

AUTOEFICÁCIA DA AMAMENTAÇÃO E O TIPO DE CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO: ESTUDO PILOTO

Rayany Cristina de Souza¹
Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo²
Paula Carolina Bejo Wolkers³

^{1,3} Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Residência em Área Profissional de Saúde. Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

² Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Residência em Área Profissional de Saúde. Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Comparar a autoeficácia da amamentação entre mães de recém-nascidos de baixo peso ao nascer internados em uma Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional com uma Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru. **Método:** Estudo piloto longitudinal de abordagem quantitativa realizado na Unidade Neonatal do Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia, no estado de Minas Gerais, Brasil. Os dados foram coletados no período de setembro de 2018 a julho de 2019, a amostra foi composta por 32 mães de recém-nascidos de baixo peso ao nascer (13 que ficaram internados na unidade convencional e 19 na unidade canguru). Para avaliação da autoeficácia materna em amamentar foi utilizada a *Breastfeeding Self Efficacy Scale - Short-Form* (BSESF). As variáveis foram analisadas de forma descritiva. Os dados foram tabulados em planilhas eletrônicas, processados e analisados com o uso do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®). **Resultados:** As mães dos grupos avaliados apresentaram alto escore na autoeficácia materna em amamentar (76,9%; 84,2%). A maioria dos recém-nascidos que estiveram internados na unidade canguru receberam alta hospitalar em aleitamento materno exclusivo (59,7%) enquanto, os que estiveram na unidade convencional receberam alta em aleitamento materno misto (76,9%). **Conclusão:** Independentemente da unidade de cuidados as mães podem se sentir seguras e confiantes em relação a amamentação, porém aquelas que participaram da segunda etapa do Método Canguru obtiveram melhores resultados em relação ao aleitamento materno exclusivo na alta, corroborando a segunda etapa do método como fator protetor ao aleitamento materno exclusivo no contexto da prematuridade.

DESCRITORES: Autoeficácia. Aleitamento materno. Recém-nascido de baixo peso. Método Canguru.

INTRODUÇÃO

O ato de amamentar é mais do que nutrir, envolve interação profunda entre o binômio mãe-filho e promove, a curto e longo prazo, repercussões no estado nutricional, imunológico e cognitivo da criança, além de benefícios para a saúde da nutriz.^{1,2} A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS), reconhecem o leite materno como o alimento mais adequado para a criança. Estes órgãos recomendam a amamentação exclusiva nos seis primeiros meses de vida, e de forma complementada até os dois anos ou mais.^{1,3}

Evidências científicas demonstram que o leite humano apresenta especificidades em sua composição nutricional que favorecem o desenvolvimento e crescimento dos recém-nascidos (RN), em especial dos pré-termos.⁴ Para este grupo, tem-se aumento de calorias, lipídios e proteínas,^{1,5} o que torna a amamentação ainda mais benéfica. Os fatores imunológicos favorecem a maturação do sistema gastrointestinal, a redução na incidência de infecções e, conseqüentemente, a diminuição do tempo de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), além de fortalecer o vínculo materno-infantil.⁵

Apesar do apoio de órgãos nacionais e internacionais de saúde à amamentação, as taxas de aleitamento materno (AM) e aleitamento materno exclusivo (AME) no Brasil ainda estão aquém do recomendado.^{1,6} O desmame precoce decorre de fatores do nível social ao individual, envolvendo aspectos culturais e psicossociais da mãe e do meio em que essa está inserida.² Além disso, a condição de recém-nascido pré-termo (RNPT) torna a amamentação ainda mais desafiante em virtude da imaturidade dos sistemas orgânicos e dos reflexos de sucção e deglutição,⁴ o longo período de internação em unidades neonatais e o retardo do contato entre o binômio.⁷

Nesse sentido, a confiança da nutriz em amamentar é um determinante para o início, manutenção e duração da amamentação em meio a tantas adversidades.⁸ Mulheres que se sentem capazes no papel de mãe, tendem a manter a amamentação por maior período de tempo, quando comparadas às que não tem essa percepção.³ A autoeficácia materna em amamentar surge como um fator protetor para o AM.⁸ Esta, é tida como a confiança da mulher em exercer com êxito a amamentação, diretamente ligada a seus conhecimentos e habilidades,⁶ sendo passível de modificação por meio de intervenções que buscam reforçar aspectos positivos e minimizar aspectos negativos.⁸

O Método Canguru (MC) é estratégia valiosa nesse contexto, sendo este um modelo de assistência perinatal destinado à qualificação e humanização do cuidado ao

recém-nascido de baixo peso (RNBP) e sua família, baseado em estratégias de intervenção biopsicossocial.⁹ Desenvolvido em três etapas, este visa fortalecer o vínculo entre a mãe e seu filho, encorajar o aleitamento materno, promover a alta de forma precoce com mãe apta para desenvolver os cuidados e reconhecer sinais de alarme, sendo uma alternativa segura à assistência convencional.^{9,10}

Segundo a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido a primeira etapa inicia-se com a identificação de um pré-natal que precisa de cuidados especializados, percorre o processo de parto e nascimento e se completa com a admissão do RNBP na Unidade Neonatal, tendo como premissas o acolhimento, o estímulo a presença e apoio da família, suporte a amamentação, contato pele a pele precoce, entre outros.⁹

A segunda etapa consiste na unidade propriamente dita, dotada de estrutura capaz de receber a mãe e o RN. O RNBP deve permanecer de maneira contínua com sua mãe e a posição canguru, também denominada de contato pele a pele, será realizada pelo maior tempo possível. Além disso, a presença e a participação paterna nos cuidados devem ser estimuladas pela equipe responsável.⁹

Os critérios de elegibilidade para a segunda etapa do MC são: “Do recém-nascido: Estabilidade clínica. Nutrição enteral plena. Peso mínimo de 1.250 g”.^{9:25} “Da mãe: Desejo e disponibilidade. Apoio familiar para sua permanência no hospital em período integral. Consenso entre mãe, familiares e profissionais de saúde. Reconhecimento materno dos sinais de comunicação do filho relativos a conforto, estresse, respiração etc. Conhecimento e habilidade para manejar o recém-nascido em posição canguru”.^{9:26}

E por fim, a terceira etapa consiste na continuidade dos cuidados daqueles RNBP que ficaram internados na UCINCa, com acompanhamento ambulatorial de perto até atingir o peso de 2500g.⁹

Neste contexto, as perguntas norteadoras deste estudo foram: “Há diferença na autoeficácia da amamentação entre mães de RNBP que ficaram internados em uma Unidade de Cuidados Intermediários Convencional (UCINCo) em relação a uma Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa)? A autoeficácia da amamentação e a internação em uma UCINCa podem ter alguma relação? Essas variáveis impactam positivamente nas taxas de aleitamento materno?”

Para responder tais questionamentos o presente estudo tem por objetivo geral, comparar a autoeficácia da amamentação entre mães de RNBP ao nascer internados em UCINCo e uma UCINCa. E por objetivos específicos, descrever o perfil sócio-demográfico das mães e dos RNBP internados na UCINCo e na UCINCa, e verificar o tipo de aleitamento na alta hospitalar dos RNBP internados na UCINCo e na UCINCa.

MÉTODO

Estudo piloto longitudinal de abordagem quantitativa realizado na Unidade Neonatal do Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU), no estado de Minas Gerais, Brasil. Este, faz parte de um estudo mais amplo intitulado: “*O impacto da implementação do Método Canguru na assistência perinatal de recém-nascidos de baixo peso em um Hospital de Clínicas de alta complexidade de Minas Gerais*”.

A Unidade Neonatal do HCU-UFU possui 42 leitos, sendo 20 leitos destinados a UTIN, 16 leitos a UCINCo e 06 leitos a UCINCa. Esta última foi inaugurada em junho de 2016 e recebe egressos das outras unidades que possuem critérios de elegibilidade para participação na segunda e terceira etapa do MC conforme descrito na Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido.⁹ Dessa forma, a escolha da unidade de destino do RN ao longo da internação ocorre de forma rotineira pelos profissionais envolvidos no cuidado e pela família, não havendo influência dos pesquisadores.

A população de referência do estudo foi composta pelas mães de RNBP que nasceram no HCU-UFU e foram internados na UTIN no período de setembro de 2018 a julho de 2019. A amostra se deu por conveniência, sendo composta por 32 participantes (13 que ficaram internados na UCINCo e 19 na UCINCa).

Foram incluídas as mães dos RNBP que nasceram no HCU-UFU com peso inferior a 1800g e foram internados na UTIN no período em estudo. Foram considerados critérios de não inclusão: mães de RN que apresentaram asfixia perinatal;¹¹ gestações múltiplas; mães de RN com má-formação congênita grave, infecção congênita sintomática, síndrome genética e doença metabólica grave; e mães que apresentavam doenças psiquiátricas, toxicod dependência ou com qualquer outra condição que impossibilitasse a amamentação. Foram excluídos os óbitos neonatais e maternos que ocorreram durante o período de coleta de dados.

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos. O primeiro denominado Sumário da Internação Neonatal para registro das características clínicas e perfil sociodemográfico das mães e dos RN. O segundo foi a Escala de Autoeficácia da Amamentação - Forma Abreviada (*Breastfeeding Self Efficacy Scale - Short-Form - BSES-SF*), que buscou compreender a percepção materna sobre sua capacidade em amamentar. A escala é composta por 14 itens, organizados em dois domínios, técnico e pensamentos intrapessoais. Foi validada no Brasil com Alfa de Cronbach de 0,74 indicando ser este, um instrumento válido para medir a confiança das nutrizes brasileiras

em sua capacidade de amamentar.¹² São atribuídos escores que variavam de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente), com pontuação mínima de 14 e máxima de 70 pontos. Considera-se como baixa eficácia pontuações de 14 a 32, moderada de 33 a 51 e alta de 52 a 70 pontos.

As mães foram abordadas na Unidade Neonatal ao longo da primeira semana de internação do RN e convidadas a participar da pesquisa. Após esclarecer os objetivos, sua participação e a não obrigatoriedade, sem implicações e nenhum prejuízo, foi solicitado a assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram utilizados dois TCLE, ambos assinados pela mãe, o primeiro para a participação materna e o segundo para realização da coleta de dados no prontuário do RN.

Após a concordância em participar e a assinatura dos TCLE, as mães responderam na primeira semana de internação os dados sociodemográficos, econômicos e referentes ao pré-natal. Os dados da evolução do RN foram coletados do prontuário eletrônico no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e por meio do prontuário físico solicitado ao setor de Arquivo do HCU-UFU. Na semana da alta hospitalar (pré-alta) foi aplicada a BSES-SF.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Uberlândia e aprovada por meio do Parecer de nº 2.521.553. Além disso, o presente estudo seguiu as recomendações descritas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Todas as variáveis foram analisadas de forma descritiva. Os dados foram tabulados em planilhas eletrônicas, processados e analisados com o uso do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) versão 20.1 Inc., Chicago, EUA. Os dados quantitativos foram descritos com média, mediana, mínimo e máximo; e os dados qualitativos com frequências absoluta e relativa.

RESULTADOS

A (Tabela 1) apresenta o perfil clínico dos RNBP segundo o tipo de cuidado ofertado no período em estudo. Não observamos resultados discrepantes, uma vez que os valores das médias e medianas se aproximaram em relação às variáveis. No entanto, cabe ressaltar que os RN internados na UCINCa em relação aos internados na UCINCo apresentaram mediana de tempo de internação total (39 dias; 52 dias) e em UTIN (16 dias; 30 dias) menores. Assim como, o peso de alta (2040g; 2135g).

Tabela 1 – Perfil clínico dos recém-nascidos de baixo peso segundo tipo de cuidado na Unidade Neonatal do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil, 2019. (n=32)

Variáveis	UCINCo				UCINCa			
	Média	Mediana	Mín.	Máx.	Média	Mediana	Mín.	Máx.
IG (sem)	30,3	30	25,8	34,5	30,4	31,1	26	34,7
PN (g)	1295,7	1320	855	1755	1340,9	1410	615	1800
Comp.	38,3	38,5	35	41,8	38,7	40	31	45
PC	26,9	26	24	30	27	27,5	23	31
Apgar 1'	5,6	6	1	9	6,2	7	2	8
Apgar 5'	8	8	5	9	8,3	9	6	9
1ª dieta (h)	50,9	39,5	8,7	151	32,9	25,9	11	92,7
NPP (dias)	15,6	12	9	36	15,2	11	4	46
Menor peso	1116,5	1170	629	1605	1153,3	1156	532	1640
RPN (dias)	15,4	15	6	24	14,2	14	7	24
Internação (dias)								
Total	53	52	25	106	49,2	39	23	100
UTIN	34,3	30	8	63	26,8	16	6	67
Unidade	18,1	17	4	43	21,5	19	7	40
GP (g/dia)	19,1	19,1	12,5	25,6	13,2	13,7	2,7	20,6
Peso alta (g)	2338,8	2135	2095	3305	2037,3	2040	1855	2425
Comp.	44,7	44,5	42,8	48	43,8	44	41,5	46
PC	32	31,5	30	33,5	31,5	31,5	29,5	33

Legenda: Mínimo (Mín.); Máximo (Máx.); Idade gestacional (IG); Peso de nascimento (PN); Comprimento (Comp.); Perímetro Cefálico (PC); Nutrição Parenteral (NPP); Recuperação do peso de nascimento (RPN); Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); e Ganho de peso (GP). Fonte: Autora.

Na (Tabela 2) referente ao perfil sociodemográfico e clínico das mães, é possível observar que faixa etária é similar nas duas unidades com a maioria acima de 25 anos. Dentre as mães do grupo UCINCa (63,2%) eram primíparas. Em ambos os grupos, notou-se predominância da cor/raça parda (53,8%; 42,1%), escolaridade entre 8 a 11 anos de estudo (61,5%; 68,4%), realização de pré-natal (100%; 94,7%) na rede pública de saúde (100%; 78,9%) e parto cesárea (53,8%; 73,7%). Em relação a profissão e a situação conjugal, (46,2%) das mães do grupo UCINCo relataram não trabalhar e (38,5%) não ter companheiro.

Tabela 2 – Perfil sociodemográfico e clínico das mães de recém-nascidos de baixo peso segundo tipo de cuidado na Unidade Neonatal do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, MG, Brasil, 2019. (n=32)

Variáveis	Estrato	UCINCo		UCINCa	
		n	%	n	%
Idade	< 18 anos	2	15,4	2	10,5
	18 a 25 anos	4	30,8	5	26,3
	> 25 anos	7	53,8	12	63,2
Paridade	Primípara	2	15,4	12	63,2
	Múltipara	11	84,6	7	36,8
Cor/Raça	Branca	2	15,4	5	26,3
	Parda	7	53,8	8	42,1
	Negra	1	7,7	6	31,6
Profissão	Autônoma	2	15,4	1	5,3
	Assalariada	2	15,4	10	52,6
	Não trabalha	6	46,2	6	31,6
Escolaridade (anos)	< 8 anos	1	7,7	-	-
	8 a 11 anos	8	61,5	13	68,4
	> 12 anos	2	15,4	6	31,6
Situação conjugal	Casada	3	23	7	36,8
	União estável	4	30,8	6	31,6
	Sem companheiro	5	38,5	6	31,6
Pré-natal	Sim	13	100	18	94,7
	Não	-	-	1	5,3
Local de realização	Público	13	100	15	78,9
	Privado	-	-	3	15,8
Via de parto	Vaginal	6	46,2	5	26,3
	Cesárea	7	53,8	14	73,7
Alterações clínicas	DHEG	1	7,7	10	52,6
	DMG	1	7,7	3	15,8
	Infecção	5	38,5	8	42,1
	Sífilis	-	-	3	15,8
Drogas	Cigarro	3	23,2	3	15,8
	Álcool	1	7,7	3	15,8
	Ilícitas	1	7,7	-	-

Legenda: Doença hipertensiva específica da gestação (DHEG). Diabetes mellitus gestacional (DMG). Fonte: Autora.

Podemos verificar na (Tabela 3) que a maioria dos RN que estiveram internados na UCINCa receberam alta hospitalar em aleitamento materno exclusivo (59,7%) enquanto, os que estiveram na UCINCo receberam alta em aleitamento materno misto (76,9%).

Tabela 3 – Tipo de dieta na alta hospitalar de recém-nascidos de baixo peso segundo tipo de cuidado na Unidade Neonatal do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, MG, Brasil, 2019. (n=32)

Variáveis	UCINCo		UCINCa	
	n	%	n	%
AME	0	0	11	59,7
AMM	10	76,9	8	42,1
Fórmula infantil	3	23,1	0	0

Legenda: Aleitamento materno exclusivo (AME); Aleitamento materno misto (AMM). Fonte: Autora.

Já a (Tabela 4) apresenta os resultados para autoeficácia materna em amamentar por meio da aplicação da BSES-SF. Observa-se alta eficácia para os dois grupos (76,9%; 84,2%).

Tabela 4 – Autoeficácia da amamentação na alta hospitalar segundo tipo de cuidado na Unidade Neonatal do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, MG, Brasil, 2019. (n=32)

Estrato	UCINCo		UCINCa	
	n	%	n	%
Baixa	0	0	1	5,3
Média	3	23,1	2	10,5
Alta	10	76,9	16	84,2

Fonte: Autora.

DISCUSSÃO

Foi possível observar neste estudo que tanto as mães de RNBP que estiveram internados na UCINCo quanto na UCINCa apresentaram alto escore de autoeficácia para amamentar, ou seja, independentemente da unidade de cuidados, as mães podem se sentir seguras e confiantes em relação a amamentação. Este resultado pode estar relacionado às orientações realizadas de rotina na Unidade Neonatal onde foi realizado o estudo, que acontecem desde a internação até a alta hospitalar. Além disso, o hospital conta com um Banco de Leite Humano (BLH) e se prepara para certificação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC).

Pesquisa realizada no Piauí/Brasil com o objetivo de analisar a amamentação em RNPT, relacionando as características do binômio mãe-filho e a autoeficácia materna entre mães de RNPT de uma UCINCo, observaram também altos escores de eficácia no aleitamento materno.⁴ No entanto, em estudo qualitativo publicado anteriormente, no qual os autores compararam as percepções maternas nessas unidades de cuidado, em quatro maternidades brasileiras, foi observado que as mães que participaram da segunda etapa do MC mostraram-se mais confiantes na ocasião da alta hospitalar.¹³

No que se refere ao aleitamento materno exclusivo, neste estudo observou-se impacto positivo da segunda etapa do MC quando comparado aos resultados do método convencional. Este último na ocasião da alta hospitalar apresentou maioria de RN em aleitamento materno misto (AMM). Em um outro estudo observacional, longitudinal que avaliou a autoeficácia materna no contexto da parentalidade ao longo das três etapas do MC e os efeitos do contato pele a pele e da amamentação, constatou que ao longo das três etapas, houve predominância do aleitamento materno exclusivo,¹⁴ legitimando o impacto positivo da segunda etapa do MC para o aleitamento materno no contexto da prematuridade.

A prematuridade e a demora para iniciar a sucção ao seio são entendidos pelas mães de RNPT como fatores desfavoráveis a manutenção da lactação, mesmo quando estas seguem as orientações dos profissionais de saúde.¹⁵ Uma coorte retrospectiva realizada com 103 RNPT, constatou risco 2,6 vezes maior de desmame precoce entre RNPT de idade gestacional inferior a 32 semanas, e chances 3 vezes maiores de interrupção do AM por aqueles que estavam em AMM, quando comparado com os que estavam em AME no primeiro mês de idade gestacional corrigida.¹⁶

Nesse contexto, o MC é uma alternativa segura e que promove bons resultados durante e após a alta hospitalar.⁵ Além disso, nascer em hospitais certificados pela IHAC

e em municípios com maior número de BLH por 10 mil nascidos vivos aumenta a prevalência de aleitamento materno exclusivo entre RNBP,¹⁷ o que demonstra que o AME sofre influências das características da díade mãe/RN, dos serviços de saúde, e também de programas e ações favoráveis a amamentação.

Acerca do perfil sócio-demográfico, o presente estudo apresenta em sua maioria mães jovens adultas, casadas ou em união estável, com escolaridade acima de 8 anos, que não trabalhavam fora de casa ou possuíam trabalho assalariado. Estudos brasileiros não encontraram influência significativa entre a idade^{6,18-19} e a ocupação materna na autoeficácia da amamentação.^{6,13} No entanto, a literatura demonstra que a idade e o trabalho podem interferir no processo de lactação, uma vez que mães adolescentes tendem a amamentar por tempo menor, e o trabalho fora do lar é tido como fator prejudicial nesse processo.^{1,17}

Em relação a situação conjugal, mães que convivem com seu parceiro apresentam aumento na autoeficácia para amamentar,^{6,18} uma vez que a participação e o apoio deste durante o ciclo gravídico-puerperal favorecem a duração e a manutenção do aleitamento materno.^{1,6,18,20} Além disso, o suporte fornecido pela família e a rede social da mulher é considerado fundamental para o aumento da confiança e segurança em desempenhar a lactação,^{1,21} independente do modelo de cuidados neonatais oferecidos.¹³

A escolaridade é outra variável importante no contexto da amamentação, visto que esse aspecto é considerado fator protetor.^{18,20} Revisão sistemática objetivando avaliar se a confiança materna influencia na exclusividade da amamentação aos 6 meses, identificou como fatores determinantes, entre outros, autoconfiança materna, etnia/raça, intenção em amamentar, idade, nível de escolaridade e ocupação. Este mesmo estudo enfatizou que mães que apresentaram maior pontuação na aplicação das escalas de avaliação da autoeficácia, tanto nas formas ampliada como reduzida, amamentaram exclusivamente por mais tempo.²²

Sendo assim, é preciso conhecer os fatores que favorecem ou não a amamentação, para que a equipe possa planejar ações individualizadas.⁵ Nesse sentido, a BSES-SF é uma estratégia que pode e deve ser utilizada por profissionais para conhecer as dificuldades e as facilidades em relação a amamentação. Saber em quais aspectos a mãe não é confiante pode direcionar de forma mais adequada as ações da equipe.

CONCLUSÃO

Alto escore de autoeficácia para amamentar foi observado tanto em mães de RNBP internados na UCINCo quanto na UCINCa. No entanto, os resultados relacionados ao AM foram melhores no grupo de mães de RNBP que estiveram internados na UCINCa. Esses resultados mostram que, independentemente da unidade de cuidados, as mães podem se sentir seguras e confiantes em relação a amamentação, porém aquelas que participaram da segunda etapa do MC apresentam melhores resultados em relação ao AME. Sendo assim, é possível sugerir que a segunda etapa do MC atua como fator protetor ao AME no contexto da prematuridade. Cabe ressaltar que a amostra reduzida não nos permitiu realizar análises estatísticas e, conseqüentemente, a generalização dos dados.

O estudo piloto auxilia na compreensão do perfil das mães e dos recém-nascidos da Unidade Neonatal em estudo, além de servir como base para melhorias no estudo principal. Faz-se necessário estudos que avaliem os fatores favoráveis a amamentação no contexto materno e dos serviços de saúde, para que sejam implementadas ações e investimentos públicos em políticas como o Método Canguru.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília (DF): MS, 2015.
2. Tuthill EL, McGrath JM, Graber M, Cusson RM, Young SL. Breastfeeding self-efficacy: a critical review of available instruments. *Journal of Human Lactation*. 2016 aug;32(1):35-45. DOI: <https://doi.org/10.1177/0890334415599533>.
3. Conde RG, Guimarães CMS, Gomes-Sponholz FA, Oriá MOB, Monteiro JCS. Breastfeeding self-efficacy and length of exclusive breastfeeding among adolescent mothers. *Acta Paul Enferm*. 2017;30(4):383-389. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700057>.
4. Lopes AM, Silva GRF, Rocha SS, Avelino FVSD, Soares LS. Breastfeeding premature babies: characterization of the motherchild binomial and maternal self-efficacy. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2015;28(1):32-43. DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2015.p32>.
5. Sassá AH, Schmidt KT, Rodrigues BC, Ichisato SMT, Higarashi IH, Marcon SS. Preterm infants: breastfeeding and weight gain. *Rev Bras Enferm*. 2014 jul/aug;67(4):594-600. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670415>.
6. Chaves AFL, Ximenes LB, Rodrigues DP, Vasconcelos CTM, Monteiro JCS, Oriá MOB. Telephone intervention in the promotion of self-efficacy, duration and exclusivity of breastfeeding: randomized controlled trial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2019;27:e3140. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2777-3140>.
7. Gomes ALM, Balamint T, Lopez SB, Pontes KAES, Scochi CGS, Christoffel MM. Breastfeeding of premature infants at a child-friendly hospital: from hospital discharge to home. *Rev. Rene*. 2017 nov/dec;18(6):810-7 DOI: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000600015>.
8. Javorski M, Rodrigues AJ, Dodt RCM, Almeida PC, Leal LP, Ximenes LB. Effects of an educational technology on self-efficacy for breastfeeding and practice of exclusive breastfeeding. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03329. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017031803329>.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico. Brasília (DF): MS, 2017.
10. Stelmak AP, Freire MHS. Share applicability recommended by kangaroo method. *Rev Fund Care Online*. 2017 jul/sep;9(3):795-802. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.795-802>
11. Buonocore G, Perrone S, Longini M, Vezzosi P, Marzocchi B, Paffetii P, et al. Oxidative stress in preterm neonates at birth and on the seventh day of life. *Pediatric Research*. 2002 jul;52(1):46-9, DOI: <http://dx.doi.org/10.1023/01.PDR.0000016664.46604.01>.
12. Dodt RCM. Application and validation of Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF) in postnatal mothers. *Rev Rene*. 2008 apr/jun;9(2):165-7. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027962019.pdf>
13. Lamy ZC, Morsch DS, Deslandes SF, Fernandes RT, Rocha LJLF, Filho FL, et al. The formation of the maternal role from experience of hospitalization in the Neonatal Intensive Care Unit in two models of care. *Rev Pesq Saúde*. 2011 jan/apr;12(1):14-21. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/919>.

14. Spehar MC, Seidl EMF. Percepções maternas no Método Canguru: contato pele a pele, amamentação e autoeficácia. *Psicologia em estudo*. 2013 oct/dec;18(4):647-656. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722013000400007>.
15. Silva RV, Silva IA. The living of preterm newborn's mother in the process of lactation and breastfeeding. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 2009 jan/mar;13(1):108-115. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a15>.
16. Freitas BAC, Lima LM, Carlos CFLV, Priore SE, Franceschini SCC. Duration of breastfeeding in preterm infants followed at a secondary referral service. *Rev Paul Pediatr*. 2016 jun;34(2):189-196. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rppede.2016.02.010>.
17. Ortelan N, Venancio SI, Benicio MHDA. Determinants of exclusive breastfeeding in low birthweight infants under six months of age. *Cad. Saúde Pública*. 2019 sep;35(8):e00124618. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00124618>.
18. Lopes BB, Lopes AFC, Soares DG, Dodou HD, Castro RCMB, Oriá MOB. Assessment of maternal self-efficacy in breastfeeding in the immediate puerperium. *Rev Rene*. 2017 nov/dec;18(6):818-824. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000600016>.
19. Guimarães CM, Conde RG, Brito BC, Gomes-Sponholz FA, Oriá MOB, Monteiro JCS. Comparison of breastfeeding self-efficacy between adolescent and adult mothers at a maternity hospital in Ribeirão Preto, Brazil. *Texto Contexto Enferm*. 2017 mar;26(1):1-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017004100015>.
20. Margotti E, Margotti W. Factors related to Exclusive Breastfeeding in Babies born in a childfriendly hospital in a capital of Northern Brazil. *Saúde Debate*. 2017 jul/sep;41(114):860-871. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711415>.
21. Guimarães CMS, Bonelli MCP, Conde RG, Gomes-Sponholz FA, Oriá MOB, Monteiro JCS. Self-efficacy in breastfeeding and nursing professional practice. *Rev Enferm UFPE On Line*. 2018 apr;12(4):1085-1090. DOI: [10.5205/1981-8963-v12i4a230736p1085-1090-2018](https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a230736p1085-1090-2018).
22. Rocha IS, Lolli LF, Fujimaki M, Gasparetto A, Rocha NB. Influence of maternal confidence on exclusive breastfeeding until six months of age: a systematic review. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018 nov;23:3609-3619. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.20132016>.