasionadas pela imaturidade do recém-nascido, que somente entre 32 e 34 semanas de idade gestacional consegue obter um padrão de sucção e deglutição adequado e coordenado. Além disso, o afastamento precoce entre mãe e filho, decorrente da necessidade de assistência em unidade de terapia intensiva neonatal, a preocupação materna com a sobrevivência e evolução de seu filho, bem como o sentimento de incompetência em desempenhar seu papel, geram grande ansiedade que interfere na amamentação, prejudicando tanto a amamentação inicial quanto a sua manutenção (VASCONCELOS, et al 2006; SANTORO JUNIOR e MARTINEZ, 2007).

A esses fatores de risco somam-se elementos contextuais, incluindo o fato de a mãe ter que manter a produção de leite através da ordenha, não ter um local apropriado para ficar enquanto acompanhante de seu bebê, ter que conviver e se adaptar às condutas e rotinas da UTI neonatal, a distância entre seu domicílio e o hospital, assim como o afastamento de seus familiares e sua condição financeira, aspectos esses que geram sentimentos de ansiedade, frustração e medo do fracasso no aleitamento (SERRA E SCOCHI, 2004).

A fim de promover o aleitamento materno para recém-nascidos prematuros e de baixo peso, foram criados alguns programas de intervenção. Em um deles, Santoro Junior e Martinez (2007) criaram um projeto com o objetivo de aumentar o tempo de amamentação de recém-nascidos com peso inferior a 1.500g. As mães foram abordadas ao entrar em trabalho de parto para estabelecer um vínculo de confiança com os pesquisadores e, após o nascimento, a mãe era incentivada a visitar seu filho o quanto antes. O início e a manutenção da produção láctea seguiram de acordo com as rotinas do hospital, com orientações sobre as técnicas de retirada do leite, sendo essas orientações reforçadas individualmente pelo pesquisador. No momento da alta materna, ela era informada sobre a importância de

sua visita ao bebê ainda internado e sobre a forma de fazer a manutenção da produção láctea. Após a alta da criança o pesquisador realizava uma consulta na primeira semana e consultas mensais até o sexto mês. No momento da alta, 80,5% das crianças estavam em aleitamento materno, com 19,5% em regime exclusivo e 61% em regime misto. No grupo controle, no momento da alta 8,4% dos prematuros estavam em aleitamento materno exclusivo, e 30,5 % estavam em regime não exclusivo. A duração média do aleitamento materno (exclusivo ou não exclusivo) no grupo controle foi de 54 dias e no grupo intervenção foi de 91 dias. Os autores concluem que orientação e apoio intensivos podem aumentar a duração do aleitamento materno exclusivo.

Em outro estudo com prematuros, o conceito de autoeficácia fundamentou o trabalho de intervenção. Baseado na Teoria Social Cognitiva de Bandura, por meio de estratégias que pretenderam influenciar o comportamento pela ação direta ou pela autoeficácia, Ahmed (2008) criou um programa para desenvolver e implementar a prática da amamentação. Em um primeiro momento, oferecia suporte psicológico para as mães, esclarecia sobre as diferenças entre um bebê a termo e um prematuro, problemas devido à prematuridade e os benefícios do leite materno e da amamentação para ambos. Na segunda fase de treinamento, as mães eram orientadas quanto à massagem das mamas e ordenha manual do leite. Na terceira fase, pós-treinamento, as mães eram encorajadas a realizar massagem e ordenha das mamas até que o bebê pudesse ser colocado para mamar. A quarta fase aconteceu após a alta dos bebês, quando as mães receberam um diário para que realizassem anotações sobre as mamadas dos bebês, bem como seu próprio comportamento ao amamentar. Uma visita domiciliar foi realizada para que as dificuldades e dúvidas relacionadas à amamentação fossem resolvidas. Os bebês foram acompanhados até o terceiro mês de vida. No momento da alta 80% dos bebês do grupo intervenção e 40% do grupo controle encontravam-se em aleitamento materno exclusivo. No final do terceiro mês, 40% dos bebês do grupo intervenção e 13% do grupo controle ainda estavam em aleitamento materno exclusivo, mostrando a eficiência da intervenção.

2. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Em 2013, 11,6% dos bebês nascidos vivos no Brasil foram prematuros, sendo que no estado de São Paulo este índice foi de 12% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Apesar de o leite materno ser considerado o melhor alimento para todo recém-nascido, e em especial para os prematuros, poucos são amamentados exclusivamente no peito até os seis meses de idade, como preconiza a OMS. Como é referido na literatura e constatado diariamente em minha prática profissional no Banco de Leite Humano do HC-FMB-Unesp, por diversos motivos, muitas mães de prematuros apresentam dificuldade em iniciar e manter a lactação.

A partir da década de 1970, o Ministério da Saúde brasileiro adotou diversas medidas para diminuir o desmame, que se mostraram eficazes e fizeram com que os índices de aleitamento materno se elevassem ao longo dos anos. Contudo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 tornou evidente que estes índices se mantiveram relativamente estáveis ou mesmo decresceram nos últimos anos, o que leva a uma reflexão sobre possíveis mudanças nas ações para que os índices de aleitamento materno voltem a subir (BOCCOLINI et al, 2017). Quanto aos prematuros, uma revisão sistemática realizada por Gomes et al (2009), consultando bases de dados eletrônicas nacionais e internacionais, entre os anos de 1997 e 2008, constatou carência e limitações metodológicas nos estudos sobre a prevalência de aleitamento materno para esses sujeitos. Além disso, poucos estudos abordaram as dificuldades maternas para amamentar e poucos trabalhos nacionais pesquisaram como as mães de prematuros percebiam sua autoeficácia para a amamentação e se a percepção de autoeficácia dessas mães estava associada ao desmame. Essas são informações importantes e necessárias que podem ajudar a propor ações alternativas eficazes para nossa população (SILVA e SILVA, 2009), foco do presente estudo.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Este estudo teve dois objetivos gerais:

- a) Avaliar os fatores de risco e proteção para autoeficácia para a amamentação de mães de crianças prematuras.
- b) Avaliar a associação entre autoeficácia para amamentação com a manutenção da amamentação durante a internação, no primeiro retorno do bebê após a alta hospitalar e até sessenta dias após o nascimento.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a amostra de mães e de lactentes prematuros quanto a fatores, sociodemográficos e clínicos.
- Identificar a porcentagem de mães em aleitamento materno exclusivo, misto e desmame no momento da alta, no retorno imediato e após um ou dois meses do nascimento.
- Avaliar algumas propriedades psicométricas do instrumento (*Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy*) : a) sua estabilidade em dois momentos (durante a internação e desmame imediato); b) sua correlação com instrumento de avaliação de autoeficácia nos cuidados a prematuros; c) identificar os itens com maiores discordâncias na pontuação, sinalizando para possíveis situações que podiam interferir na autoeficácia.
- Identificar, dentre as variáveis sociodemográficas e clínicas, fatores de risco e proteção para autoeficácia na amamentação.
- Avaliar a associação entre variáveis sociodemográficas, clínicas e grau de autoeficácia materna na amamentação com a manutenção da amamentação após a alta hospitalar da criança.

4. MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa com delineamento longitudinal, com uma abordagem quantitativa, para avaliar o papel da autoeficácia materna na amamentação de recém-nascidos prematuros.

4.1 Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP com número do CAAE: 56546516.6.0000.5411. As diretrizes éticas foram cumpridas rigorosamente, havendo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelas mães maiores de 18 anos e pelos responsáveis nos casos de mães menores de 18 anos (Anexo 1) e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido para menores de 18 anos (Anexo 1). Esclareceram-se os objetivos do estudo e garantiu-se o sigilo da identidade e a possibilidade de desistir em qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo ao atendimento do bebê.

4.2 Local do estudo

As entrevistas e aplicação das escalas aconteceram na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal ou no Banco de Leite Humano ambos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. Trata-se de um hospital de nível terciário, a maior instituição pública vinculada ao Sistema Único de Saúde da região. Estima-se que a abrangência seja de 2 milhões de pessoas vindas de 68 municípios.

A Unidade Neonatal conta com 29 leitos sendo 16 de Unidade de tratamento Intensivo (UTI) e 13 divididos entre Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) e Unidade de Cuidados Especiais (UCE) a depender da demanda. Dentro da unidade existe o quarto da unidade Canguru com capacidade para dois leitos.

O Banco de Leite Humano deste Hospital fundado em 2001 pela médica Dra. Marineuza Nunes de Souza, com o objetivo de promover, proteger e incentivar o aleitamento materno e é responsável pelo processamento, controle de qualidade e distribuição do leite humano coletado. Mães de bebês internados, um ou dois dias após o nascimento, são convidadas a ordenhar seu leite na sala de coleta vinculada ao Banco de Leite, para levá-lo ao bebê ou armazená-lo em freezer. Neste local, elas também recebem orientações sobre massagem, ordenha, armazenamento do leite e manutenção da lactação.

Após a alta, as mães foram entrevistadas, em sala individual, no Ambulatório de Reavaliação de Alta ou no ambulatório de Muito Baixo Peso e, em um único

caso, no Ambulatório de Oftalmologia. No momento da entrevista estavam presentes a pesquisadora, a mãe e, algumas vezes, um acompanhante da mãe.

4.3 Participantes

Trata-se de uma amostra de conveniência, selecionada a partir do sistema MV de Prontuários Eletrônicos de Paciente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. Todas as mães de nascidos prematuros, que preenchiam os critérios de inclusão, no período de agosto de 2016 a agosto de 2017, foram abordadas e convidadas a participar do estudo, sendo, portanto, 49 mães. Destas, 47 aceitaram participar sendo, 16 mães de bebês pré-termo extremo e muito pré-termo, 26 mães pré-termo moderado e 19 de pré-termo tardio.

Os critérios de inclusão foram:

- Mães cujo parto ocorreu na maternidade do serviço;
- Nascimento único;
- Crianças com idade gestacional variando de 26 a 36 semanas;
- Não foram incluídas:
- Mães que fizeram uso de drogas ilícitas durante a gestação;
- Mães de bebês com malformações ou com doenças não associadas à prematuridade, que impediam a amamentação no seio;
- Recém-nascidos com menos de um dia de internação na UTIN.

O fluxograma do acompanhamento da amostra está representado na figura abaixo:

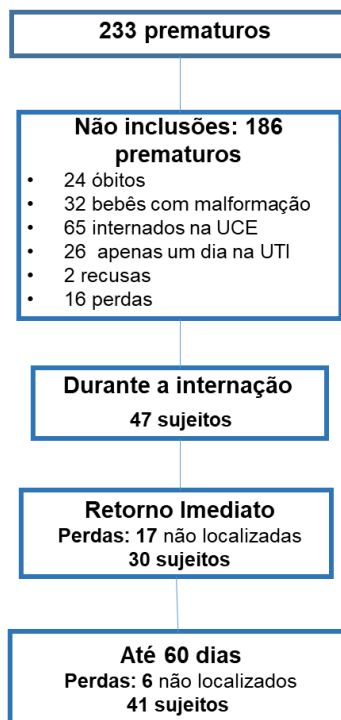


Figura 1 – Fluxograma de acompanhamento da amostra

4.4 Material e instrumentos

Utilizaram-se os seguintes instrumentos:

a) Escala de Autoeficácia na Amamentação – Forma Abreviada (BSES-SF)- Instrumento elaborado por Dennis e Faux (1999; DODT, 2008), com o objetivo de mensurar a confiança materna em sua habilidade de amamentar. Foi traduzida e adaptada no Brasil por Oriá e Ximenes (2010) e validada por Dodt (2008). Em sua versão original a Escala é composta por 33 questões e em sua versão abreviada, por 14 questões divididas em dois domínios. O primeiro domínio, pensamento intrapessoal (questões 1, 2, 3, 4, 9 e 14) considera o desejo de amamentar, a motivação interna e a satisfação. O segundo domínio é técnico (questões 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12 e 13), com foco nos aspectos técnicos da amamentação como: a posição correta do bebê ao mamar, conforto, reconhecer os sinais de uma boa mamada e sucção mamilo areolar (DODT, 2008). As respostas são dadas em escala Likert, em que cada item apresenta escores variando de 1 a 5. Quanto maior o escore final, maior a confiança materna em seu potencial de amamentar (Anexo 2). É considerada baixa autoeficácia pontuações entre 14 a 32 pontos, média autoeficácia de 33 a 51 pontos e alta autoeficácia, de 52 a 70 anos.

b) *Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy* (PMP-E) – Trata-se de questionário semiestruturado elaborado por Barnes e Adamson-Macedo, em 2007 e validado para a população brasileira por Tristão et al (2015). Visa conhecer as concepções maternas de autoeficácia para o cuidado de seus bebês prematuros e de baixo peso. O instrumento é composto por 20 questões, divididas em quatro subdomínios ou fatores: fator 1 - diz respeito as atitudes de cuidado da mãe em relação ao bebê; fator 2 - referente à habilidade da mãe em eliciar mudanças no comportamento do bebê; fator 3 - avalia as percepções maternas em sua habilidade de compreender e identificar mudanças no comportamento do bebê; fator 4 - percepção das mães relacionadas à sua habilidade de interagir com o bebê. As respostas são dadas em escala Likert de quatro pontos, variando de 1 (discordo totalmente) a 4 (concordo totalmente). Quanto maior o escore final, maior a autoeficácia percebida. (Anexo 3).

c) Entrevista com questões semiestruturadas, para obter da mãe os seguintes dados: Idade; escolaridade; renda familiar; paridade; ocupação; situação conjugal; número de pessoas na residência. Uma segunda entrevista aconteceu de três a sete dias após o início da amamentação, para avaliar as expectativas e sentimentos com as primeiras experiências com amamentação (Anexo 4).

A partir do relato materno, as variáveis morar no município de nascimento do bebê, uso de bebidas alcoólicas e cigarro durante a gestação, planejar a gravidez, realizar pré-natal, visitas diárias ao bebê, exercer função remunerada, ficar na casa de apoio, realizar ordenha na sala de coleta e experiência anterior com amamentação foram categorizadas como tendo ocorrido (sim), ou não.

Outras variáveis foram categorizadas, como se verá a seguir:

- situação conjugal – a) união estável/casada e b) divorciada/solteira;
- escolaridade materna e paterna – foram criadas três categorias: a) ensino fundamental (completo e incompleto), b) e médio (completo e incompleto) e superior (completo e incompleto);
- número de gestações – a) primigesta e b) múltipara (considerando abortos e óbitos fetais);
- número de consultas de pré-natal – a) 1 a 3 consultas, b) 4 a 6 consultas e c) mais de 7 consultas;

- tipo de parto – a) normal e b) cesárea;
- renda familiar – a) menos de 1 salário mínimo, b) de 1-2 salários e c) mais de 3 salários (o salário mínimo para base do cálculo foi o de 2016, igual a R\$ 880,00);
- idade gestacional ao nascer – a) entre 26 e 31 semanas, b) 32 a 33 semanas e c) entre 34 e 36 semanas de gestação;
- duração da visita materna ao bebê – a) até 4 horas e b) mais de 4 horas.

Por fim, foram consideradas de forma contínua as variáveis: peso e idade gestacional do bebê ao nascer, idade materna, número de pessoas na residência, dias de vida da primeira mamada ao seio e dias de vida do bebê no momento da aplicação das escalas, Apgar e SNAPPE II.

d) Prontuário médico - recorreu-se ao prontuário das crianças para obter os dados: idade gestacional, peso de nascimento e adequação do peso para a idade gestacional, intercorrências ao nascer, Score for Neonatal Acute Physiology with Perinatal Extension-II (SNAPPE II), morbidades neonatais (Síndrome do Desconforto Respiratório - SDR, Sepsis precoce e tardia, Enterocolite Necrosante - NEC, Hemorragia periintraventricular, Leucomalácia, Displasia Broncopulmonar - DBP, Retinopatia da Prematuridade, Persistência do Canal Arterial - PCA, Doença Metabólica Óssea - DMO), uso de ventilação mecânica, cirurgia, Apgar.(do primeiro e quinto minuto). A partir do prontuário, obtiveram-se, também, informações sobre o aleitamento materno, até 60 dias após o nascimento.

4.5 Procedimentos de coleta de dados

Após convidar as mães a participar do estudo, e tendo coletado a assinatura do o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, foi realizada a primeira entrevista, entre o primeiro e terceiro dia após o nascimento do bebê. A segunda entrevista ocorreu de três a sete dias após o bebê começar a mamar no peito. Nessa ocasião, também foram aplicados, individualmente, os dois questionários, na seguinte ordem: PMS-E e BSES-SF.

A escala BSES – SF foi aplicada novamente quando a mãe retornou para a primeira consulta no ambulatório, aproximadamente entre 2 e 20 dias após a alta

hospitalar do bebê. A grande variação do período entre a alta e a primeira consulta deveu-se ao recesso hospitalar nos ambulatorios que ocorrem no fim do ano, quando não são agendadas consultas ambulatoriais. A pesquisadora contou com ajuda de uma funcionária do Banco de Leite Humano, devidamente treinada para a aplicação dos questionários. Foi dada a opção para que os questionários fossem auto aplicados ou aplicados pela pesquisadora e sua auxiliar de pesquisa.

Cerca de dois meses após a alta, os prontuários foram consultados a fim de coletar dados referentes à amamentação da última consulta da criança, independente da especialidade médica. Quando o prontuário médico não trazia informações claras sobre a amamentação, a pesquisadora fazia contato telefônico com a mãe para saber como estava a amamentação da criança.

O fluxograma da coleta de dados está representado na figura abaixo:

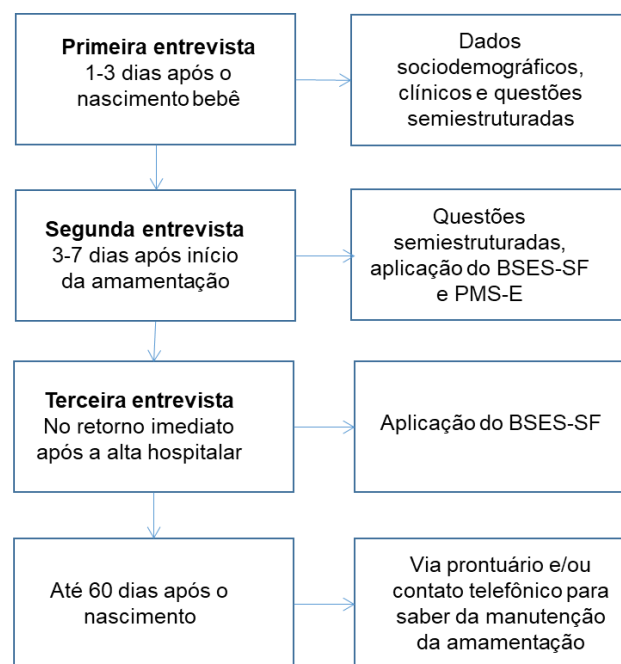


Figura 2 – Fluxograma da coleta de dados

4.6 Análise dos dados

Inicialmente foi feita análise descritiva da amostra, baseada no cálculo de frequência, porcentagem, mediana, valor máximo e mínimo, de acordo com a natureza dos dados. Para a análise das morbidades dos recém-nascidos foi criado um escore de morbidade em que se pontuou se a criança apresentava (ou não) as

morbidades citadas acima, se o recém-nascido recebeu nutrição parenteral, se ficou em ventilação mecânica e se fez alguma cirurgia.

Com relação às formas de alimentação, as respostas foram categorizadas a partir da classificação adotada pela Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais, que considera:

- a) Leite humano (incluindo a amamentação exclusiva ou leite materno ordenhado ou leite humano de banco);
- b) Fórmula;
- c) Leite humano + Fórmula.

Quanto à Escala de Autoeficácia na Amamentação – Forma Abreviada (BSES-SF), além de calcular o escore total, calculou-se a porcentagem de respostas discordantes em cada um dos itens da escala.

A seguir procedeu-se a análise estatística inferencial. Para avaliar aspectos psicométricos da escala compararam-se os resultados ao BSES-SF em dois momentos (na alta e na primeira consulta) e a correlação entre a autoeficácia na amamentação (BSES-SF) e nos cuidados (PMP-E), a partir do coeficiente de correlação de Spearman.

Por fim, procurou-se identificar fatores de risco e proteção para autoeficácia na amamentação. Para tanto, foram testadas as associações bivariadas das variáveis sociodemográficas e clínicas, maternas e dos lactentes, com a autoeficácia, por meio de regressão linear simples. Com as variáveis que apresentaram associação em nível de $p < 0,20$ foi construído um modelo de regressão linear múltipla, quando se adotou como critério para significância estatística $p < 0,05$. O mesmo tipo de análise foi realizado para identificar os fatores de risco e proteção para desmame, 60 dias após o nascimento, incluindo a variável autoeficácia.

5. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em 3 secções. Na primeira secção serão mostrados os dados descritivos referentes às características sociodemográficas, de gestação, parto e do recém-nascido, bem como os dados referentes ao aleitamento e desmame das crianças em três momentos: na alta, no retorno imediato e até 60 dias após o nascimento. Na segunda secção serão apresentados os números e porcentagens das mães de acordo com os diferentes níveis de autoeficácia, e comparados os escores de autoeficácia quanto à amamentação (BSES-SF) e cuidados (PMP-E), de mães de recém-nascidos prematuros, bem como a correlação entre ambos os instrumentos em dois momentos: na internação e no retorno imediato. Na terceira secção, serão apresentadas as análises das associações bivariadas e múltiplas em relação à autoeficácia e das variáveis associadas ao desmame.

5.1 Caracterização da amostra

Os dados da tabela 1 mostram grande variabilidade da idade materna, de 15 a 40 anos. A maioria das mães e dos pais havia cursado ensino médio completo ou incompleto e tinha união estável. Do total, 55,3% das mães e apenas 2,1% dos pais não exerciam trabalho remunerado e 55,3% das mães não moravam no município onde ocorreu o nascimento do RN. A mediana de pessoas que vivia na mesma casa foi de 3 pessoas; 46,8 % das famílias tinha renda mensal entre 1 e 2 salários mínimos e apenas 12,8% vivia com menos de um salário mínimo.

Tabela 1 – Características sociodemográficas maternas e paternas

Variável	Valor
Idade materna (anos) - mediana (mín.-máx.)	27 (15-40)
Escolaridade materna	
Fundamental	11 (23,4%)
Médio	33 (70,2%)
Superior	3 (6,4%)
Escolaridade paterna	
Fundamental	11 (23,4%)
Médio	33 (70,2%)
Superior	3 (6,4%)
Mãe exerce trabalho remunerado	
Não	26 (55,3%)
Sim	21 (44,7%)
Pai exerce trabalho remunerado	
Não	1 (2,1%)
Sim	43 (91,5%)
Mães que não souberam responder	3 (6,4%)
Situação Conjugal	
União estável/Casada	36 (76,6%)
Solteira	11 (23,4%)
Renda familiar *	
< 1 sm	6 (12,8%)
1 a 2 sm	22 (46,8%)
> 3 sm	19 (40,4%)
Número de pessoas na residência - mediana (mím.-máx.)	3 (1-9)
Mãe reside município de nascimento do RN	
Não	26 (55,3%)
Sim	21 (44,7%)

sm = salário mínimo *Salário mínimo com base no ano de 2016

Na tabela 2, pode-se verificar que a maioria das mães era multípara e mais da metade planejou a gravidez. Quase a totalidade realizou o pré-natal e a maioria teve 4 ou mais consultas. Durante a gestação, 12,8% das mães disseram ter consumido bebida alcoólica e 10,6% fumavam. O percentual de parto cesárea foi elevado. Após o nascimento, a grande maioria visitava diariamente o bebê internado e referiu permanecer junto à criança mais de 4 horas por dia. Três justificaram que não podiam ficar o dia todo porque não moravam em Botucatu ou tinham outros filhos pequenos para cuidar. Cerca de 2/3 delas tinham experiência anterior com amamentação e 80,9% disseram frequentar a sala de coleta de leite, em algum momento do dia.

Tabela 2 – Características da gestação e parto de mães de crianças nascidas pré-termo (n=47)

Variável	Valor	
Paridade	N	%
Primípara	18	(38,3%)
Múltipara	29	(61,7%)
Gravidez planejada		
Não	24	(51,1%)
Sim	23	(48,9%)
Fez pré-natal		
Não	1	(2,1%)
Sim	46	(97,9%)
Número de consultas (n=46)		
1 a 3	7	(15,2%)
4 a 6	27	(58,7%)
7 ou mais	12	(26,1%)
Consumia bebida alcóolica na gestação		
Não	41	(87,2%)
Sim	6	(12,8%)
Fumante na gestação		
Não	42	(89,4%)
Sim	5	(10,6%)
Tipo de parto		
Normal	21	(44,7%)
Cesárea	26	(55,3%)
Experiência anterior com amamentação		
Não	16	(34,0%)
Sim	31	(66,0%)
Visita materna diária		
Não	3	(6,4%)
Sim	44	93,6%)
Duração da visita materna (horas/dia)		
Até 4h por dia	3	(6,4%)
Mais de 4h por dia	44	(93,6%)
Ordenha na Sala de Coleta do BLH		
Não	9	(19,1%)
Sim	38	(80,9%)

A mediana da idade gestacional dos recém-nascidos foi de 32 semanas, variando de 27 a 36 semanas de gestação. O peso ao nascimento variou entre 980 e 3335g, e 76,6% foram considerados adequadas para idade gestacional (AIG). No geral, as condições de nascimento foram boas, conforme os valores do Apgar, com mediana de 6 no 1º minuto e 8 no 5º minuto, sendo zero a mediana do escore do SNAPPE II. O tempo de internação na UTI foi bastante variável, com mediana de 7

dias e a mediana do total de dias de internação foi de 20 dias, tendo uma criança permanecido internada por 59 dias. A mediana da idade das crianças na segunda entrevista e no retorno imediato, após a alta hospitalar, foi de 11 e 26 dias respectivamente (Tabela 3).

Tabela 3 – Características das crianças nascidas pré-termo (n= 47)

Variável	Valor
Idade gestacional - mediana (mín.-máx.)	32 (27-36)
Peso de nascimento g. - mediana (mín.-máx.)	1845 (980-3335)
APGAR1° - mediana (mín.-máx.)	6 (1-9)
APGAR5° - mediana (mín.-máx.)	8 (3-10)
SNAPPE II	0 (0-46)
Dias de vida da 1ª mamada ao seio - mediana (mín.-máx.)	20 (7-59)
Idade ao seio materno a primeira vez - mediana (mín.-máx.)	7 (1-30)
Dias internação RN na UTI neonatal - mediana (mín.-máx.)	7 (1-39)
Idade da criança na segunda entrevista	11 (5-35)
Idade da criança no retorno imediato (n= 30)	26 (11-50)
Peso nascimento (f %)	
AIG	36 (76,6%)
PIG	9 (19,1%)
GIG	2 (4,3%)

AIG= Adequado para idade gestacional / PIG = Pequeno para idade gestacional / GIG= Grande para idade gestacional

5.2 Autoeficácia quanto à amamentação

Quanto à autoeficácia para amamentar, os resultados obtidos na escala *BSES-SF* mostraram que nenhuma mãe apresentou baixa autoeficácia. As questões com mais respostas de discordância, possivelmente sinalizando para dificuldades foram a 3, 6 e 8, que referiam-se ao uso de leite em pó como suplemento, amamentar mesmo se o bebê estiver chorando e na frente de pessoas da família. A maioria obteve escores de autoeficácia alta na internação e no retorno imediato (85,1% e 86,7% respectivamente) (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição das mães de acordo com os níveis de autoeficácia para amamentação na internação e no retorno imediato.

Pontuação BSES-SF	Internação (n=47)	Retorno (n=30)
Média	7 (14,9%)	4 (13,3%)
Alta	40 (85,1%)	26 (86,7%)

Com relação à amamentação, quando da alta hospitalar, 85,1% dos bebês estavam em aleitamento materno exclusivo. No retorno imediato, das 30 mães que foram localizadas, 24 (80,0%) ainda mantinham o aleitamento materno exclusivo e 6 (20,0%) estavam aleitamento misto. Até 60 dias meses após o nascimento, 31,7% das 41 crianças continuavam em AME, 41,5% estavam em aleitamento misto e o desmame havia ocorrido em 26,8% dos casos (Tabela 5).

Tabela 5 – Aleitamento na alta, no retorno imediato e até 60 dias de nascimento.

	AME	Aleitamento misto	Desmame
Alta (n=47)			
	40 (85,1%)	7 (14,9%)	0
Retorno imediato (n=30)			
	24 (80,0%)	6 (20,0%)	0
60 dias (n=41)			
	13 (31,7%)	17 (41,5%)	11 (26,8%)

A correlação entre os dois momentos em que se aplicou o BSES-SF (na internação e no retorno), foi significativa. Com relação à aplicação dos dois instrumentos da pesquisa verificou-se que ocorreu uma correlação significativa direta entre as escalas, BSES-SF e PMP, portanto, o aumento da pontuação da BSE correlacionou-se positivamente com o aumento da escala PMP-E (Tabela 6).

Tabela 6 – Correlação entre BSES-SF e PMP-E; e entre o BSE na internação e no retorno.

Correlações	rho	P
BSE internação x retorno (n= 30)	0,700	< 0,001
BSE x PMP (n= 47)	0,653	< 0,001

Coefficiente de relação de Spearman

5.3 Fatores de risco e proteção para a autoeficácia na amamentação e desmame

Nas associações bivariadas da tabela 7, com significância de $p < 0,20$, identificaram que mães com maior idade, multíparas e cujos bebês obtiveram maiores índices de Apgar no primeiro minuto tiveram maior autoeficácia. Já as mães com maior escolaridade, que exerciam trabalho remunerado, cujos bebês tiveram maior escore de SNAPPE II, permaneceram por mais tempo na UTI, demoraram a serem amamentados e para receberem alta hospitalar, tiveram menor autoeficácia.

Tabela 7 – Associações bivariadas para BSE-SF na internação (n= 47)

Variável	β	IC95%		P
Idade materna	0,23	-0,10	0,56	,177
Escolaridade materna				
Ensino médio	-3,76	-8,79	1,27	,143
Ensino superior	-6,97	-16,38	2,44	,147
Mãe exerce função remunerada	-2,89	-7,19	1,40	,187
Múltipara	3,06	-1,33	7,44	,172
Número de pessoas na residência	0,22	-1,20	1,65	,759
Escolaridade paterna				
Ensino médio	-4,00	-8,79	0,79	,102
Ensino superior	-12,85	-21,81	-3,89	,005
Pai exerce função remunerada	4,98	-2,69	12,64	,203
Bebida alcóolica na gestação	-2,16	-8,65	4,32	,514
Fumante na gestação	-0,40	-7,45	6,66	,913
Gravidez planejada	0,19	-4,16	4,54	,930
Realizou pré-natal	0,57	-14,50	15,63	,941
Número de consultas no pré-natal	1,91	-1,45	5,26	,265
Idade gestacional	0,61	-0,46	1,68	,266
Parto cesárea	0,23	-4,15	4,60	,920
Experiência anterior com amamentação	-0,68	-5,26	3,91	,772
Reside na cidade de internação do RN	-1,86	-6,20	2,48	,401
Na casa de apoio	-1,50	-6,14	3,15	,527
Tempo de visita ao RN	-0,12	-9,02	8,78	,979
Apgar 1° minuto	0,69	-0,24	1,62	,143
Apgar 5° minuto	0,94	-0,58	2,46	,226
SNAPPE II	-0,23	-0,44	-0,01	,038
Escore de morbidade	-0,22	-1,96	1,52	,802
Dias de internação em UTI neonatal	-0,36	-0,60	-0,13	,002
Dias de vida do RN quando foi colocado em SM	-0,35	-0,60	-0,10	,006
Idade do RN/ dias de internação	-0,25	-0,40	-0,09	,002

Regressão Linear Simples e Regressão Linear Múltipla

Na tabela 8, a análise múltipla mostrou que a única variável significativa foi a escolaridade paterna, mães cujos maridos tinham ensino superior tiveram menos autoeficácia que mães cujos maridos haviam cursado ensino médio ou fundamental.

Tabela 8 – Análise múltipla das variáveis associadas ao BSE-SF na internação (n= 47).

Variável	β	IC95%		P
Intercepto	58,38	43,48	73,28	,000
Idade materna	0,30	-0,07	0,67	,108
Escolaridade materna				
Ensino Médio	0,66	-4,61	5,93	,807
Ensino superior	0,38	-9,25	10,02	,938
Mãe exerce função remunerada	-2,49	-7,17	2,19	,297
Escolaridade paterna				
Médio	-2,45	-7,52	2,61	,342
Superior	-10,56	-20,80	-0,32	,043
Múltipara	-1,43	-6,26	3,40	,561
Apgar 1º minuto	-0,14	-1,15	0,86	,779
SNAPPE II	-0,15	-0,37	0,08	,203
Dias de internação em UTI neonatal	-0,29	-0,91	0,33	,355
Dias de vida do RN quando foi colocado em SM	0,26	-0,41	0,93	,450
Idade do RN/ Número de dias de internação	-0,10	-0,48	0,29	,621

Os resultados das análises bivariadas referentes ao desmame até 60 dias após o nascimento estão apresentados na tabela 9 (com significância de $p < 0,20$). A chance de desmame em até 2 meses, foi 4 vezes maior entre as múltíparas. Ser mais velha e ter maior percepção de autoeficácia também fizeram com que as chances de desmame fossem 12% maiores. Por sua vez, mães com maior escolaridade e com companheiro apresentaram menor risco de desmame, bem como ter renda familiar maior que 1 salário mínimo. Quanto às variáveis dos prematuros, os bebês considerados PIG, com maior escore no SNAPPE II, com mais dias de internação em UTI neonatal e internação total também tiveram menos chance de serem desmamados até dois meses.

Tabela 9 – Regressões bivariadas para desmame até 60 dias após o nascimento (n= 41)

Variável	OR	IC95%		p
Idade materna	1,12	1,00	1,26	,057
Escolaridade materna (ensino fundamental)				,058
Escolaridade materna (ensino médio)	0,06	0,01	0,61	,017
Escolaridade materna (ensino superior)	0,08	0,00	2,05	,128
Situação conjugal	0,12	0,01	1,06	,057
Mãe exerce função remunerada	0,88	0,24	3,18	,839
Escolaridade paterna (ensino fundamental)				,954
Escolaridade paterna (ensino médio)	0,81	0,15	4,35	,811
Escolaridade paterna (ensino superior)	0,67	0,04	11,29	,779
Pai exerce função remunerada	2,00	0,19	21,23	,565
Reside na cidade de internação do RN	1,90	0,51	7,05	,334
Número de pessoas na residência	1,16	0,76	1,78	,498
Renda < 1 salário mínimo				,329
1 a 2 salário	0,23	0,03	1,68	,146
3 ou mais salários	0,27	0,04	1,95	,196
Múltipara	4,00	0,90	17,87	,070
Consumiu bebida alcoólica na gestação	0,36	0,04	3,55	,379
Fumante na gestação	0,00	0,00		,999
Gravidez foi planejada	2,36	0,62	9,03	,209
Realizou pré-natal	1,05E+09*	0,00		1,000
Número de consultas de 1 a 3				,541
4 a 6	0,40	0,06	2,87	,362
7 ou mais	0,29	0,03	2,69	,274
Idade gestacional (sem.)	1,05	0,75	1,47	,767
Parto normal	0,48	0,13	1,77	,268
Experiência anterior com amamentação	1,20	0,31	4,65	,792
Apgar 1ºminuto	1,04	0,79	1,37	,793
Apgar 5ºminuto	0,95	0,61	1,46	,810
SNAPPE II	0,89	0,80	0,99	,037
Escore de morbidade	0,99	0,60	1,66	,984
Peso nascimento AIG				,347
Peso nascimento PIG	0,19	0,02	1,78	,146
Peso nascimento GIG	0,00	0,00		,999
Peso gr.	1,00	1,00	1,00	,435
Dias de internação em UTI neonatal	0,93	0,85	1,02	,106
Tempo de visita ao RN	1,27	0,11	15,38	,850
Visita RN todos os dias	1,27	0,11	15,38	,850
Mãe ficou na casa de apoio	0,83	0,22	3,23	,792
Dias de vida do RN quando foi colocado em SM	0,95	0,88	1,04	,249
Idade do RN/ Número de dias de internação	0,96	0,91	1,01	,120
BSE-SF na internação	1,12	1,02	1,24	,024

*Abreviação científica para o número 1053570399,92179
Regressão Linear Simples

A análise múltipla mostrou que mães mais velhas tiveram 22% mais risco de desmamar seus bebês, enquanto que o bebê ser PIG foi um fator de proteção para o aleitamento materno exclusivo (tabela 10).

Tabela 10 – Análise múltipla das variáveis associadas ao desmame (n41).

Variável	OR	IC95%		P
Idade materna	1,226	,985	1,526	,069
Situação conjugal	,036	,001	1,702	,091
Peso nascimento AIG				,135
Peso nascimento PIG	,049	,003	,938	,045
Peso nascimento GIG	,000	0,000		,999
Dias internação de UTI neonatal	,765	,531	1,103	,151
SNAPPE II	,852	,684	1,061	,152
Idade do RN/ Número de dias de internação	1,264	,944	1,694	,116
BSE-SF na internação	1,053	,912	1,215	,481

6. DISCUSSÃO

Este estudo analisou a autoeficácia para a amamentação e para os cuidados de mães de prematuros e, suas repercussões para o risco de desmame até o segundo mês de vida (idade real). Os resultados mostraram que a autoeficácia da grande maioria das mães era alta e influenciada, apenas, pela alta escolaridade do pai. Não se identificou influência da autoeficácia sobre o risco de desmame e explicar tais resultados, contrários ao que era esperado, constitui-se em um desafio.

A amostra foi composta por 47 mães de recém-nascidos com idade gestacional de entre 27 e 36 semanas, nascidos na Maternidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. A maioria das mães eram mulheres adultas, com idade mediana em torno de 27 anos, que referiu ter frequentado o ensino médio, tinham união estável e 44,7% trabalhavam fora de casa. Quanto às condições familiares, em mediana 3 pessoas viviam na casa e 59,6% das famílias tinha renda mensal variando de menos que um até dois salários mínimos. A grande maioria dos pais tinha grau de escolaridade igual à das companheiras e estava empregado, o que pode ser um indicador de que na maior parte das famílias, o principal provedor era o pai.

As características familiares do presente estudo eram bastante semelhantes às analisadas em outras pesquisas nacionais que avaliaram gestantes e puérperas (FIGUEIRA, DINIZ e SILVA-FILHO 2011; FAISAL-CURY e MENEZES, 2012; SILVA et al, 2012; MORAIS, LUCCI e OTTA, 2013), incluindo estudos que avaliaram a relação entre autoeficácia e amamentação (DODT, 2008; RODRIGUES, et al, 2014; LOPES et al, 2015; UCHOA, et al, 2016). Vai de encontro, também, ao perfil sociodemográfico de usuárias do SUS, de acordo com dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) (RIBEIRO et al, 2006), a não ser por terem maior escolaridade.

Estudos, com mulheres em idade reprodutiva (DINIZ e SILVA FILHO, 2011; FAISAL-CURY E MENEZES, 2012; SILVA et al, 2012; MORAIS, LUCCI E OTTA, 2013; RIBEIRO, PEROSA e PADOVANI, 2014), mostram um aumento no nível de escolaridade materna das participantes, com uma média de 8 anos de estudo, possivelmente associado a vários fatores ocorridos nas últimas três décadas: controle inflacionário e estabilização econômica, execução de políticas sociais como a transferência de renda, consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e

expansão da cobertura escolar, principalmente do ensino fundamental (VICTORA, 2011; PORTO, UGÁ e MOREIRA, 2011).

Chamou atenção que 12,8% das participantes relatou consumo de álcool durante a gestação. É um índice mais alto que identificado por Freire, Padilha e Saunders (2009), em maternidade pública do Rio de Janeiro (7,4%), ou da porcentagem de 10% encontrada em estudo nacional nos Estados Unidos (HAVENS et al, 2009), mas inferior ao do estudo de Freire et al (2005) que, a partir do questionário T-ACE, identificou que 20,7% das gestantes eram consumidoras de álcool. Segundo Freire et al (2009), a prevalência de uso de álcool na gestação tem variado nos diferentes estudos entre 0,5 a 62,0%, dependendo do tipo de estudo e do método de investigação utilizados.

Para Passini Junior (2007), nos dias de hoje, o uso de álcool durante a gestação é considerado um problema de saúde pública pelos malefícios que pode trazer ao feto. Entretanto, é particularmente difícil avaliar se uma paciente é ou não usuária de álcool pela dificuldade em caracterizar um valor limite que seja nocivo e pela omissão ou negação da informação, mas sabe-se que vem aumentando nos últimos anos o número de mulheres que dizem consumir bebidas alcólicas. O manual de orientação para atenção ao pré-natal de baixo risco do Ministério da Saúde explicita que não existe um limite seguro para o consumo de álcool neste período, mas se sabe que quanto maior o consumo, maior o risco de danos ao desenvolvimento do feto (BRASIL, 2012). Especificamente relacionada amamentação, a ingestão de bebida alcoólica pela mãe durante a gestação foi associada à redução do tempo de amamentação de lactentes nascidos com baixo peso (SANCHES et al, 2011).

O índice de tabagismo das mães da amostra foi inferior ao relatado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2004) que estimava que 12% da população mundial de mulheres adultas, em idade reprodutiva, eram fumantes. No Brasil, Fontanella e Secco (2012) estimaram que a prevalência de tabagismo, nessa faixa etária, em 2005, era de 35,7%. Para Victora (2001), em estudo específico com gestantes, uma em cada quatro gestantes eram fumantes e mesmo na vigência de programas específicos voltados à interrupção do fumo na gravidez, cerca de metade delas não conseguia abandoná-lo, mesmo sabendo que estava associado ao maior risco de intercorrências como prematuridade, baixo peso ao nascer e diminuição da

quantidade de leite produzido (POSSATO, PARADA e TONETE, 2007; FREIRE, CARVALHO E SAUNDERS, 2009).

Com relação à via de parto, 55,3% das crianças nasceram por cesariana, número elevado considerando que se trata de um hospital pertencente ao SUS, onde os partos por cesariana são menos frequentes que no setor privado (VICTORA, 2011; LEAL, 2014). Entretanto, esse fato pode ser justificado por se tratar de hospital terciário, referência em casos de alta complexidade gestacional (mães diabéticas, hipertensas, fetos com malformações, entre outros), com uma abrangência populacional de atendimento de 2 milhões de pessoas, em 68 municípios da região (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, 2016). Neste estudo, 55,3% não residiam no município, o que não chegou a limitar o número de visitas ao recém-nascido após a alta materna, possivelmente por poder contar com a Casa de Apoio.

Possivelmente pela baixa porcentagem de mães adolescentes e por serem múltiparas, muitas mulheres disseram ter tido alguma experiência anterior com a amamentação (66%), tendo amamentado ou convivido com mulheres que amamentaram. Neste estudo, a sala de coleta do Banco de Leite Humano, que a maior parte das mães disse frequentar pelo menos uma vez ao dia para a manutenção da lactação, bem como para fornecer leite para o bebê na unidade neonatal, também era um espaço onde as mães em situação semelhante se encontravam e compartilhavam suas vivências com amamentação. Segundo Barros e Santos (2010) as experiências diretas vivenciadas pelos indivíduos, assim como as experiências vicárias, que acontecem por meio da observação e identificação com pessoas próximas de seu convívio, pode favorecer a percepção de autoeficácia para amamentar.

Quanto às crianças, a mediana de 32 semanas de idade gestacional dos bebês foi semelhante à de outros trabalhos com prematuros (SANTORO JUNIOR e MARTINEZ, 2007; AHMED, 2008; LOPES et al, 2015), variando de 27 a 36 semanas e, portanto, a amostra tinha sujeitos com diferentes graus de prematuridade. Contudo, apenas um dos recém-nascidos era pré-termo extremo. Ainda é escassa a participação de prematuros extremos nas pesquisas relacionadas com amamentação devido à ocorrência de óbitos até serem colocados no peito, visto que somente entre 32 e 34 semanas de idade corrigida conseguem obter um padrão de

sucção e deglutição adequado e coordenado (SANTORO JUNIOR e MARTINEZ, 2007).

A maioria dos prematuros apresentou boas condições de vitalidade ao nascimento, pois a mediana do APGAR aos 5 minutos de vida foi 8. A baixa pontuação no SNAPPE II (mediana = 0) indica que os bebês não eram graves, o que foi corroborado por terem permanecido na UTI apenas uma semana e pode-se dizer que a evolução neonatal foi satisfatória, pois eles puderam ter alta com 20 dias de vida, em média. Com relação à amamentação, a mediana da primeira vez que os bebês foram colocados em seio materno foi de 7 dias, alguns no primeiro dia após o nascimento e somente dois após 30 dias devido a dependência prolongada de oxigênio, mais tempo de internação na UTIN e prematuridade extrema. Durante o período de internação, todos os bebês receberam fórmulas lácteas, leite materno cru ou leite humano pasteurizado na transição de dieta via sonda para via oral e, nos momentos em que suas mães não se encontravam na unidade para amamentar.

No momento da alta hospitalar, os bebês tinham uma mediana de 20 dias e, 85,1% deles saíram do hospital em aleitamento materno exclusivo (AME). Trata-se de um índice superior a de outros trabalhos com prematuros (COLDIBELI, 2016; SASSÁ et al, 2014; SCOCCHI et al, 2008; SANTORO JUNIOR e MARTINEZ, 2007), mas semelhante ao encontrado por Nascimento e Issler (2004), em um hospital Amigo da Criança de Santa Catarina, quando de um total de 231 prematuros que saíram de alta recebendo leite materno, 84,4% estavam em AME e 10,2% em aleitamento misto. Da mesma forma, Ahmed (2008), no Egito, testando um programa de intervenção baseado na Teoria de Bandura observou que no momento da alta 80% das crianças do grupo de intervenção estavam em amamentação exclusiva e 40% do grupo controle. Apenas no trabalho de Alves, Silva e Oliveira (2007), com 33 mães participantes do Método Mãe Canguru em uma maternidade-escola de Alagoas, todos os bebês prematuros se encontravam em aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar. A diferença entre os resultados dos diferentes estudos pode estar vinculada à condição das diferentes amostras, com a inclusão de mães adolescentes (SASSÁ et al 2014), grande número de gemelares (COLDIBELI, 2016), uma porcentagem maior de crianças PIG, com um tempo mais longo de internação (SANTORO e MARTINEZ, 2007) que, segundo a literatura, são fatores que diminuem a probabilidade de manter o AME (RODRIGUES et al, 2014).

Entretanto, não se pode descartar o papel de algumas estratégias institucionais na porcentagem de mães em aleitamento exclusivo na alta como: ter um programa de intervenção (AHMED, 2008) participar do Método Mãe Canguru (ALVES, SILVA e OLIVEIRA 2007) e fazer parte dos Hospitais Amigo da Criança (NASCIMENTO e ISSLER, 2004). Especificamente no caso deste estudo, contar com auxílio de fonoaudióloga na unidade, orientando e promovendo o aleitamento materno e atuando para o desenvolvimento das funções de sucção e deglutição dos bebês; orientações da equipe médica e de enfermagem; uma sala para coleta de leite e um Banco de Leite Humano propiciando a oferta de leite cru e pasteurizado, e Casa de Apoio para alojar as mães que residiam em outros municípios, são recursos que podem ter influenciado nos resultados.

Mas, no retorno imediato, alguns dias após a alta, já era possível perceber um decréscimo no aleitamento exclusivo, que se acentuou de um a dois meses depois, com um aumento do desmame completo, do aleitamento misto. São dados bastante próximos ao de um trabalho recente, de coorte retrospectiva de prematuros acompanhados de 2010 a 2015 em centro de referência secundária, em que no momento da primeira consulta, no primeiro mês de idade corrigida, 35,9% dos prematuros estavam em aleitamento materno exclusivo, 39,8% em aleitamento misto e 24,3% em alimentação artificial (ALCANTARA et al, 2016). Em relação aos bebês a termo o Ministério da Saúde (2012), observou uma queda na taxa de aleitamento materno exclusivo após a alta hospitalar. Rocci e Fernandes (2014) constataram que o maior número de abandono do AME e de desmames de bebês a termo ocorreu 60 dias após alta e, que passados 180 dias, apenas 34,1% das crianças permaneciam em AME.

Especificamente nos estudos com prematuros, Freitas et al (2016) observaram que, no momento da primeira consulta, apenas 35,9% dos prematuros estavam em aleitamento materno exclusivo; Sassá et al (2014), verificaram que 3 meses após a alta, 38,1 estavam em AME e no trabalho de Coldibeli (2016) realizado em Curitiba, com prematuros de até 32 semanas, após dois meses de idade corrigida, apenas dois bebês continuaram sendo amamentados exclusivamente no peito. No presente estudo, até 60 dias após o nascimento, 73,2% dos prematuros continuavam sendo amamentados no peito, 31,7% de forma exclusiva e 41,5% de forma mista. É difícil comparar os resultados das diferentes pesquisas porque o momento da última consulta após a alta variou muito nos

diferentes estudos (SANTORO JUNIOR e MARTINEZ 2007; SASSA et al, 2014; ALCANTARA et al, 2016). Com um intervalo temporal próximo, o índice deste estudo é semelhante ao obtido em dois trabalhos internacionais: no de Flacking, Wallin, e Ewald (2007), na Suécia, em que se identificou que 75 % das crianças prematuras continuavam sendo amamentadas aos 2 meses, e no trabalho de Wheeler e Dennis (2013), no Canadá, em que 70,06 % dos prematuros continuavam sendo alimentadas no peito, 6 semanas após a alta. Por outro lado, as porcentagens encontradas foram superiores às de Azevedo e Cunha (2013), em que 28.º dia após a alta, 60,3% dos prematuros estavam em aleitamento materno e ao de Coldibeli (2016) que observou que 42,5% dos prematuros eram amamentados até 30 dias após a alta e 34 % permaneceram sendo amamentados até 60 dias. Possivelmente, alguns fatores sociodemográficos das famílias como: mães com companheiro fixo, com disponibilidade para cuidar do bebê e com maior nível de escolaridade, citados na literatura como variáveis que aumentam o tempo de aleitamento podem ter influenciado os resultados (SANTORO JUNIOR E MARTINEZ, 2007).

Foi alta a autoeficácia das mães para os cuidados com os prematuros, avaliada a partir da *Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy* (PMP-E), possivelmente porque quando o questionário foi aplicado a maioria das crianças já estava na UCI e UCE, onde as mães tinham mais autonomia e podiam realizar algumas atividades como dar banho, vestir, trocar fraldas, pegar no colo, amamentar, o que pode ter contribuído para uma maior confiança das mães em sua capacidade de realizar tarefas de rotina em relação aos cuidados de seu filho (SPEHAR e SEIDEL, 2013).

Quanto à percepção de autoeficácia para amamentar, assim como nos estudos de Dodt (2008), Uchoa (2012) e Tavares et al (2010), com mães de crianças a termo e Wheeler e Dennis (2013) e Lopes et al (2015) com mães de crianças doentes e prematuros, a maior parte das mães apresentou alta autoeficácia, ao iniciar a amamentação durante a internação, como no momento da alta. Na análise bi-variada, a autoeficácia para amamentar mostrou associação ($p < 0,20$) tanto com variáveis maternas como do recém-nascido, que foram selecionadas para integrar a regressão logística.

Por parte da mãe, a alta autoeficácia para amamentar, na análise bivariada associou-se à idade e paridade. As mães mais velhas e multíparas, possivelmente, mostraram maior autoeficácia por terem mais experiência com amamentação e

oportunidade de acesso às informações sobre o processo de amamentar que as primíparas, “mães de primeira viagem”, eventualmente mais jovens, com menor experiência de vida (FALEIROS, TREZZA e CARANDINA, 2006; DODT, 2008). Por outro lado, exercer trabalho remunerado e grau de escolaridade se associaram com baixos escores de autoeficácia na amamentação. Na revisão integrativa de Rodrigues et al (2013), observou-se que exercer trabalho remunerado apareceu como fator de risco para auto confiança, possivelmente, porque a preocupação materna em ter que retornar ao trabalho, a incerteza em poder realizar a amamentação, tanto pelo emprego como pelas condições do bebê prematuro, podem levar a quadros de estresse, ansiedade e depressão que interferem na autoeficácia de amamentação.

Com relação às variáveis da criança, perceber que apesar do parto prematuro, o Apgar do primeiro minuto era superior a 8 e, portanto, o recém-nascido tinha condições favoráveis ao nascer, interferiu na alta autoeficácia em amamentar. Por outro lado, as mães apresentaram menor autoconfiança para amamentar crianças com quadros mais graves, bebês com escores mais altos no SNAPPE II, mais tempo de UTI e que demoraram mais para serem amamentados e para receber alta hospitalar. Javorski et al (2004), em estudo qualitativo, já haviam observado que era comum as mães de prematuros manifestarem o desejo de amamentar seus filhos, entretanto, quando vivenciavam iminência de fracasso, especialmente frente a prematuros com dificuldades de sucção e deglutição, elas acabavam desistindo e considerando a amamentação no peito uma prática difícil e desgastante.

Na análise múltipla, a única variável que se mostrou significativa ($p < 0,05$) foi a escolaridade paterna, mães cujos companheiros tinham ensino superior mostraram menos autoeficácia que mães com companheiros que haviam cursado ensino médio e fundamental. São poucos os trabalhos que pesquisaram a percepção dos pais sobre amamentação e seu papel na autoeficácia materna para amamentar (MATOS et al, 2015), mas essa era uma relação não esperada, visto que, na literatura, maior escolaridade, geralmente, esteve associada com maior tempo de amamentação (FALEIROS, TREZZA E CARANDINA, 2006). Especificamente em relação à escolaridade paterna, os dados ainda não são conclusivos.

Em revisão integrativa da literatura nacional, Cardoso e Vivian (2017) constataram que menor escolaridade se associou com desmame precoce após a alta. Em estudo de coorte prospectiva dos bebês nascidos na cidade de Pelotas,

observou-se que baixa escolaridade paterna foi uma variável associada ao desmame entre o primeiro e terceiro mês de vida. Para os autores pais com maior grau de escolaridade teriam maior conhecimento quanto aos benefícios da amamentação, incentivariam as mulheres a amamentar, aumentando a autoeficácia materna e a duração da amamentação (SILVA et al, 2012).

Entretanto, há artigos mostrando o oposto, a maior escolaridade paterna associada a menor duração do aleitamento materno. Maior grau de instrução paterna pode estar representando uma condição social e econômica melhor e, já se observou que, principalmente em países em desenvolvimento, a amamentação se mantém por mais tempo para crianças de nível socioeconômico mais baixo (SILVEIRA e LAMOUNIER, 2006; SALES e SEIXAS, 2008).

No caso deste estudo, pode se hipotetizar que além da condição socioeconômica os pais com maior escolaridade tinham maior compreensão da gravidade do quadro e preocupação com a superação das dificuldades e sobrevivência de seus filhos prematuros. Em consequência, a amamentação pode ter assumido um segundo plano, eles podem ter encorajado pouco as mulheres a amamentar, o que pode ter abalado a crença materna na sua competência em amamentar a criança.

Com relação à manutenção da amamentação após internação, confirmando resultados de outros estudos (DODT, 2008; RODRIGUES et al, 2013), na análise bivariada, as variáveis maternas que apareceram como fatores de proteção foram: maior escolaridade materna, maior renda familiar, e ter um companheiro, possivelmente porque ele pode oferecer apoio durante amamentação. Mas, o que mais chamou a atenção foi a associação negativa entre alto índice de autoeficácia e desmame até dois meses após o nascimento. É um dado que contraria uma vasta literatura visto que em vários estudos, em diferentes países e com diferentes populações (WUTKE & DENNIS, 2007; MOSSMAN, et al, 2008; DODT, 2008; MARGOTTI e EPIFANIO 2014), a autoeficácia foi um preditor de manutenção da amamentação por um período de tempo maior. Inclusive no estudo que contava com 80% de mães de prematuros na amostra, também se observou que mães com maiores níveis de autoeficácia amamentaram seus filhos prematuros ou doentes por mais tempo (WHEELER e DENNIS, 2013). Apenas em dois estudos brasileiros não se observou associação da autoeficácia para amamentar e desmame precoce, no

estudo de coorte de Souza e Fernandes (2014), em um hospital paulista, e no trabalho de Conde et al, (2017) em Ribeirão Preto, com mães adolescentes.

Uma possível explicação para os nossos resultados pode estar relacionada a uma limitação do instrumento, em sua versão original, para avaliar autoeficácia de mães de prematuros e sinalizando para uma necessidade de que seja adaptado para essa população, como fizeram Wheeler e Dennis (2013), cujas mudanças serão descritas mais adiante.

A relação entre autoeficácia e desmame precoce não se manteve na análise múltipla e pode se levantar a hipótese que, apesar da alta autoeficácia materna, outras condições, especialmente as relacionadas ao estado físico da criança, (ser PIG ao nascimento, maiores escores no SNAPPE II, mais dias de internação em UTI neonatal e internação total), podem ter tido maior impacto no desmame que a autoconfiança. Na pesquisa de Silva e Silva (2009), as mães de prematuros se queixavam que nas consultas de retorno se sentiam continuamente avaliadas pelos médicos quanto à saúde, crescimento e desenvolvimento da criança, especialmente do seu ganho de peso, diretamente associado ao seu leite. Nessas condições, mesmo que elas tivessem uma alta confiança na sua capacidade de amamentar, a ansiedade provocada pelas dúvidas quanto à suficiência e qualidade de seu leite (PADOVANI et al, 2011; RODRIGUES et al, 2014), pode ter criado baixa expectativa em relação aos resultados e feito com que a manutenção da amamentação perdesse força.

Quanto as variáveis da criança, ser PIG foi o único fator de proteção para o aleitamento materno, mostrando uma preocupação da mãe em relação a saúde de seu bebê, especialmente seu peso e a crença que seu leite era um bom alimento. Da mesma forma, em estudo qualitativo de Swanson, et al (2012), mães de prematuros disseram ter decidido amamentar seu bebê devido à sua condição de prematuridade. Silva e Guedes (2013), também, observaram que tanto o tempo de aleitamento materno como o de aleitamento materno exclusivo dos prematuros foi superior aos valores encontrados para as crianças nascidas a termo. Os autores acreditam que essas diferenças se devam ao trabalho desenvolvido pela equipe multidisciplinar na assistência ao prematuro, sua mãe e familiares, orientando-os e proporcionando-lhes o suporte necessário para transpor as dificuldades encontradas, atuando como fator de proteção ao aleitamento materno.

Antes de finalizar, é preciso fazer algumas considerações em relação ao BSES-SF e seu uso com mães de prematuros. Apesar de se ter tentado criar um clima propício para que os sujeitos expusessem seus reais sentimentos e dificuldades, as mães podem ter emitido respostas estereotipadas ou socialmente esperadas, como ocorre, muitas vezes, com escalas que pretendem avaliar questões referentes à maternidade (FERNANDES e PETEAN, 2011). Segundo Seidl e Zannon (2004), as escalas padronizadas, em contraste com entrevistas abertas, facilitam o esforço dos pais para manter informações em segredo, especialmente aquelas que dizem respeito ao seu desempenho.

De qualquer forma, o instrumento foi de fácil aplicação e entendimento por parte das mães. Os índices obtidos em dois momentos, na internação e logo após a alta, foram bem próximos, o que parece mostrar que a autoeficácia é um constructo estável. Quanto à validade do BSES-SF, pelo teste de Spearman ($r = 0,653$; $p < 0,001$) se obteve uma alta correlação com outro instrumento validado para a população brasileira, o PMP-E, que tem por objetivo avaliar a autoeficácia de mães de prematuros para cuidados gerais, incluindo amamentação (TRISTÃO, 2015).

Com relação aos resultados, assim como se observou em outros estudos que avaliaram a auto eficácia para amamentar crianças a termo com o mesmo instrumento (DODT, 2008; TAVARES et al, 2010; UCHOA, 2012 e LOPES et al, 2015; WHEELER e DENNIS, 2013), grande parte dos sujeitos (85,1%) obtiveram altos escores de autoeficácia e foi baixa a porcentagem de mães que discordaram nos itens do BSE-SF. Apenas em 4 questões mais de 10% das mães discordaram do enunciado: na relativa a amamentar mesmo quando a criança está chorando (6); na que se refere a amamentar frente a elementos da família (8); ter que recorrer ao leite em pó (3), e, saber quando a mamada terminou (14).

A incerteza quanto a amamentar quando a criança está chorando pode indicar falta de conhecimento ou pode estar associada a uma interpretação que a mãe faz do choro, como sendo uma recusa ao seu colo e conseqüentemente ao seio, o que pode aumentar o estresse e a inquietação quanto a continuar amamentando (VASCONCELOS, 2006; SCOCCHI et al, 2008). Com relação a identificar quando termina a mamada, Wheller e Dennis (2013) também observaram insegurança das mães quanto a esse item, o que segundo eles não surpreende visto que as mães tem dificuldade em interpretar o comportamento das crianças prematuras que oferecem dicas sutis das suas necessidades. A insegurança das mães reforça a

necessidade de que, principalmente nos primeiros dias de pós-parto, elas tenham assistência dos profissionais de saúde e sejam orientadas quanto ao processo de amamentação, desde os aspectos relacionados ao manejo técnico, como de ações que reduzam o stress e a ansiedade, em um período bastante sensível de suas vidas.

Algumas mães também referiram não se sentir confortáveis em dar de mamar na presença de pessoas da família. Durante a hospitalização do bebê, há um grande fluxo de familiares no quarto de internação, inclusive no momento das mamadas. As visitas são incentivadas pela equipe de saúde visto que ver mães amamentando pode ser uma maneira de dar apoio e gerar um momento de integração da família nesse processo (TAVARES et al, 2010). Acredita-se, inclusive, que se crianças presenciarem o momento da amamentação, isto poderá ter uma influência positiva, aumentando a probabilidade de elas virem a amamentar ou apoiar o aleitamento, no futuro. Entretanto, apesar das possíveis vantagens de amamentar na frente de outras pessoas, é preciso considerar que, para algumas mães, pode ser constrangedor, fazendo com que elas se sintam pouco à vontade, o que pode acarretar menor autoeficácia para amamentar (KOOLS, THIJS e VRIES, 2005; TURHILL et al, 2016).

Quanto à insegurança em poder amamentar sem recorrer ao leite em pó como suplemento, Rodrigues, et al (2014) e Uchoa et al (2016) e já haviam identificado que o uso de fórmulas influencia negativamente o AME. No caso das mães dos bebês internados, a baixa produção de leite no início do estímulo ao seio materno por vários motivos (à terapia antenatal com corticoides para promover a maturação fetal, diabetes materno, fumantes, não ter recebido a quantidade suficiente de hormônios pra estimular a lactação) (WHEELER e DENNIS 2013), associado à utilização de fórmula quando as mães tinham que se distanciar dos bebês por determinados períodos, possivelmente criava na mãe a desconfiança quanto à suficiência do seu leite mesmo quando já estavam amamentando.

Entretanto, diferentemente da maioria dos estudos, a autoeficácia não foi preditora de desmame após a alta hospitalar. Apesar de se ter optado por utilizar o instrumento na versão original de Oriá e Ximenes (2010), por ter sido adaptado e validado para a população brasileira, os resultados parecem indicar que, quando se trata de prematuros, a escala possivelmente precisa de adaptações, como as propostas por Wheeler e Dennis (2013). No estudo desses autores, como de início

as mães não podiam amamentar diretamente as crianças prematuras ou doentes, eles acrescentaram quatro questões à escala original, avaliando a autoconfiança quanto a ordenha das mamas e à transição da ordenha para a alimentação no peito. Da mesma forma, modificaram tempos verbais e reformularam os itens em que constava a palavra sempre, que foi abolida, porque especialistas sugeriram que sua inclusão na frase poderia ser considerada como uma expectativa impossível de ser atingida por mães estressadas. Apesar das análises estatísticas mostrarem que, no Canadá, a precisão da versão modificada e da original foi semelhante, para ser utilizada em outros países, a escala com essas adaptações precisaria ser traduzida e adaptada culturalmente (TURHILL et al, 2016).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Algumas limitações precisam ser apontadas, que podem ajudar na compreensão dos resultados desta pesquisa. Em primeiro lugar, o tamanho e composição da amostra. Devido a internações curtas e transferências para as cidades de origem, perderam-se vários sujeitos, no geral prematuros tardios, que começaram a pesquisa, mas que não foram encontrados no momento de responder aos questionários. Por outro lado, o tempo entre o nascimento e a primeira mamada dos prematuros extremos fez com que sua representação fosse muito pequena na amostra. Com relação ao uso do BSF-SF para avaliar a autoeficácia materna para amamentar, não se localizou nenhum instrumento específico na literatura para mães de prematuros, validado para a população brasileira. Assim, optou-se pelo instrumento traduzido e validado por Dodt (2008) para mães de crianças a termo que, possivelmente, não é o mais adequado em se tratando de mães de prematuros. Apesar destas limitações, alguns resultados deste estudo podem contribuir tanto para novas pesquisas, como para intervenções que tenham por objetivo o incentivo à amamentação no seio de crianças em risco.

No presente estudo, apesar de todos os bebês terem recebido leite humano pasteurizado ou fórmulas infantis durante a internação, 85,1% recebeu alta em AME, uma porcentagem bastante alta quando comparada com outros estudos e, possivelmente, influenciada por várias iniciativas da instituição, que tem como objetivo elevar a porcentagem de AME de recém-nascidos prematuros: orientações e assistência de diversos profissionais durante o período de internação, contar com um Banco de Leite Humano e Casa de Apoio para mães de outros municípios.

Contudo até dois meses pós-alta hospitalar, os índices de AME e mesmo de amamentação mista sofreram uma queda expressiva, mostrando que se a proximidade e os esforços da equipe da UTIN mantiveram as mães amamentando, quando foram para casa, ainda com muitas dúvidas e novos receios, principalmente relacionados ao ganho de peso, elas acabaram recorrendo às fórmulas infantis como complemento e, em consequência, antecipam o desmame. As mães com crianças PIG, com retornos mais frequentes aos serviços de saúde para controle do ganho de peso, foram as que desmamaram mais tardiamente seus filhos. Essas constatações reforçam a necessidade de ações que não se limitem ao período de internação. Na literatura, há evidências mostrando que as ações mais efetivas para

combater o desmame precoce se iniciaram durante a gestação, continuaram durante o intraparto e se mantiveram no período pós natal, com visitas domiciliares, suporte telefônico, consultas frequentes em ambulatórios de acompanhamento a bebês nascidos prematuros, reforçados pelo apoio que recebiam dos pares (SANTORO JUNIOR e MARTINEZ 2007; KUÇUKOGLU e ÇELEBIOGLU, 2014).

Quanto às possíveis intervenções no pós-parto, segundo a literatura, as mães se beneficiam do encorajamento ao aleitamento no peito e de orientações técnicas ajustadas às suas necessidades individuais que aumentam seu emponderamento, sua percepção de autoeficácia e confiança em sua capacidade de amamentar (HANNULA, KAUNONEN e TARKKA, 2008). Ainda, a partir das respostas com maior porcentagem de divergências deste estudo, poderia se elaborar um álbum seriado para mães de prematuros, similar ao que Dodt, Ximenes e Oriá (2012) criaram e validaram para mães de a termo, com o objetivo de discutir os aspectos em que as mães necessitavam de maior apoio e de informações sobre o processo de amamentação. Uma intervenção pedagógica mais participativa, discutindo em grupo as pranchas do álbum, possibilitaria que as mães compartilhassem suas dificuldades e tomassem contato com outras formas de enfrentamento frente a problemas específicos da alimentação de prematuros, condição ideal para que ocorra uma aprendizagem vicariante.

Apesar da maioria das mães ter mostrado alta autoeficácia para amamentar, ela não se associou com tempo de amamentação, como era esperado. A importância dessa variável, na literatura, como fator de proteção ao desmame precoce de bebês a termo, indica que novos estudos precisam ser conduzidos para melhor avaliação do papel da autoeficácia na amamentação de mães de prematuros, inclusive com pesquisas que avaliem adaptações no instrumento. Poder contar com um instrumento preditor de mães em risco para amamentação, validado e padronizado para essa população, seria de grande valia para planejar um acompanhamento mais assíduo e individualizado para essas mães.

Finalmente, na medida em que a única variável que foi preditora de autoeficácia para amamentar foi a escolaridade paterna, este estudo sinaliza para a importância de incluir nas próximas pesquisas uma variável muito pouco estudada nos estudos brasileiros sobre esse tema: a percepção e apoio dos familiares, em especial a valorização do parceiro em relação à amamentação (SILVEIRA e LAMOUNIER, 2006; VIEIRA et al, 2014). Mesmo na prática, profissionais de saúde

pouco tem se preocupado com a preparação dos futuros pais, que normalmente nem participam de consultas de pré-natal. Os resultados encontrados neste e em outros estudos falam a favor de incentivar um maior envolvimento do pai no acompanhamento da saúde da criança, desde a gestação até as consultas de seguimento, pelo papel que seu apoio tem na confiança materna, em especial quando se trata de crianças vulneráveis.

REFERÊNCIAS

- AHMED, A. H. Breastfeeding preterm infants: an educational program to support mothers of preterm infants in Cairo, Egypt. **Pediatric Nursing**, v. 34, n. 2, p. 125-138, 2008. Disponível em: <http://www.researchgate.net/profile/Azza_Ahmed4/publication/5313117_Breastfeeding_preterm_infants_an_educational_program_to_support_mothers_of_preterm_infants_in_Cairo_Egypt/links/00463537d1faa2b2a5000000.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2015.
- ALCANTARA, B. et al. Duração do aleitamento materno em prematuros acompanhados em serviço de referência secundário. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34, n. 2, p. 189-196, 2016.
- ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação**: um híbrido natureza-cultural. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. 120 p.
- ALVES, A. M. L.; SILVA, E. H. A. A.; OLIVEIRA, A. C. Desmame precoce em prematuros participantes do Método Mãe Canguru. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 12, n. 1, p. 23-28, 2007.
- AULER, F.; DELPINO, F. S. Terapia nutricional em recém-nascidos prematuros. **Saúde e Pesquisa**, v. 1, n. 2, p. 209-216, 2008.
- AZEVEDO, M.; CUNHA, M. L. C. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar. **Revista HCPA**, v. 33, n. 1, p. 40-49, 2013.
- BARNES, C. R.; ADAMSON-MACEDO, E. N. Perceived maternal parenting self-efficacy (PMPS-E) tool: development and valuation with mothers of hospitalized preterm neonates. **Journal of Advanced Nursing**, v. 60, n. 5, p. 550-560, 2007.
- BADINTER, E. **Um amor conquistador**: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 370 p.
- BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, v. 84, n. 2, p. 191-215, 1977.
- BANDURA, A. Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. **Developmental Psychology**, v. 25, n. 5, p. 729-735, 1987.
- BARROS, M.; SANTOS, A. C. B. Por dentro da autoeficácia: um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos. **Revista Espaço Acadêmico**, v. 10, n. 112, p. 1-9, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2015.

BRASIL. Secretaria-Geral da Presidência da República. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**: a estratégia brasileira para alcançar as metas. Brasília: Secretaria-Geral da Presidência da República, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília, 2012. (Cadernos de atenção básica, n. 33).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido**: um guia para os profissionais da saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. v. 1. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v1.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Datasus**: caderno de informação da saúde. Brasília, 2013.

BRAZELTON, T. B. Parto: separação e vínculo. In: BRAZELTON, T. B. **O desenvolvimento do apego**: uma família em formação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988. p. 51-68.

BUXTON, K. E. et al. Women intending to breastfeed: predictors of early infant feeding experiences. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 7, n. 2, p. 101-106, 1991.

BUSOT, I. Teoría de la auto-eficacia (A. Bandura): un basamento para el proceso instruccional. **Encuentro Educacional**, v. 4, n. 1, p. 53-63, 1997.

CALDEIRA, A. P.; FAGUNDES, G. C.; AGUIAR, G. N. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. **Revista Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 1027-1233, 2008.

CARRASCOZA, K. C.; COSTA JÚNIOR, A. L.; MORAES, A. B. A. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. **Estudos de Psicologia**, v. 22, n. 4, p. 433-440, 2005.

CARVALHAES, M. A. B. L.; PARADA, C. M. G. L.; COSTA, M. P. Fatores associados à situação do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses, em Botucatu – SP. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 1, n. 15, p. 1-9, 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2814/281421872010/>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

CARDOSO, A. C. A.; VIVIAN, A. G. Maternidade e suas vicissitudes: a importância do apoio social no desenvolvimento da díade mãe-bebê. **Diaphora**, v. 17, n. 1, p. 43-51, 2017.

CHABRA, S. Subsets of preterm and term infants: call for consistency in Terminology. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 55, n. 7, p. 673, 2013. Disponível em:
<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dmcn.12126/full>>. Acesso em: 1 maio 2017.

COLDIBELI, D. **Aleitamento materno em lactentes prematuros com internação em unidade de terapia intensiva neonatal**: da alta hospitalar aos seis meses de idade corrigida. 2016. 103 f. Dissertação (Mestrado) – Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2016.

CONDE, R. G. et al. Autoeficácia na amamentação e duração do aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 4, p. 383-389, 2017.

COSTA, M. C. G. et al. A UTI Neonatal sob a ótica das mães. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 698-704, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7130/8492>>. Acesso em: 2 fev. 2015.

CUNHA, I. **A revolução dos bebês**: aspectos de como as emoções esculpem o cérebro e geram comportamentos no período pré e perinatal. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2005.

CUNHA, E. F. C. et al. Intervenções com mães de bebês prematuros: um estudo de grupos focais. **Clínica & Cultura**. Sergipe, v. 2, n. 2, p. 80-90, jul-dez. 2013. Disponível em: <http://www.seer.ufs.br/index.php/clinicaecultura/article/view/1579/1697> Acesso em: 02/02/2015.

DENNIS, C.; FAUX, S. Development and psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale. **Research in Nursing and Health**, v. 22, n. 5, p. 399-409, 1999.

DODT, R. C. M. **Aplicação e validação da Breastfeeding Self-efficacy Scale – Short Form (BSES-SF) em puérperas**. 2008. 107 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

DODT, R. C. M.; XIMENES, L. B.; ORIÁ, M. O. B. Validação de album seriado para promoção do aleitamento materno. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 225-230, 2012.

Faculdade de Medicina de Botucatu. **Quem Somos**. 2016. Disponível em: <http://www.hcfmb.unesp.br/quem-somos/> Acesso em: 20 de abril de 2018

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. Antenatal depression strongly predicts postnatal depression in primary health care. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 34, n. 4, p. 446-450, 2012.

FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Revista de Nutrição**, v. 19, n. 5, p. 623-630, 2006.

FLACKING, R.; WALLIN, L.; EWALD, U. Perinatal and socioeconomic determinants of breastfeeding duration in very preterm infants. **Acta Paediatrica**, v. 96, n. 8, p. 1126-1130, 2007.

FELDMAN, R. et al. Natural variations in maternal and paternal care are associated with systematic changes in oxytocin following parent: infant contact.

Psychoneuroendocrinology, v. 35, p.1133-11412, 2010.

FELDMAN, R. Oxytocin and social affiliation in humans. **Hormones and Behavior**, v. 61, n. 3, p. 380-391, 2012.

FERNANDES, A. C. P.; PETEAN, E. B. L. Sobrecarga emocional e qualidade de vida em mães de crianças com erros inatos do metabolismo . **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 27, n. 4, p. 459-465, 2011.

FIGUEIRA, P. G.; DINIZ, L. M.; SILVA-FILHO, H. C. Características demográficas e psicossociais associadas à depressão pós-parto em uma amostra de Belo Horizonte. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 33, n. 2, p. 71-75, 2011.

FONTANELLA, B. J. B.; SECCO, K. N. D. Gestação e tabagismo: representações e experiências de pacientes de Unidades de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, n. 3, p. 168-175, 2012.

FRANÇA E, LANSKY S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: Situação, tendências e perspectivas. In: Rede Interagencial de Informações para Saúde, organizador. **Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009. p. 83-112. (Série G. Estatística e Informação em Saúde) (Série Informe de Situação e Tendências).

FREIRE, T. M. et al. Efeitos do consumo de bebida alcoólica sobre o feto. **Revista Brasileira de Ginecologia & Obstetrícia**, v. 27, n. 7, p. 376-381, 2005.

FREIRE, M. M. L. **Mulheres, mães e médicos**: discurso maternalista no Brasil. Rio de Janeiro: FGV, 2009. 264 p.

FREIRE, K.; PADILHA, P. C.; SAUNDERS, C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. **Revista Brasileira de Ginecologia & Obstetrícia**, v. 31, n. 7, p. 335-341, 2009.

FREITAS, A. A. et al. Duração do aleitamento materno em prematuros acompanhados em serviço de referência secundário. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34, n. 2, p.189-196, 2016.

GOMES, J. et al. The prevalence of breastfeeding in prematures with very low birth weight: a systematic review. **Brazilian Journal of Nursing**, v. 8, n. 2, p. 572-577, 2009.

HAVENS, J. R. et al. Factors associated with substance use during pregnancy: results from a national sample. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 99, n. 1-3, p. 89-95, 2009.

HANNULA, L.; KAUNONEN, M.; TARKKA, M. T. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. **Journal of Clinical Nursing**, v. 17, n. 9, p. 1132-43, 2008.

JAGER, E. et al. Psychosocial correlates of exclusive breastfeeding: a systematic review. **Midwifery**, v. 29, n. 5, p. 506-518, 2013.

JAVORSKI, M. et al. As representações sociais do aleitamento materno para mães de prematuros em unidade de cuidado canguru. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 6, p. 890-898, 2004.

KOOLS, E. J.; THIJS, C.; VRIES, H. The behavioral determinants of breast-feeding in The Netherlands: predictors for the initiation of breast-feeding. **Health Education and Behavior**, v. 32, n. 6, p. 809-824, 2005.

KUÇUKOGLU, S. ÇELEBIOGLU, A. Effect of natural-feeding education on successful exclusive breast-feeding and breast-feeding self-efficacy of low-birth-weight infants. **Iran J. Pediatr.** v. 24, n. 1 p. 49-56. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25793045>. Acesso em: 18/04/2018.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, supl. 1, p. 17-47, 2014.

LECHNER, B. E.; VOHR, B. Neurodevelopmental outcomes of preterm infants fed human milk: a systematic review. **Clinics in Perinatology**, v. 44, n. 1, p. 69-83, 2016.

LOPES, A. M. et al. Amamentação em prematuros: caracterização do binômio mãe-filho e autoeficácia materna. **Brazilian Journal in Health Promotion**, v. 28, n. 1, p. 32-43, 2015.

MATOS, N. J. et al. Perception and support given by father in maintenance of breastfeeding. **Journal of Nursing UFPE**, v. 9, n. 5, p. 7819-7825, 2015.

MAZET, P.; STOLERU, S. **Manual de psicopatologia do recém-nascido**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. 351 p.

MORAIS, M. L. S.; LUCCI, T. K.; OTTA, E. Postpartum depression and child development in first year of life. **Estudos de Psicologia**, v. 30, n. 1, p. 7-17, 2013.

MOSSMAN, M. et al. Influence of adolescent mothers' breastfeeding confidence and attitudes on breastfeeding initiation and duration. **Journal of Human Lactation**, v. 24, n. 3, p. 268-277, 2008.

NASCIMENTO, M. B. R.; ISSLER, H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5, p. 163-172, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000700008>. Acesso em: 10 jan. 2017.

NURSAN, C.; DILEK, K.; SEVIN, A. Breastfeeding self-efficacy of mothers and the affecting factors. **Aquichan**, v. 14, n. 3, p. 327-335, 2014.

OLIVEIRA, M. M. B.; THOMSON, Z.; VENUCHI, M. T. O. Feeding patterns of brazilian preterm infant during the first 6 months of life, Londrina, Paraná, Brazil. **Journal of Human Lactation**, v. 23, n. 3, p. 269-274, 2007.

ORIÁ, M. O. B. et al. Psychometric assessment of the brazilian version of the breastfeeding self-efficacy scale. **Public Health Nursing**, v. 26, n. 6, 574-583, 2009.

ORIÁ, M. O. B.; XIMENEZ, 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.

PADOVANI, F. H. P. et al. Perceptions of breastfeeding in mothers of babies born preterm in comparison to mothers of full-term babies. **The Spanish Journal of Psychology**, v. 14, n. 2, p. 884-898, 2011.

PIONTELLI, A. **De feto a criança**. Rio de Janeiro: Imago, 1995. 261 p.

PORTO, S. M.; UGÁ, M. A. D.; MOREIRA, R. S. Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998 -2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3795-3806, 2011.

POSSATO, M.; PARADA, C. M. G. L.; TONETE, V. L. P. Representação de gestantes tabagistas sobre o uso do cigarro: estudo realizado em hospital do interior paulista. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 3, p. 434-440, 2007.

REA, M. F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 37-45, 2003.

REGO, J. D. Amamentando um prematuro. In: REGO, J. D. (Org.). **Aleitamento materno**: um guia para pais e familiares. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 179-186.

RIBEIRO, M. C. S. A. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 1011-1022, 2006.

RIBEIRO, D. G.; PEROSA, G. B.; PADOVANI, F. H. P. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida: aspectos sociodemográficos e de saúde mental maternal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 215-226, 2014.

ROCCI, E.; FERNANDES, R. A. Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 1, p. 22-27, 2014.

RODRIGUES, A. P. et al. Pre-natal and puerperium factors that interfere on self-efficacy in breastfeeding. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 257-261, 2014.

SALES, A. T. B.; COUTINHO, D.; BASTOS, A. C. S. B. A construção histórica da imagem da “Boa Mãe”: o imperativo da amamentação. **Revista Formadores**, v. 8, n. 3, p. 10-22, 2015.

SALES, C.; SEIXAS, S. Causas de desmame precoce no Brasil. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 443-447, 2008.

SANCHES, M. T. C. et al. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 5, p. 953-965, 2011.

SANTORO JUNIOR, W.; MARTINEZ, F. E. Impacto de uma intervenção pró-aleitamento nas taxas de amamentação de recém-nascidos de muito baixo peso. **Jornal de Pediatria**, v. 83, n. 6, p. 541-546, 2007.

SASSA, A. H. et al. Ações de enfermagem na assistência domiciliar ao recém-nascido de muito baixo peso. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 5, p. 492-498, 2014.

SCHMIDT, E. B.; ARGIMON, I. I. L. Vinculação da gestante e apego materno fetal. **Paidéia**, v. 19, n. 2, p. 11-20, 2009.

SCOCHI, C. G. S. et al. Alimentação láctea e prevalência do aleitamento materno em prematuros durante internação em um hospital amigo da criança de Ribeirão Preto-SP, Brasil. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 2, p. 145-154, 2008.

SEIDL-DE-MOURA, M. L. et al. Interações mãe-bebê de um e cinco meses: aspectos afetivos, complexidade e sistemas parentais predominantes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 21, n. 1, p. 66-73, 2008.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SEMENIC, S.; LOISELLE, C.; GOTLLIEB, L. Predictors of the duration of exclusive breastfeeding among first-time mothers. **Research in Nursing & Health**, v. 31, n. 5, p. 428-441, 2008.

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, R. V.; SILVA, I. A. A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 108-115, 2009.

SILVA, P. P. et al. A percepção das mães sobre o apoio paterno: influência na duração do aleitamento materno. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 30, n. 3, p. 306-313, 2012.

SILVA, W. F.; GUEDES, Z. C. F. Aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos prematuros e a termo. **Revista CEFAC**, v. 15, n. 1, p. 160-171, 2013.

SILVEIRA, F. J. F.; LAMOUNIER, J. A. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios da região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. 69-77, 2006.

SOUZA, E. F. C.; FERNANDES, R. Autoeficácia na amamentação: um estudo de coorte. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 5, p. 465-470, 2014.

SPEHAR, M. C.; SEIDL, E. M. F. Percepções maternas no método canguru: contato pele a pele, amamentação e autoeficácia. **Psicologia em Estudo**, v. 18, n. 4, p. 647-656, 2013.

SWANSON, V. et al. Developing maternal self-efficacy for feeding preterm babies in the neonatal unit. **Qualitative Health Research**, v. 22, n. 10, p. 1369-1382, 2012.

SZEJER, M.; STERWART, R. **Nove meses na vida de uma mulher**: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. 322 p.

TAVARES, M. C. et al. Application of Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form to post-partum women in rooming-in care: a descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, n. 1, 2010.

TRISTÃO, R. M. Validação da escala percepção de autoeficácia da parentalidade materna em amostra brasileira. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 25, n. 3, p. 281-282, 2015.

TUTHILL, E. L. et al. Breastfeeding self-efficacy: a critical review of available instruments. **Journal of Human Lactation**, v. 32, n. 1, p. 35-42, 2016.

UCHOA, J. L. **Autoeficácia das mulheres no ciclo gravídico-puerperal em amamentar**. 2012. 107 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

UCHOA, J. L. et al. Autoeficácia em amamentar de mulheres no pré-natal e no pós-parto: estudo longitudinal. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 6, n. 1, p. 10-20, 2016.

VICTORA, C. G. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 4, n. 1, p. 3-69, 2001.

VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011.

VASCONCELOS, M. G. L. et al. Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 6, n. 1, p. 47-57, 2006. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-432266>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

VERMONT OXFORD NETWORK. **Manual of operations**: part 2 data definitions & infant data forms. Release 22.0. Burlington: Vermont Oxford Network, 2017.

VIEIRA, M. L. et al. Paternidade no Brasil: revisão sistemática de artigos empíricos. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 66, n. 2, p. 36-52, 2014.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Tobacco and poverty**: a vicious circle. Geneva: WHO, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Born too soon**: the global action report on preterm birth. Geneva: WHO, 2012.

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.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TERMINOLOGIA OBRIGATÓRIA EM ATENDIMENTO A RESOLUÇÃO 466/12- CNS-MS)

A sra. está sendo convidada a participar de uma pesquisa chamada “Mães de bebês prematuros: uma percepção de autoeficácia na amamentação”, que pretende Identificar o grau de autoeficácia de mães de crianças nascidas prematuras para propor um programa de intervenção com vistas a facilitar o aleitamento materno exclusivo e retardar o desmame.

A sra. foi selecionada a participar dessa pesquisa por ser mãe de um bebê que nasceu prematuro e encontra-se internado na Unidade Neonatal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – SP.

A pesquisa consta de algumas perguntas sobre: seus dados pessoais, dados de seu bebê, experiências com a amamentação; além da aplicação de dois questionários: o Questionário para Avaliação da Autoeficácia Percebida (tradução da Escala Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy – PMP S-E) e a Escala de Autoeficácia na Amamentação – Forma Abreviada. A pesquisadora realizará as entrevistas em três momentos: um dia após o nascimento do seu bebê, três dias após o início da amamentação no seio e na primeira consulta do bebê após a alta hospitalar de seu bebê. A entrevista durará cerca de 60 minutos, e não apresenta nenhum tipo risco para a sra. ou seu bebê.

Caso a sra. não queira participar da pesquisa, não vai interferir com o tratamento do seu bebê. A sra. poderá retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem nenhum prejuízo.

É garantido total sigilo do seu nome, e o de seu bebê, em relação aos dados relatados nesta pesquisa.

A sra. receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pela pesquisadora por cinco anos.

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608 / 1609.

CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Nome: _____

Assinatura: _____

Danielle Marinho Viegas Emílio Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Orientadora: Gimol Benzaquen Perosa, Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria. Faculdade de Medicina de Botucatu, Distrito de Rubião Junior, Botucatu-SP Fone (14) 3880 1233 E-mail: gimol@fmb.unesp.br

Pesquisadora: Danielle Marinho Viegas Emílio, Rua, Izidoro Bertaglia nº.1554, Botucatu - SP Fone: (14) 99757-3932. E-mail: dannibtu13@gmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
RESOLUÇÃO 466/2012

Senhor(a) _____ estamos convidando a _____ para participar do Projeto de Pesquisa intitulado “Mães de bebês prematuros: uma percepção de autoeficácia na amamentação” que será desenvolvido por mim Psicóloga Danielle Marinho Viegas Emílio, com orientação da profissional Psicóloga Professora Gimol Benzaquen Perosa da Faculdade de Medicina de Botucatu –UNESP.Ela já concordou em participar,mas,por ser menor precisamos,também ,do seu consentimento

A pesquisa consta de algumas perguntas sobre: dados pessoais, dados do bebê, experiências com a amamentação; além da aplicação de dois questionários: o Questionário para Avaliação da Autoeficácia Percebida (tradução da Escala Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy – PMP S-E) e a Escala de Autoeficácia na Amamentação – Forma Abreviada. A pesquisadora realizará as entrevistas em três momentos: após o nascimento do seu bebê, após o início da amamentação no seio e na primeira consulta do bebê após a alta hospitalar de seu bebê. A entrevista durará cerca de 50 minutos, e não apresenta nenhum tipo risco para a adolescente ou seu bebê.

Solicito também seu consentimento para consultar o prontuário médico de sua filha bem como do bebê, para coletar outras informações lá contidas como: intercorrências clínicas, peso do bebê, idade gestacional, medicamentos utilizados referentes a internação da adolescente e seu bebê.

Na qualidade de responsável pela menor estou ciente e autorizo que minha filha responda a um questionário, que levará uns 50 minutos de duração.

Os benefícios serão para futuras mães de bebês prematuros, após as pesquisadoras terem o conhecimento dos resultados da pesquisa.

Informo que a participação da sua filha neste estudo é voluntária e que mesmo após o (a) senhor (a) ter dado o consentimento para que ela participe da pesquisa, o (a) senhor (a) poderá retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo na continuidade do seu tratamento.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em 2 vias de igual teor, o qual 01 via será entregue ao Senhor (a) devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 11.30 e das 14.00 às 17horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descrito:

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, CONCORDO na qualidade de “Representante Legal” a participação de minha filha de forma voluntária, estando ciente que todos os seus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas, sem no entanto, que minha identidade seja revelada.

Botucatu, ____/____/____

Pesquisador	Representante Legal pela Participante da Pesquisa
Nome Danielle Marinho Viegas Emílio Endereço: Rua, Izidoro Bertaglia nº.1554, Botucatu - SP Telefone: (14) 99757-3932 Email: dannibtu13@gmail.com	
Nome Gimol Benzaquen Perosa Endereço: Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria. Faculdade de Medicina de Botucatu, Distrito de Rubião Junior, Botucatu-SP Telefone: (14) 3880 1233 Email: gimol@fmb.unesp.br	

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)
RESOLUÇÃO 466/2012

CONVIDO, você, _____ para participar do Projeto de Pesquisa intitulado “Mães de bebês prematuros: uma percepção de autoeficácia na amamentação” que será desenvolvido por mim Psicóloga Danielle Marinho Viegas Emílio, com orientação da profissional Psicóloga Professora Gimol Benzaquen Perosa da Faculdade de Medicina de Botucatu –UNESP.

Caso concorde em participar da pesquisa você deverá assinar este Termo de Assentimento e seu Representante Legal assinará o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participantes de pesquisa entre 11 a 17 anos/11/meses e 29 dias

A pesquisa consta de algumas perguntas sobre: dados pessoais, dados do bebê, experiências com a amamentação; além da aplicação de dois questionários: o Questionário para Avaliação da Autoeficácia Percebida (tradução da Escala Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy – PMP S-E) e a Escala de Autoeficácia na Amamentação – Forma Abreviada. A pesquisadora realizará as entrevistas em três momentos: após o nascimento do seu bebê, após o início da amamentação no seio e na primeira consulta do bebê após a alta hospitalar de seu bebê. A entrevista durará cerca de 50 minutos, e não apresenta nenhum tipo risco para a sra. ou seu bebê.

Solicito também seu consentimento para consultar o seu prontuário médico bem como do seu bebê, para coletar outras informações lá contidas como: intercorrências clínicas, peso do bebê, idade gestacional, medicamentos utilizados referentes a internação.

Os benefícios serão para futuras mães de bebês prematuros, após as pesquisadoras terem o conhecimento dos resultados da pesquisa.

Fique ciente, que a participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirar a qualquer momento, sem qualquer prejuízo na continuidade do tratamento, ou qualquer outra atividade em que você esteja participando.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em 2 vias de igual teor, o qual 01 via será entregue a você devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 11.30 e das 14.00 às 17horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descrito:

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, CONCORDO em participar de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardos através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados e revistas científicas.

Botucatu, ____/____/____

Pesquisador

Nome Danielle Marinho Viegas Emílio

Endereço: Rua, Izidoro Bertaglia nº.1554, Botucatu - SP

Telefone: (14) 99757-3932

Email: dannibtu13@gmail.com

Participante da Pesquisa

Nome Gimol Benzaquen Perosa

Endereço: Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria. Faculdade de Medicina de Botucatu, Distrito de Rubião Junior, Botucatu-SP

Telefone: (14) 3880 1233

Email: gimol@fmb.unesp.br

ANEXO 2

Escala de Autoeficácia na Amamentação – Forma Abreviada

Para cada uma das seguintes afirmações, por favor, escolha a resposta que melhor descreve até que ponto você está confiante em amamentar o seu novo bebê. Por favor, marque a sua resposta circulando o número mais próximo de como você se sente. não existe resposta certa ou errada.

1 = Discordo totalmente

2 = Discordo

3 = Às vezes concordo

4 = Concordo

5 = Concordo totalmente

	Discordo Totalmente		Concordo totalmente		
1. Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente.	1	2	3	4	5
2. Eu sempre lido com amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios. (Supera com sucesso a amamentação e as demais situações da vida).	1	2	3	4	5
3. Eu sempre alimento meu bebê sem usar leite em pó como suplemento.	1	2	3	4	5
4. Eu sempre percebo se meu bebê está pegando o meu peito direitinho durante toda mamada.	1	2	3	4	5
5. Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer	1	2	3	4	5
6. Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando.	1	2	3	4	5
7. Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando.	1	2	3	4	5
8. Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família.	1	2	3	4	5
9. Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar.	1	2	3	4	5
10. Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo. (Mesmo consumindo o meu tempo eu quero).	1	2	3	4	5
11. Eu sempre amamento meu bebê em um peito e depois mudo para o outro.	1	2	3	4	5
12. Eu sempre continuo amamentando meu bebê a cada alimentação dele. (a cada mamada).	1	2	3	4	5
13. Eu sempre consigo adequar minhas necessidades às necessidades do bebê. (Organizo minhas necessidades de banho, sono, alimentação com a	1	2	3	4	5

amamentação do bebê).					
14. Eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada.	1	2	3	4	5

ANEXO 3:**Questionário para Avaliação da Autoeficácia Percebida (tradução da Escala Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy – PMP S-E)**

Algumas situações que envolvem mães de recém-nascidos são descritas a seguir. Por favor responda as questões abaixo de acordo com o que você acredita que consegue fazer rotineiramente com relação aos cuidados do seu bebê e à sua interação com ele/ela.

Se na sua avaliação, você discordar totalmente da afirmativa a que se refere o item, assinale o número 1. Se concordar totalmente, assinale o número 4. Se sua avaliação for diferente dessas duas opções, marque 2 ou 3, conforme a escala abaixo. Não há respostas certas ou erradas. Assinale o número que mais se aproxima do que você considera que expressa à realidade.

Obrigada por sua participação!

- | | | | | |
|----|--|----------|----------|---------------------|
| 1. | Eu acredito que sei quando meu bebê está cansado e precisa dormir. | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Discordo totalmente | Discordo | Concordo | Concordo totalmente |
| 2. | Eu acredito que tenho controle sobre meu bebê. | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Discordo totalmente | Discordo | Concordo | Concordo totalmente |
| 3. | Eu percebo quando meu bebê está doente. | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Discordo totalmente | Discordo | Concordo | Concordo totalmente |
| 4. | Eu entendo os sinais do meu bebê. | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Discordo totalmente | Discordo | Concordo | Concordo totalmente |
| 5. | Eu sei fazer meu bebê feliz. | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Discordo totalmente | Discordo | Concordo | Concordo totalmente |
| 6. | Eu acredito que meu bebê reage bem a mim. | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Discordo totalmente | Discordo | Concordo | Concordo totalmente |
| 7. | Eu acredito que meu bebê e eu temos uma boa interação um com outro. | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Discordo totalmente | Discordo | Concordo | Concordo totalmente |
| 8. | Eu sei fazer meu bebe se acalmar quando está chorando. | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |

- | | | | |
|---------------------|----------|----------|---------------------|
| Discordo totalmente | Discordo | Concordo | Concordo totalmente |
|---------------------|----------|----------|---------------------|
9. **Eu sou boa em aconchegar meu bebê quando ele/ela fica aborrecido (a).**
- | | | | |
|---------------------|----------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Discordo totalmente | Discordo | Concordo | Concordo totalmente |
10. **Eu sou boa em aconchegar meu bebê quando ele/ela fica agitado (a).**
- | | | | |
|---------------------|----------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Discordo totalmente | Discordo | Concordo | Concordo totalmente |
11. **Eu sou boa em aconchegar meu bebê quando ele/ela chora continuamente.**
- | | | | |
|---------------------|----------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Discordo totalmente | Discordo | Concordo | Concordo totalmente |
12. **Eu sou boa em aconchegar meu bebê quando ele/ela fica mais inquieto (a).**
- | | | | |
|---------------------|----------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Discordo totalmente | Discordo | Concordo | Concordo totalmente |
13. **Eu sou boa em entender o que meu bebê quer.**
- | | | | |
|---------------------|----------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Discordo totalmente | Discordo | Concordo | Concordo totalmente |
14. **Eu sou boa em conseguir a atenção do meu bebê.**
- | | | | |
|---------------------|----------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Discordo totalmente | Discordo | Concordo | Concordo totalmente |
15. **Eu sou boa em saber de que atividades meu bebê não gosta.**
- | | | | |
|---------------------|----------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Discordo totalmente | Discordo | Concordo | Concordo totalmente |
16. **Eu sou boa em manter meu bebê entretido.**
- | | | | |
|---------------------|----------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Discordo totalmente | Discordo | Concordo | Concordo totalmente |
17. **Eu sou boa em alimentar meu bebê.**
- | | | | |
|---------------------|----------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Discordo totalmente | Discordo | Concordo | Concordo totalmente |
18. **Eu sou boa em trocar as fraldas ou roupas do meu bebê.**
- | | | | |
|---------------------|----------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Discordo totalmente | Discordo | Concordo | Concordo totalmente |
19. **Eu sou boa em dar banho em meu bebê.**
- | | | | |
|---------------------|----------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Discordo totalmente | Discordo | Concordo | Concordo totalmente |
20. **Eu sei mostrar afeição para meu bebê.**
- | | | | |
|---------------------|----------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Discordo totalmente | Discordo | Concordo | Concordo totalmente |

ANEXO 4**Entrevista1 – Data da Aplicação:** ____/____/____**Dados da mãe**

Nome: _____

Data Nascimento: ____/____/____ RG HC: _____

Situação conjugal: _____

Escolaridade mãe: _____ Profissão: _____

Trabalha: () sim () Não

Escolaridade pai: _____ Profissão: _____

Quantas pessoas moram na sua casa? _____ Qual a renda familiar? _____

Número de gestações: _____ Número de filhos: _____ Abortos: _____ óbito fetal: _____

Sua gravidez foi planejada? _____

Tipo de parto: _____ IG: _____

Nome do bebê: _____

Peso: _____

Cidade em que reside: _____

Se tiver mais filhos, com quem eles ficam quando você está aqui: _____

Como você se sentiu quando visitou seu bebê pela primeira vez: _____

E agora? _____

Com que frequência você visita seu bebê: _____

Qual o seu tempo de permanência junto ao seu bebê: _____

Você frequenta a sala de coleta de leite: () sim () não

Quantas vezes por dia você tira leite: _____

O que você acha de ter de tirar leite: _____

Você faz uso de algum medicamento: _____

Você faz uso de bebidas alcoólicas ou drogas ilícitas: _____

Você fuma: () sim () não Quantos cigarros por dia: _____

Entrevista 2 – Data da Aplicação: ____/____/____

Nome: _____

Data do Parto: ____/____/____ Peso atual do bebê _____ Dias de internação: _____

Com que frequência você visita seu bebê: _____

Qual o seu tempo de permanência junto ao seu bebê: _____

Você faz uso de algum medicamento: _____

Você frequenta a sala de coleta de leite: () sim () não

Quantas vezes por dia você tira leite: _____

Você faz ordenha manual () com bomba manual () ou com bomba elétrica ()

O que você acha de ter de tirar leite: _____

Você já teve alguma experiência com amamentação: _____

Qual: _____

Como Foi: _____

Como você se sentiu quando amamentou seu bebê pela primeira vez: _____

Quanto tempo demorou para você amamentar seu bebê: _____

Você consegue tirar leite para as mamadas noturnas de seu bebê: _____

Alguém te ajudou: _____

O que dificultou: _____